



Carina Lopes José

## **Relatório de Trabalho de Projeto**

Melhorar para Melhor Cuidar da Pessoa  
com Ferida Cirúrgica num Serviço de  
Cabeça e Pescoço/ORL

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para  
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do  
grau de Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da  
Professora Mariana Pereira.

Setembro de 2015

## [DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

---

Setúbal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

---

Setúbal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Quero expressar o meu sincero agradecimento aos Professores da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal que me motivaram para o querer ser melhor profissional. Em especial às Professoras Alice Ruivo e Mariana Pereira que com os seus conhecimentos, acompanharam e orientaram todo este projeto.

Agradeço à Enf.<sup>a</sup> Susana Miguel, minha orientadora de estágios, pela competência e ajuda ao longo destes meses. As suas dicas e questões foram estimulantes para o meu crescimento profissional. Agradeço também a todos os profissionais da Instituição onde foram realizados os estágios e se cruzaram comigo nesta jornada.

À minha querida e amada família por tudo, muito Obrigado...

## RESUMO

Estrutura-se no presente relatório, no contexto do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, todo o trajeto desenvolvido para a aquisição e desenvolvimento de Competências de Mestre e de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Como referencial teórico, que orientou a prática de enfermagem do mestrando, destaca-se a Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem de Afaf Ibrahim Meleis e todas as leis que regem a carreira de enfermagem.

Evidencia-se como método utilizado a Metodologia de Trabalho de Projeto, empregue na realização de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS). Com ele pretendeu-se a melhoria da qualidade dos cuidados à Pessoa portadora de ferida cirúrgica do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Otorrinolaringologia de um Hospital da área da grande Lisboa, através de ações de formação sobre a higienização das mãos e sobre registos da ferida cirúrgica desta pessoa específica, passando também pela criação de um procedimento de cuidados à mesma. Este PIS contribuiu principalmente para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, tendo sido garantidos todos os princípios éticos necessários ao longo do trabalho.

O presente relatório descreve ainda a realização de um Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC) que contribuiu para atingir as restantes competências específicas não atingidas no primeiro Projeto. Neste sobressai a realização de um Guia Prático sobre Instruções Gerais de Atuação em Situações Emergentes para o serviço onde decorreram os estágios e o curso básico de Comunicação em Cuidados Paliativos.

A implementação destas ações tiveram como objetivo uniformizar práticas de qualidade na resposta às necessidades da pessoa específica do serviço de estágios, facilitadoras do nosso reconhecimento profissional, tendo em conta os ideais da Instituição.

Ao refletir nas Competências de Mestre e nas Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ficamos conscientes das capacidades adquiridas ao longo do processo académico e sensibilizados com os domínios que necessitam de maior investimento num futuro próximo, esperando contribuir para a qualidade e excelência no exercício da profissão.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-cirúrgica, Metodologia Trabalho Projeto, Qualidade de Cuidados, Pessoa com Ferida Cirúrgica de Cabeça e Pescoço.

## **ABSTRACT**

This report, prepared in the context of the 3rd Master's Course in Medical-Surgical Nursing, School of Health, Polytechnic Institute of Setúbal, reflects the acquisition and development of Master, Common and Specific Skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing. The established rules of nursing career and Afaf Ibrahim Meleis's *East range Theory of Transitions* were the theoretical framework that guided the master's degree of nursing practice.

The Project Work methodology was the method used in performing an Intervention Project in Service (IPS). Through training sessions on hand hygiene, surgical wound records and care of the patient with surgical wound, we intended to improve the quality of care at the Head & Neck Surgery / Otorhinolaryngology in a Hospital of the greater Lisbon area. The IPS contributed mainly to the specialist nurse skills' development in the field of continuous quality improvement and care management. For this, we ensured that all necessary ethical principles throughout the work were accomplished.

This report also describes the accomplishment of a Skills Learning Project (SLP) which contributed to achieve the specific skills that were not met in the first Project. In the latter there is a practical guide about General Instructions in Emerging Scenarios for the service where took place the training and the basic course on Communication in Palliative Care.

The implementation of these actions aimed to standardize quality practices in response to the needs of the patient in the training service, enabling our professional recognition and taking into account the ideals of the institution.

Both common and specific competencies of Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing as well as the Nursing Master's skills acquired throughout the academic process, had given us important tools to be aware of the areas that need improvement in the near future. Thus, we hope to contribute to the quality and excellence in the profession.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Work Project Methodology, Quality of Care, Patient with Head and Neck Surgical Wound.

## **SIGLAS**

A1- Competência comum do enfermeiro especialista relativa à responsabilidade e à ética profissional

A2- Competência comum do enfermeiro especialista relativa à responsabilidade legal

B1- Competência comum do enfermeiro especialista relativa à área da governamentação clínica

B2- Competência comum do enfermeiro especialista relativa à melhoria da qualidade

B3.- Competência comum do enfermeiro especialista relativa a um ambiente terapêutico e seguro

BEE- Bem-Estar Espiritual

C1- Competência comum do enfermeiro especialista relativa à gestão de cuidados

C2- Competência comum do enfermeiro especialista relativa à liderança na qualidade dos cuidados

CCI- Comissão de Controle de Infecção

CCIH- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CCP/ORL-Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro

CE- Concelho de Enfermagem

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLE- Curso de Licenciatura em Enfermagem

D1- Competência comum do enfermeiro especialista relativa ao autoconhecimento e assertividade

D2- Competência comum do enfermeiro especialista relativa à praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento

DGS-Direção Geral de Saúde

EBE- Escala de Bem-Estar Espiritual

ESAS- Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

ESS- Escola Superior de Saúde

EVA- Escala Visual Analógica

FMEA- Failure Mode and Effects Analysis

HELICS-Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance

IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IB.- Categoria dos níveis de evidência Fortemente recomendada para implementação baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou epidemiológicos

IC.-Categoria dos níveis de evidência de Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

IPS- Instituto Politécnico de Setúbal

K1-Competência específica do enfermeiro especialista em situação crítica em processos complexos de doença

K2- Competência específica do enfermeiro especialista em situação crítica em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima

K3- Competência específica do enfermeiro especialista em situação crítica na prevenção e controle de infeção

L5- Competência específica do enfermeiro especialista em situação crónica, incapacitante e terminal, referente ao cuidar da pessoa, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e a qualidade de vida

L6- Competência específica do enfermeiro especialista em situação crónica, incapacitante e terminal, referente ao estabelecer relação terapêutica com pessoas, os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte

NPR-Número de Prioridade de Risco

OE-Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial de Saúde

PAC-Projeto de Aprendizagem de Competências

PEI-Plano de Emergência Interno

PIS-Projeto de Intervenção em Serviço

PME-Plano Municipal de Emergência

PNEPC-Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil

REPE-Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SADI- Sistema Automático de Detecção de Incêndios

SCCP/ORL-Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia

SNS- Sistema Nacional de Saúde

TIC- Tecnologias de Informação e Comunicação

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>3</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>SIGLAS</b> .....	<b>6</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>8</b>
<b>INDICE DE QUADROS</b> .....	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1. ENQUADRAMENTO GLOBAL.....	14
1.1. <i>Da Fundamentação Conceptual da Praxis do Enfermeiro</i> .....	14
1.1.1. Da Importância da Qualidade na Saúde e na Enfermagem.....	16
1.2. <i>Da Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem de Afaf Ibrahim Meleis</i> .....	18
1.3. <i>Da Formação em Serviço</i> .....	25
1.3.1. Dos Registos e da Linguagem Classificada CIPE .....	27
1.3.2. Das Normas e Procedimentos .....	29
1.3.3. Da Metodologia de Projeto .....	30
1.4. <i>Do Controlo da Infeção Hospitalar</i> .....	31
1.5. <i>Da Intervenção em Catástrofe e em Emergência Multi-vítima</i> .....	34
1.6. <i>Do Doente Crónico/Paliativo</i> .....	38
1.6.1. Da Dor e do Sofrimento .....	44
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO (PIS).....	48
2.1. <i>Diagnóstico de situação</i> .....	49
2.2. <i>Definição do problema de enfermagem</i> .....	51
2.3. <i>Planeamento de intervenção no serviço</i> .....	55
2.4. <i>Execução do PIS</i> .....	57
2.5. <i>Avaliação, Resultados Divulgação e Contributos do PIS</i> .....	57
3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC).....	59
3.1. <i>Planeamento do PAC</i> .....	59
3.2. <i>Execução do PAC</i> .....	60
3.3. <i>Avaliação, Resultados e Contributos do PAC</i> .....	61
4. REFLEXÃO DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	63
4.1. <i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i> .....	64
4.2. <i>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica</i> .....	73
4.2.1. Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica .....	74
4.2.2. Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa .....	77



5. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	79
6. CONCLUSÃO.....	86
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>90</b>
APÊNDICES.....	98
APÊNDICE I-FMEA.....	99
APÊNDICE II-Grelha de Observação ao Procedimento de Cuidados à Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica.....	106
APÊNDICE III-Grelha de Observação aos Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica.....	108
APÊNDICE IV-Resumo das Observações à Realização de Penso e aos Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica.....	110
APÊNDICE V -Relato Reflexivo do dia passado no 6º Curso de Feridas em Oncologia.....	113
APÊNDICE VI-Relato Reflexivo de participação no 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPS de Setúbal .....	116
APÊNDICE VII-Póster “Cuidados de Qualidade à Pessoa na Fase de Descanulação” e respetivo Resumo ....	121
APÊNDICE VIII-Relato Reflexivo Estágio realizado na Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas .....	126
APÊNDICE IX-Relato Reflexivo Estágio realizado na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar.....	130
APÊNDICE X-Relato Reflexivo da ida ao Bloco Operatório & Estudos de Caso de uma Pessoa de ORL sujeita a Laringectomia Total e de uma Pessoa de CCP sujeita a Pelviglossectomia com Esvaziamento Cervical Bilateral e Traqueotomia .....	134
APÊNDICE XI-Relato Reflexivo da Sessão Informativa sobre “Vigilância Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico” .....	166
APÊNDICE XII-Relato Reflexivo da Sessão Informativa sobre “Norma Clínica de Enfermagem nº 54” .....	171
APÊNDICE XIII-Relato Reflexivo da Sessão Formativa sobre “Material de Penso – Situações Práticas” .....	175
APÊNDICE XIV-Ação de Formação sobre Higienização das Mãos .....	178
APÊNDICE XV-Ação de Formação sobre Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica.....	198
APÊNDICE XVI-Procedimento de Cuidados de Enfermagem à Pessoa de CCP e ORL com Ferida Cirúrgica...	217
APÊNDICE XVII-Planeamento do PIS.....	228
APÊNDICE XVIII-Cronograma do PIS.....	231
APÊNDICE XIX-Resumo das Observações à Realização de Penso e aos Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica em Fevereiro.....	233
APÊNDICE XX-Relato Reflexivo Estágio Realizado na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.....	236
APÊNDICE XXI-Relato Reflexivo do Curso Básico de Comunicação em Cuidados Paliativos .....	239
APÊNDICE XXII-Guia Prático sobre Instruções Gerais de Atuação em Situações Emergentes .....	246
APÊNDICE XXIII-Planeamento do PAC.....	260
APÊNDICE XXIV-Cronograma do PAC.....	263
APÊNDICE XXV-Artigo Científico do PIS Realizado no Projeto .....	265

## INDICE DE QUADROS

<i>Quadro 1- FMEA (1)</i> .....	100
<i>Quadro 2- FMEA (2)</i> .....	101
<i>Quadro 3- FMEA (3)</i> .....	102
<i>Quadro 4- FMEA (4)</i> .....	103
<i>Quadro 5- FMEA (5)</i> .....	104
<i>Quadro 6- FMEA (6)</i> .....	105
<i>Quadro 7- Grelha de Observação ao Procedimento de Cuidados à Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica</i> .....	107
<i>Quadro 8- Grelha de Observação aos Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica</i> .....	109
<i>Quadro 9- Resumo das Observações ao Procedimento de Cuidados à Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica</i> .....	111
<i>Quadro 10- Resumo das Observações aos Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica</i> .....	112
<i>Quadro 11- Planeamento do PIS</i> .....	229
<i>Quadro 12- Planeamento do PIS (continuação)</i> .....	230
<i>Quadro 13- Cronograma do PIS (Atividades Principais)</i> .....	232
<i>Quadro 14- Resumo das Observações à Realização de Penso da Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica em Fevereiro</i> .....	234
<i>Quadro 15- Resumo das Observações aos Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica em Fevereiro</i> .....	235
<i>Quadro 16- Planeamento do PAC</i> .....	261
<i>Quadro 17- Planeamento do PAC (continuação)</i> .....	262
<i>Quadro 18- Cronograma do PAC (Atividades Principais)</i> .....	264

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde (ESS) integrada no Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), foi-nos solicitado a realização de um Relatório de Trabalho de Projeto, tendo em conta as aprendizagens adquiridas nas unidades curriculares ao longo do curso e nos três estágios sequenciais realizados num Hospital da grande Lisboa, no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia e Endocrinologia no ano letivo de 2014/2015. Este relatório de Trabalho de Projeto, intitulado de **Melhorar Para Melhor Cuidar da Pessoa com Ferida Cirúrgica num Serviço de Cabeça e Pescoço /ORL**, tem como finalidade responder aos requisitos para a obtenção do título de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

“O conceito de relatório, enquanto derivado do verbo relatar, é a exposição, oral ou escrita, das características e circunstâncias de um sucesso ou assunto.”<sup>1</sup> Neste especificamente, a finalidade é descrever de forma crítica e reflexa as diversas aprendizagens adquiridas ao longo do curso que nos conduziram ao desenvolvimento de competências especializadas nas áreas da supervisão clínica, pesquisa e da investigação, essenciais à resolução de problemas associados à enfermagem médico-cirúrgica nas nossas esferas de ação, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas e políticas de saúde.

Este mestrado promoveu aprendizagem apresentada nas duas dimensões trabalhadas em contexto de estágio. Uma foi o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) centralizado na identificação de uma problemática clínica (problema/oportunidade) de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto do estágio, utilizando-se a Metodologia de Projeto para a sua construção e outra, centrada no desenvolvimento de um Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC), que proporciona-se a aquisição ou o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa não identificadas no PIS.

Os Estágios I, II e III, correspondentes a 864 horas, decorreram no segundo e terceiro semestres do curso, durante trinta e duas semanas, entre 10 de Março de 2014 e 29 Janeiro de 2015, no contexto das Unidades Curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II. O problema central do nosso projeto apresentou-se no contexto do primeiro estágio do mestrado, na fase diagnóstica, realizado num Hospital da grande Lisboa, no Serviço de Cirurgia de Cabeça

---

<sup>1</sup> Conceito de relatório - O que é, Definição e Significado em <http://conceito.de/relatorio>

e Pescoço e Otorrinolaringologia (SCCP/ORL), tendo-nos conduzido para a temática da ferida cirúrgica, desenvolvida no nosso plano de intervenção.

Nos últimos anos, o tema “feridas” foi alvo, por parte dos profissionais de saúde (e fabricantes de material de pensos) de muita investigação, tendo-se conseguido evoluir na melhoria da qualidade dos cuidados, com redução da dor, redução do tempo de cicatrização, das infeções e logo, aumento do conforto/satisfação sentidos pelo cliente. Continua a ser um tema atual, reforçando a intenção da nossa escolha, ao querer melhorar as intervenções diárias de enfermagem nos cuidados à pessoa específica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia (CCP/ORL) com ferida cirúrgica. Can (1998, p.21) diz que “A garantia da Qualidade dos cuidados de saúde e a “mudança centrada no cidadão” são inegavelmente objeto de preocupação atual de todo o profissional de saúde.” Com a qualidade pretendemos ser reconhecidos como profissão essencial nos cuidados de saúde das populações. Para isso devemos ir de encontro às expectativas e necessidades dos clientes, de forma eficiente, reduzindo custos e mostrando um bom desempenho.

O Artigo 88.º do nosso Código Deontológico (2009) refere que “O enfermeiro procura, (...) a excelência do exercício, assumindo o dever de: a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...) sem esquecer a formação permanente (...)” Minnami & Benton (2009, p.6) dizem que “Vivemos num mundo em permanente mudança. Esta é a nossa realidade, o nosso desafio e a nossa oportunidade (...) para fazermos uma diferença significativa para as pessoas de todo o mundo. (...) O conhecimento especializado e a investigação em Enfermagem que sustenta este conhecimento estão no cerne (...) na base dos cuidados de Enfermagem tradicionais.”

De um Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deseja-se que seja um hábito a investigação autónoma com a ajuda das competências adquiridas neste curso, promovendo-se a supervisão clínica, em contexto multidisciplinar, de modo a contribuir para a evidência de resolução de problemas nas áreas da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido pretendemos também que todo o trabalho desenvolvido em estágio e todas as nossas tomadas de decisão clínica demonstrem evidência e que possibilitem extrair indicadores de qualidade face aos resultados obtidos após a nossa intervenção de enfermagem no serviço anteriormente referido.

A orientação científica deste relatório é da responsabilidade da Professora Mariana Pereira, tendo como coordenadoras do curso de Mestrado a Professora Doutora Alice Ruivo, a Professora Doutora Lucília Nunes e a Professora Doutora Lurdes Martins.

Ao longo do relatório temos como objetivos:

- Expor o enquadramento de base ao trabalho desenvolvido;
- Descrever a efetivação do Projeto de Intervenção em Serviço;
- Descrever a realização do Projeto de Aprendizagem de Competências;
- Apresentar e refletir sobre as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa atingidas ao longo do Mestrado;
- Refletir na nossa aquisição de Competências de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica;
- Difundir o Trabalho de Projeto – PIS, exposto em anexo sob a forma de artigo para publicação.

Para simplificar a leitura do mesmo dividimo-lo em seis capítulos. O primeiro corresponde ao enquadramento global, onde é feita uma contextualização de vários temas de forma a adequar e justificar o ponto de partida de todo o trabalho desenvolvido nos nossos projetos. No segundo e terceiro capítulos descrevemos a efetivação do nosso PIS e do nosso PAC, onde exibimos o trabalho desenvolvido, desde o diagnóstico até aos resultados atingidos, passando pelas intervenções realizadas para a resolução dos problemas identificados. A revisão bibliográfica da literatura, que pretende contextualizar os temas implícitos ao desenvolvimento dos mesmos e os seus contributos para análise das estratégias utilizadas e para a aquisição, desenvolvimento e melhoria das competências especializadas está espelhada em todos estes capítulos. No quarto refletimos sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, atentando às áreas de especialização de Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa. O quinto capítulo retrata a análise do desenvolvimento de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O sexto, e último capítulo, é a conclusão do relatório que retrata a nossa reflexão sobre o trabalho realizado, incluindo os aspetos facilitadores e constrangedores, a avaliação dos objetivos expostos e as nossas perspetivas futuras. Por último apresentamos as referências às obras bibliográficas que apoiaram a sua concretização. Este relatório foi elaborado segundo a Norma American Psychological Association (APA) e redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

## 1. ENQUADRAMENTO GLOBAL

Nesta fase do trabalho pretendemos demonstrar as bases conceptuais que enquadraram e orientaram a nossa reflexão e ação nos projetos realizados.

“Conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo.” (Fortin, 2009, p.39)

### 1.1. DA FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL DA PRAXIS DO ENFERMEIRO

A Enfermagem que se impôs ao longo dos séculos sofreu evolução. Nunes (2003) refere que a História da Enfermagem não foi fácil e hoje ainda não o é. Foi sempre uma profissão maternalista, feminina, de vocação e caridade, ligada à medicina e com enfoque na doença. A criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e as tecnologias vieram dar relevância à saúde e à qualidade de vida dos cidadãos, ajudando a enfermagem na aquisição de uma vertente educacional autónoma de destaque.

Sobressaem na nossa história teóricas como Nightingale e Virgínia Henderson. Silveira de Brito (2008, p.13) afirma que “Todas as culturas têm um código moral que rege o comportamento daqueles que a partilham e esses seres humanos que compartilham essa cultura têm o sentimento de que devem obedecer às normas morais da sociedade a que pertencem.” A enfermagem liga-se então às ciências sociais. Atualmente o enfermeiro tem o dever de definir de forma rigorosa o seu contributo pessoal integrado numa equipa multidisciplinar, quer tendo em vista a sua realização pessoal, quer por respeito para com a sociedade e a instituição a que pertence.

O **Decreto-Lei nº 161/96, no Capítulo II, artigo 4º, nº 2** refere que o “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido (...)

As intervenções de Enfermagem realizam-se no quadro dos valores e princípios profissionais, no respeito, em cada ato, pelos direitos de cada pessoa em particular e pelos direitos humanos em geral. A relação de parceria que o enfermeiro estabelece com as pessoas suas clientes, sendo uma relação profissional, é, antes de mais, uma relação humana. As intervenções planeadas são fortemente decorrentes de decisões de natureza científica, tendo em conta os problemas evidenciados, mas suportam-se igualmente na ética de Enfermagem. (...) e no respeito pelo conjunto dos direitos humanos. (Sousa, 2008, p.9-10)

Nunes (2011, p.76) reforça esta ideia ao referir que “A praxis de enfermagem, porque dirigida para e centrada na Pessoa, desenha-se no quotidiano, seja da prestação direta de cuidados, seja nas áreas de ensino, de gestão, de assessoria, da formação e da investigação,

dimensões diversas de profissionalidade e terrenos próprios de ação, sob os mesmos princípios e valores.” Valores como o compromisso de cuidado que revela a nossa responsabilidade, respeito, justiça e singularidade na relação com o Outro, tendo em conta as suas necessidades e direitos à autodeterminação aliada à sua liberdade de escolha, dignidade, intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto/prejuízo e a um tratamento justo e equitativo.

Com o **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**, aprovado com a publicação do **Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril**, pretende-se dignificar a profissão através da regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros. Este Decreto-Lei refere que “os enfermeiros constituem atualmente uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem”.

Independentemente daquilo que sigamos na nossa prática profissional, aquilo que na realidade nos valida e nos rege dentro deste estatuto é o **Código Deontológico do Enfermeiro**. Documento jurídico, com função normativa e vinculativa própria cuja finalidade é a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem valorizando a igualdade, a liberdade de escolha, o altruísmo, a verdade, a justiça, a solidariedade e a competência profissional. Cerqueira (2008, p.29) atesta que

...quando analisamos a **Declaração Universal dos Direitos Humanos** e a relacionamos com o **Código Deontológico do Enfermeiro**, podemos verificar que existe uma correspondência manifesta entre a fundamentação de ambos, ou seja: **o respeito pela dignidade humana**. A dignidade humana é o verdadeiro pilar a partir do qual decorrem os outros princípios, valores e deveres, e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções. Daí que a mesma se encontre consagrada na primeira norma do Código Deontológico: **o n.º 1 do Artigo 78.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**, (onde o Código Deontológico se inclui, do Artigo 78.º ao Artigo 92.º).

**O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)** espelha a legislação da profissão, responsabilidades, direitos e deveres dos enfermeiros, a regulamentação para o acesso à profissão que salvaguarda os direitos e normas deontológicas específicas da enfermagem e que proporciona cuidados de qualidade, dando ênfase à relação enfermeiro-pessoa, feita com metodologia rigorosa (processo de enfermagem), e destacando a possibilidade de criação de normas e projetos científicos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Segundo Fortin (2009, p.26) “O desenvolvimento da investigação, no seio de uma

disciplina, não é independente da evolução da profissão, do seu ensino e da prática. As ciências de enfermagem não são exceção (...)”

Esta condição encaminha-nos para o **Regulamento de Competências dos Enfermeiros dos Cuidados Gerais** de onde sobressai a responsabilidade profissional, ética e legal, a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional, com o intuito de manter o processo de certificação e de transmitir aos cidadãos o que podem esperar dos profissionais. Acentua que, no seu desempenho, os enfermeiros devem respeitar os deveres previstos no CDE já referido e na regulamentação do exercício profissional que enformam a boa prática profissional.

Somos responsáveis pelo nosso crescimento e desenvolvimento e conseqüentemente da profissão, para isso devemos ter sempre presente que a teoria, a investigação e o exercício profissional funcionam como uma tríade de sustentação da enfermagem.

#### 1.1.1. DA IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM

A Lei n.º27/2002 de 8 Novembro, que retrata a Gestão Hospitalar, demonstra a exigência na Qualidade Hospitalar. Criar qualidade na saúde hoje em dia é uma prioridade. A qualidade exige reflexão sobre a prática e isso implica necessidade de tempo suficiente para refletir nos cuidados prestados. Os **Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**, não são mais do que modelos de pensamento contributivos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem aos cidadãos, facilitadores da reflexão do seu exercício profissional.

Cada vez mais os utilizadores do sistema nacional de saúde são assertivos no que diz respeito às suas exigências que colocam face aos profissionais de saúde. Queiroz (2000, p.46) refere que “...a profissão de enfermagem precisa de assumir corretamente a sua responsabilidade para que se atinjam efetivas e significativas contribuições para o sistema de cuidados de saúde e para o desenvolvimento global da vida dos cidadãos”.

...compete ao CE **definir padrões** de qualidade dos cuidados de enfermagem. (...) aos Colégios de Especialidade e aos Conselhos de Enfermagem Regionais **zelar pela observância** dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente. Daqui ressalta o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade e o papel de acompanhamento da prática, no sentido de promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade. (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001, p.6-7)



No enquadramento conceptual para a qualidade destaca-se a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem. A **saúde** é a condição e a representação intelectual da pessoa, estado subjetivo e variável no tempo, é o bem-estar físico, emocional e espiritual. É a procura constante de um equilíbrio que se expressa no controlo do sofrimento, refletindo um processo dinâmico e permanente.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001, p.8-9) a **pessoa** é "...ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único (...) interage com o ambiente (...) na procura incessante do equilíbrio e da harmonia. (...)"

Os mesmos Padrões de Qualidade (2001, p.9-10) descrevem o "...**ambiente** no qual as pessoas vivem e se desenvolvem (...) que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente."

A prática profissional dos enfermeiros está centrada na relação interpessoal de um profissional para uma pessoa ou para um grupo de pessoas (família ou comunidades). Todos, enfermeiro e clientes, possuem padrões de valores, credos e intenções da natureza individual resultantes das condições ambientais em que vivem e crescem. O enfermeiro distingue-se assim pela formação e experiência. Compreende e respeita o outro numa perspetiva multicultural sem juízos de valor. Cabe-lhe ainda, nesta relação terapêutica e dinâmica, valorizar as capacidades e papel desempenhado pelo seu cliente tornando este último proactivo na conquista do seu projeto de saúde, envolvendo sempre que necessário as pessoas significativas. O enfermeiro adquire um papel pivô no processo de ensino ao cliente (alteração do comportamento para a promoção da saúde), valorizando-se mais a intervenção autónoma em prol da intervenção interdependente.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) afirmam que a **tomada de decisão** do enfermeiro no seu exercício profissional autónomo deve realizar uma abordagem sistémica e sistemática. Identificando as necessidades de **cuidados de enfermagem** da pessoa/grupo, prescrevendo intervenções de forma a evitar riscos, antevendo potenciais problemas de modo a resolve-los ou minimiza-los. Na fase de implementação dessas intervenções, os mesmos Padrões de Qualidade (2001, p.12) referem que "... **o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática**. Reconhece-se que a produção de **guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.**"

Os **6 enunciados** descritivos, **dos Padrões de Qualidade** da Ordem dos Enfermeiros (OE), referentes à **satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem** estão, para nós, todos interligados e são indispensáveis como suporte neste projeto.

As especialidades dentro da profissão vieram melhorar a qualidade dos cuidados e conduziram à criação do **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**, destacando-se o aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro dos cuidados gerais, de onde sobressai a necessidade do autoconhecimento do profissional, agilizando a sua práxis com gestão das suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda, concebendo respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional, tornando-se especialista na área clínica em que se insere. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010, p.3) existem quatro domínios de competências: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A Supervisão de Cuidados é uma responsabilidade do Enfermeiro, em especial do Enfermeiro Especialista, monitorizando, registando e avaliando os procedimentos efetuados, de forma a manter e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Como refere Abreu (2007), os Enfermeiros têm um papel preponderante na diminuição dos riscos, promovendo segurança e garantindo cuidados de enfermagem de qualidade aos clientes.

De entre as várias especialidades destaca-se a de Enfermagem Médico-cirúrgica cujos seus **Regulamentos de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em pessoa em Situação Crítica** (Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros), **Crónica e Paliativa** (Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa de 2011, da Ordem dos Enfermeiros) são a base do reconhecimento de enfermeiros com domínios específicos de atuação, ideais para a satisfação dos seus clientes a vivenciarem processos de doença crítica, crónica e paliativa e logo de qualidade na ação. A segurança do cliente destaca-se como sendo intrínseca ao exercício da profissão de Enfermagem, legislado no REPE, no CDE e no Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

## 1.2. DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DAS TRANSIÇÕES EM ENFERMAGEM DE AFAF IBRAHIM MELEIS

Os modelos de enfermagem, como modelos do cuidar, valorizam a relação interpessoal e a individualidade da pessoa humana. Para Phaneuf (2001, p.33), “Em

enfermagem, os modelos não podem ser tão concretos... A experiência humana é tão complexa que os modelos não podem ter em conta todos os seus aspetos.” A construção de teorias de enfermagem é a formalização das tentativas de descrever (pensamento crítico), explicar, prever ou controlar estados de relação de enfermagem (fenómenos de enfermagem), não só essencial para o destaque da profissão a nível académico, mas também como necessidade vital para a práxis da enfermagem, tornando a probabilidade de sucesso maior.

Como profissão, com obrigação deontológica e ética, é de realçar a importância de nos basearmos em factos científicos concretos, estudados, tendo por base uma teorização de enfermagem que espelha a nossa autonomia na ação.

O modelo teórico que nos faz mais sentido é o **Modelo da Afaf Ibrahim Meleis** que desenvolveu a **Teoria das Transições**. Para nós a aplicação nos projetos desta teoria de médio alcance, refletida no presente relatório, foi de extrema importância, pois ajudou-nos na contextualização do mesmo, tendo em conta que o nosso projeto identifica indivíduos em processos de transição em situação crítica, crónica e paliativa. A teoria de enfermagem é entendida por Meleis como uma conceptualização de aspetos da realidade da enfermagem que quando relacionados com os fenómenos que descrevem, explicam as relações entre estes fenómenos, prevendo consequências e prescrevendo cuidados de enfermagem. (Meleis, 2012, p.29)<sup>2</sup>

Meleis (2012) nos seus primeiros trabalhos começou por definir transições doentias ou transições ineficazes em relação ao papel de insuficiência. Ela define o papel de insuficiência como qualquer dificuldade no conhecimento e/ou desempenho de um papel ou dos sentimentos e objetivos associados ao comportamento, papel esse que é percebido pelo próprio ou por outros que lhe são significativos. Esta conceptualização levou Meleis a definir o objetivo das transições saudáveis como o domínio de comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados com novos papéis e identidades e processos não problemáticos. Meleis acredita que o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem deve ser orientado para as intervenções terapêuticas de enfermagem e não para a compreensão dos fenómenos relacionados com a resposta a situações de saúde e doença. Em síntese as obras de Meleis publicadas na década de 1970 definem a necessidade de suplementação aquando surge um papel de insuficiência ou um potencial papel de insuficiência que pode ser identificado através do papel incumbente e significativo de outros. Assim, o papel de suplementação inclui o esclarecimento e tomada de

---

<sup>2</sup> “A theory is an organized, coherent, and systematic articulation of a set of statements related to significant questions in a discipline and communicated as a meaningful whole. It is a symbolic depiction of those aspects of a reality that are discovered or invented for describing, explaining, predicting, or prescribing responses, events, situations, conditions, or relationships. Theories have concepts that are related to the discipline’s phenomena. These concepts related to each other to form theoretical statements.”

decisão que pode ser preventiva e terapêutica, indo de encontro à relação terapêutica definida pelo CE em 2011 na descrição dos Padrões de Qualidade.

No desenvolvimento da sua teoria de médio alcance das transições, Meleis (2010) define conceitos importantes para a compreensão do seu trabalho. Os conceitos de maior destaque são: Tipos e padrões de transição; Propriedades das experiências de transição; Condições facilitadoras e condições inibidoras da transição; Indicadores do processo; Resultados dos indicadores; Intervenções terapêuticas de enfermagem.

Como tipos de transição temos: o desenvolvimental (nascimento, adolescência, menopausa, envelhecimento e morte); o situacional (situações inesperadas que requerem uma definição dos papéis em que o cliente está envolvido); saúde/doença (inclui mudança súbita como a passagem do estado de saúde para o de doença aguda, processo de recuperação, alta hospitalar, diagnóstico de doenças crônicas, bem-estar); organizacional (referentes a mudanças de ambiente). No que se refere aos padrões de transição, que Meleis (2010) reconheceu como detentores de multiplicidade e complexidade, podemos identificar padrões simples (ocorre apenas uma mudança na vida do indivíduo) ou múltiplos (quando ocorre mais do que uma mudança ao mesmo tempo). Os padrões múltiplos podem ser: sequenciais (quando existe uma ligação entre as várias mudanças, e uma mudança origina outra) ou simultâneos, que podem ser relacionados ou não relacionados, dependendo das mudanças estarem ou não relacionadas entre si.

Relativamente às Propriedades das experiências da transição, elas são: Consciencialização; Empenhamento; Mudança e diferença; Espaço temporal da transição; Acontecimentos e pontos críticos. Meleis (2010) afirma que estas propriedades não são necessariamente discretas, encontram-se interligadas num processo complexo. Diz ainda que a transição só é possível após a pessoa alvo dos cuidados perceber que está num processo de transição e a percepção e conhecimento que tem dessa transição influi na mudança (consciencialização). O empenhamento está relacionado com a vontade demonstrada pela pessoa em querer envolver-se no seu processo de transição e só se concretiza se existir a consciencialização dessa transição. A mudança e a diferença é outra propriedade da transição. Todas as transições envolvem mudança e o indivíduo na transição acaba por alterar o seu papel na sua adaptação à nova condição e a sua percepção de estar diferente é importante para ocorrer mudança. O espaço temporal da transição é outra propriedade. As transições podem ser caracterizadas ao longo do tempo e essa duração temporal inicia-se na fase dos primeiros sinais de antecipação, período de instabilidade, angustia, confusão até à percepção com posterior demonstração da mudança terminando num novo período de estabilidade (Meleis 2010). Os

acontecimentos e pontos críticos são definidos como marcadores tais como o nascimento ou a morte. Podem ou não ser identificáveis na transição e normalmente estão associados ao aumento de consciência das mudanças, diferenças ou empenho mais ativo ao lidar com a transição.

As condições facilitadoras e condições inibidoras da transição não são mais do que circunstâncias que influenciam a maneira como a pessoa se mobiliza e que facilita ou dificulta o seu progresso em direção ao alcance de uma situação de estabilidade saudável. Estas condições podem ser a nível pessoal, da comunidade ou da sociedade. Condições pessoais incluem os significados dados à transição, as crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico, a preparação e o conhecimento (Meleis 2010). Da comunidade pode por exemplo estar relacionado com os recursos existentes ou as condições sociais. Comparadas com as condições de transição pessoal, as da comunidade e da sociedade estão subdesenvolvidas nesta teoria.

Indicadores de transições saudáveis estão definidos por Meleis (2010) como padrões de resposta da teoria de médio alcance. Os padrões de resposta estão definidos em dois grupos designados de indicadores de processo e indicadores de resultados e ambos caracterizam as respostas saudáveis. Eles movem a pessoa na direção do saudável ou na direção da vulnerabilidade e risco de forma a permitir a avaliação dos enfermeiros e das intervenções que conduzam a resultados saudáveis. Os indicadores de processo incluem o sentir-se ligado (envolvido), o interagir, o estar situado (em termos de tempo, espaço e relações) e o desenvolver confiança e *coping*<sup>3</sup>.

Os indicadores de resultados sugeridos por Meleis (2010) incluem o domínio de novas competências (demonstrado pelas pessoas através de habilidades e comportamentos necessários para gerir a nova situação/ambiente) e a reformulação de identidades (que pode também representar uma conclusão saudável de uma transição, a integração suave da mudança). Meleis (2010) indica como exemplos de transição que podem constituir momentos críticos para os indivíduos mas oportunidades de aprendizagem para estes e para os profissionais de saúde os diagnósticos, as cirurgias, a reforma, a menopausa, o cuidar de familiares, a morte, a emigração entre outros.

As intervenções terapêuticas de enfermagem são definidas por esta teórica como as três medidas ou fases de atuação amplamente aplicáveis durante as transições que valorizam o

---

<sup>3</sup> Coping é um conceito que não tem tradução na língua Portuguesa e é utilizado para descrever os esforços estratégicos de natureza cognitiva e comportamental para lidar com situações danosas, de ameaça ou de desafio. O indivíduo analisa o agente stressor e desenvolve atitudes conscientes e intencionais.

papel da enfermagem e a definem. A avaliação de prontidão é considerada a primeira medida como intervenção de enfermagem, devendo ser um esforço multidisciplinar requerendo a percepção abrangente do cliente, o que implica a avaliação de todas as transições a que este está sujeito, de forma a criar um perfil de prontidão do próprio cliente, definindo-se ainda os vários padrões de experiências de transição. A preparação para a transição é a segunda fase da intervenção de enfermagem. Esta inclui essencialmente a educação como forma de fornecimento de condições ideais de preparação para a transição. Em terceiro lugar está a suplementação de papel do cliente até este atingir a transição saudável. Para esta autora as transições são acompanhadas por uma vasta sucessão de emoções, muitas devidas a dificuldades encontradas durante a mudança. O bem-estar físico é também importante, uma vez que o incómodo físico pode interferir negativamente numa passagem bem-sucedida. Estas mudanças são muitas vezes desastrosas exigindo aos profissionais de enfermagem criatividade e reflexão constante face à realidade presente, conduzindo à correção mental e de valores sociais.

A enfermagem deve então ser sensível, consciente e estar voltada para uma maior humanização tendo em conta os seus clientes, de forma a identificar os fatores que indiquem a fase de transição em que estes se encontram de forma a facilitar a mudança no sentido da transição saudável, demonstrando a importância da sua intervenção. A pessoa para Meleis (2010) deve ser vista de forma holística. O cuidado não é algo definível, surge sim da consciencialização do enfermeiro ao desvendar a compreensão do cliente enquanto vivência o processo de transição. A transição dá importância a todos os aspetos e momentos da vida da pessoa, devendo ser encarados como comportamentos que possibilitam particularizar os cuidados. A transição para esta teórica tem características positivas uma vez que no fim da transição a pessoa adquire maturidade e estabilidade pessoal. A transição é mais bem-sucedida se houver uma antecipação dos eventos, se for tido em conta o motivo que desencadeou a mudança, a preparação para a transição e o conhecimento da existência de outras transições a ocorrerem em simultâneo. Durante o processo de transição ocorrem vários comportamentos como stresse, irritabilidade, ansiedade, depressão, alterações no autoconceito, e se o enfermeiro tiver conhecimento dessas alterações nos padrões comportamentais da pessoa, pode intervir com o objetivo de prevenir/criar estratégias facilitadoras da transição e logo adaptação à nova condição (Meleis 2010). Uma das formas de fortalecer as intervenções de enfermagem é utilizando as teorias de enfermagem que podem ser confirmadas em termos de transição. Qualquer transição na vida da pessoa é um processo difícil e muitas vezes doloroso. A

adaptação à nova condição é um processo moroso que muitas vezes não é aceite facilmente, podendo conduzir a reações inesperadas.

Cabe ao enfermeiro estar atualizado de forma a facilitar este processo de transição visto ser quem está mais próximo do cliente. Auxiliar e educar são então funções cruciais na profissão de enfermagem que quando baseada na Teoria das Transições contribui para aumentar as possibilidades de ajuda à pessoa, uma vez que não se baseia apenas na cura mas sim no desenvolvimento da pessoa, na sua maturação, equilíbrio, progresso e crescimento vendo-a como um todo e tendo em conta a fase de desenvolvimento físico e intelectual em que se encontra de forma a permitir-lhe a estabilidade necessária à nova condição.

Tendo como base os trabalhos de Meleis (2010), nomeadamente sobre a estrutura de transição de Schumacher e Meleis (1994) e a teoria de médio alcance das transições por Meleis et al. (2000), podemos aferir os seguintes pressupostos principais da Teoria das Transições: As Transições são complexas e multidimensionais apresentando padrões de multiplicidade e de complexidade; Todas as transições são caracterizadas pelo seu fluxo e movimento ao longo do tempo; As Transições alteram identidades, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento dos indivíduos; As transições provocam alterações nos padrões fundamentais da vida dos indivíduos. As Transições resultam em mudança e são o resultado da mudança; As experiências de transição (as condições em que ocorrem, o seu significado) moldam o quotidiano dos clientes, o seu ambiente e interações que estabelecem; A vulnerabilidade surge associada a experiências de transição, quando o indivíduo é exposto a um dano potencial, problemático ou de recuperação difícil ou prolongada; Os enfermeiros são os principais cuidadores dos clientes e das suas famílias que estão a passar por processos de transição.

Meleis (2010) incluiu nas suas obras outras afirmações de grande importância sobre a Teoria das transições: Os profissionais devem ter em conta que as transições podem estar relacionadas com o desenvolvimento dos indivíduos, com processos de saúde e doença, e alterações organizacionais; Em relação aos padrões de transição deve ser considerado que o cliente pode estar a passar por uma transição única ou múltiplas transições; que as transições podem ser sequenciais ou simultâneas; que o grau de sobreposição entre as transições e a natureza da relação entre os diferentes eventos provoca diferentes transições; As Propriedades da experiência de transição são partes inter-relacionadas de um processo complexo; O nível de consciência influencia o nível de compromisso e só existe compromisso se houver consciência; A percepção dos indivíduos da situação de saúde e doença são influenciados e influenciam as condições em que uma transição ocorre; Uma transição saudável é caracterizada pelos processos e pelos indicadores de resultados; A negociação de transições bem-sucedidas

depende do desenvolvimento de uma relação eficaz entre a enfermeira e o cliente (terapêutica de enfermagem). Esta relação é um processo altamente recíproco que afeta tanto o cliente como a enfermeira. Foi através do estudo de pesquisas já existentes, sobre as quais foi realizada uma revisão sistemática da literatura e análise dos resultados da investigação, que a Teoria das Transições foi formulada e teorizada como uma teoria de médio alcance desenvolvendo-se um conceito central de enfermagem.

Como mencionado por Meleis a Teoria das Transições possui uma estrutura cíclica, dinâmica e em constante evolução, pelo que, poderá ser mais desenvolvida, testada e aperfeiçoada de forma a explicar os principais conceitos e as relações entre eles com os diversos grupos de populações em vários tipos de transição, o que irá aumentar o seu poder para descrever fenómenos de enfermagem. As definições conceituais são claras e fornecem uma compreensão abrangente da complexidade das transições. Os principais conceitos estão logicamente ligados, e as relações são óbvias nas suas afirmações teóricas. Considerada uma teoria de médio alcance aborda os fenómenos ou conceitos específicos, o que a torna mais facilmente aplicável à prática de enfermagem, no entanto, por causa de seu alcance limitado, esta teoria tende a ser generalizada às pessoas em transição. Quando os diversos tipos de transições são considerados, a Teoria das Transições é relevante para qualquer população em transição, de acordo com o tipo de transição que a população está a passar.

Para além do seu trabalho no desenvolvimento da Teoria das Transições, Meleis (2012, p.179) também desenvolveu um modelo de avaliação de teorias. Esta teórica afirma que a avaliação de teorias<sup>4</sup> permite a sua aplicação prática, desenvolver currículos, operacionalizar a pesquisa e facilita a tomada de decisão diária. Estas avaliações podem ser deliberadas, sistemáticas, com base em critérios, objetivas, conscientes e elaboradas ou podem ser subjetivas, experienciais, rápidas e com base em um conjunto limitado de critérios. Ambos os tipos de avaliações são essenciais e nenhum tipo é suficiente por si só. O modelo de avaliação de teorias de Meleis é composto por cinco etapas cuja sequência pode variar, são estas: descrição, análise, crítica, teste e suporte.

Podemos concluir que Meleis (2012) descreve noções conceituais que qualificam o domínio da enfermagem como **cliente, transições, interação, ambiente, processo de enfermagem, intervenções de enfermagem e saúde/doença**, similares aos conceitos metaparadigmáticos definidos pela OE no enquadramento conceitual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

---

<sup>4</sup> "Quality Care, as well as coherent research programs, requires critical analyses and judgment of theories." Meleis (2012, p.179)



### 1.3. DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Numa sociedade em constante e acelerada transformação, a importância da formação é inegável. Os Homens aprendem para se adaptarem e desenvolverem. Guimarães (2001, p.28) afirma que “Atualmente, em Portugal, do ponto de vista da formação, a enfermagem encontra-se num momento particularmente importante.”

A formação permanente é um processo de aprendizagem constante a qual deve ser iniciada logo após a conclusão da formação acadêmica e profissional básica e visa genericamente o desenvolvimento das capacidades personalizadas e funcionais para a cabal melhoria e eficiência do desempenho qualitativo. (...) A formação em serviço tem (...) a particularidade única de se desenrolar no âmbito e contexto laboral, devendo ser adequado às necessidades pessoais e institucionais dos formandos e formadores. (Alves, Damião, Damião, Carreiro & Dias, 2003, p.59)

As necessidades de formação encontram-se diretamente relacionadas com o aumento constante de conhecimentos e habilidades necessárias para a adaptação aos novos requisitos dos serviços.

É nos serviços que os enfermeiros têm que desenvolver a capacidade de descobrir as necessidades de saúde, através da metodologia de investigação e aplicar os resultados da prática, refletir sobre o sentido da expressão "cuidados de enfermagem", e o que constitui a essência desses cuidados. A formação em serviço permite ao formando uma reflexão sobre o observado e o vivido, o que leva à construção ativa do conhecimento na ação. Nunes (2002, p.8) diz que “A competência profissional assume características multidimensionais (...) vai sendo modificada pelas experiências vividas e refletidas. E este é um processo absolutamente individual, pois a dimensão do ser e do devir (de tornar-se) desenvolve-se de uma forma singular em cada um (...)”

Perante esta situação, é de extrema importância motivar os enfermeiros a colaborar na realização das propostas neste projeto. A formação em serviço é assim perspectivada como um fator de integração e de adaptação, e tem grande importância na profissão de enfermagem, pela existência de várias áreas, onde cada um pode exercer a sua atividade.

Para que essa formação não resulte num vazio, é necessário aliar a teoria à prática. A formação não deve assentar apenas em teorias e conceitos abstratos, subestimando a experiência vivida pelos formandos, (...) pois isso pode ser um dos principais fatores impeditivos do desejo de mudança. É nesta perspectiva que a formação em serviço se revela como particularmente importante, uma vez que permite uma reflexão na prática, contextualizada e significativa. (Gomes, 1999, p.178)

Estas afirmações permitem refletir em conjunto com outros membros da equipa nos problemas identificados, visando assegurar a continuidade dos cuidados. Para Guimarães (2001, p.23), “Tal como acontece noutros grupos, os enfermeiros desenvolvem aprendizagens nos locais onde exercem a sua atividade profissional, ao viverem acontecimentos, situações, processos de trabalho, etc., que levam a mudanças de comportamentos e atitudes.” Cada vez mais se assiste a um investimento crescente nos processos de formação dos profissionais de saúde de enfermagem, conduzindo-nos assim a uma maior demarcação científica e social da nossa profissão.

O **Decreto-lei nº 437/91, de 8 de Novembro** diz, no seu **artigo 64º**, no nº 6 que: “A formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade (...)”.

Para Gomes (1999) uma sessão de formação deverá ser concebida e desenvolvida recorrendo a metodologias e técnicas diversificadas, utilizando meios didáticos variados, por forma a proporcionar o envolvimento ativo e criativo dos formandos e facilitar o processo ensino/aprendizagem – comunicação. Um formador que queira apresentar uma sessão de formação, a partir do momento que tem um grupo de formandos, defronta-se com um problema no que diz respeito ao estilo de relação entre ele e o grupo. É aqui que entra a tão falada dinâmica de grupo. Esta dinâmica de grupo pode ser desencadeada pela escolha de métodos e técnicas pedagógicas, que devem ter atenção: as características do formador e do grupo e número de formandos, os objetivos traçados para a sessão de formação, e o conhecimento/domínio do método ou técnica escolhida. Existem vários fatores que poderão facilitar o processo de dinâmica grupal. São eles: o tema e a pertinência da sua escolha, as características do grupo como o conhecimento entre formandos e estes com o formador, o método e/ou técnica pedagógica utilizada, e espaço físico e o ambiente, a motivação tanto do grupo como do formador e conseqüente boa disposição.

Um dos fatores que podem condicionar o êxito da formação é a falta de motivação. A formação de adultos implica inovação, mudança e abandono de hábitos adquiridos por vezes fortemente enraizados. Assim, a mudança pode tornar-se num processo difícil que se tende a evitar. Esta situação pode ser ultrapassada com um planeamento cuidadoso, encorajando os formandos a participar, a discutir, a comunicar, a dar sugestões, a interessar-se pela mudança, despertando-os para as vantagens. (Gomes, 1999, p.180-181)

No que diz respeito às técnicas, podemos defini-las como sendo uma ação ou ações, definidas a partir do método com vista ao desencadear de comportamentos de aprendizagem. Ou seja, é o colocar em prática o método (exposição; simulação; estudos de caso; jogos; etc.).

Para Gomes (1999, p.180), “O processo de aprendizagem dentro de uma organização implica que o profissional tenha pleno conhecimento... das estruturas da mesma, dos resultados esperados, métodos de avaliação e recursos disponíveis, para poder melhorar o seu desempenho.”

Em relação ao plano de sessão, Gomes (1999) afirma que este é de importância crucial porque, define os resultados que se espera atingir com a formação, define a estratégia e meios a utilizar para os obter e define também a forma de verificar/controlar os resultados obtidos. Por tudo isto, um plano de sessão deve refletir preocupações ao nível da sua preparação, desenvolvimento e análise dos resultados da sessão.

Em suma, num momento como este que atravessamos, em que a quantidade de inovações tecnológicas é grande, as sessões de formação – formação em serviço de adultos deverão ser uma das medidas de revalorização dos recursos humanos, de forma que o seu potencial de experiência seja devidamente aproveitado no desenvolvimento de um desempenho com qualidade e conseqüente satisfação da pessoa.

#### 1.3.1. DOS REGISTOS E DA LINGUAGEM CLASSIFICADA CIPE

A enfermagem exige então conhecimentos científicos e técnicos para dar resposta às necessidades da pessoa e estes devem ser atualizados e uniformizados, sendo os registos uma das suas formas de expressão.

Dizem Torres & Reis (2002, p.57) que “A investigação é hoje possível devido à existência de registos de enfermagem (...) e quando corretamente elaborados permitem a individualização dos cuidados de enfermagem e conseqüentemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente.” O diagnóstico de enfermagem e o plano de cuidados de enfermagem para serem bem-feitos devem suportar-se de uma linguagem comum e própria. Para Torres & Reis (2002, p.57), “Os registos de enfermagem são essenciais para planejar, executar e avaliar os cuidados prestados, mas para que atinjam a eficácia desejada devem constituir um conjunto de dados sistematicamente organizados e completos, que de forma rápida conduzam à tomada de decisões conscientes.” Ora, o enfermeiro ao fazer a apreciação da situação e reação de uma pessoa face ao seu problema de saúde, está a fazer o diagnóstico de enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem proporcionam um mecanismo útil para a estruturação do conhecimento da enfermagem, numa perspetiva de definição do papel e do domínio próprios do enfermeiro. Planejar, executar e avaliar cuidados de enfermagem, fazem parte de um processo dinâmico, flexível, interativo e sistemático, que se vai adequando às mudanças

verificadas, tendo presente os vários contextos e finalidades para que são usados. (Ferreira & Ferreira, 1999, p.32)

Esse diagnóstico é viável quando descrito com base na escolha das intervenções de cuidados. É este processo de tratamento da informação que leva o enfermeiro a executar após esse diagnóstico todo um plano de atuação dirigido. Segundo Dias, Mendes, Mourinho, Carreira, Nunes & Ferreira (2001, p. 267) “O registo em cuidados de saúde tem sido objeto de contínuo debate, desde o início do desenvolvimento das profissões de ajuda (...) A importância dos registos é vital, devendo estes ser rigorosos, completos e realizados corretamente, pois são o testemunho escrito da prática de Enfermagem.”

A escrita profissional, atendendo ao cuidado ao utente, ao próprio profissional, à profissão e à instituição, implica e favorece o julgamento e o saber profissional, a visibilidade, evolução e continuidade dos cuidados prestados, a responsabilidade e o desenvolvimento profissional, a afirmação na equipa dos cuidados, a identidade profissional, a investigação, a defesa do próprio profissional e/ou da instituição. (Soveral, 2001, p.61)

Só através dos registos podemos avaliar a eficácia e a qualidade desses cuidados prestados, pois eles são a prova que esses mesmos cuidados foram realizados. Para Dias, Mendes, Mourinho, Carreira, Nunes & Ferreira (2001, p. 268), “Registrar é acima de tudo comunicar.”, ou seja, só com comunicação adequada e eficaz se podem prestar cuidados adequados e continuados. E uma dessas formas de comunicar é através dos Registos de Enfermagem.

Xavier (1997, p.28) refere que “...só podemos prestar cuidados de enfermagem se tivermos conhecimento completo e profundo sobre o doente, sobre as suas necessidades, sobre os cuidados prestados pelos outros membros da equipa e sobre os resultados obtidos. Tudo isto faz-se através dos registos.” É através deles que nós, enfermeiros, conseguimos transmitir à restante equipa multidisciplinar os nossos pareceres em relação à pessoa e às nossas atuações, daí a importância destes como símbolo da profissão, possibilitando ainda a individualização dos cuidados e a continuidade dos mesmos. Não podemos esquecer que se queremos ter uma profissão que evolua e se afirme, temos que nos esforçar nesse sentido. Por vezes não implica escrevermos mais, implica escrever o necessário e fundamental. Vivemos hoje na era da informação e da informática.

A opinião de que a “Informação de Enfermagem” é importante para a governação da saúde é, hoje em dia, consensual. Tal relevância resulta não apenas dos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação como dos que decorrem da sua importância para as

decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados (na perspectiva individual ou de grupo), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão. (Sistemas de Informação em Enfermagem, 2007, p.1)

Segundo Pereira (2007, p.56), "... os sistemas de cuidados de saúde estão em permanente evolução e são influenciados por múltiplas mudanças, o que torna inevitável a necessidade de ter disponíveis sistemas de informação capazes (...) para a qualidade e otimização dos processos de gestão."

Conhecedora dos riscos, necessidades e oportunidades que tal realidade expressa, os Sistemas de Informação da OE (2007, p.1-2) circunscreveu um conjunto mínimo de normas para a evolução dos sistemas de informação de enfermagem, declarando "...a utilização obrigatória da **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**. (...) tendo em vista as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados (legais, éticas, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação, visibilidade dos atos de enfermagem praticados) (...)"

A linguagem **CIPE** permite então classificar os fenómenos utilizando uma descrição sistémica, o que facilita a investigação e logo o desenvolvimento da ciência, dando ênfase à terminologia para a prática de enfermagem, imaginada no planeamento dos cuidados de enfermagem de forma individualizada, contínua e progressiva, que podem ser avaliados (diagnósticos e intervenções de enfermagem) quantitativamente e comparados entre pontos de prestação de cuidados em todo o mundo, dando-nos a perceção dos mesmos. Permite também criar padrões de documentação dirigidos a cada serviço, o que facilita a gestão dos recursos humanos e materiais, reforçando a autonomia e a responsabilidade do Enfermeiro, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação de quem presta cuidados e de quem os recebe.

Cabe então ao enfermeiro especialista, segurado nas suas competências especializadas comuns, especialmente no domínio da melhoria contínua da qualidade, desempenhar um papel determinante na conceção e desenvolvimento dos sistemas de informação em enfermagem.

### 1.3.2. DAS NORMAS E PROCEDIMENTOS

As normas em geral desenvolvem-se à medida que os membros do grupo conhecem quais os comportamentos que são necessários para o grupo funcionar mais eficazmente, daí a importância da sua realização e atualização, como forma da melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos seus clientes.

Todos os grupos têm normas estabelecidas, isto é, padrões aceitáveis de comportamento que são partilhados pelos membros do grupo. As normas dizem aos membros o que eles devem ou não devem fazer sob certas circunstâncias. (...) as normas agem como um meio de influenciar o comportamento dos membros do grupo com o mínimo de controlo externo. Normas diferem entre grupos, comunidades e sociedades, mas todos as têm. Normas formalizadas são escritas em manuais organizacionais determinando regras e procedimentos para os empregados seguirem. (Robbins, 1999, p.161)

Equipas de sucesso traduzem o seu objetivo comum em metas de desempenho específicas, mensuráveis e realistas. Essas metas específicas facilitam a comunicação entre todos e passam pela concretização de normas de atuação. Elas também ajudam as equipas a manterem-se concentradas em atingir resultados.

### 1.3.3. DA METODOLOGIA DE PROJETO

É pertinente desenvolver/aprofundar conhecimentos acerca do que é um projeto, e todos os aspetos que lhe digam respeito, antes de nos lançarmos na elaboração do que quer que seja. Daqui se depreende que a enfermagem deve ser planeada, implementada, orientada por objetivos e avaliada. Botelho (1994, p.35) diz que "...o projeto é a prefiguração exata e precisa do que pretendemos concretizar. É a passagem do desejo à intenção e desta à ação, mas ação refletida, esclarecida e planeada."

Um projeto apresenta várias características. Pressupõe sempre autenticidade (há uma escolha livre das suas estratégias), apropriação do seu espaço e tempo de formação (é um investimento pessoal) e é um direito pedagógico (porque enquanto poder e produto pertence aos próprios formandos). Com a realização de projetos aprende-se cada vez mais a investir-se na formação assumindo essa atitude como uma necessidade imperiosa que conduz a um desenvolvimento do percurso pessoal e profissional (é fundamental que exista uma convergência em relação aos planos de interesse pessoal, profissional e institucional). Qualquer projeto deverá também ser produtor de uma relação entre a teoria e a prática (ser realista e exequível), deverá desenvolver a capacidade de observação, análise, investigação e criatividade, bem como, a capacidade de trabalhar em equipa e treino de organização do trabalho tendo em conta o fator tempo. Realizar um projeto de formação é um grande compromisso. É sempre possível, mas também é sempre difícil, e é isso que o torna um desafio na aprendizagem de competências e desenvolvimento de características inerentes às diferentes fases/etapas por que passa a elaboração de um projeto (diagnóstico: levantamento do problema, pesquisa bibliográfica sobre o assunto e sua produção, apresentação do projeto, execução, avaliação e divulgação).

Para Meleis (2012), necessitamos de ter em conta quatro particularidades importantes que determinam a nossa perspetiva: a natureza da Enfermagem como ciência humanista, como disciplina orientada para a prática, como disciplina de cuidado (*caring / betreuung*) e como disciplina orientada para a saúde. A investigação neste sentido é fundamental para a creditação da nossa atuação.

Quando desenvolvemos um projeto no contexto de cuidados de saúde devemos realizar uma análise integrada das necessidades da população, na perspetiva de desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e a equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população. (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.10)

A **metodologia de projeto** utilizada neste relatório, como forma de investigação centrada em problemas reais existentes, conduz à implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. E tem como objetivos finais: produzir, desenvolver ou aprofundar conhecimentos, sensibilizar para a metodologia utilizada na solução de problemas estabelecendo sempre relações entre a teoria e a prática. A capacidade de gerir relação influencia a capacidade de desenvolver o autoconhecimento.

#### 1.4. DO CONTROLO DA INFEÇÃO HOSPITALAR

As infeções nosocomiais ou infeções hospitalares existem desde que surgiram os hospitais, mas só na primeira metade do século dezanove os profissionais de saúde começaram a preocupar-se com esta questão. Hoje é uma preocupação mundial, sendo um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

Em Portugal, a infeção hospitalar foi abordada pela primeira vez em 1930, pela Direcção-Geral da Saúde e depois, em 1979, pela Direcção-Geral dos Hospitais, através da Circular Informativa N.º 6 /79, de 9/2/79, quando é conhecida a Resolução (72) 31 do Conselho da Europa e divulgada a todos os serviços e unidades de saúde. O controlo da infeção foi recomendado pela Direcção-Geral dos Hospitais a todas as unidades de saúde pela Circular Informativa N.º 8/86 de 25/3/86, ao ter dado a conhecer a Recomendação n.º R (84) 20 de 25 de Outubro do Conselho da Europa, que abordava a temática da prevenção das infeções hospitalares. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção da Direcção Geral de Saúde (DGS), 2007, p.4)

As complicações infecciosas são causa de elevada morbilidade e mortalidade, que acarretam custos elevados a nível ético, social e económico. Em Portugal foram criadas, em regime obrigatório pelo Despacho 246 da Direcção Geral da Saúde, de 23/10/1996, visando

enfrentar o problema de forma organizada e global, as Comissões de Controlo da Infeção Hospitalar (CCIH). As CCIH têm programas orientadores onde constam as linhas pelas quais a respetiva instituição se rege, mas é a equipa prestadora de cuidados diretos que tem que organizar o seu trabalho no sentido de uma prevenção ou minimização efetiva das infeções nosocomiais.

“A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.” (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção, 2007, p.4)

Dentro do hospital, todas as pessoas que contactem com a pessoa quer direta ou indiretamente, têm uma função importante no controle da infeção. Na grande maioria, as pessoas hospitalizadas estão com menor resistência às doenças pela própria patologia de base, pois são suscetíveis a todos os métodos de diagnóstico, intervenções cirúrgicas, terapêutica e cuidados que lhes são prestados, mesmo estando em fase de recuperação.

Atualmente, apesar de 68% dos hospitais disporem já de um sistema de vigilância de infeção hospitalar, só 38% têm protocolo de utilização de antibióticos e apenas 59% conseguem ter aprovado, pelos respetivos Conselhos de Administração, o plano de atividades da CCI. A estes constrangimentos identificados podem, ainda, associar-se outros, como a insuficiente formação especializada dos profissionais de saúde em IACS, desde a fase pré à fase de pós – graduação; a necessidade de um sistema de informatização padronizado dos laboratórios de microbiologia, como contributo às atividades de vigilância epidemiológica; a inadequação de estruturas para descontaminação e esterilização centralizadas dos dispositivos médicos e a inexistência de quartos de isolamento e barreiras sanitárias. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção, 2007, p.7)

As bactérias constituem os principais responsáveis pelas infeções hospitalares, seguidas pelos fungos e vírus. Existem já micro-organismos tão resistentes que nem os antibióticos conseguem diminuir a sua perigosidade, como por exemplo o *Staphylococcus aureus* e a *Pseudomonas*.

A IACS, não sendo um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção, 2007, p.4)



O controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde está hoje relacionado aos antimicrobianos. O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos da DGS (2013, p.2) refere mesmo que “Na realidade, controlo de infeção e prevenção de resistências aos antimicrobianos são duas faces da mesma moeda (...)”

Hoje em dia tem-se consciência de que a limpeza e a higiene das mãos é uma das armas mais poderosas no combate às infeções cruzadas. Pinto (2007, p.7) refere que “A lavagem das mãos tem por objetivo retirar material infeccioso visível e invisível. Deverá ser mecânica, através da água corrente e com um antimicrobiano, durante o tempo indicado pelo produto.”

No âmbito da adesão à metodologia da campanha de higiene das mãos da OMS foi adotado o **modelo conceptual dos “cinco momentos”** que são as cinco indicações para a higiene das mãos, constituindo os pontos de referência temporais fundamentais para os profissionais de saúde: 1. “*Antes do contacto com o doente*”; 2. “*Antes de procedimentos limpos ou assépticos*”; 3. “*Após risco de exposição a fluidos orgânicos*”; 4. “*Após contacto com o doente*”; 5. “*Após contacto com o ambiente envolvente do doente*”. Estas indicações designam os momentos em que é necessário a higiene das mãos de modo a interromper eficazmente a transmissão de microrganismos durante a prestação de cuidados de saúde. (...) O uso de luvas pode ser um fator de risco para a não adesão à higiene das mãos, por isso, é importante seguir algumas recomendações: O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos seja com água e sabão seja com solução alcoólica. (IB); Usar luvas sempre que antecipar que vai entrar em contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos, membranas mucosas ou pele não intacta (feridas). (IC); Remover as luvas após cuidar de um doente. Não usar o mesmo par de luvas para cuidar mais do que um doente. (IB); Substituir as luvas quando cuidar de um local contaminado e passar para um local limpo, no mesmo doente. Substituir as luvas após tocar um local contaminado e antes de tocar num local limpo ou no ambiente. (Circular Normativa nº13/DQS/DSD de 14/6/2010, p.12-15)

Os processos de mudança são um desafio. Sabe-se que um comportamento apresenta pouca possibilidade de mudança quando já está estabelecido por um longo período ou profundamente incorporado culturalmente. Mas as pessoas são mais propensas de mudar o seu comportamento quando para a necessidade dessa mudança há benefício próprio. Os profissionais de saúde devem adotar princípios bioéticos no compromisso que têm para com a sociedade, em especial nesta área a beneficência e justiça devem ser destacadas, estruturando ações de prevenção de infeções de modo a prevenir malefícios e oferecendo cuidados justos aos que estão sob os seus cuidados.

Torna-se assim imperativo que os profissionais da saúde adquiram uma filosofia da prevenção na sua prática diária. Como futuros especialistas em Pessoa em Situação Crítica

devemos estar atentos aos pareceres de boas práticas (nesta área) de forma a maximizar a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde.

#### 1.5. DA INTERVENÇÃO EM CATÁSTROFE E EM EMERGÊNCIA MULTI-VÍTIMA

O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC, 2012, p.6) é uma ferramenta de apoio “...às operações de proteção civil em caso de ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental (...)”

Este Plano articula-se com os Planos Regionais, Distritais e Municipais de Emergência de Proteção Civil “...que descrevem nos respetivos níveis territoriais a atuação das estruturas de proteção civil e referenciam as responsabilidades, o modo de organização e o conceito de operação, bem como a forma de mobilização e coordenação dos meios e os recursos indispensáveis na gestão do socorro.” (PNEPC, 2012, p.7)

O PNEPC (2012, p.13) “...enquadra-se legalmente pelo disposto na Lei de Bases da Proteção Civil (...), no Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (...), na Lei que define o Enquadramento Institucional e Operacional da Proteção Civil no Âmbito Municipal (...) e nos critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de proteção civil (...)”

São riscos previstos pelo PNEPC: Incêndios Florestais; Cheias e Inundações; Sismos; Tsunamis; Ruptura de Barragens; Ondas de Calor e Vagas de Frio; Secas; Acidentes de tráfego; Nevões; Destruição de praias e sistemas dunares; Acidentes industriais; Transporte de matérias perigosas por estrada, caminho-de-ferro e conduta; Deslizamentos/Movimentos de Vertentes; Galgamentos Costeiros e Erosão Costeira; Colapso de estruturas/edifícios; Incêndios; Ciclones e ventos fortes e Ameaças de agentes Nucleares, Radiológicos, Biológicos e/ou Químicos.

Objetivos gerais: Providenciar, através de uma resposta concertada, as condições e os meios indispensáveis à minimização dos efeitos adversos de um acidente grave ou catástrofe; Definir as orientações relativamente ao modo de atuação dos vários organismos, serviços e estruturas a empenhar em operações de proteção civil; Definir a unidade de direção, coordenação, comando e controlo das ações a desenvolver; Coordenar e sistematizar as ações de apoio, promovendo maior eficácia e rapidez de intervenção das entidades intervenientes; Inventariar os meios e recursos disponíveis para acorrer a um acidente grave ou catástrofe; Minimizar a perda de vidas e bens, atenuar ou limitar os efeitos de acidentes graves ou catástrofes e restabelecer o mais rapidamente possível, as condições mínimas de normalidade; Habilitar as entidades envolvidas no Plano a manterem o grau de preparação e de prontidão necessário à gestão de acidentes graves ou catástrofes; Promover a informação das populações através de ações de sensibilização, tendo em vista a sua preparação, a assunção de uma cultura de autoproteção e o entrosamento na estrutura de resposta à emergência. (PNEPC, 2012, p.12)

“O PNEPC é ativado mediante decisão da Comissão Nacional de Proteção Civil, ao abrigo da alínea a) do nº 3, do artigo 36º, da Lei de Bases da Proteção Civil, ou na sequência de emissão de declaração, pelo Governo, da situação de calamidade, ao abrigo da alínea b) do nº 2, do artigo 22º, da mesma Lei.” (PNEPC, 2012, p.15) É possuidor de vários critérios de ativação e programa de exercícios com periodicidade bienal nos termos do disposto no nº 2 do artigo 9º da Resolução nº 25/2008. Existe uma estrutura de coordenação que se inicia no Primeiro-ministro e termina no posto de Comando Distrital e Municipal. Existem caso necessário reforços de meios nacionais e internacionais. Cabe aos organismos e entidades de apoio desempenhar missões de intervenção, reforço, apoio e assistência, quer durante a Fase de Emergência, quer durante a Fase de Reabilitação.

Relativamente aos Hospitais, Centros de Saúde e demais serviços de saúde, na fase de emergência devem, segundo o PNEPC (2012),

Coordenar as evacuações/transferências inter-hospitalares, quando necessárias; Colaborar nas ações de saúde pública, nomeadamente no controlo de doenças transmissíveis; Minimizar as perdas de vidas humanas, limitando as sequelas físicas e diminuindo o sofrimento humano; Colaborar no apoio psicológico à população afetada; Colaborar na resolução dos problemas de mortuária; Prestar assistência médica e medicamentosa à população; Assegurar a prestação de cuidados de saúde às vítimas evacuadas para essas unidades de saúde; Colaborar na prestação de cuidados de emergência médica pré-hospitalares (...) ” e na fase de reabilitação: “ (...) Adotar medidas de proteção da saúde pública nas áreas atingidas; (...) Colaborar no apoio psicológico; Garantir o atendimento e o acompanhamento médico à população afetada. (p.64-65)

Segundo o Plano Municipal de Emergência (PME) de Lisboa (2012, p.5) “O Serviço Municipal de Proteção Civil de Lisboa, ao concretizar a necessidade de dotar a cidade com um instrumento de gestão da emergência, elaborou o Plano Municipal de Emergência, dando também cumprimento ao disposto na Lei nº 113/91, anterior Lei de Bases de Proteção Civil.”

Alguns dos objetivos deste PME (2012) são providenciar condições e meios indispensáveis à minimização dos efeitos adversos de um acidente grave ou catástrofe; definir orientações de atuação; minimizar a perda de vidas e bens, moderar ou balizar os efeitos de acidentes graves e restaurar rapidamente as condições mínimas de normalidade; capacitar os envolvidos no plano a manterem-se preparados para a gestão de acidentes graves. O PME (2012, p.7) “...foi melhorado tendo em conta o organizado no Decreto-Lei n.º 134/2006, de 25 de Julho, publicado no Diário da República, n.º 142, 1ª Série e é ativado pelo Presidente da Câmara Municipal de Lisboa com o intuito de desencadear as ações de proteção civil de prevenção, socorro, assistência e reabilitação.”

A Diretiva Operacional n.º 1/2009 da Autoridade Nacional de Proteção Civil determina que o INEM deverá coordenar todas as atividades de saúde em ambiente pré-hospitalar, triagem, evacuação primária (para zonas de triagem) e secundária (para unidades de saúde), a referência e transporte para as unidades de saúde adequadas, bem como a montagem de postos médicos avançados e hospitais de campanha. (PME de Lisboa, 2012, p.69)

Pertencerá ainda ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), de acordo com as suas competências legais, a gestão do apoio psicológico e a necessária articulação com as restantes entidades de saúde para gestão de meios e recursos, vigilância/controlo epidemiológico, ações de mortuária e qualquer outro tipo de apoio sanitário que se verifique ser necessário, de acordo com as competências próprias de cada entidade. O encaminhamento das vítimas deverá ter em atenção não só a sua situação clínica, mas também a competência das unidades de saúde de destino. De referir que o concelho de Lisboa possui uma rede hospitalar e de centros de saúde significativa da qual faz parte o hospital onde decorre o estágio.

A Lei de Bases da Proteção Civil, Lei n.º 27/2006, de 3 de Julho, define Proteção Civil como “a atividade desenvolvida pelo Estado, Regiões Autónomas, Autarquias Locais, cidadãos e por todas as entidades públicas e privadas com a finalidade de prevenir riscos coletivos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, de atenuar os seus efeitos e proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo quando aquelas situações ocorram.” A Constituição da República Portuguesa prevê a suspensão do exercício de direitos, liberdades e garantias aos cidadãos em caso de declaração de estado de emergência por calamidade pública efetiva ou iminente. (PME de Lisboa, 2012, p.81)

A Direcção-Geral da Saúde (Orientação nº007/2010 de 6/10/2010, p.1) aconselha “...a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde a elaboração de um Plano de Emergência Médica, de acordo com o “Guia Geral de Orientação (...) Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções (...)”

Os hospitais, como qualquer outro estabelecimento público, estão sujeitos a numerosos tipos de acontecimentos, que podem originar situações de emergência, daí a deverem ter no seu regulamento um Plano de Emergência Interno (PEI).

Antes de se falar em emergência devemos falar de prevenção, pois se estivermos prevenidos e preparados para as possíveis catástrofes agiremos melhor no combate ao caos que normalmente se instala nessas alturas. Para isso é necessário estarmos dentro dos planos de atuação existentes para a catástrofe e emergência uma vez que somos, como profissionais de saúde, os protetores das pessoas que temos a nosso cargo.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica é neste contexto fundamental na dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, intervindo na conceção dos planos institucionais e na direção da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima, tendo a capacidade de gerir equipas, de forma organizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta imediata.

Para Meleis (2012) as intervenções de enfermagem devem ser estabelecidas de forma a evitar riscos, detetar dificuldades e resolvê-las ou minimizá-las. Para a mesma um fenómeno é um aspeto da realidade que pode ser sentido conscientemente ou vivenciado através de um acontecimento, uma situação, um processo, ou um conjunto de acontecimentos ou situações. Pode estar delimitado no tempo e no espaço e a capacidade de o prever por parte dos enfermeiros é facilitador das transições para o atingir das condições mais saudáveis das pessoas que têm a seu cuidado.

No Artigo 79.º do CDE está descrito que “O enfermeiro, ao inscrever-se na Ordem, assume o dever de: (...) d) Ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência. ” e o Artigo 80.º alerta-nos que “O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades (...) assume o dever de: (...) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.”

Segundo o PEI do Hospital (2009) onde decorreram os estágios os principais objetivos no âmbito da segurança, são a prevenção de todo o tipo de acidentes e a minimização das consequências daqueles que, eventualmente, venham a ocorrer, visando a preservação da vida. Este plano é portador de metodologia de revisão e alteração, tem na sua situação a caracterização das instalações, a atividade e ocupações dos espaços, a rede viária, as infraestruturas técnicas (rede elétrica, sistema de ventilação, rede de gás natural, elevadores, de gasóleo, comunicações, entre outras), os meios de prevenção, proteção e intervenção (destacando-se a organização da segurança, os extintores portáteis, a rede de incêndios, o Sistema Automático de Detecção de Incêndios -SADI), a sinalização e iluminação de emergência e as vias verticais de evacuação, os fatores de risco (com caracterização de riscos, dos produtos perigosos, pontos perigosos e pontos nevralgicos), as hipóteses de situações acidentais que exigem coordenação e direção de operações e os organismos de apoio.

A execução operacional é caracterizada pela ativação do plano de emergência interno, intervenção das equipas de socorro externas, rotinas de alarme e alerta, estrutura operacional para a emergência, convocação e concentração, plano de evacuação, instruções e

procedimentos, após a emergência a implementação das medidas necessárias ao restabelecimento da normalidade.

O serviço onde decorreram os estágios encontra-se inserido num pavilhão central da instituição, possuidor de uma galeria subterrânea, com compartimentação corta-fogo, que interliga esse edifício a outros. Possuem no momento um total de 41 camas com um total de 153 pessoas no turno da manhã, 72 no turno da tarde e 51 no turno da noite em média segundo estatística do PEI. Existe no serviço sistemas centrais de ventilação. No Pavilhão do serviço existe um elevador monta macas alimentado pela rede elétrica de emergência. Existe também um número interno para emergências não médicas, que é identificado na central como número prioritário. Se por qualquer razão uma ligação para este número não for atendido ao fim de 5 toques, a central faz os seguintes encaminhamentos, pela ordem em que são descritos: Coordenador da Segurança / Vigilante de Reforço; Eletricista de Serviço; Supervisor Coordenador da Segurança e Risco; Encarregado de Sector. Existem funcionários responsáveis pela vigilância física que asseguram vários postos definidos sendo um deles o piso 0 do edifício onde está inserido o serviço de estágio. Dentro do serviço de estágio para além da planta de gestão de emergência existem vários extintores portáteis, hidrantes e bocas-de-incêndio, com a respetiva localização também evidenciada na planta já referida. O serviço é detentor de um SADI e a rede de emergência, assegura toda a sua iluminação ambiente. Não existem produtos químicos suscetíveis perigosos ou radioativos no serviço em questão e este é considerado um ponto nevrálgico. Tem estruturalmente 3 saídas de emergência (2 laterais e uma central) seladas com portas corta-fogo que se abrem com cartão eletrónico de identificação do funcionário.

#### 1.6. DO DOENTE CRÓNICO/PALIATIVO

Diz Pessini (2006, p.46) que “O termo “paliativo” deriva do vocábulo latino *pallium*, que significa manta ou coberta. (...) Em inglês, *palliare* pode ser traduzido por aliviar, mitigar, suavizar. Refere-se ao *care* (cuidado) em vez de *cure* (cura), segundo os pioneiros ingleses.”

Gonçalves (2006, p.35) refere que “A medicina progrediu mais na segunda metade do século XX (...) no desenvolvimento de medicamentos, técnicas e dispositivos destinados a curar ou prolongar a vida (...) Os problemas surgem, sobretudo, em doentes críticos, terminais, inconscientes ou com alterações graves e irreversíveis de ordem física ou mental.”

Sapeta (2011, p.22) afirma que “Os Cuidados Paliativos assumem-se como uma das fronteiras do desenvolvimento futuro. Correspondem a uma filosofia que se centra na pessoa doente e não na doença, que aceita a morte como uma etapa da vida, sempre que o tratamento curativo falha os seus objetivos.” Pimenta & Mota (2006, p.43) referem que “Cuidados paliativos

são e sempre foram inerentes ao “fazer” da enfermagem. Cuidar, educar, acolher, amparar, aliviar desconfortos, controlar sintomas e minimizar o sofrimento são ações cotidianas na vida dos profissionais.”

O Conselho da Europa em 1999 decretou que é obrigação dos profissionais de saúde defenderem a dignidade humana principalmente da pessoa com doença terminal ou em agonia. A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006, p.2) refere que “...as organizações internacionais consideram que a enfermagem em cuidados paliativos é uma área muito específica, que requiere um robusta formação e que assegure a prestação de cuidados de qualidade, no âmbito de uma equipa trans e interdisciplinar.” A mesma Associação (2006, p.4) diz que o doente/família têm direito a receberem cuidados; à autonomia, identidade e dignidade; ao apoio personalizado; ao alívio do sofrimento; à informação e à recusa de tratamentos.

Para Gonçalves (2006, p.183) “O respeito pelos desejos, preferências e convicções dos doentes insere-se nos fundamentos dos cuidados paliativos - princípio do respeito pela autonomia. (...) a relação entre os profissionais e os doentes deve ser a de seres autónomos que se respeitam mutuamente.”

Os cuidados paliativos são, segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (p.3857), “...os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida...”

Também para o mesmo Decreto-Lei (p.3857) define ações paliativas como sendo as “...medidas terapêuticas sem intuito curativo que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença irreversível ou crónica progressiva...”

Para Vital (2012, p.4) os Cuidados Paliativos “...são cuidados ativos e totais, prestados por equipas multidisciplinares com formação e treino adequado a doentes com doença crónica, avançada e terminal e suas famílias, num momento em que o tratamento curativo já não responde.”

Os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes na fase final da vida. O objetivo dos cuidados paliativos é assegurar a melhor qualidade de vida possível aos doentes e sua família. A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser, ela própria, objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação

e instrução da equipa prestadora de cuidados paliativos. Os cuidados paliativos têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade. (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2005, p.8)

Gonçalves (2006, p.155) afirma ainda que no processo de decisão o doente e família devem ser envolvidos e tomar as suas decisões no processo de cuidados, considerando-se como exceção as situações de emergência como as hemorragias, a dispneia alta ou uma crise de agitação psicomotora, em que não há tempo para discutir a situação, sendo nestas situações o privilégio terapêutico plenamente justificado.

No art.º 87.º do CDE podemos encontrar os deveres do enfermeiro perante o doente terminal, que incluem: Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida; Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

Pimenta & Mota (2006, p.32) referem que “A formação dos profissionais de saúde em dor e cuidados paliativos é restrita (...) e (...) dificulta o cuidado adequado e efetivo com o paciente e a sua família.” Para Araújo & Silva (2007, p.669) “Parece que muitos profissionais mostram desconhecer técnicas de comunicação terapêutica, evitando o contato verbal com os pacientes que vivenciam o processo de morrer, afastando-se dos mesmos, por não saber trabalhar os sentimentos que a situação de morte iminente lhes desperta.”

Por vezes não é fácil comunicar, isto porque não é uma competência inata mas sim uma competência que se treina e que se estuda partindo de atitudes simples e humildes, uma vez que comunicar vai desde a partilha com a equipa interdisciplinar, ao doente e sua família. Estamos constantemente a comunicar, quer consciente ou inconscientemente de forma verbal e não-verbal, e como comunicar mal em cuidados paliativos pode ser nocivo para a aliança entre os profissionais e o doente/família considerarei esta área como uma preocupação reforçada (...) sendo a comunicação essencial para a prática e para a formação em saúde e um dos pilares terapêuticos mais eficazes que possuímos ao nosso dispor (...) (Vital, 2012, p.42)

Kovács (2006, p.86) afirma que “Nas situações de cuidado paliativo, a importância da comunicação da equipe de saúde com o doente e familiares, e entre si, é indiscutível.”

...a transferência de cuidados curativos para cuidados paliativos é um momento complexo para o doente/família do ponto de vista psicológico, do percurso da doença e da desmistificação de que os cuidados paliativos são para quem vai morrer e nada mais há a



fazer. Para que tal seja possível torna-se imprescindível comunicar, (...) em cuidados paliativos sendo uma das bases de um tratamento eficaz. (Vital, 2012, p.43)

Faulkner (2005,p.130) refere que há cada vez mais consciência da necessidade da existência de uma comunicação eficaz na área da saúde, especialmente quando se trabalha com pessoas que enfrentam diagnósticos com mau prognóstico para si ou para alguém próximo de si. Pesquisas recentes sugerem que a maioria dos clientes gostaria de saber o seu diagnóstico e o progresso do tratamento e da doença. A conspiração do silêncio é muitas vezes observada entre profissionais e familiares mas também pode ocorrer entre os profissionais.

Relativamente à Conspiração do Silêncio, não é mais do que um pedido para esconder informação relacionada como o diagnóstico/prognóstico. O principal objetivo é proteger o outro quando se acha que este não tem capacidade emocional para receber essa informação. Normalmente a conspiração torna-se fonte de tensão entre a pessoa e a família ou entre a pessoa e os profissionais. A conspiração do silêncio pode ser adaptativa (mantida enquanto o cliente se encontrar em negação) ou não adaptativa e esta deve ser desmontada pois prolonga processos de agonia, impede as despedidas sendo preditor de luto difícil.

Diz Pessini (2006, p.53) que “Para que a comunicação da verdade seja moralmente boa, deve-se prestar atenção a **o quê, como, quando, quem e a quem** se deve informar. Claro, exige-se muita prudência. (...) Não é possível praticar a medicina paliativa sem um compromisso prévio de abertura e honestidade para com a verdade dos fatos. ”

...a complexidade do sofrimento e a combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, obrigam a que a sua abordagem, com o valor de cuidado de saúde, seja, sempre, uma tarefa multidisciplinar, que congrega, além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade. (Circular Normativa 14/DGCG de 13/7/04 da DGS,p.2)

Da comunicação de más notícias destacando-se o Protocolo de Buckman como forma de diretriz funcional e favorável na relação entre profissional e pessoa paliativa. É constituído por seis fases, todas elas importantes na relação. A primeira é a “Preparação” onde se dá importância ao local onde é dado o diagnóstico, a disponibilidade do profissional para comunicar e a hipótese da presença de outros (familiares ou não) se a pessoa assim o entender. A segunda fase é o “Descobrir o que o Doente Sabe”, onde se deve confirmar “o que pensa que não está bem”, pois se a pessoa não tem noção do que se passa deve ser preparada antes da informação do diagnóstico/prognóstico. A terceira fase é o “Descobrir o que quer Saber”, pois há pessoas que não querem saber e há outras que querem. Devemos ter sensibilidade para as perceber. A

quarta fase é a de “Partilhar Informação”, onde essa transmissão deve ser feita de forma clara, adequada e simples, devendo-se evitar termos técnicos e frases longas. Devemos tentar dar apenas uma notícia má de cada vez. A quinta fase é a de “Responder às Emoções”. Esta é quase sempre uma fase que não é realizada pelos profissionais mas essencial no processo de aceitação da situação atual da pessoa. Identificar e aceitar as reações emocionais do outro é basililar. Importante não fazer juízos de valor ou se o fazemos que eles não tentem contaminar a relação. É nesta fase que a escuta ativa é fundamental. Nesta fase há quatro premissas fundamentais como a honestidade, o não dar falsas esperanças, o não fazer prognósticos acerca da morte e permitir uma esperança realista ou seja preparar para o pior mas esperar o melhor. Nesta fase é importante alertar para o plano de vida da pessoa tendo em conta os riscos que possa correr do seu comportamento. A sexta e última fase é a de “Planear o Acompanhamento” onde se tenta gerir dentro do desejado pela pessoa e família os seus projetos, facilitando a concretização de alguns se necessário.

Relativamente à equipa de saúde esta deve sempre refletir sobre a forma como atua com os clientes em fase terminal e seus familiares valorizando e tentando melhorar o seu papel na ajuda da preparação para a morte. Nas entrevistas de apoio a informação deve ser transmitida tendo por base uma comunicação verbal (colocando questões diretas), não-verbal (olhos nos olhos, proximidade, etc.), ter em conta o espaço físico onde é realizada (calmo, arejado, agradável), dar tempo, mostrar disponibilidade favorecendo o crescimento de uma relação baseada na confiança.

Para se realizar uma conferência familiar é fundamental que determinadas etapas sejam cumpridas, sendo a primeira a pré-conferência, ou seja, a equipa multidisciplinar tem necessidade de falar com a família quando o quadro clínico do doente sofre um agravamento, quando existem conflitos familiares, no entanto este agendamento com a família é posterior ao parecer e aprovação do doente, este decide quem será convocado para a conferência familiar. (Vital, 2012, p.44)

A conferência familiar corresponde a uma forma estruturada de intervenção na família com o intuito de partilhar informações e sentimentos de modo a aliviar a pessoa e a família. Ritto (2006, p.63) afirma que “Cuidar pressupõe estabelecer uma relação mútua com o doente. Para tal, o enfermeiro necessita conhecer as suas próprias atitudes face à doença e a problemática do indivíduo que cuida, bem como as características da doença, medidas terapêuticas e o impacto que a doença tem no indivíduo, família e amigos.”

Vital (2012, p.43) reforça dizendo que “...é necessário um controlo sintomático rigoroso (... ) utilizar uma estratégia de terapêutica farmacológica e não farmacológica, (...) utilizar uma

via de administração terapêutica adequada, (...) estabelecer planos com os doentes e suas famílias, reavaliar e dar atenção aos detalhes mostrando sempre disponibilidade.”

Quando a situação de doença evolui para a *fase terminal e morte*, a atuação do enfermeiro é de extrema importância no controlo dos sintomas e na continuação do apoio emocional ao doente e família, estendendo-se, no caso desta, ao apoio na fase do luto. O enfermeiro deve ter presente que, a qualquer momento, a pessoa que está a morrer, família e amigos podem confrontar-se com diferentes estádios e tarefas, que o podem incluir. Este apoio deve, por isso, aceitar como adequadas e válidas uma variedade de respostas emocionais. Deve saber que, por vezes, é necessário prestar mais atenção ao indivíduo que interioriza do que àquele que verbaliza os sentimentos. Apesar da utilidade da catarse para alguns, deve reconhecer que um ambiente seguro para a catarse exige uma relação terapêutica experiente. Mais uma vez, a abordagem em equipa pode ser mais útil na avaliação e no manuseamento da tristeza e da depressão, incluindo as da família. (Ritto, 2006, p.65)

Costa & Antunes (2012) garantem que “O controlo de sintomas (...) faz parte de um todo, e é nesse todo que devemos intervir (...) não intervirmos convenientemente no alívio do sofrimento do doente.

De entre as escalas existentes a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) é um dos instrumentos possíveis de utilizar como forma de ajuda em cuidados paliativos. A aplicação de escalas de assistência é um dos processos utilizados para possibilitar um cuidado distinto a cada pessoa a partir dos valores apresentados no seu preenchimento. Esta escala pode quantificar e fundamentar a necessidade de intervenções, possibilitando ainda a avaliação da eficácia dessas mesmas intervenções.

A ESAS é um instrumento de avaliação multidimensional que integra sintomas físicos e psicológicos, é constituído por um conjunto de subescalas visuais numéricas que pretendem medir a intensidade de 9 sintomas (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, sensação de bem estar e falta de ar), em que 0 “zero” significa ausência de sintoma e 10 “dez” corresponde ao pior grau de gravidade do sintoma ou da forma como é sentido, devendo colocar-se um círculo em redor do número da escala (0 a 10) que corresponde à intensidade da percepção do sintoma. Se o doente se apresentasse consciente e orientado, a aplicação da escala era efetuada ao próprio doente, caso contrário, seria preenchida por um familiar, cuidador ou profissional de saúde envolvido nos cuidados. Nestes casos, as escalas sintomáticas subjetivas como: cansaço, depressão, ansiedade e sensação de bem-estar não eram preenchidos, conforme indicado pelos autores da ESAS. (Costa & Antunes, 2012)

O controlo de sintomas e a resolução de problemas concretos, o apoio emocional e uma comunicação eficaz com o cliente/família são os pilares dos cuidados para a pessoa nos seus últimos dias de vida.

Cabe à pessoa participar e decidir o que pretende para a sua vida. Cabe ao cuidador apoiá-lo e participar ativamente na sua condição atual. A equipa deverá retirar dúvidas e alertar para possíveis complicações tentando fazê-lo sem aumentar a angústia e mal-estar quer do cliente quer da família mostrando-se sempre disponível para ajudar. Ensinar a família a atuar em situações específicas de acordo com a individualidade da pessoa e a identificar sinais de alerta é fundamental. É importante também explicar à família em que fase da situação é que se pensa estar a pessoa e qual a melhor atitude terapêutica a seguir tendo em conta as decisões tomadas entre todos. Em fase agónica é essencial avisar a família que o cliente pode vir a falecer em poucas horas de forma a permitir o desenrolar de um luto saudável. Atitudes de negação e revolta devem ser evitadas, neste sentido a comunicação é imprescindível devendo-se dar tempo e espaço à pessoa e família para integrar emocionalmente a situação, explicando-lhes o que podem esperar da equipa, hipóteses de ajuda, plano de cuidados possível, etc. Várias necessidades da vida diária (alimentação, eliminação, etc.) ficam alteradas, pelo que a pessoa e família devem ser alertados para esses factos evitando-se o aumento da sua ansiedade. Relativamente a dúvidas face à morte estas também devem ser desmistificadas. Deve-se informar que a morte acontece pouco a pouco sem sofrimento. Neste sentido torna-se imperativo falar abertamente sobre possíveis complicações (dispneia, dor, estado confusional, etc.) de forma a planear intervenções precoces farmacológicas e não farmacológicas com o intuito de as evitar ou minorar se já presentes.

Como futuros especialistas percebemos que a comunicação é a base de todos os pilares da ação central em cuidados paliativos, sendo eles o controlo de sintomas, o apoio à família, o trabalho em equipa interdisciplinar e a própria comunicação adequada.

#### 1.6.1. DA DOR E DO SOFRIMENTO

A dor é tão antiga como a espécie humana. A palavra “dor” tem origem do latim, designando-se de “dolore”. Os dicionários costumam defini-la como impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão, ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele. A dor é um conceito e um fenómeno da consciência, é uma experiência subjetiva.

Para Silva (1995, p.281), “ ...a dor física ainda existe sem solução, no nosso tempo (...)” Há que ter em conta, se pretendermos ajudar no combate à dor, alguns princípios como: A visão da dor nas suas diferentes dimensões, pois a pessoa é um ser biológico, psicológico/emocional e social/cultural, e logo diferente de todos os outros; Os valores éticos e a importância da qualidade de vida. O respeito pela dignidade da pessoa, sendo para isso essencial tomar decisões terapêuticas individualizadas e adequadas; A presença de uma equipa

multidisciplinar, que se envolva no estudo da dor e seu manejo, de forma a combatê-la mesmo em cuidados paliativos (fora de possibilidades terapêuticas).

Ritto (2006, p.30) assevera que “Entidades oficiais como o Ministério da Saúde que, através da sua Direção Geral lança o Plano Nacional de Luta contra a Dor e a Circular Normativa que eleva a Dor à categoria de 5º Sinal Vital, confirmam a noção da importância de valorizar a dor no nosso país, contribuindo para que o seu controlo possa ser uma realidade.” O mesmo autor refere ainda que a dor é subjetiva, visto não ser mensurável como os outros sinais vitais, mas sim mensurável apenas pelo próprio doente.

A escolha de um instrumento para medir a dor deve, antes de mais, ser de fácil aplicabilidade, adequar-se ao nível de compreensão do doente e ao contexto de dor que lhe está associado. (...) Existem disponíveis para o efeito várias escalas. Contudo, para responder às necessidades da quase generalidade dos doentes internados em contexto cirúrgico (no pré ou pós-operatório imediato ou mediato) ou em contexto médico, as escalas de autoavaliação que parecem uniformizar da melhor forma as diferentes necessidades correspondentes aos diferentes contextos são a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Numérica Verbal ou Visual. (Ritto, 2006, p.36)

A dor é uma das manifestações somáticas de depressão mascarada ou de perturbação depressiva evidente, constituindo uma ameaça para o ser humano, porque reflete uma ferida, uma lesão ou perigo e por isso é temida, constituindo uma preocupação. Neste sentido a dor é um fator de ansiedade e stresse para a pessoa. A resposta de stresse pode ser desencadeada pela lesão orgânica, pelo contexto psicológico e social em que se insere ou pela própria dor. Não esquecendo os casos de automutilação onde se verifica a ausência de dor e alívio de tenção temporários.

Na abordagem ao doente com dor, o enfermeiro pode ir além do tratamento farmacológico, utilizando intervenções autónomas adequadas à individualidade de cada doente, quer através do apoio emocional prestado pela sua presença efetiva, quer pela escuta atenta e pelo toque, desde que façam sentido para o doente. Se tiver preparação específica, pode ainda recorrer ao uso de outras terapias complementares como as técnicas de distração, a massagem, o relaxamento progressivo dos grupos musculares, a musicoterapia, a aromoterapia ou outras, adequando-as às capacidades, fase da doença e contexto em que o doente está inserido. Em determinadas situações, o uso do frio e do calor pode, também, ser experimentado. (Ritto, 2006, p.69)

Ritto (2006, p.40) refere que nos registos de enfermagem “...o enfermeiro deverá incluir, da forma mais objetiva possível, outras características da dor do mesmo, sempre que existirem alterações em relação às descritas na primeira avaliação (localização, tipo,

duração/carácter, períodos de exacerbação, etc.), bem como as estratégias de intervenção que desenvolveu para lhe dar resposta.”

O sofrimento, em latim “patior”, é uma vivência de ordem física, psíquica ou moral que sobrevém ao sujeito dotado de conhecimento, pelo que constitui uma experiência profunda da sua dependência (carácter de passividade). É sinónimo de qualidade de vida diminuída. O sofrimento é uma das maiores preocupações do homem antes da morte. Muitas vezes é mal interpretado e minimizado ao pensar-se neste como sendo dor, mas é sim um conceito muito mais global, em que a dor pode ser um componente.

Hoje a medicina está avançada no combate à dor, no que respeita ao sofrimento, mantêm-se muito frágil. O sofrimento sendo psico/sócio/espiritual pode ser sentido como uma ameaça para a pessoa em relação ao sentido da vida, perda de controlo e enfraquecimento da relação com os outros, uma vez que o processo de morrer acentua o isolamento e modifica as relações. Gonçalves (2006, p.152) diz que “Os sintomas físicos como a dor, a dispneia e outros são facilmente caracterizáveis, ao contrário do sofrimento psicológico ou do sofrimento existencial que são mais difíceis de caracterizar.”

A dimensão espiritual nos processos de saúde/doença é reconhecida pelas associações nacionais e internacionais de enfermagem e demonstrada pela evidência científica. As pessoas cada vez mais demonstraram necessidade de cuidados espirituais para encontrarem a esperança, o significado da vida... Sawatzky & Pesut (2005) afirmam que cada vez mais os enfermeiros são chamados a participar na assistência espiritual dos seus clientes. A espiritualidade é uma temática atual em saúde. Um fator relevante para a identificação da espiritualidade nesta área foi a introdução da dimensão espiritual no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde.

A espiritualidade tem sido recentemente associada à saúde através do conceito de Bem-estar espiritual (BEE). Este define-se como um estado dinâmico que se reflete na qualidade das relações que o indivíduo estabelece consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com algo que transcende o domínio humano. (Gouveia, Marques & Ribeiro, 2009, p.285)

Wasner, Longaker, Fegg, & Borasio (2005) afirmam que os profissionais de saúde têm pouca prática na prestação de cuidados espirituais sabendo-se que estes ao serem aplicados favorecem a redução da angústia, depressão e sofrimento das pessoas aumentando-lhes a sua qualidade de vida. Para se prestarem bons cuidados, é preciso ter compaixão pelas pessoas sendo este sentimento o limite ténue mas necessário para o equilíbrio mental dos profissionais.

Referem Marques, Sarriera & Dell'Aglio (2009) que “A Escala de Bem-Estar Espiritual - EBE - (*Spiritual Well-Being Scale*), de Paloutzian e Ellison (1982) é uma das pioneiras no tema da espiritualidade e da religiosidade e é tida como um padrão de referência para os autores que delineiam instrumentos de mensuração da espiritualidade.”

O “remédio” talvez seja melhorar a qualidade das relações entre pessoa/familiares e entre pessoa/prestadores de cuidados, tendo em conta que para isso acontecer de forma positiva é necessário compreender e fazer-se compreender com a pessoa durante todo o relacionamento. A comunicação deve ser honesta e verdadeira.

Os profissionais de saúde têm o dever de aliviar a dor dos seus clientes, contribuindo para melhoria da sua qualidade de vida. Cabe aos enfermeiros a responsabilidade ética e moral no alívio da dor e sintomas associados, devendo ser esta uma das principais razões da sua profissão, estando a pessoa em fim de vida ou não. Neste contexto, é fundamental a intervenção do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, que desempenha um papel crucial na prestação de cuidados a este nível, por força das suas competências especializadas específicas.

A conceptualização descrita até aqui acaba por materializar-se como suporte para o desenvolvimento do PIS e do PAC, tendo em conta a articulação de conceitos como a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a qualidade em saúde e a reflexão das competências do Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Após o enquadramento global de suporte aos projetos desenvolvidos durante o mestrado prosseguimos para o segundo capítulo onde expomos o PIS.

## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO (PIS)

Tendo em conta os pressupostos da Teoria da Transição de Meleis, qualquer enfermeiro que pretenda trabalhar num serviço tão específico como é o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia (SCCP/ORL) necessita de adquirir conhecimentos teóricos e científicos sobre os cuidados a ter com este tipo de cliente. As cirurgias são muito específicas e as suturas operatórias não são simples. Na sua maioria as suturas são irregulares e estão próximas de áreas abertas como a cavidade oral e nasal, sendo acompanhadas de estomas nada facilitadores da cicatrização mas sim da probabilidade acrescida de deiscências, fistulas e infeções, causada pela presença constante de secreções no leito das suturas. As feridas cirúrgicas destas pessoas tão específicas carecem de vigilância diária face ao anteriormente descrito. No artigo 88.º do CDE está descrito que “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício (...)”

Gogia (2003, p.65-66) afirma que “O paciente cirúrgico de alto risco frequentemente encontra a deiscência da ferida como uma complicação importante. (...) A cicatrização é um processo complexo, afetado por diversos fatores. Quando as feridas não cicatrizam adequadamente, o peso físico e financeiro da hospitalização é aumentado tremendamente.”

Meleis (2012) afirma que a Enfermagem é uma ciência humanista (*Human Science/Humanwissenschaft*) e uma disciplina orientada para a prática (*practice-oriented discipline/ praxisorientierte Disziplin*), pois a sua missão é visualizada nessa mesma prática. Os enfermeiros querem perceber como as pessoas reagem à saúde e à doença de forma a incentivar a promoção da saúde, prestar cuidados, incentivar o autocuidado e desenvolver pesquisas.

O Projeto de Intervenção em Serviço foi concretizado no âmbito dos três estágios no decorrer dos dois últimos semestres do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na ESS/IPS.

Por motivos pessoais decidimos realizar o PIS no SCCP/ORL e Endocrinologia num Hospital da grande Lisboa e tentar atuar na melhoria dos cuidados à pessoa específica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia (CCP/ORL) com ferida cirúrgica, facilitando-lhe todo o processo de transição.

As feridas continuam a ser um tema atual relativamente à necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem o que reforça a nossa intenção na escolha do tema, facilitador da aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área da Prestação de Cuidados Especializados.



## 2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Para Meleis (2012) o ambiente engloba a família, a sociedade, a cultura, o hospital, o quarto da pessoa, a enfermeira, e tudo o que envolve o cliente em determinada fase de transição. Há uma interação constante entre a pessoa e o meio ambiente que influencia a sua qualidade de saúde.

O SCCP/ORL e Endocrinologia integra como o próprio nome indica estas três especialidades, cada uma com o seu respetivo diretor. A equipa de enfermagem deste serviço é relativamente jovem, composta até à data por 34 enfermeiros e um enfermeiro chefe que tende a ser um líder transformacional, pois não se limita a reagir aos problemas tal como os recebe, questionando-se de modo a contribuir para a construção de um objetivo coletivo. A equipa está dividida por quatro grupos/equipas com horário rotativo à exceção de três elementos que têm horário fixo (coordenadoras). Cada equipa tem na sua constituição um responsável de turno que assegura a logística tardes, noites e fins de semana na ausência do chefe e coordenadoras. O serviço, em si, divide-se em enfermarias (41 camas para internamento e 2 quartos de isolamento), recuperação, sala de tratamentos, gabinetes médicos e de enfermagem.

O acolhimento da pessoa é uma etapa importante para se obter um internamento menos moroso e doloroso, pelo que existem 2 elos de ligação de enfermagem (da equipa fixa das manhãs) que coordenam, com a equipa multidisciplinar composta por cirurgiões, médico internista, dietista e assistente social e os enfermeiros dos cuidados diretos, o internamento dos mesmos, diariamente, através de reuniões informais. A equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos, a equipa da consulta da dor, a psiquiatra e a psicóloga são solicitadas pelos elos de ligação de enfermagem caso a pessoa tenha necessidades das mesmas ou se os elos detetem/antevejam possíveis problemas encaminhando as situações no sentido da sua resolução, satisfazendo tanto a equipa multidisciplinar, como as pessoas e os seus cuidadores.

Pode-se dizer grosseiramente que a pessoa “típica” do serviço é proveniente de Lisboa e Vale do Tejo, Sul, Arquipélagos dos Açores e Madeira, assim como dos Países Africanos Língua Oficial Portuguesa. Maioritariamente são homens adulto/idoso, com hábitos alcoólicos e tabágicos acentuados de nível socioeconómico baixo, estratos culturais pobres. Associado à causa do internamento, habitualmente estes clientes têm outros tipos de patologias como: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Subnutrição, Infecções Respiratórias, Insuficiências Cardíacas, Desidratação, Hepatites e Vírus da imunodeficiência humana I e II, por vezes Toxicodependência, Anemias e Disfagias.

Neste serviço as cirurgias mais frequentes são desde Tireoidectomias Totais ou Parciais, Laringectomias Parciais ou Totais, Celulectomias Radicais, Funcionais ou Modificadas, Parotidectomias, Hemimandibulectomias ou Mandibulectomias Totais, Hemiglossectomias ou Glossectomias Totais (ultimamente associadas a Retalhos Livres), Excisões Tumorais Locais como por exemplo do couro cabeludo, Exenterações Orbitárias, etc. Por vezes também se fazem cirurgias como o “pull up” gástrico com a colaboração de cirurgiões externos. Para além de situações oncológicas, o serviço recebe pontualmente pessoas com estenoses traqueais, após ventilações prolongadas, resultantes na maioria por acidentes de viação ou tentativa de suicídio. Recebe ainda pessoas da Pneumologia, submetidos a broncoscopias rígidas ou flexíveis e colocações ou extrações de próteses, com necessidade de vigilância.

Diz Meleis (2012) que os enfermeiros devem visualizar os seus clientes de forma holística, respeitando valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico. Nesta conjuntura devem ter presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, de modo a alcançar os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Toda a evolução da doença, abordagens cirúrgicas/terapêuticas, todas as complicações, principalmente no pós-operatório, mostram bem as transformações/transições a que são sujeitos, física, psicológica e socialmente. Grandes são as limitações, a perda da independência na manutenção das suas atividades de vida diária, necessitando de ajuda e muito apoio a diversos níveis de modo a manter, recuperar ou melhorar a sua adaptação ao novo estado físico. Ao longo da sua vida muitos são os que sofrem vários internamentos e logo processos de transição neste serviço. Sendo na maioria readmitidos por evolução da doença inicial (recidivas), complicações relacionadas com a sua patologia/tratamento a que estão a ser sujeitos ou falta de condições socioeconómicas necessárias para manter o mínimo indispensável de qualidade de vida. As complicações mais comuns são: Hemorragias; Alterações neurológicas; Fístulas; Desnutrição/Desidratação; Anemia aguda; Infecções; Deiscências de suturas; Dispneia e Disfagias.

Há ainda internamentos com intuito de palição que ajudam a pessoa no sentido de lhe proporcionar a diminuição da dor/sofrimento atingindo dessa forma uma “condição mais saudável”, confortável e digna.

A “mutilação” cervicofacial é quase sempre visível e nada confortável para os dois lados da relação. A ferida operatória nestas pessoas muitas vezes está exposta e o penso tem por vezes uma função protetora face ao olhar dos outros (facilitadora da nova condição). Baranoski & Ayello (2006, p.5) acrescentam ainda que “Feridas na cara, pescoço e mãos, são

obviamente as mais difíceis de esconder, não apenas pelos outros mas também do ponto de vista do próprio paciente. O trauma emocional experimentado pelo desfiguramento facial requer longos períodos de ajustamento. (...) “

A ferida não é mais do que a perda de continuidade da pele. Para Baranoski & Ayello (2006, p.91) “Uma ferida é uma rutura da estrutura e função anatómica normal. As feridas são classificadas como agudas e crónicas.” Meleis (2012) afirma que quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem molduras de valores, crenças e desejos da natureza pessoal reflexo das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. O ponto nº2 do artigo 78.º do CDE declara que “ ... São valores universais a observar na relação profissional: (...) e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.” E no ponto nº3 que “São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; (...) “ O artigo 4.º do Regulamento Interno do Hospital da grande Lisboa (2014) onde decorreram os três estágios diz que são objetivos do Hospital prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade em ambiente humanizado; otimizar a utilização dos recursos disponíveis; promover a investigação e prosseguir a melhoria contínua da qualidade.

O tratamento de feridas agudas e crónicas evolui para uma área de prática bastante especializada. É vital que se faça uma avaliação da ferida detalhada e rigorosa em pacientes com feridas. (...) A avaliação fornece os elementos-chave de uma ferida e é essencial para o desenvolvimento de todas as intervenções de disciplinas de cuidados de saúde. A avaliação total do paciente, inclusivamente as situações de morbilidade e estilo de vida, deve fazer parte de qualquer avaliação de ferida abrangente. (Baranoski & Ayello, 2006, p.91)

Dos 6 enunciados descritivos, dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, destacaram-se nesta fase do PIS: “**A prevenção de complicações**” e “**A organização dos cuidados de enfermagem**”, de onde sobressaiu a necessidade da existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício da enfermagem, de um sistema de registos mais eficaz, da satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional e da importância da formação contínua promotora do desenvolvimento profissional.

## 2.2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE ENFERMAGEM

Como já referido o enfermeiro que pretenda trabalhar no SCCP/ORL necessita de adquirir conhecimentos teóricos e científicos sobre os cuidados a ter com este tipo de pessoas. Este serviço tem mantido a preocupação de realizar formações anuais, no sentido de estar

atualizado no material a adequar a cada tipo ferida ou até mesmo de racionar a escolha desse mesmo material pelo custo/benefício dessa mesma aplicação.

Em entrevista exploratória não estruturada com o enfermeiro chefe do SCCP/ORL e com a orientadora de estágio ficou reforçada a ideia de que a melhoria dos cuidados à pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica é indispensável. De referir ainda que existe no serviço, há mais ou menos um ano e meio, um programa de controlo de infeção do local cirúrgico (HELICS). Foi também já realizado no serviço de estágio um estudo que revelou que “A população estudada foi de 137 doentes (...) A taxa de Infeção do Local Cirúrgico foi de 10,9%, correspondendo a 15 doentes (...)” (Cunha, Miguel & Ribeiro, 2012, p.8).

Decidimos aplicar como ferramenta de gestão/diagnóstico a Failure Mode & Effects Analysis (FMEA), indispensável para reforçar/fundamentar o possível problema existente e a necessidade de intervenção nesta área. Segundo Fragata & Martins (2004, p.168-169) a FMEA “... é um instrumento de análise de falhas que é utilizado em múltiplas áreas de atividade incluindo a saúde. Consiste, no caso da prática clínica, em identificar para cada etapa da trajetória da doença, numa dada instituição hospitalar, as falhas que normalmente ocorrem, os respetivos efeitos e as causas que provocam essas falhas.”

Os quadros nº1, nº2, nº3, nº4, nº5 e nº6 (visualizados no apêndice I) mostram a FMEA realizada, com vista à perceção, face à questão colocada, da existência de falhas/riscos ao longo do procedimento dos cuidados à pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica de forma a se poder definir o problema na fase de diagnóstica do projeto.

Para realizar a FMEA baseada na evidência, foi feita pesquisa bibliográfica, indispensável na exposição de todo o procedimento dos cuidados ao cliente portador de ferida cirúrgica. Chegou-se à conclusão após análise de todo o processo que existiam prováveis erros/falhas, não intencionais, possíveis de evitar com a introdução de melhorias de forma a reduzi-los. Como se sabe, a prioridade das intervenções é baseada no valor de Número de Prioridade de Risco (NPR) e deverá ser dirigida para as etapas onde este assume valor superior a 100. Fragata & Martins (2004, p.170) afirmam que “O RPN permite, assim, hierarquizar a importância das falhas (...), possibilitando definir prioridades nas ações corretivas a tomar, naturalmente sobre as que têm um RPN maior.”

Nesta avaliação são várias as etapas do procedimento em que o valor foi superior, destacando aqui as de maior cotação: Lavar as mãos; Calçar luvas e remover o penso, observando as características do mesmo, ferida e região circundante; Remover luvas e lavar as mãos após remoção do penso antigo; Limpar a ferida; Aplicar penso; Registrar procedimento em notas de enfermagem.

Após análise, construímos, baseado em bibliografia científica, duas grelhas de observação, uma referente ao procedimento dos cuidados realizados à pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica (visualizada no apêndice II) e outra para os registos de enfermagem deste cliente específico (descrita no apêndice III), com o intuito de validar a nossa percepção do problema e fundamentá-lo. Para criação das grelhas foi tido em conta o referido por Fortin (2009, p.243) quando diz que “O investigador deve planificar rigorosamente o registo dos comportamentos designados.”

Na avaliação da lesão é importante que o profissional classifique a ferida e identifique o estágio da cicatrização, antes da aferição, para que possa realizar uma estimativa do processo cicatricial e quais os fatores que irão interferir neste processo. (...) Essa avaliação deve vir acompanhada de um registo minucioso sobre a ferida que descreva a localização, etiologia, tamanho, tipo, a coloração de tecido no leito da lesão, quantidade e característica do exsudato, odor, aspeto da pele ao redor, entre outros (...) (Campos, More, & Arruda, 2008, p.30-31)

Tivemos também em conta o referido por Paulino, Tareo & Rojão (1999, p.281) ao afirmarem que o procedimento de execução de pensos “É um conjunto de ações que visam a prevenção de infeção, cicatrização de feridas e a minimização de lesões cutâneas.” As ações de enfermagem descritas por estas autoras ajudaram na construção da grelha de observação da execução de penso. Veiga, Henriques, Barata, Santos, Santos, Martins, Coelho & Silva (2011, p.64) referem igualmente que a norma de pensos a feridas “Consiste na limpeza e/ou desinfeção da pele e tecidos subjacentes, e se necessário, na aplicação de penso protetor.” A norma de enfermagem descrita por estas criadoras, relativamente ao procedimento do penso, foi também facilitadora e essencial na construção da grelha de observação da execução de penso.

O artigo 83.º do CDE (2009) diz que “O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: (...) d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas; (...) “. Baranoski & Ayello (2006, p.94) referem que “ Uma avaliação mínima da ferida deve incluir o seguinte: uma visão minuciosa de todo o paciente, etiologia ou tipo de ferida e as características da ferida como a localização, o tamanho, a profundidade, o exsudado e o tipo de tecido.”

A sua avaliação inicial estabelece o marco para monitorização subsequente e novas avaliações. Uma avaliação é um relato estático. Entretanto uma série de avaliações torna-se um quadro em movimento que mostra o aspeto dinâmico do processo de cicatrização. Desta forma, todos os membros da equipe de saúde podem observar a evolução para a cura (ou não), o desenvolvimento de complicações e o sucesso relativo das intervenções. Este quadro

dependerá da acurácia, qualidade e consistência do seu registo. (Lippincott, Williams & Wilkins, 2003, p.41)

Logo, a monitorização da ferida é também essencial para perceber se os cuidados estão a ser eficazes. Os registos de enfermagem realizados no SCCP/ORL, de acordo com este autor, eram relatos estáticos, não se conseguindo visualizar a evolução da ferida de acordo com o tratamento realizado, podendo ocorrer falhas no diagnóstico da situação e/ou na escolha de material/penso a aplicar.

Com as grelhas realizamos **observações ao procedimento dos cuidados realizados à pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica**, de forma aleatória, sem identificação do profissional ou do cliente, durante a semana que decorreu de 5 a 11 de maio de 2014, no turno das manhãs, a 58 execuções de penso, estando toda a equipa avisada dessa possível ocorrência, via correio eletrónico, como indicação do chefe de serviço, não ser necessária a realização de uma autorização formal. Foi utilizado o “sistema de momento desencadeador” que consiste segundo Fortin (2009, p.243) “...na anotação ou registo dos comportamentos em certos momentos predeterminados.” Anotou-se como observado e não observado os comportamentos estipulados em grelha. Face aos resultados das observações verificou-se que existiam défices na lavagem das mãos e na utilização correta das luvas (visualizados no quadro nº9).

Realizamos também **observações aos registos de enfermagem** deste cliente específico, não se identificando da mesma forma o profissional e a pessoa. Para observação dos processos (registos de enfermagem) foi pedida autorização ao enfermeiro chefe do SCCP/ORL, com consentimento positivo do mesmo, e esta decorreu no dia 5 de Abril de 2014, dia de estágio, onde das 38 pessoas internadas destas especialidades, 29 eram portadoras de ferida cirúrgica. Estes 29 processos foram analisados (uma observação por processo) sendo a data de verificação dos registos aleatória, apenas tendo em conta que a pessoa se encontrava no pós-operatório. Os registos observados foram os registos do turno da manhã, altura do dia em que todos os pensos maioritariamente são levantados e refeitos neste serviço, e logo, necessário de serem todos descritos em registos de enfermagem. O resumo das observações pode ser visualizado na grelha apresentada no quadro nº10. Face aos resultados verificamos a necessidade de intervenção nos registos de enfermagem da pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica.

O problema por nós identificado após estas observações foi a **“Não sistematização da prestação de cuidados à pessoa do SCCP/ORL com ferida cirúrgica”**.

Os dados recolhidos foram tratados/codificados de forma a manter o anonimato dos participantes e a preservar a confidencialidade das fontes, podendo ser visualizados no apêndice IV (nos quadros nº9 e nº10 já referidos).

Com o detetado na análise da FMEA e das observações realizadas, concluímos que os problemas parcelares são:

- **Incumprimento da norma de higienização das mãos durante o procedimento dos cuidados à pessoa de CCP/URL portadora de ferida cirúrgica;**
- **Registos de enfermagem incompletos relativamente ao cuidado e avaliação realizados à pessoa de CCP/URL com ferida cirúrgica.**

### 2.3. PLANEAMENTO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO

A qualidade da prestação de serviços em saúde é uma preocupação contemporânea da Direção Geral de Saúde e, como tal, foi consagrada no Plano Nacional de Saúde de 2011/2016. Parte de uma premissa de que existe uma fraca cultura de qualidade, uma deficiente organização dos serviços de saúde, insuficiente apoio nas áreas de diagnóstico e decisão terapêutica e falta de indicadores de desempenho (Portugal. Direção Geral de Saúde. Departamento Qualidade Saúde, 2011). Como tal, a procura incessante de orientações estratégicas e a necessária implementação de intervenções urgentes com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde é uma das atuais prioridades. (Mendes & Fradique, 2013)

A instituição hospitalar onde decorre este plano de intervenção aderiu a um projeto europeu de acreditação que conduziu à existência desde 10/3/2014 da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas cujo seu objetivo é proporcionar cuidados ativos e coordenados a doentes com feridas, recorrendo a metodologias de intervenção integradas, através da aplicação de conhecimentos especializados e prestação de cuidados de excelência, numa associada e beneficiada relação custo-qualidade.

Ferrito, Nunes & Ruivo (2010, p.10) referem que “Um projeto em saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo (...) e que mesmo na ausência do projeto possam perpetuar os seus efeitos; criar dinâmica para outras iniciativas na equipa multidisciplinar, (...) permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível...”

O que nos motiva para a qualidade é querermos ser melhores profissionais, utilizando os recursos existentes – custo-efetividade, avaliando o impacto do nosso trabalho devendo ter em conta a satisfação do cliente. O nosso objetivo geral para o PIS foi o **“Melhorar a qualidade**

**de cuidados prestados à pessoa do SCCP/ORL com ferida cirúrgica.”** Como objetivos específicos decidimos:

- **Criar um procedimento de realização de penso às pessoas de CCP/ORL portadoras de ferida cirúrgica;**
- **Formar os enfermeiros do SCCP/ORL tendo por base os aspetos críticos identificados.**

Os profissionais da instituição com quem articulamos a intervenção foram: Professora orientadora do projeto, enfermeiro chefe do serviço, formadora de serviço, orientadora dos estágios, elementos da equipa pertencentes aos elos de ligação à Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas e à Comissão de Infeção Hospitalar (peritos nas áreas da nossa intervenção).

No sentido de aprofundar conhecimentos na área dos cuidados às pessoas portadoras de ferida cirúrgica decidimos:

- ✓ Assistir, a 27 de Maio de 2014, a parte do 6º Curso de Feridas em Oncologia com o tema: “Feridas Cirúrgicas no Contexto Oncológico” (relato reflexivo, programa e comprovativo de presença em apêndice V);
- ✓ Participar no 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado na ESS do IPS (relatório reflexivo, programa e comprovativo de presença em apêndice VI);
- ✓ Participar nesse 1º Encontro na ESS com a construção de um Póster científico de nome: Cuidados de qualidade à pessoa na fase de descanulação (visualizado juntamente com o seu resumo e certificado no apêndice VII);
- ✓ Realizar estágio na Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas (relato reflexivo em apêndice VIII);
- ✓ Realizar estágio na CCIH (relato reflexivo em apêndice IX);
- ✓ Realizar estágio no Bloco Operatório (relato reflexivo em apêndice X);
- ✓ Realizar um Estudo de Caso de duas pessoas sujeitas a cirurgias de CCP E ORL (relato reflexivo do estágio do bloco operatório, em apêndice X);
- ✓ Assistir a Sessão Informativa sobre “Avaliação da incidência de infeção do local cirúrgico” (relato reflexivo e comprovativo de presença em apêndice XI);
- ✓ Assistir a Sessão Informativa sobre “Norma Clínica de Enfermagem Nº 54” – Avaliação, Intervenções e Registos de Enfermagem para o Controlo da Dor (relato reflexivo e comprovativo de presença em apêndice XII);



- ✓ Assistir a Sessão Informativa sobre “Uniformizar cuidados de enfermagem na realização de pensos cirúrgicos” (relato reflexivo e comprovativo de presença em apêndice XIII);
- ✓ Aprofundar conhecimentos na área da formação em serviço para adultos (descrita no subcapítulo 1.3. do enquadramento global).

#### 2.4. EXECUÇÃO DO PIS

Após este aprofundar de conhecimentos e tendo em conta os problemas reais existentes decidimos realizar ações de formação sobre higienização das mãos (em apêndice XIV) e ações de formação sobre registos de enfermagem (em apêndice XV).

Por não existir nenhuma norma de cuidados à pessoa portadora de ferida cirúrgica na Instituição decidimos também criar um procedimento de realização de penso à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica (apêndice XVI), tendo por base a literatura científica encontrada e os estágios e formações onde participamos. Posteriormente este procedimento foi encaminhado para a responsável da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas numa tentativa de implementação na Instituição e serviço onde decorreram os estágios. Este projeto foi recebido com agrado, ao ponto de já ficar a pertencer à futura norma de cuidados à pessoa portadora de ferida cirúrgica da instituição.

O planeamento por objetivos e o cronograma do PIS encontram-se descritos nos apêndices XVII e XVIII respetivamente e felizmente foram cumpridos, apesar de alguns desvios, que se podem visualizar no próprio cronograma.

#### 2.5. AVALIAÇÃO, RESULTADOS DIVULGAÇÃO E CONTRIBUTOS DO PIS

A qualidade é fundamental nos dias de hoje para desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, sendo essencial o desenvolvimento e investigação para a realização de procedimentos, baseando a nossa práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Como especialistas precisamos de estar conscientes da nossa responsabilidade profissional, adquirindo competências na área da ética e da deontologia, essenciais para o desenvolvimento de uma prática no campo de intervenção dos cuidados aos clientes do serviço portadores de ferida cirúrgica, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Sabemos que a divulgação dos resultados é a última etapa de qualquer investigação.

Podemos concluir que a teoria das transições de Meleis (2012) foi o nosso suporte para a concretização das formações e do procedimento de cuidados ao cliente portador de ferida cirúrgica, facilitadores de transição, contribuindo para a manutenção e/ou promoção de melhores níveis de saúde e de qualidade dos cuidados e a metodologia científica de trabalho de projeto utilizada na concretização do nosso PIS (numa coerência de melhoria contínua, agrupada no invento, gerência e implementação de boas práticas, respeitando os aspetos éticos e deontológicos e valorizando a prática autónoma da nossa profissão) também foi promotora da aquisição das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na semana que decorreu de 2 a 8 de Fevereiro de 2015, já após o término dos estágios, foram realizadas 58 observações ao procedimento de cuidados realizados à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica (visualizadas no quadro nº14). Efetuadas também observações aos registos de enfermagem deste cliente específico no dia 10 de Fevereiro, onde das 38 pessoas internadas destas especialidades, 25 eram portadoras de ferida cirúrgica. (visualização no quadro nº15). Ambos os quadros encontram-se no apêndice XIX. As observações foram concretizadas dentro dos mesmos moldes das cumpridas na fase diagnóstica do projeto.

Da análise dos resultados percebemos que relativamente à higienização das mãos houve uma melhoria superior a 20% na fase inicial, superior a 80% a meio do procedimento e superior a 30 % na fase final do mesmo. O facto de ter sido proposto e aceite pela chefia o anexar dos desinfetantes das mãos às mesas das boxes da sala de tratamentos, foi facilitador destes resultados. Destaca-se ainda uma melhoria superior a 30%, relativamente à remoção das luvas pós remoção do penso conspurcado da ferida. Comparativamente aos registos de enfermagem houve uma melhoria franca, muito superior a 10% (objetivo proposto no projeto) após a aplicação da folha de registo de feridas no processo de enfermagem.

Os resultados e agradecimentos foram divulgados à equipa de enfermagem do SCCP/ORL por meio de correio eletrónico tal como todos os pedidos de participação na investigação. Felizmente esses emergidos foram também demonstrativos de qualidade nas áreas da higienização das mãos e registos de enfermagem e logo da melhor sistematização da prestação de cuidados de qualidade à pessoa do SCCP/ORL portadora de ferida cirúrgica.

A proposta de construção de um artigo científico (visualizado no apêndice XXV) sobre o executado no PIS foi também uma excelente etapa de divulgação (para publicação em revista científica), permitindo valorizar a pertinência do caminho percorrido ao longo deste projeto.

### 3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)

Foi-nos proposta a elaboração de um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), com a finalidade de diagnosticar, planejar, executar e avaliar a aquisição de competências do enfermeiro especialista, com particular incidência nas competências especializadas específicas em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa, projeto este que foi desenvolvido durante os estágios.

#### 3.1. PLANEAMENTO DO PAC

O nosso percurso profissional retrata uma práxis em meio hospitalar, com experiência de internamento médico e cirúrgico onde se enquadra a pessoa em situação crítica e em situação paliativa. Ao refletirmos no nosso trajeto já desenvolvido até à data conseguimos identificar algumas funções desempenhadas, demonstrativas de competência na área da enfermagem médico-cirúrgica. São elas:

- O trabalharmos diretamente com clientes de várias especialidades;
- O já termos sido formadores de serviço;
- O já termos sido chefes de equipa;
- O substituímos o Chefe do Serviço onde laboramos, na sua ausência;
- O sermos atualmente Coordenadores de Serviço (elementos de referência) onde laboramos, fazendo parte da tomada de decisão de cuidados na equipa multidisciplinar;
- O termos realizado algumas formações em serviço numa perspetiva de aperfeiçoamento profissional e evolução da qualidade dos cuidados.

Benner (2001) na sua investigação “De iniciado a perito”, concluiu que a evolução do conhecimento está assente na experiência e na instrução do profissional.

A OE (2011, p.39), na sua versão 2.0 da CIPE, refere que a “Aprendizagem é o processo de adquirir conhecimento ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência.” Estando a aprendizagem cognitiva “...associada ao uso do pensamento consciente e da inteligência.” e a aprendizagem de capacidades voltada para o “...domínio de atividades práticas associada a treino, prática e exercício.”

Ao longo deste PAC temos como objetivo geral: **“Melhorar os nossos conhecimentos e práticas nas áreas da pessoa em situação crítica emergente e da pessoa em situação crónica e paliativa.”** Como objetivos específicos decidimos:

- ✓ **Adquirir conhecimentos sobre o Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência;**
- ✓ **Aprofundar conhecimentos sobre o Plano de Emergência Interno do Hospital onde decorrem os estágios;**
- ✓ **Conceber um guia prático sobre instruções gerais de atuação;**
- ✓ **Aprofundar conhecimentos sobre cuidados à pessoa em fase crónica/paliativa.**

### 3.2. EXECUÇÃO DO PAC

Para adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa, já referidas anteriormente, decidimos desenvolver atividades como:

- Realizar este Mestrado com especialidade integrada em Enfermagem Médico-cirúrgica;
- Participar no 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado na ESS do IPS de Setúbal, construindo um Póster científico de nome: Cuidados de qualidade à pessoa na fase de descanulação (apêndice VII);
- Realizar estágio na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (relato reflexivo em apêndice XX);
- Realizar Curso Básico de Comunicação em Cuidados Paliativos (apêndice XXI) e a parte do 6º Curso de Feridas em Oncologia com o tema: “Feridas Cirúrgicas no Contexto Oncológico” (apêndice V);
- Assistir a Sessões de formação sobre a “Norma Clínica de Enfermagem Nº 54” (Avaliação, intervenções e registos de enfermagem para o controlo da dor, em apêndice XII) e sobre a “Avaliação da incidência de infeção do local cirúrgico” (apêndice XI), não esquecendo o demonstrado nos subcapítulos 1.4 e 1.6 do enquadramento global;
- Realizar um Trabalho Académico, do mestrado, sobre Supervisão Clínica em Enfermagem (com análise e reflexão de um caso clínico, tendo por base um enquadramento teórico, um modelo concetual de enfermagem à luz do processo de enfermagem, a utilização da CIPE para elaborar diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, permitindo a nossa tomada de decisão clínica, baseada na ética e deontológica da profissão).
- Adquirir conhecimentos sobre o Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência (demonstrado no subcapítulo 1.5. do enquadramento global);

- Aprofundar conhecimentos sobre o Plano de Emergência Interno do Hospital onde decorrem os estágios (apresentado no subcapítulo 1.5. do enquadramento global);
- Conceber um guia prático sobre instruções gerais de atuação em situações emergentes. A ideia do guia surgiu após a realização de entrevistas exploratórias não estruturadas com os colegas do serviço de estágio, onde ficamos com a percepção de que muitos não têm noções básicas de atuação em casos emergentes, talvez por ser uma equipa muito jovem e tendo em conta que a maioria entrou para o serviço depois da última formação realizada na instituição sobre o tema emergência/catástrofe. Este guia atualmente encontra-se implementado no ambiente de trabalho do sistema informático do SCCP/ORL e Endocrinologia, para consulta fácil de todos, após aprovação do supervisor coordenador de segurança e risco da instituição e do chefe de serviço (apêndice XXII);
- Realizar um Trabalho Académico, do mestrado, sobre Cuidados ao Cliente em Fim de Vida e em Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem com revisão bibliográfica, plano de cuidados e reflexão crítica sobre o tema escolhido, tendo em conta o já demonstrado no subcapítulo 1.6.

Os profissionais da Instituição com quem articulamos para o desenvolvimento de algumas destas intervenções foram: Professora orientadora do projeto, chefe do serviço, formadora de serviço, orientadora dos estágios, supervisor coordenador de segurança e risco da instituição.

O planeamento por objetivos e o cronograma do PAC encontram-se descritos nos apêndices XXIII e XXIV respetivamente. Pode-se dizer que a execução deste projeto de aprendizagem respeitou o planeamento estipulado ao longo dos estágios, apesar de algumas ações se terem enquadrado fora das datas estabelecidas.

### 3.3. AVALIAÇÃO, RESULTADOS E CONTRIBUTOS DO PAC

Com estas atividades atingimos as Competências comuns do enfermeiro especialista, mais precisamente a Competência de domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolvendo uma prática no campo de intervenção dos cuidados à pessoa em situação de emergência e/ou catástrofe e promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, visualizado em parte no estudo de caso realizado e nos trabalhos académicos anteriormente descritos. As Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados e do domínio das aprendizagens profissionais também foram atingidas ao desenvolvermos o nosso autoconhecimento e

assertividade para a realização deste trabalho e do guia prático sobre instruções gerais de atuação em situações emergentes, baseando a nossa praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

#### **4. REFLEXÃO DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

“A profissionalização dos cuidados de enfermagem, a especificidade do saber e a resposta aos desafios dos modelos de gestão, têm colocado o conceito de competência na centralidade das novas lógicas das organizações.” (Serrano, Costa & Costa, 2011, p.16)

A formação emerge como resposta às mutações existentes e às mudanças a gerir. No entanto, constatamos que para existir aprendizagem pela experiência é necessário que exista intencionalidade por parte dos atores nas situações de trabalho, ou seja, que a interação com essa situação faça sentido. É necessário reabilitar a intuição e a inteligência prática, baseada em saberes científicos sólidos, e fazer a sua reintegração no seio da competência profissional; mobilizar a flexibilidade cognitiva; e mobilizar o próprio processo de integração, enquanto sujeito que aprende. (Serrano, Costa & Costa, 2011, p.18)

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (...) Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. (Parecer nº267/2010 da OE,p.2)

“O conceito de direitos humanos constitui-se como pedra angular da nossa humanidade. (...) e, deste ponto de vista, o conceito de direitos humanos universais é uma ideia unificadora, algo que torna cada um de nós importante, algo que todos podemos partilhar.” (Nunes, 2009, p.136)

Dentro da Dignidade da Pessoa Humana destaca-se a Lei de Bases da Saúde como diploma legal produzido pela Assembleia de República que estabelece os princípios de proteção da saúde. A Lei de Base n.º 48/90, de 24/08 é a lei que rege todo o Sistema Nacional de Saúde (SNS) a seguir à Constituição. Diz que as pessoas são livres de procurarem o tratamento e cuidados que quiserem dentro ou fora do SNS. Que o direito à proteção da saúde implica que as pessoas sejam tratadas por profissionais creditados, com qualificações para o exercício. Que a promoção da saúde e a prevenção da doença são prioridades. Fala também da igualdade do acesso e equidade na distribuição dos recursos. Dela, sobressaem medidas específicas para grupos mais sensibilizados, como as crianças e os idosos, entre outros. Destaca também a formação e a investigação para a saúde. Fala ainda sobre a formação do pessoal de saúde e diz que esta deve ser qualificada e tecnicamente científica, inculcando nos profissionais o sentido de

responsabilidade e da valorização do respeito pela vida e pelos direitos das pessoas e dos clientes como primo-dever. Neste capítulo refletimos sobre a aquisição das competências comuns e específicas, do enfermeiro especialista na área da Médico-cirúrgica, comentando o trajeto ao longo do curso de mestrado, sobressaindo o PIS e o PAC, assim como o auxílio de alguns dos aportes dos módulos do curso.

#### 4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As “*Competências comuns*” são, segundo o Regulamento nº122/2011

...as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (p.8649)

Os domínios de competências comuns são a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** sobressaem como competências comuns:

**A1.** Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

**A2.** Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Os enfermeiros, durante a sua atividade profissional são, frequentemente, confrontados com situações específicas de incerteza ética ou moral, sendo iminente que cada vez mais se tornem capazes de reconhecer este tipo de situações e desenvolvam capacidades de tomada de decisões congruentes e lógicas, assentes no CDE, em princípios e valores consistentes com o pensamento ético. Nunca podemos passar o limiar do respeito pela pessoa, da proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano, de só serem investigados dados consentidos de forma livre e esclarecida e de manter o anonimato desses dados, tendo por base a relação benefícios-riscos da investigação para os sujeitos.

Relativamente ao Tratado da União Europeia (2010) e Tratado sobre o funcionamento da mesma diz o seu Artigo 6.º que a União reconhece os direitos, as liberdades e os princípios consagrados na carta sobre o seu funcionamento de estado de direito e adere à Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais.



A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000) no seu Artigo 35.º fala da proteção da saúde. Todas as pessoas têm o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. Na definição e execução de todas as políticas e ações da União é assegurado um elevado nível de proteção da saúde humana.

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (2011), da DGS, diz que

O direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa, e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. No quadro legislativo da Saúde são estabelecidos direitos mais específicos, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) já referida anteriormente e no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968).

A pessoa tem direito a ser tratada com respeito e dignidade; pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas; a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde; no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais, à receção de cuidados continuados; a ser informada acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados; a ser informada sobre a sua situação de saúde; de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde; a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato médico ou participação em investigação ou ensino clínico; à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam; de aceder aos dados registados no seu processo clínico; à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico, por si ou por quem a represente, a apresentar sugestões e reclamações. E, tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde; de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a aquisição de um correto diagnóstico e apropriado tratamento; de respeitar os direitos dos outros clientes; de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas; de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde e utilizá-los de forma apropriada e de colaborar ativamente na redução de gastos desnecessários.

Ao longo do mestrado demonstramos, em trabalhos realizados e nos estágios, um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, com o apreendido nas Unidades Curriculares de Enfermagem, Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II, destacando o módulo “Questões éticas emergentes em cuidados complexos”, não esquecendo o envolvimento e preferências dos clientes nessas tomadas de decisão, nomeadamente através do trabalho realizado na Unidade Curricular de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem cujo tema foi a “Decisão de Cuidados

em Fim de Vida” (onde as decisões foram suportadas nos princípios, valores e normas deontológicas, liderando e avaliando, de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na área de especialidade, promovendo, acima de tudo, a proteção dos direitos humanos em fim de vida).

Destacamos também o trabalho realizado no módulo “Supervisão de cuidados” (desempenhando um papel de consultores na procura da qualidade dos cuidados prestados, tornando-os mais eficazes e individualizados, demonstrativos da nossa competência na área de atuação em situações de tomadas de decisão em equipa multidisciplinar). O nosso direito público é prestar cuidados de enfermagem. A deontologia chama-nos à atenção para a necessidade da profissão se reger por certos princípios e deveres. O juramento de Florence Nightingale é anterior ao nosso código deontológico e faz parte do nosso compromisso profissional.

A cada **enfermeiro** incumbe a tarefa de agir no sentido de se desenvolver, de prestar um cuidado equitativo e excelente, que se reflete na melhoria na qualidade de vida da pessoa. (...) os fundamentos éticos da deontologia são: (1) Reconhecimento do Outro como pessoa (2) Compromisso profissional (3) Competência para agir, no seu poder-capacidade. (...) Afirmei que o princípio da dignidade humana ancora o princípio do cuidado humano, no agir do enfermeiro. (Nunes, 2008, p.15)

Ou seja sobressaem aqui a dignidade humana e a liberdade de cada um.

Dentro das Leis de Bases da Saúde sobressai a Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro que fala da deontologia profissional do enfermeiro. Dos Artigos 74.º até ao 77.º fala-se dos deveres, direitos e incompatibilidades dos enfermeiros. A mesma lei tem em anexo o CDE que vai do Artigo 78.º até ao Artigo 92.º descritos em Diário da República. Todos os artigos do nosso CDE são importantes mas na “decisão de cuidados” destacamos:

- Artigo 78.º que dá importância à defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana incluindo a do próprio enfermeiro, também ele uma pessoa. Fala-nos dos valores universais como a igualdade, capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade, a justiça, a solidariedade e o altruísmo, entre outras. É a nossa ética pura.
- Artigo 79.º que fala das obrigações deontológicas em geral destacando-se o proteger e defender a pessoa, tendo em conta a ética e o bem comum.
- Artigo 81.º referente aos valores humanos. Este fala do cuidar da pessoa sem discriminações de qualquer tipo de ordem.

- Artigo 82.º referente aos direitos à vida e à qualidade de vida. Ideia máxima do dever do enfermeiro. Destacando-se a pessoa na sua esfera biopsicossocial, cultural e espiritual.
- Artigo 83.º referente ao direito ao cuidado, destacando-se o respeitar e possibilitar à pessoa a liberdade de fazer a sua opção na escolha do cuidador competente, assegurando a melhor continuidade dos cuidados.
- Artigo 84.º, muito importante na decisão de cuidados, referente ao dever de informação na área de cuidados de enfermagem, no respeito ao direito à autodeterminação. O dever de informar, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado livre e esclarecido.

O segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde. O enfermeiro, de acordo com o Código Deontológico, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, encontra-se obrigado ao dever de segredo profissional, em consequência da relação terapêutica próxima que estabelece com as pessoas de quem cuida, sedimentada na confiança. (Regulamento n.º 165/2011 da OE)

- Artigo 86.º que descreve o dever de respeitar a privacidade e a intimidade da pessoa.
- Artigo 87.º que fala do dever de respeitar o doente terminal nas suas escolhas e o seu corpo pós-morte.
- Artigo 88.º que fala da excelência do exercício. Diz que o enfermeiro tem o dever de promover qualidade nos cuidados que presta, sendo estes dirigidos e individualizados para cada cliente. Para isso precisa de se instruir continuamente, assegurar ainda as condições de trabalho nas atividades que delega ou reportando as deficiências existentes aos seus superiores, de forma a melhorar as condições de atendimento, assumindo a responsabilidade pelos cuidados.
- Artigo 89.º que traduz o dever de promover a humanização dos cuidados de enfermagem, criando ambientes favoráveis à melhoria das capacidades da pessoa.
- Artigo 91.º que nos fala do nosso dever para com as outras profissões e diz que só podemos atuar na nossa área de competência, respeitando os outros.
- Artigo 92.º demonstrativo do direito do enfermeiro em ser objetor de consciência. Aqui o enfermeiro deve-se declarar como tal, especificando as situações de objetor

no sentido da pessoa poder receber os cuidados declarados, por outro colega competente na instituição, e não lhe serem negados os seus direitos. O enfermeiro está ainda protegido pela lei, pois o fato de ser objeto não implica sofrer qualquer tipo de prejuízo pessoal ou profissional.

Relativamente à declaração universal dos direitos do homem, destacamos o:

- Artigo 1.º que fala da liberdade e igualdade na dignidade e em direitos do Homem, dotado de razão e consciência devendo interagir com os outros fraternalmente.
- Artigo 3.º que afirma qualquer pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança.
- Artigo 18.º que diz que todos têm direito à liberdade de pensamento, religião, e expressão das suas convicções podendo estas mudar com o tempo.
- Artigo 19.º que diz que qualquer pessoa tem direito à liberdade de expressão.

No Artigo 195.º do Código Penal fala-se do sigilo profissional e abrange todos os que devem guardar sigilo. Fala da violação do segredo em geral e profissional independente da motivação que quebrou o sigilo. O direito do segredo no que respeita as profissões de saúde tem um relevo ainda maior, visto não se tratar apenas de proteger a intimidade de quem se expõe mas também de proteger a “relação de confiança” de quem trata. Há um interesse de carácter social que ultrapassa o profissional, pois a sociedade tem o interesse de proteger a saúde.

O Direito da Liberdade está acima de todos os outros. Daí ninguém poder exercer autoridade mesmo que a decisão da pessoa seja irracional. As obrigações dos enfermeiros têm por base os princípios da autonomia, da não-maleficência, de beneficência, da utilidade, da justiça, da fidelidade, veracidade e da confidencialidade. Neste sentido nos últimos anos houve a tentativa de criar modelos de conduta a seguir nas tomadas de decisão.

Na prática dos cuidados, o ponto de partida é a identificação clara do problema que se pretende resolver, minimizar ou prevenir. Mais, se o problema – ou um conjunto de problemas - de uma pessoa em concreto são da minha esfera de ação e, em sendo, como combino com a pessoa os processos para resolver, minimizar ou prevenir. (...) As fases da tomada de decisão no modelo racional partem do problema mas o pensamento intuitivo e o crítico também. (Nunes, 2011, p.151)

Desta forma as tomadas de decisão são sempre difíceis pois por vários motivos de ordem externa ou interna, não temos todos os dados essenciais para decidir com certeza. De qualquer forma quando a pessoa está nas suas faculdades e é capaz de decidir deve-se ter em conta na decisão o seu consentimento informado livre e esclarecido.

...a tomada de decisão em situação difícil tem ganhos em ser discutida e analisada em equipa de saúde. Exceções claras na tomada de decisão em emergência e na ausência de um interlocutor competem. Aqui, vale a formação do profissional, os seus conhecimentos, as experiências e capacidades de agir em benefício do outro. (Nunes, 2011, p.153)

“Ter de decidir constantemente parece ser a *tarefa interminável* do ser humano. Claro que se cada um se torna responsável pelo que decide, damos-nos conta de que decidir é, também, a tarefa que nos torna livres. “ (Nunes, 2009, p.105) Como profissão a Enfermagem é um conjunto de normas e valores próprios. A deontologia resulta de uma reflexão própria sobre a prática e não de algo imposto de fora.

Assim, a expressão **ética profissional**, pela associação a uma profissão, há-de ter formulados os princípios e valores dessa profissão, podendo surgir associada a um conjunto de deveres ou normas que obrigam um conjunto de profissionais de uma dada profissão, a uma *deontologia profissional*. (Nunes, 2011, p.40).

O enfermeiro distingue-se pelo princípio humanista do respeito integral pelas pessoas. Baseia-se no princípio da dignidade humana, assumindo um compromisso profissional na satisfação da pessoa, da sua saúde e bem-estar. A enfermagem é hoje uma profissão e uma disciplina que conseguiu tornar-se competente para autorregular as suas funções. É a OE que garante que todo o cidadão tem direito a cuidados de qualidade e segurança. Neste sentido nasce a deontologia da enfermagem visualizada no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros no Artigo 3.º no seu nº 1 e 2 onde se destacam as referências de guia das suas decisões e posições, algumas da natureza lata e abstrata para abranger todas as situações. Somos uma profissão dinâmica e logo tentamos adaptar-nos à evolução da sociedade.

O Artigo 8.º do REPE diz que “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” O enfermeiro é responsável pelas decisões que pratica e delega. Neste sentido ao longo do desenvolvimento do nosso PIS tentamos gerir as equipas e adequar as práticas de cuidados que podiam comprometer a segurança, a privacidade e a dignidade das pessoas, reconhecendo a importância dos valores, crenças espirituais e práticas específicas de todos, assumindo uma conduta preventiva e antecipatória dos potenciais riscos.

Durante os estágios e na realização do nosso PIS, foram vários os momentos em que os princípios éticos estiveram presentes, nomeadamente nos pedidos de autorização para implementação dos projetos e também no consentimento informado para a observação dos cuidados e registos de enfermagem no SCCP/ORL. Durante a prática especializada

salvaguardamos também o desenvolvimento de medidas para a segurança dos dados e registos obtidos. Os aspetos éticos a destacar dentro do já referido foram: O da Beneficência, onde se pretende melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa de CCP/ORL com ferida aguda; O da Fidelidade, o princípio de instituir confiança junto dos participantes do estudo; O da Veracidade, ao informar os participantes de como se processará o projeto, informando-os sobre os riscos e benefícios. Associa-se a este o do consentimento livre e esclarecido. Neste sentido destaca-se o direito de autodeterminação, fundamentado no princípio ético da consideração pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria sobre a sua participação ou não nesta investigação, sem imposição; O da Confidencialidade, ao proteger a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante o estudo.

No domínio da **Melhoria Contínua da Qualidade** ressaltam como competências comuns:

**B1.** Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

**B2.** Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

**B3.** Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

A enfermagem é recente enquanto profissão (tal como a conhecemos), mas que como forma de estar e de atuar, existe desde que há um ser humano que sofre e perante ele, um outro que pretende ajudar. Apesar da origem modesta, a enfermagem percorreu um longo caminho até adquirir a notabilidade e a importância de que desfruta atualmente. Para tal terá contribuído não só a formação, mas também o investimento na investigação. À medida que os enfermeiros foram recebendo uma formação mais profunda e academicamente elevada, foram surgindo também os estudos de investigação. (Martins, 2008, p.1)

Segundo Nunes (2011, p.39-40) “A raiz latina da palavra *“profissão”* significa *“declaração pública”* (...) de compromisso, realizada perante (ou para) um público, que introduz o ingrediente de se implicar a si próprio no que se afirma”. No caso da enfermagem ela é complexa porque o objetivo é complexo, logo requer conhecimento através de investigação constante. Do ponto de vista epistémico baseia-se numa multiplicidade de teorias com vista à aplicabilidade e compreensibilidade dos fenómenos, através de método indutivo, sendo o conhecimento cumulativo. Epistemologia é o ramo da filosofia que estuda o conhecimento, a origem e a natureza das fontes, os limites e a validade do conhecimento. A Ordem dos Enfermeiros define 4 Eixos Prioritários de Investigação: Adequação dos cuidados de Enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão; Educação para a Saúde na aprendizagem de capacidades; Estratégias inovadoras de gestão / liderança e Formação em Enfermagem no

desenvolvimento de competências. A Base XVII, da Lei de Bases da Saúde, fala na importância da investigação como interesse para a saúde, feita entre escolas, Ministério da Saúde e todas as entidades relacionadas com a saúde. Esta investigação deve ter como princípio orientador a vida humana, valor máximo a preservar e promover. A OE (2006) na Tomada de Posição sobre Investigação em Enfermagem

... afirma que a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. (...) O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (...) É ainda da responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros promover uma prática de Enfermagem de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e o Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade (...) (p.1)

O CDE, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o REPE e as Competências dos Enfermeiros traduzem no seu conjunto a operacionalização da doutrina deontológica da profissão. Neste domínio progredimos ao desenvolver, durante a fase de intervenção do nosso PIS, ações de formação facilitadoras da melhoria contínua da qualidade, na área dos registos e dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa do SCCP/ORL portadora de ferida cirúrgica, utilizando a metodologia científica de trabalho de projeto lecionada nas unidades curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II e a matéria dada na Unidade Curricular de Investigação. Ao estagiarmos na comissão de infeção hospitalar e na consulta multidisciplinar de estudo e tratamento de feridas da instituição, onde foram realizados os estágios, acabamos por adquirir aportes essenciais e justificativos da melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional facilitadores do nosso projeto.

As diferentes etapas da metodologia de projeto facilitaram a aquisição de competências do domínio da melhoria da qualidade na área planeamento e elaboração de programas de melhoria contínua, onde fomos líderes, supervisionando os progressos após as nossas ações de formação e onde continuamos a supervisionar e melhorar a qualidade através da introdução de soluções facilitadoras. A criação do “Guia prático sobre instruções gerais de atuação em situações emergentes” desenvolvido no nosso PAC também contribuiu para a aquisição desta competência. Outra foi o estágio no bloco operatório da instituição (apêndice X) e o trabalho desenvolvido nos Módulos “Cuidados ao cliente em fim de vida” & “Espiritualidade e cuidados de enfermagem”, destacando a nossa capacidade de promover ambientes físico, psicossocial, cultural e espiritual individualizados, geradores de segurança e proteção, com

envolvimento familiar nos cuidados, promovendo a adesão à saúde e à segurança e à realização de momentos de partilha, reflexão e discussão sobre o Processo de Enfermagem, diagnósticos, intervenções sensíveis aos cuidados, promovendo a otimização das práticas e da tomada de decisão clínica de qualidade.

No domínio da **Gestão dos Cuidados** entram as seguintes competências comuns:

**C1.** Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

**C2.** Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Ao longo do desenvolvimento do PIS e do PAC mobilizamos os conteúdos das unidades curriculares de Ambientes em Saúde e de Gestão de Processos e Recursos, gerimos cuidados especializados através da orientação e supervisão de tarefas, garantindo a segurança e a qualidade, disponibilizando acessória a toda a equipa, colaborando nas suas decisões, de forma a melhorar a informação promovida pela liderança. A realização dos estágios e dos projetos permitiu-nos atingir esta competência através das ações de formação realizadas (apêndices XIV e XV) e do “Guia prático sobre instruções gerais de atuação em situações emergentes” (apêndice XXII) já anteriormente referidos, desenvolvidos com base nas políticas, procedimentos e recursos existentes na instituição para a gestão de cuidados adequando-os ao clima organizacional da instituição onde decorreram os estágios.

No domínio das **Aprendizagens Profissionais** suporta as seguintes competências comuns:

**D1.** Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

**D2.** Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001, p.8-9) referem que “A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.” Reforçam ainda dizendo que

A **tomada de decisão** do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. (...) Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. (...) No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, **o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.** Reconhece-se que a produção de **guias orientadores da boa prática de cuidados de**



**enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. (p.12)**

Inscrevemos-nos neste mestrado por reconhecermos os nossos limites pessoais e profissionais no nosso desempenho clínico diário. No Art.º 88 do CDE (2009, p.5) está descrito que “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício (...)” Desenvolvemos a autoconsciência e o autoconhecimento através da reflexão, análise e diagnóstico do nosso percurso enquanto pessoa e enfermeiro, mobilizando as matérias da Unidade Curricular de Enfermagem.

Ao longo de todo o mestrado fomos adquirindo conhecimentos essenciais à aquisição de todas as competências necessárias para sermos especialistas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvendo autoconhecimento e a assertividade desejada para melhorar a nossa prestação de cuidados e a prestação de cuidados dos nossos pares. Desenvolvemos uma prática clínica especializada baseada em padrões de conhecimento através da metodologia de investigação (trabalho de projeto executado com o PIS). Desenvolvemos inclusive conhecimento antecipador de situações de conflito através do nosso PAC. Responsabilizámo-nos como facilitadores da aprendizagem na área da especialidade, tomando iniciativa na identificação de problemas e implementando ações de formação favorecedoras do desenvolvimento da prática clínica especializada.

#### 4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Segundo o Regulamento n.º 122/2011 (p. 8649) as competências específicas são “...as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. “

A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. (Regulamento n.º 122/2011, p. 8649)

Nesta linha de pensamento analisaremos de seguida o atingir das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em ambos os

territórios de especialização (Pessoa em Situação Crítica e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa).

#### 4.2.1. DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem (...) são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (...) E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas — considera –se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação. (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656)

**K1** — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Para além de todos os aportes teórico-práticos adquiridos nas Unidades Curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II. No nosso trabalho projeto objetivamos melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica e para isso realizamos várias tarefas que nos permitiram atingir esta competência. São elas:

- Assistir, a 27 de Maio de 2014, a parte do 6º Curso de Feridas em Oncologia com o tema: “Feridas Cirúrgicas no Contexto Oncológico” (apêndice V);
- Participar no 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado na ESS/IPS (apêndice VI);
- Participar nesse 1º Encontro com um Póster científico (apêndice VII);
- Assistir a Sessão Informativa sobre “Uniformizar cuidados de enfermagem na realização de pensos cirúrgicos” (apêndice XIII);
- Estágio na Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas (apêndice VIII);
- Estágio na Comissão de Controle de Infeção Hospitalar (apêndice IX);
- Estágio na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (apêndice XX);
- Curso Básico de Comunicação em Cuidados Paliativos (apêndice XXI);

- Estágio no Bloco Operatório (apêndice X);
- Realização de Estudo de Caso de dois clientes cirúrgicos (apêndice X);
- Assistir a Sessão Informativa sobre a “Norma Clínica de Enfermagem Nº 54” (Avaliação, intervenções e registos de enfermagem para o controlo da dor em apêndice XII);
- Assistir a Sessão Informativa sobre “Avaliação da incidência de infeção do local cirúrgico” (apêndice XI);
- Realização de formações aos enfermeiros do Serviço/Unidade de estágio sobre: “Higienização das Mãos” e “Registos de Enfermagem à pessoa de CCP/URL Portador de Ferida Cirúrgica” (apêndices XIV e XV);
- Concretização de Procedimento de Enfermagem sobre “Realização de Cuidados à pessoa de CCP/URL portadora de Ferida Cirúrgica” (apêndice XVI);
- Realização de Trabalho Académico do mestrado sobre Supervisão Clínica em Enfermagem (com análise e reflexão de um caso clínico, tendo por base um enquadramento teórico, um modelo concetual de enfermagem à luz do processo de enfermagem, a utilização da CIPE para elaborar diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, permitindo a nossa tomada de decisão clínica, baseada na ética e deontológica da profissão).

Com estas tarefas desenvolvemos competências na área da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, no fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face a situação de alta complexidade do seu estado de saúde e no estabelecimento de relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica (K.1.1, K.1.2, K.1.3, K.1.4, K.1.5 e K.1.6). Conseguimos atualmente otimizar respostas e assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica. Percebemos ainda que a gestão da comunicação interpessoal é fundamental em qualquer relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e que essa relação é fulcral na prestação de cuidados de qualidade.

**K2** — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi -vítima, da conceção à ação.

Ao longo da realização do nosso trabalho projeto construímos um “Guia Prático sobre Instruções Gerais de Atuação em Situações Emergentes” que nos permitiu atingir esta competência. A construção deste Guia surge após ter sido identificada uma necessidade do serviço relacionada com a carência da equipa no conhecimento do PEI da Instituição e de divulgar as noções básicas de atuação em casos emergentes. Este Plano está acessível a todos através da intranet do hospital mas é um documento extenso e pouco atrativo. Tal como outros planos de emergência este tem como objetivos prevenir todo o tipo de acidentes e minimizar as consequências daqueles que, eventualmente, venham a ocorrer, visando a preservação da vida humana. Com este documento tentou-se que a informação constante fosse de fácil leitura, tornando a sua utilização mais prática permitindo facilitar a resposta assistencial às pessoas. Tal como descrito nos Padrões de Qualidade da OE este documento é uma das formas da “...**procura permanente da excelência no exercício profissional, em que o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes...** e ... **previne complicações para a saúde...**”. Importante referir que com o guia não se deseja menosprezar ou de todo excluir a importância do PEI da Instituição e da mais-valia da sua leitura. Pretendeu-se apenas dar a conhecer a sua existência e importância e facilitar a atuação dos enfermeiros em situações emergentes no serviço em questão. Atualmente o guia encontra-se disponível no serviço onde foram realizados os estágios, como já referido anteriormente.

**K3** — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

No nosso trabalho projeto objetivamos melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica também na área da Infeção hospitalar, tendo realizado várias tarefas que nos permitiram atingir esta competência. São elas: o Estágio na Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas (apêndice VIII); o Estágio na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (apêndice IX); o Estágio no Bloco Operatório e Realização de Estudo de Caso de duas pessoas sujeitos a cirurgias de CCP E ORL (apêndice X); a Sessão Informativa sobre “Avaliação da incidência de infeção do local cirúrgico” (apêndice XI); a Sessão Informativa sobre “Uniformizar cuidados de enfermagem na realização de pensos cirúrgicos” (apêndice XIII); a Realização de formações aos enfermeiros do Serviço/Unidade de estágio sobre: “Higienização das Mãos” (apêndice XIV); a Concretização de Procedimento de Enfermagem sobre “Realização de Cuidados à pessoa de CCP/ORL portadora de Ferida Cirúrgica” (apêndice XVI). Com estas ações, resultantes do diagnóstico após aplicação da FMEA e das observações realizadas, conseguimos entrar no mundo do controlo da infeção de forma a

responder às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, tendo conseguido liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, tendo em conta as normas de prevenção, designadamente das IACS à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Esperamos continuar a evoluir nesta competência ao pertencer ao grupo dinamizador da futura norma de cuidados à pessoa portadora de ferida cirúrgica da Instituição onde estagiámos.

#### 4.2.2. DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

O Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (2011) da OE define que esta área de especialização em Enfermagem passa pela intervenção do enfermeiro especialista junto da Pessoa com doença crónica e terminal, ao longo do ciclo de vida, tendo em conta os projetos de saúde da mesma, bem como da sua família e do seu grupo social de pertença, mantendo a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a equipa multidisciplinar. Diz o Art.º87 do CDE (2009, p.5) que o enfermeiro ao acompanhar a pessoa nos diferentes estágios 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 (...); 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."

**L5-** Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

No nosso trabalho projeto propusemos-mos a melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes oncológicos paliativos, identificados no serviço/unidade de estágio. Para isso realizamos várias tarefas que nos permitiram atingir esta competência específica. São elas: o Participar no 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado na ESS do IPS (apêndice VI);o Estágio na Equipa Intra-hospitalar de Suporte Cuidados Paliativos (apêndice XX); o Curso Básico de Comunicação em Cuidados Paliativos (apêndice XXI);o Trabalho Académico do mestrado sobre Cuidados ao Cliente em Fim de Vida e em Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem com revisão bibliográfica, plano de cuidados e reflexão crítica sobre o tema escolhido, a Sessão Informativa sobre a "Norma Clínica de Enfermagem Nº 54" (Avaliação, intervenções e registos de enfermagem para o controlo da dor em apêndice XII). Estas tarefas

fortaleceram a competência L5 simplificando o estabelecer da relação terapêutica eficaz com a pessoa (com doença crónica, incapacitante e terminal) e a sua família em todos os contextos da prática clínica, diminuindo-lhes o sofrimento e melhorando o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida. Parte, está demonstrado no subcapítulo 1.6 do enquadramento global. No trabalho académico realizado isso foi também demonstrado pela identificação das necessidades da pessoa em fim de vida, através do levantamento de focos, diagnósticos, intervenções específicas e individualizadas de enfermagem, com justificação das mesmas tendo em conta os autores por nós interpretados e a avaliação de resultados esperados, facilitando desta forma o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte da pessoa e familiares envolvidos no caso clínico descrito.

**L6-** Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Como já referido na Competência L5, no nosso trabalho projeto objetivou-se o melhorar da qualidade dos cuidados prestados à pessoa oncológica paliativa, identificada no serviço/unidade de estágio. As tarefas que também nos permitiram atingir a competência L6 foram: o Estágio na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (apêndice XX); o Curso Básico de Comunicação em Cuidados Paliativos (apêndice XXI) e a Realização de Trabalho Académico do mestrado sobre Cuidados ao Cliente em Fim de Vida e em Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem com revisão bibliográfica, plano de cuidados e reflexão crítica sobre o tema escolhido.

Estas ações fortaleceram a atual competência simplificando o estabelecer uma relação terapêutica eficaz com a pessoa (com doença crónica, incapacitante e terminal) e a sua família em todos os contextos da prática clínica, diminuindo-lhes o sofrimento e melhorando o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida. No trabalho académico realizado isso foi demonstrado pela identificação das necessidades da pessoa em fim de vida, facilitando o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte da pessoa e familiares envolvidos no caso clínico descrito. Aprofundar a dimensão espiritual, no trabalho, foi outro objetivo que demonstramos como forma justificativa do nosso desenvolvimento, refletido também no subcapítulo 1.6 do enquadramento global, valorizando a experiência do cuidar tendo em conta as diferentes dimensões do ser humano e a comunicação como pilar fundamental na relação terapêutica.

## 5. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março estabelece que o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
  - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Segundo o mesmo Decreto o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização, o que acontece na Enfermagem, mais concretamente com a Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assim podemos afirmar que um Mestre na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica deve possuir um conhecimento aprofundado no domínio desta especialização.

Diz o Guia do 3º Semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2014). que

O Decreto-lei 74/2006 de 25 de Março, preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (artigo 18º, nº 4). Tendo em conta os objetivos fixados legalmente e dada a vinculação ao perfil do enfermeiro especialista, apresentam-se as competências a desenvolver no sentido de assegurar que o Mestre em Enfermagem: 1. Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem (...); 2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas (...); 3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva (...); 4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos (...); 5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência (...); 6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando

formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular. (p.5-6)

### **1) Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos Cuidados de Enfermagem**

A conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem evidenciam-se no processo de enfermagem. Este implica a execução de uma observação e avaliação exaustivas da pessoa, o que inclui não só o indivíduo mas também a família e a comunidade, onde esta está inserida, formulando diagnósticos de enfermagem, tendo em conta a análise crítica dos dados obtidos na avaliação e prescrevendo intervenções gerais e especializadas. Implica ainda uma avaliação do processo, garantindo que os resultados obtidos são os resultados desejados, corrigindo os diagnósticos de enfermagem iniciais, se necessário, e modificando as intervenções com o evoluir da condição do cliente. Toda a tomada de decisão intrínseca a estas competências tem uma dimensão ética e deontológica própria, assegurando cuidados de saúde equitativos e de qualidade. A educação individualizada faz parte inerente dessas competências com o intuito proteger e promover a saúde e prevenir doenças. Neste sentido a pessoa deve ser encarada como um par no seu processo de saúde, devendo o respeito pela autonomia e escolha da mesma prevalecer com pilares fundamentais na prestação de cuidados de excelência. A referenciação da pessoa e familiares deve ser também assegurada para aprimorar a continuidade dos cuidados. Para confirmar a aquisição desta competência, para além das aulas lecionadas no curso, foram desenvolvidas atividades como:

- Assistir, a 27 de Maio de 2014, a parte do 6º Curso de Feridas em Oncologia com o tema: “Feridas Cirúrgicas no Contexto Oncológico” (apêndice V);
- Participar no 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado na ESS do IPS (apêndice VI);
- Participar nesse 1º Encontro na ESS com um Póster científico (apêndice VII);
- Assistir a Sessão Informativa sobre “Uniformizar cuidados de enfermagem na realização de pensos cirúrgicos” (apêndice XIII);
- Estágio na Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas (apêndice VIII);
- Estágio na Comissão de Controle de Infeção Hospitalar (apêndice IX);
- Estágio na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (apêndice XX);
- Curso Básico de Comunicação em Cuidados Paliativos (apêndice XXI);



- Estágio no Bloco Operatório (apêndice X);
- Realização de Estudo de Caso de duas pessoas sujeitas a cirurgia (apêndice X);
- Assisti a Sessão Informativa sobre a “Norma Clínica de Enfermagem Nº 54” (Avaliação, intervenções e registos para o controlo da dor, no apêndice XII);
- Assisti a Sessão Informativa sobre “Avaliação da incidência de infeção do local cirúrgico” (apêndice XI);
- Realização de formações aos enfermeiros do Serviço/Unidade de estágio sobre: “Higienização das Mãos” e “Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/URL Portadora de Ferida Cirúrgica” (apêndices XIV e XV respetivamente);
- Concretização de Procedimento de Enfermagem sobre “Realização de Cuidados à pessoa de CCP/URL portadora de Ferida Cirúrgica” (apêndice XVI);
- Realização de Trabalho sobre Supervisão Clínica em Enfermagem (com análise e reflexão de um caso clínico, com base num enquadramento teórico, um modelo conceitual de enfermagem à luz do processo de enfermagem, a utilização da CIPE para elaborar diagnósticos, intervenções e resultados esperados, permitindo a nossa tomada de decisão clínica, baseada na ética e deontológica da profissão);
- Realização de Trabalho Académico do mestrado sobre Cuidados ao Cliente em Fim de Vida e em Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem com revisão bibliográfica, plano de cuidados e reflexão crítica sobre o tema escolhido;
- Construção de um “Guia Prático sobre Instruções Gerais de Atuação em Situações Emergentes” de forma a prevenir complicações (apêndice XXII).

## **2) Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas**

Estamos na era do conhecimento. A **aprendizagem** ao longo da vida inclui a necessidade de adaptação e logo à **aquisição de competências**. O acesso à informação e conhecimento atualizados, bem como a **motivação** e as competências para usar esses recursos de forma inteligente em prol de si mesmo e da comunidade são hoje a chave de reforço da competitividade, empregabilidade (competitividade pelo posto de trabalho, exigência de competências e conhecimento, atualizações constantes) e adaptabilidade da força de trabalho. A globalização vinculada na era digital sublima três tipos de aprendizagem, dando importância à aprendizagem informal. As tecnologias de informação e comunicação (**TIC**) permitem-nos aceder a tudo o que é **conhecimento**. São facilitadoras da aquisição de saberes em tempo real. Neste

seguimento é importante perceber como é que a educação atualmente se posiciona face a este facto. Aqui o desafio do ensino não é fornecer a base de dados ao cliente é sim analisar a base de dados fornecida por estas tecnologias, de forma à aquisição de conhecimentos viáveis e científicos.

Hoje um bom profissional é aquele que tem uma boa formação geral, consegue interpretar fenómenos, formular análise e propor soluções com maior autonomia e juízo de responsabilidade. A educação ao longo da vida deve estar suportada pelos diferentes **processos de aprendizagem (formal, informal e não formal)**. Deve haver sinergia entre todos. A aprendizagem ao longo da vida deve tornar-se no principal guia que garanta a todos o **acesso às ofertas de educação e formação** de forma a tornar as sociedades sustentadas no conhecimento e economia e que permita desafios pessoais, num mundo político e social complexo. Os adultos têm consciência de que são responsáveis pela sua vida e decisões tomadas, devem logo ser encarados como pessoas que se autogerem. A motivação interna é superior à externa. A aprendizagem é centrada nos problemas e não num assunto. O professor que ensina deve ter tudo isto em conta e logo deve ser facilitador dessa necessidade de aprender por parte do aluno. Há planificação mútua. A aprendizagem faz-nos também perceber que hoje podemos aprender e amanhã ensinar.

A **andragogia** na área da saúde é um processo de ensino-aprendizagem. Nesta lógica é importante ter em conta as características biopsicossociais e experiências vividas anteriores, presentes e futuras. A educação continuada visa o aprofundamento e transformação no processo de trabalho com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste método de ensino tanto professor (orientador) como aluno (adulto) estão ao mesmo nível de interação. Cabe ao professor motivar, orientar e facilitar o aluno no sentido de o fazer ver que o desconhecimento sobre determinado tema conduz a consequências negativas na sua práxis. Essa motivação é conseguida através da utilização de varias estratégias facilitadoras de aprendizagem, devendo o professor estar conectado com a realidade dos alunos e a área funcional a que estes pertencem, pois só assim a discussão dos assuntos é possível de ser controlada e dirigida de forma a prever o cumprimento dos objetivos a atingir. Também é importante trabalhar com indicadores para poder demonstrar resultados, definir bem os objetivos e ser realista, pois a qualidade exige reflexão sobre a prática o que evidencia a necessidade de tempo para refletir. Conseguimos isso com as formações realizadas no serviço dos estágios.

A **segurança da pessoa** é sem dúvida um dos fatores importantes a ter em conta na reflexão dos enfermeiros para o nosso reconhecimento profissional. Ela começa à cabeceira do cliente. Daí a importância que devemos dar à **identificação, monitorização, análise e**

**avaliação do risco.** É da responsabilidade do profissional evitar que ocorram danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde. E isso só é possível com esforço, vontade, mudança e implementações concretas na prática clínica, de forma a **reduzir a probabilidade do erro**, contribuindo para uma **prática de cuidados mais seguros e de maior qualidade**. Nesta linha de pensamento, a gestão de risco e a qualidade dos cuidados estão intimamente relacionadas, possibilitando ao profissional de enfermagem, ao adquirir o diploma de especialista, o participar nas auditorias clínicas da instituição a que pertence. Para isso realizamos o guia de emergência para o serviço dos estágios e o procedimento de cuidados à pessoa do SCCP/ORL portadora de ferida cirúrgica. Inequivocamente a necessidade da **especialização** na enfermagem é fundamental para resolver problemas em saúde. A capacidade de gerir relação influencia a capacidade de desenvolver o autoconhecimento. Um bom especialista tem uma polivalência profissional, com **adaptabilidade** de resposta às novas situações e capacidade de mobilizar conhecimentos e competências. Para sermos competentes temos de saber/saber, saber/fazer e saber/ser (estar) de forma equilibrada.

### **3) Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva**

Nas competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica fala-se do enfermeiro ter capacidade para ser proactivo. Mas para isso deve possuir um domínio específico de conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem para poder aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização. Deve estar ainda disponível enquanto consultor especializado, trabalhar em colaboração com outros profissionais de saúde e ser capaz de gerir casos.

Ao longo dos estágios, a integração em equipas e em projetos institucionais, deu-nos a possibilidade de aplicar as nossas competências de liderança (demonstradas no PIS) e capacidades de resolução de problemas em contextos multidisciplinares dentro da nossa área de especialização, analogamente ao referido no perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica. A pro actividade demonstrada ao trabalharmos com colegas a exercer funções de chefia e administração e com outros profissionais da organização demonstra bem a nossa mobilização desta competência, sendo a consequência da mesma a realização de formações aos enfermeiros do Serviço/Unidade de estágios sobre: “Higienização das Mãos” e “Registos de Enfermagem à Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica”; a criação do Procedimento de Enfermagem sobre “Realização de Cuidados à Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica”, a inserir na futura norma de cuidados à pessoa portadora de ferida cirúrgica

da Instituição, onde decorreram os estágios, e a Construção do “Guia Prático sobre Instruções Gerais de Atuação em Situações Emergentes” de forma a prevenir complicações.

#### **4) Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos**

A autonomia revela-se constantemente nas nossas tomadas de decisão complexas, logo inevitavelmente, está relacionada com as nossas competências, obrigações e compromissos sociais assumidos. A conquista desta autonomia, ao tentar assumir na equipa uma posição de relevância, leva à necessidade dos enfermeiros aprofundarem competências na área da ética e deontologia profissional, justificativas dessas tomadas de decisão. As mesmas implicam capacidade de raciocínio, ou seja, de analisar todo o conhecimento e ideias disponíveis baseadas num corpo de saberes sólido de forma organizada, reflexa, lógica e individualizada.

Esta competência expressa a necessidade de realizar pesquisa e aplicar a evidência nos cuidados de enfermagem tendo como suporte as bases de dados fidedignas, as escalas validadas para fundamentar o diagnóstico clínico e os modelos teóricos justificativos do nosso agir, mas acima de tudo expressa a nossa audácia ao questionarmos as práticas diárias com o intuito de reduzir os efeitos nocivos decorrentes dos nossos cuidados, reconhecendo a dignidade da vida humana e asseverando o respeito pelos princípios da autonomia, justiça e beneficência.

A revisão de literatura (realizada em base de dados científica e livros) utilizada para identificar os focos mais sensíveis nos cuidados de enfermagem prestados à pessoa do SCCP/ORL portadora de ferida cirúrgica e a metodologia de trabalho de projeto utilizada no desenvolvimento do nosso PIS, comprovaram a necessidade da nossa argumentação credível, demonstrando a aquisição desta competência de mestre.

#### **5) Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência**

Fortin (2009, p.31) afirma que “A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados. O objetivo (...) diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta e ao incremento de saberes próprios da disciplina.”

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação. São sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação/Ação aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida

relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros. (...) A Ordem (...) assume, entre outras, a missão de promover a defesa da **Qualidade e Segurança dos Cuidados** de Enfermagem e entende que a **Investigação em Enfermagem** é um pilar fundamental para alcançar este desiderato. (OE, 2006, p.1-2)

A realização do presente PIS permitiu-nos contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no SCCP/ORL, no âmbito da prática especializada da pessoa em situação crítica. A utilização da metodologia de trabalho de projeto juntamente com os contributos das evidências mais recentes na temática das feridas permitiu-nos produzir um projeto de intervenção recente e necessário para o serviço, contribuidor para uma prática atual de qualidade. Ao realizarmos um artigo científico baseado no nosso PIS estamos também a divulgar o trabalho desenvolvido contribuindo para uma prática científica credível.

**6) Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular**

Esta competência foi atingida ao frequentarmos o atual curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica (de onde sobressai a Unidade curricular de Investigação) e ao realizarmos a investigação baseada na Metodologia de Trabalho de Projeto utilizada na concretização do PIS, validando assim a nossa capacidade na análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação da formação da equipa de enfermagem do SCCP/ORL. Destacamos como atividades relevantes após identificação dos focos críticos a melhorar:

- Realização de formações aos enfermeiros do Serviço/Unidade de estágio sobre: “Higienização das Mãos” e “Registos de Enfermagem à Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Operatória” (apêndices XIV e XV respetivamente);
- Concretização de Procedimento de Enfermagem sobre “Realização de Cuidados à Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica” (apêndice XVI);
- Construção de um “Guia Prático sobre Instruções Gerais de Atuação em Situações Emergentes”, de forma a prevenir complicações (apêndice XXII).

Ao longo do projeto procuramos completar a importância da formação com as políticas de saúde inerentes da Instituição ao local de estágio. Esse esforço foi felizmente reconhecido com o convite para colaborar na criação da Norma de Cuidados à Pessoa Portadora de Ferida Cirúrgica da Instituição por parte da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas da mesma Organização.

## 6. CONCLUSÃO

É da responsabilidade do profissional evitar que ocorram danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde. E isso só é possível com esforço, vontade, mudança e implementações concretas na prática clínica, de forma a minimizar o risco, reduzir a probabilidade do erro, contribuindo para uma prática de cuidados mais seguros e de maior qualidade.

É importante ter elevada consciência das nossas fronteiras. Com a especialidade quisemos testar os nossos limites e expandi-los de forma a podermos resolver problemas em saúde. A promoção da segurança não pode ser apenas realizada pelo gabinete de risco hospitalar. Nela devem estar os profissionais que realizam prática clínica, com o intuito de melhoria da qualidade desses cuidados. A segurança da pessoa é sem dúvida um dos fatores importantes a ter em conta na reflexão dos enfermeiros para o reconhecimento profissional. O estabelecer uma relação de segurança para as pessoas que nos procuram, acaba por ser o suporte que nos dirige para a autoformação contínua. Ela começa à cabeceira do cliente. Daí a importância que devemos dar à identificação, monitorização, análise e avaliação do risco.

Nesta linha de pensamento, a gestão de risco e a qualidade dos cuidados estão intimamente relacionadas, possibilitando ao profissional de enfermagem, ao adquirir o diploma de especialista e mestre, o participar nas auditorias clínicas da instituição a que pertence e fazer parte de grupos para tomadas de decisão e implementação de normas de atuação.

A competência para Benner (2001) passa em parte pela experiência. A excelência da prática é um trilho que se edifica diariamente e essa foi conseguida também pela concretização deste curso. O percurso efetuado ao longo deste mestrado foi essencial para a nossa aprendizagem, orientado para o desenvolvimento e a aquisição de competências especializadas, ao nível da apreciação, planeamento, intervenção, reavaliação e investigação no sector da Enfermagem Médico-Cirúrgica, cooperando para o crescimento de uma práxis mais desejável em contexto de trabalho. Para isso todos os estágios foram também realizados com supervisão e orientação de Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica como invoca o Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

A prática aplicada na teorização, fundamentada com base científica deve ser a nossa práxis. Para Meleis (2012) o sucesso das Intervenções Terapêuticas de Enfermagem depende: do bem-estar físico; de enfermeiros criativos, sensíveis e conscientes para a importância da humanização; da antecipação dos eventos; de considerar os motivos desencadeadores; da

preparação para a transição e do conhecimento de outras transições a ocorrerem simultaneamente. A investigação deve ser a pedra basilar nessa evolução do nosso conhecimento.

A realização do enquadramento conceptual representou um desafio, exigindo-nos uma auto-observação minuciosa relativamente ao teórico que fundamenta a nossa prestação de cuidados. Meleis contribuiu para a nossa independência e responsabilização, bem como, para a consciencialização do que é para nós a enfermagem, da prioridade da pessoa/família na relação e da segurança no processo de recuperação.

Cabe ao enfermeiro a obrigação de sustentar uma conduta de respeito para com as pessoas que cuida, os colegas e a instituição onde labora. Ao longo dos estágios foram identificadas oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados, tendo sido formulado o diagnóstico de situação e o planeamento de todo o PIS, com vista à resolução dos problemas de enfermagem identificados, tendo sido implementadas estratégias de melhoria que nos serviram para atingir as competências comuns e específicas necessárias de desenvolver, com o apoio das aulas lecionadas ao longo do curso de mestrado.

Realizámos um PIS, baseado na metodologia de trabalho de projeto, voltado para a pessoa em situação crítica melhorando os registos e o procedimento na realização dos cuidados à pessoa portadora de ferida cirúrgica, intervindo indiretamente na diminuição do risco de infeção, da dor, do erro nos cuidados prestados, facilitadores de uma cicatrização eficaz, consciencializando e capacitando a Equipa de Enfermagem do SCCP/ORL e Endocrinologia para a melhoria da prática de cuidados. A aposta na formação dos nossos pares foi positiva e bem aceite por toda a equipa. Embora o PIS não seja totalmente inovador foi promotor da melhoria dos cuidados e essencial à aquisição das nossas competências como especialistas e mestres.

Materializámos também um PAC, norteado para a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo consciência que as estratégias projetadas e as atividades realizadas justificaram o desenvolvimento de todas essas competências.

Sentimos que todo o projeto foi bem-sucedido devido à possibilidade e apoio constantes que tivemos de todos aqueles com quem trabalhámos e em particular das nossas orientadoras. Consideramos ainda que a nossa intervenção foi necessária, adequada e perita e que reflete as competências de um Enfermeiro Mestre em Enfermagem.

Este relatório reproduz uma importante ferramenta de reflexão da *práxis* do Enfermeiro Especialista nos cuidados à pessoa em situação crítica e à pessoa em situação crónica e

paliativa e também, na demonstração de todo o processo aprendido por nós, revelado nos projetos desenvolvidos e nas competências adquiridas, fortalecidas e aperfeiçoadas nas distintas fases, relacionadas com a área da especialidade e mestria em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Representa ainda um documento fundamental para o cumprimento das condições necessárias à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Pode-se mesmo dizer que um Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem capacidades para integrar conhecimentos atualizados, trabalhar assuntos complexos, fortalecer decisões ou projetar critérios em situações de difícil resolução e acima de tudo de refletir tendo por base a sua responsabilidade ética, deontológica e social sabendo como comunicar as suas conclusões sustentadas na teórica e na científica atual, a especialistas e a não especialistas, de uma forma objetiva.

Ao longo do desenvolvimento deste relatório percebemos que as competências da Especialista e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica complementam-se umas com as outras, existindo mesmo algumas que são similares. As grandes diferenças são a fonte de regulamentação (do especialista é a OE que regula e atribui o título profissional de especialista e a do mestre é o Ministério da Educação e Ciência que atribui o grau académico) e as competências (clínicas pela OE e académicas pelo Ministério já referido anteriormente). Ou seja o conteúdo das competências de especialista e de mestre é praticamente o mesmo, mas no contexto da aplicabilidade o especialista só é possível na carreira de enfermagem na sua área de especialização enquanto o título de mestre torna-nos similar a todos os outros mestres dentro e fora da nossa profissão.

Com o presente Relatório de Projeto consideramos ter atingido todos os objetivos propostos inicialmente na Introdução. Para além de termos conseguido expor o enquadramento de base ao trabalho desenvolvido, conseguimos descrever o nosso PIS e o nosso PAC e refletir sobre as competências adquiridas como especialistas e mestres na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica e paliativa. Pretendemos ainda conquistar a divulgação do nosso projeto de investigação sobre a forma de artigo, tão importante para o reconhecimento do nosso trabalho pelos pares.

Ao refletirmos sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas tomamos consciência das capacidades conquistadas ao longo do percurso efetuado a nível académico e profissional. Alertou-nos para determinadas especialidades que necessitam de atenção, particularmente a prevenção e controlo de infeção em pessoa em situação crítica, a relação com a pessoa/família em situação paliativa e a gestão dos cuidados tendo em conta os processos complexos existentes nos nossos locais de trabalho.



A realização deste projeto/relatório revelou-se frutuosa tanto a nível pessoal como profissional. Mais uma vez ficou provada a necessidade constante de formação e o quão rápido podemos cair em desatualização. A enfermagem é uma disciplina de conhecimento que se materializa numa profissão, com obrigação deontológica e ética, daí a importância de nos basearmos em factos científicos concretos.

O facto de ser o primeiro trabalho do género realizado por nós surge inicialmente como uma limitação. Limitação superada com orgulho ao ver concretizado todo o nosso percurso aqui exposto. Procuramos transmitir de forma clara e simples o modo como este projeto foi realizado, pois acima de tudo a finalidade do mesmo é dar a conhecer um pouco de quem somos e de quem podemos e queremos ser com futuros enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Enfermeiros capazes de se adaptar a novas situações de mudança e de com as experiências vividas e constante autoformação, melhorar cada vez mais as suas competências dando aos outros uma maior dignidade e qualidade de vida, que no fundo é a base da enfermagem.

Futuramente, pelo reconhecimento das nossas competências, e para nosso orgulho, a convite da equipa da consulta multidisciplinar de estudo e tratamento de feridas, faremos parte do grupo responsável pela conceção da norma de cuidados à pessoa com ferida cirúrgica da instituição onde foi realizado o estágio. Desta forma sentimos que o curso contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e logo para a nossa evolução como profissionais creditados.

Um bom especialista deve ser um profissional polivalente, com capacidade de mobilizar conhecimentos atualizados e as competências adquiridas, de forma a responder às adversidades diárias. Para sermos competentes temos de saber/saber, saber/fazer saber-estar e saber/ser de forma equilibrada.

Sentimos que adquirimos e continuaremos a adquirir competências e novos conhecimentos, de modo auto-orientado ou autónomo e centrado nas linhas de intervenção do enfermeiro especialista, possibilitando-nos futuramente a encontrar soluções para problemas de saúde complexos, dentro ou fora da nossa área de intervenção diária, dignificando a qualidade dos cuidados que prestamos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Alves, J. L., Damião, J. F., Damião, C. P., Carreiro, D. M. & Dias, L. M. (2003). Formação em Serviço: Como Fazemos e o que Queremos. *Revista Sinais Vitais*, 46, 59-62.
- Araújo, M. & Silva, M. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 41 (4), p.668-674, em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342007000400018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342007000400018&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da APCP*, em <http://www.apcp.com.pt/uploads/recomendaes-formaoemcp-apcp.pdf>
- Baranoski, S. & Ayello, E. A. (2006). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas-Princípios Práticos*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Botelho, J. R. (1994). A Pedagogia do Projeto. *Enfermagem em Foco*, 4 (14), 35-37.
- Campos, A. A. G., More, F. & Arruda, S.S. (2008). Protocolo de Cuidados de Feridas. Florianópolis: Secretaria Municipal da Saúde, em [http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26\\_10\\_2009\\_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf)
- Can, A. A. V. U., (1998). Garantia da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem nos Hospitais: Análise da Perceção de Enfermeiros Gestores do Hospital Distrital de Abrantes. Universidade Aberta. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa, em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/382>
- Carta dos direitos e deveres dos doentes (2011). Direção geral saúde- Ministério da saúde, em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=5&ved=0CDcQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.minsaude.gov.cv%2Findex.php%2Fdocumentos%2Fdoc\\_download%2F233-carta-de-direito-e-deveres-dos-doentes-versao-integral&ei=3iAZVc3MB8eAUebhgYAF&usq=AFQjCNFuY7kAe-OxcsMFJnKNCzKb\\_JlJZw](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=5&ved=0CDcQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.minsaude.gov.cv%2Findex.php%2Fdocumentos%2Fdoc_download%2F233-carta-de-direito-e-deveres-dos-doentes-versao-integral&ei=3iAZVc3MB8eAUebhgYAF&usq=AFQjCNFuY7kAe-OxcsMFJnKNCzKb_JlJZw)
- Carta dos direitos fundamentais da União Europeia. (2000). Jornal Oficial das Comunidades Europeias. Conselho da Europa, em [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_pt.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf)
- Cerqueira, J. (2008). Os direitos humanos e o Código Deontológico do Enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros*, 31, 29-32.

Circular Normativa nº: 14/DGCG de 13/07/04 referente ao Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral da Saúde-Ministério da saúde, em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano\\_Nacional\\_CP\\_-\\_Circular\\_Normativa\\_\(DGS\\_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)

Circular Normativa nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010: Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde, para todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde. Direcção-Geral da Saúde. Departamento da qualidade na Saúde, em <http://www.anci.pt/sites/default/files/i013077.pdf>

Código Deontológico do Enfermeiro (2009). Ordem dos enfermeiros, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Constituição da Republica Portuguesa (VII Revisão constitucional - 2005), aprovado pela Assembleia da República, em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

Costa, M. & Antunes, M. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. In *Revista de Enfermagem Referência* 3 (7), em [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832012000200007](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200007)

Cunha, T. F.S., Miguel, S.S.A. & Ribeiro, C. M. Z. (2012). Infecção do Local Cirúrgico na Cirurgia Cervicofacial. *Revista Nursing*, 1, 2-10.

Declaração universal dos direitos do homem (1948). Gabinete de documentação e direito comparado-Ministério público, em <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh.html>

Decreto-lei nº 437/91, de 8 de Novembro, aprovado pela Assembleia da República, em [http://www.dgap.gov.pt/upload/Legis/1991\\_dl\\_437\\_08\\_11.pdf](http://www.dgap.gov.pt/upload/Legis/1991_dl_437_08_11.pdf)

Decreto-Lei n.º 47344/66, de 25 de Novembro. Código Civil, aprovado pela Assembleia da República, em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro. Código Penal, aprovado pela Assembleia da República, em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, série I - A. Ministério da Saúde, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/aEnfermagem/documents/rEpE.pdf>

Decreto-lei 104/98 de 21 de Abril referente ao Estatuto da ordem dos enfermeiros. Diário da República, série I-A, n.º 93, 1739-1757. Ministério da Saúde, em [http://portalcodgqh.min-saude.pt/images/0/0e/DL\\_104-98.pdf](http://portalcodgqh.min-saude.pt/images/0/0e/DL_104-98.pdf)

Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março. Referente aos graus, títulos e equivalências. Direcção Geral do Ensino Superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Geral/MenuTopo/Legislacao/Grau+Titulos+Equivalencias.htm>

- Decreto-lei 101/2006 de 6 Junho referente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, série I-A, n.º 109, 3856- 3865. Ministério da Saúde, em [https://www.adse.pt/document/Decreto\\_Lei\\_101\\_2006.pdf](https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf)
- Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro. Referente à carreira de enfermagem. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 184, 6758- 6761. Ministério da Saúde, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL247-2009\\_Regime\\_Legal\\_Carreira.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL247-2009_Regime_Legal_Carreira.pdf)
- Despacho nº 246, de 23-10-1996 da Direcção-Geral da Saúde, aprovado em Diário da República em <http://www.dgs.pt/cci-despacho.aspx>
- Dias, A., Mendes, C., Mourinho, E., Carreira, f., Nunes, S. & Ferreira, L. (2001). Registos de Enfermagem. *Servir*, 49 (6), 267-271.
- Faulkner, A. (2005). ABC of palliative care: Communication with patients, families, and other professionals. *Clinical review, BMJ* 316, 129-132, em <http://services.medicine.uab.edu/publicdocuments/palliativecare/Faulkner%20-%20ABC%20of%20Palliative%20Care%20-%20Communication.pdf>
- Ferreira, C. M. M. & Ferreira, M. M. S. V. (1999). Atividades de Vida/Diagnósticos de Enfermagem. *Nursing*, (134), 32-35.
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista de Enfermagem Percursos*, 15 (1-3), 1-37.
- Fortin, M.F. (2009). *O Processo de Investigação da conceção à realização*. (5ª ed). Loures, Portugal: Lusociência.
- Fragata, J. & Martins, L. (2004). *O Erro em medicina, perspetivas do individuo, da organização e da sociedade*. Coimbra. Portugal: Almedina.
- Gogia, P. P. (2003). *Feridas-Tratamento e cicatrização*. Rio de Janeiro: Revinter, Ltda.
- Gomes, I. D. (1999). Os Enfermeiros e a Formação em Serviço. *Servir*, 47 (4), 178-181.
- Gonçalves, J. (2006). *A boa morte: Ética no fim da vida*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Bioética). Faculdade de Medicina da Universidade de Bioética do Porto, em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22105/3/A%20Boa%20Morte%20%20etica%20no%20Fim%20da%20Vida.pdf>
- Gouveia, M., Marques, M. & Ribeiro, J. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura fatorial. *Psicologia, Saúde & Doenças* 10 (2), p.285-293, em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1095>
- Guia do 3º Semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2014). Ano letivo 2014/2015 da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Departamento de Enfermagem, Setúbal.

- Guimarães, P. (2001). Aprender no Local de Trabalho: Um projeto de investigação-formação com enfermeiros. *Enfermagem, 2ª Série (23-24)*, 23-29.
- Kovács, M. (2006). *Comunicação em cuidados paliativos*. In Pimenta, C., Mota, D. & Cruz, D. Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia. (86-102) Tamboré, Brasil: Malone.
- Lei n.º 48/1990, de 24 de Agosto: Lei de Bases da Saúde. Direção geral saúde- Ministério da saúde, em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>
- Lei n.º 27/2002, de 08 de Novembro. Regime jurídico da gestão hospitalar do Ministério Público, em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_estrutura.php?tabela=leis&artigo\\_id=selected&nid=1669&nversao=&tabela=leis&so\\_miolo](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_estrutura.php?tabela=leis&artigo_id=selected&nid=1669&nversao=&tabela=leis&so_miolo)
- Lippincott, Williams & Wilkins (2003). *Feridas, série incrivelmente fácil*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan S.A.
- Marques, L., Sarriera, J. & Dell'Aglio, D. (2009). Adaptação e validação da escala de bem-estar espiritual (EBE): Avaliação psicológica. *Revista Scielo* 8 (2), em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712009000200004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712009000200004&script=sci_arttext)
- Martins (2008) Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62-66, em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf)
- Meleis, A. I. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC, em [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Deveolpment & Progress*. (5ª ed). Pennsylvania: Fith Edition.
- Mendes, L. & Fradique, M. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (10), 45-53, em [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087402832013000200006&script=sci\\_arttext&tln=g=pt](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087402832013000200006&script=sci_arttext&tln=g=pt)
- Minnami, H. & Benton, D. C., (2009). Servir a comunidade e garantir qualidade. Os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados. *Ordem dos Enfermeiros*, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2009.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2009.pdf)
- Normas da American Psychological Association (APA, 2001). Ilustração da Normativa APA 2001 – 1. Citações & Referências Bibliográficas em [http://ocw.usal.es/ciencias-sociales-1/fuentes-de-informacion/contenidos/APA2002\\_manual\\_novembro\\_2002.pdf](http://ocw.usal.es/ciencias-sociales-1/fuentes-de-informacion/contenidos/APA2002_manual_novembro_2002.pdf)
- Nunes, L. (2002). Competências Morais no Exercício da Enfermagem: “Cinco Estrelas”. *Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, (171), 8-11.

- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro, enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Nunes, L. (2008) Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros* 31, 35-47, em [http://www.academia.edu/3510428/Fundamentos\\_%C3%A9ticos\\_da\\_deontologia\\_profissional](http://www.academia.edu/3510428/Fundamentos_%C3%A9ticos_da_deontologia_profissional)
- Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e florescências em todos os caminhos*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas Ldt.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem, Fundamentos e Horizontes*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição, em* [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIFE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) versão 2*. Portugal. Estúdios Lusodidacta, Lda.
- Orientação nº: 007/2010 de 06/10/2010: *Elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde. Direção-Geral da Saúde. Departamento da qualidade na Saúde, em* <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>
- Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos do Conselho de Enfermagem, Dezembro 2001. Ordem dos Enfermeiros, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Parecer n.º 267 / 2010: Atribuição do título de enfermeiro especialista, no momento atual. Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20CE\\_267\\_2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20CE_267_2010.pdf)
- Paulino, D. P., Tareco, I. C., Rojão, M. (1999). *Técnicas e Procedimentos em Enfermagem*. (2ª ed). Coimbra, Portugal: Formasau.
- Pereira, F. M. S. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exercicio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf~>
- Pessini, L. (2006). *Bioética e cuidados paliativos: Alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas*. In Pimenta, C., Mota, D. & Cruz, D. *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. (45-66) Tamboré, Brasil: Malone.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Pimenta, C. & Mota, D. (2006). *Educação em cuidados paliativos: Componentes essenciais*. In Pimenta, C., Mota, D. & Cruz, D. *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. (29-44) Tamboré, Brasil: Malone.
- Pinto, P. (2007). De Florence Nightingale à era dos antibióticos: O papel da enfermagem na prevenção da infeção: Enfermagem e o cidadão. *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, 5 (12), 6-7, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/centro/informacao/Documents/Jornal%20da%20SRC/12.pdf>
- Plano Municipal de Emergência de Lisboa: Versão para Consulta Pública (2012). Câmara Municipal de Lisboa/Departamento de Proteção Civil, em <http://www.bombeiros.pt/wp-content/uploads/2012/10/pmepec-cmlisboa.pdf>
- Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil: Versão para Consulta Pública. (2012). Ministério da Administração Interna, em [http://www.proteccaocivil.pt/Documents/PNEPC\\_CP\\_2012.pdf](http://www.proteccaocivil.pt/Documents/PNEPC_CP_2012.pdf)
- Programa de prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos: Orientações programáticas (2013). Direção-Geral da Saúde, em <http://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>
- Programa nacional de cuidados paliativos (2005). Direção Geral da Saúde-Ministério da saúde, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008151.pdf>
- Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (2007). Direção-Geral da Saúde, em [http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documents/CCI/Programa\\_Nacional\\_Controlo\\_Infecao.pdf](http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documents/CCI/Programa_Nacional_Controlo_Infecao.pdf)
- Queiroz, A. A. (2000). A Prática em Colaboração Interdisciplinar Implica uma Partilha Dinâmica e Flexível do Estatuto de Autoridade. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (0), 45-48.
- Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º35, 8648-8653, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_Co mpetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_Co mpetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)
- Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, 2.ª série, n.º35, 8656-8657, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124\\_2011\\_Co mpetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_Co mpetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)
- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (2011). Ordem dos Enfermeiros, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronic aPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronic aPaliativa.pdf)
- Regulamento n.º 165/2011: Regulamento do Aconselhamento Ético e Deontológico no âmbito do Dever de Sigilo. Diário da República, 2.ª série, n.º47, 11112-11113, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20165\\_2011\\_AconselhamentoDeverSigilo.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20165_2011_AconselhamentoDeverSigilo.pdf)



- Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (2012). Ordem dos Enfermeiros, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf)
- Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2014). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Revisto em Fevereiro de 2014 pela Direção do Curso, em <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=17636>
- Ritto, A. (2006). *A Dor e a prática de enfermagem: A dor como 5º sinal vital*. Tese de dissertação de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar-Universidade do Porto, em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7264>
- Robbins, S. P. (1999). *Comportamento Organizacional*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora 151-194.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência, Lda.
- Sawatzky, R. & Pesut, B. (2005). Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing* 23 (1), 19-33, em <http://jhn.sagepub.com/content/23/1/19.short>
- Serrano, M.T.P., Costa, A.S.M.C. & Costa, N.M.V.N. (2011) Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-23
- Silva, J. R. (1995). *A Ética na Dor*. In Rico, A. B. (ed. Toscano) *Dor: Do Neurónio à Pessoa* (279/281). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Silveira de Brito, J. H. (2008). Deontologia e direitos humanos. In *Ordem dos Enfermeiros. IX Seminário de Ética: 10 Anos de deontologia profissional. 60 Anos de direitos humanos*. (31) 9-11, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_31\\_Dezembro\\_2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_31_Dezembro_2008.pdf)
- Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) – Princípios Básicos de Arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais (2007). Ordem dos Enfermeiros, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)
- Sousa, M. A. (2008). Enfermagem e direitos humanos. In *Ordem dos Enfermeiros. IX Seminário de Ética: 10 Anos de deontologia profissional. 60 Anos de direitos humanos*. (31) 9-11, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_31\\_Dezembro\\_2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_31_Dezembro_2008.pdf)
- Soveral, M. (2001). A Escrita Profissional: Uma Experiência Pedagógica. *Servir*, 49 (2), 61-64.
- Tratados consolidados: Carta dos direitos fundamentais (2010). União Europeia Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo, em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Feuropa.eu%2Fpol%2Fpdf%2Fqc3209190ptc\\_002.pdf&ei= QUTVeSvLYG0UZyfgfAL&usq=AFQjCNGG17iXmI\\_OpRpEdiehFnLqPVG81q](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Feuropa.eu%2Fpol%2Fpdf%2Fqc3209190ptc_002.pdf&ei= QUTVeSvLYG0UZyfgfAL&usq=AFQjCNGG17iXmI_OpRpEdiehFnLqPVG81q)



- Torres, M. R. & Reis, M. B. P. (2002). Reflexão sobre a Importância dos Registos de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais* (41), 57-59
- Veiga, B. S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I. S., Martins, M. M., Coelho, M. T. & Silva, P. C. (2011). Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos Técnicos. (2ª ed). Lisboa, Portugal: ACSS IP, em [http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015\\_07\\_2011.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf)
- Vital, F. (2012). *Relatório de estágio: Comunicação em cuidados paliativos*. Dissertação à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Castelo Branco: Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, em <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1710>
- Wasner, M., Longaker, C., Fegg, M. & Borasio, G. (2005). Effects of spiritual care training for palliative care Professionals. *Palliative Medicine*, 19 (2), 99-104, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15810747>
- Xavier, S.S.M.M. (1997). É Urgente Aprender a Registrar. *Enfermagem em Foco*, (27), 28-30.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I-FMEA

Quadro 1- FMEA (1)

DESCRIÇÃO DO PROCESSO	ETAPAS	G	MODO POTENCIAL DE FALHAS	O	EFEITOS	D	RPN	CAUSAS	ACÇÕES A DESENVOLVER
Cuidados à Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica	Lavar as mãos	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não lavar as mãos ou não cumprir os princípios da lavagem das mãos</li> </ul>	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilidade de contaminação da pessoa e ferida (infecções cruzadas)</li> </ul>	2	108	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatenção/Desmotivação</li> <li>• Défice de conhecimento sobre a importância da lavagem das mãos antes da execução do penso</li> <li>• Excesso de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações de formação sobre a importância da lavagem higiénica das mãos antes da execução do penso</li> <li>• Consciencialização dos enfermeiros face aos seus atos durante as ações de formação</li> </ul>
	Preparar o material a utilizar na realização do penso	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O material não estar adequado ao penso a realizar ou faltar parte do material</li> </ul>	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto de tempo na realização do procedimento</li> </ul>	9	45	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatenção/Desmotivação</li> <li>• Excesso de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar os enfermeiros para a importância de economizar tempo na execução do penso, através de ações de formação</li> </ul>
	Instruir a pessoa sobre o procedimento	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não transmitir à pessoa o que será realizado ou falhar na instrução de parte do procedimento</li> </ul>	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da ansiedade da pessoa durante o procedimento</li> <li>• A pessoa não estar colaborante não se maximizando o procedimento</li> </ul>	8	200	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatenção/Desmotivação</li> <li>• Défice de conhecimento sobre a importância de instruir a pessoa sobre o procedimento</li> <li>• Excesso de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar os enfermeiros para a importância de instruir a pessoa sobre o procedimento com forma de o envolver na prestação de cuidados</li> </ul>
	Posicionar a pessoa	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionar mal a pessoa</li> </ul>	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconforto da pessoa</li> <li>• Dificuldades na realização do penso</li> </ul>	9	405	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatenção</li> <li>• Desmotivação</li> <li>• Excesso de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar os enfermeiros para a importância de posicionar bem a pessoa para a manter confortável e facilitar o procedimento.</li> </ul>

Quadro 2- FMEA (2)

DESCRIÇÃO DO PROCESSO	ETAPAS	G	MODO POTENCIAL DE FALHAS	O	EFEITOS	D	RPN	CAUSAS	ACÇÕES A DESENVOLVER
Cuidados à Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica	Calçar luvas e remover o penso, observando as características deste, da ferida e região circundante	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não calçar luvas</li> <li>• Não observação do penso removido</li> <li>• Observação da ferida e região circundante incompletas</li> </ul>	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento do risco de contaminação das mãos</li> <li>• Cuidados à ferida, pouco dirigidos por défice na avaliação da fase de cicatrização</li> <li>• Possível erro na escolha do material de penso a aplicar</li> <li>• Aumento do tempo de duração da ferida e complicações</li> <li>• Aumento do risco de infeção da ferida</li> </ul>	6	378	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatenção/Desmotivação</li> <li>• Défice de conhecimento sobre o que observar nesta fase do procedimento e da importância da utilização de luvas</li> <li>• Excesso de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização dos enfermeiros face aos seus atos</li> <li>• Ações de formação sobre o material de proteção a utilizar durante o procedimento</li> <li>• Ações de formação sobre a importância da observação das características do penso removido, ferida e região circundante</li> <li>• Criação de procedimento de suporte sobre cuidados à ferida cirúrgica da pessoa de CCP/ORL (para apoio dos enfermeiros do serviço)</li> </ul>

Quadro 3- FMEA (3)

DESCRIÇÃO DO PROCESSO	ETAPAS	G	MODO POTENCIAL DE FALHAS	O	EFEITOS	D	RPN	CAUSAS	ACÇÕES A DESENVOLVER
Cuidados à Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica	Remover luvas e lavar as mãos	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar a executar o procedimento sem retirar as luvas contaminadas</li> <li>• Não lavar as mãos</li> </ul>	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento dos riscos de infeção da ferida e contaminação das mãos</li> </ul>	10	810	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatenção/Desmotivação</li> <li>• Défice de conhecimento sobre a importância de remover as luvas contaminadas e da lavagem das mãos nesta fase do procedimento</li> <li>• Excesso de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização dos enfermeiros face aos seus atos</li> <li>• Ação de formação sobre a importância de remover as luvas e lavar as mãos para evitar infeções</li> </ul>
	Calçar luvas (esterilizadas se necessário)	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não calçar luvas ou calçar luvas não esterilizadas (sendo a esterilidade destas necessária para a realização asséptica do penso)</li> </ul>	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento dos riscos de infeção da ferida e contaminação das mãos</li> </ul>	3	81	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatenção/Desmotivação</li> <li>• Défice de conhecimento sobre a importância de usar luvas limpas ou esterilizadas de acordo com o procedimento a ser realizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização dos enfermeiros face aos seus atos</li> <li>• Ação de formação sobre a importância do uso de material protetor e da prevenção de infeções cruzadas</li> </ul>

Quadro 4- FMEA (4)

DESCRIÇÃO DO PROCESSO	ETAPAS	G	MODO POTENCIAL DE FALHAS	O	EFEITOS	D	RPN	CAUSAS	ACÇÕES A DESENVOLVER
Cuidados à Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica	Limpar a ferida e remover pontos, grafos, tecido desvitalizado, drenos, se indicado	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpar mal a ferida</li> <li>• Remover pontos, grafos, tecido desvitalizado ou drenos sem indicação</li> </ul>	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento do risco de infeção da ferida</li> <li>• Aumentar o risco de aparecimento de seroma, deiscências e/ou fistulas dificultando a cicatrização</li> </ul>	7	252	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatenção/Desmotivação</li> <li>• Défice de conhecimento sobre a importância de uma boa limpeza da ferida</li> <li>• Não conhecimento ou esquecimento do nº de dias pós-operatório do doente</li> <li>• Excesso de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização dos enfermeiros face aos seus atos</li> <li>• Ação de formação sobre a importância do conhecimento da pessoa e plano de cuidados da mesma e de uma boa higiene e limpeza da ferida como forma de prevenir infeções</li> </ul>
	Aplicar penso	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar penso inadequado à fase de cicatrização da ferida</li> </ul>	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento do risco de infeção e atraso da cicatrização da ferida</li> </ul>	6	252	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatenção/Desmotivação</li> <li>• Défice de conhecimento sobre que apósito aplicar na ferida ou qual a fase da cicatrização em que a ferida se encontra</li> <li>• Não existência de registos que possam indicar se o apósito escolhido está a ser eficaz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização dos enfermeiros face aos seus atos</li> <li>• Ações de formação sobre a importância dos registos continuados da ferida e o conhecimento das fases de cicatrização da ferida</li> <li>• Criação de procedimento de suporte sobre cuidados à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica (para apoio dos enfermeiros do serviço)</li> </ul>

Quadro 5- FMEA (5)

DESCRIÇÃO DO PROCESSO	ETAPAS	G	MODO POTENCIAL DE FALHAS	O	EFEITOS	D	RPN	CAUSAS	ACÇÕES A DESENVOLVER
Cuidados à Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica	Remover as luvas, ajudar a pessoa a posicionar-se	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não retirar as luvas contaminadas</li> <li>• Não ajudar a posicionar o doente</li> </ul>	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contaminação da pessoa e ambiente</li> <li>• Desconforto ou dor da pessoa provocado por dificuldade no auto posicionamento</li> </ul>	8	120	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatenção, desmotivação ou excesso de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização dos enfermeiros face aos seus atos</li> <li>• Ação de formação sobre a importância da prevenção da contaminação do ambiente e do conforto da pessoa para a recuperação</li> </ul>
	Assegurar a recolha e lavagem do material utilizado e lavar as mãos	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não recolha ou má recolha do material contaminado</li> <li>• Não lavar as mãos</li> </ul>	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contaminação do ambiente</li> <li>• Contaminação das mãos com possível aumento das infeções cruzadas</li> </ul>	4	108	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatenção, desmotivação ou excesso de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização dos enfermeiros face aos seus atos</li> <li>• Ações de formação sobre a importância da lavagem higiénica das mãos no fim do procedimento e da prevenção da contaminação do ambiente colocando o material contaminado em local próprio</li> </ul>



Quadro 6- FMEA (6)

DESCRIÇÃO DO PROCESSO	ETAPAS	G	MODO POTENCIAL DE FALHAS	O	EFEITOS	D	RPN	CAUSAS	ACÇÕES A DESENVOLVER
Cuidados à Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica	Registrar procedimento em notas de enfermagem	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição incompleta da ferida operatória, nos registos de enfermagem</li> <li>• Pouca perceção da evolução da ferida nos registos de enfermagem</li> </ul>	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconhecimento do estado da ferida (fase onde se encontra na realidade)</li> <li>• Prática de enfermagem pouco qualificada nos cuidados à ferida cirúrgica da pessoa</li> <li>• Aumento do tempo de duração da ferida</li> <li>• Aumento dos riscos de infeção da ferida</li> <li>• Desacreditação da pessoa nos cuidados de enfermagem</li> </ul>	9	648	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatenção/Desmotivação</li> <li>• Défice de conhecimento sobre o que observar na ferida operatória</li> <li>• Excesso de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar os enfermeiros para a boa descrição da ferida operatória, em registos, através de ações de formação no serviço (retirar duvidas, etc.)</li> <li>• Incentivar os enfermeiros a descrever a ferida em folha de registos própria existente na Instituição (melhor visualização evolutiva da ferida operatória)</li> </ul>

APÊNDICE II-GRELHA DE OBSERVAÇÃO AO PROCEDIMENTO DE CUIDADOS  
À PESSOA DO SCCP/ORL COM FERIDA CIRÚRGICA

Quadro 7- Grelha de Observação ao Procedimento de Cuidados à Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica

<b>Ações de enfermagem a realizar no procedimento do penso à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica</b>	<b>Observado</b>	<b>Não observado</b>	<b>Não adequado ao tipo de penso</b>
1º Identificar a pessoa			
2º Providenciar os recursos para junto da pessoa ou conduzi-la à sala de tratamentos			
3º Lavar as mãos			
4º Instruir a pessoa sobre o procedimento			
5º Posicionar o cliente ou assisti-la a posicionar-se, de acordo com a sua situação clínica e área a expor			
6º Calçar luvas não esterilizadas			
7º Remover o penso e observar as características do penso removido, a ferida e a região circundante			
8º Remover as luvas			
9º Lavar as mãos novamente			
10º Aprontar o Kit de penso e/ou material esterilizado			
11º Executar colheita de exsudado para análise, se necessário			
12º Limpar a ferida ou irrigar			
13º Remover pontos/agrafos, tecidos desvitalizados, se indicado			
14º Mobilizar, fixar ou retirar dreno, se indicado e observar as características do conteúdo drenado			
15º Limpar a ferida			
16º Limpar a zona circundante da ferida com compressas esterilizadas			
17º Assegurar que a pele circundante fique seca, utilizando compressa esterilizada			
18º Aplicar medicamentos, se prescritos			
19º Proteger a pele circundante, se necessário			
20º Aplicar penso			
21º Posicionar ou assistir a pessoa a posicionar-se			
22º Remover luvas, se necessário			
23º Assegurar a recolha e lavagem do material			
24º Lavar as mãos			

APÊNDICE III-GRELHA DE OBSERVAÇÃO AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM  
DA PESSOA DE CCP/ORL PORTADORA DE FERIDA CIRÚRGICA

**Quadro 8- Grelha de Observação aos Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica**

B	C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	X registo	D	E
Localização																								
Dimensão em cm Dimensão em cm (Comprimento x Largura x Profundidade)																								
Exsudado (cor, consistência, volume, odor)																								
Tipo de tecido																								
Dor																								
Margens pele circundante/temperatura pele																								
Presença de fistulas/ deiscências / drenos																								
Descrição da realização dos cuidados prestados e material utilizado no penso																								
Referência da próxima data de realização do tratamento																								

C- Nº processo avaliado

A-Ausente o registo

D- Soma do nº de registos presentes

B- Características da ferida a avaliar

P- Presente o registo

E- Não justificativo de presença

APÊNDICE IV-RESUMO DAS OBSERVAÇÕES À REALIZAÇÃO DE PENSO E  
AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM DA PESSOA DE CCP/ORL  
PORTADORA DE FERIDA CIRÚRGICA

**Quadro 9- Resumo das Observações ao Procedimento de Cuidados à Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica**

<b>Ações de enfermagem a realizar no procedimento do penso à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica</b>	<b>Observado</b>	<b>Não observado</b>	<b>Não adequado ao tipo de penso</b>
1º Identificar a pessoa	58	0	
2º Providenciar os recursos para junto da pessoa ou conduzi-la à sala de tratamentos	58	0	
3º Lavar as mãos	38	20	
4º Instruir a pessoa sobre o procedimento	58	0	
5º Posicionar a pessoa ou assisti-la a posicionar-se, de acordo com a sua situação clínica e área a expor	58	0	
6º Calçar luvas não esterilizadas	58	0	
7º Remover o penso e observar as características do penso removido, a ferida e a região circundante	58	0	
8º Remover as luvas	33	25	
9º Lavar as mãos novamente	0	58	
10º Aprontar o Kit de penso e/ou material esterilizado	35	23	
11º Executar colheita de exsudado para análise, se necessário	2		56
12º Limpar a ferida ou irrigar	58	0	
13º Remover pontos/agafos, tecidos desvitalizados, se indicado	25		33
14º Mobilizar, fixar ou retirar dreno, se indicado e observar as características do conteúdo drenado	17		41
15º Limpar a ferida	58	0	
16º Limpar a zona circundante da ferida com compressas esterilizadas	58	0	
17º Assegurar que a pele circundante fique seca, utilizando compressa esterilizada	58	0	
18º Aplicar medicamentos, se prescritos	32		26
19º Proteger a pele circundante, se necessário	58	0	
20º Aplicar penso	58	0	
21º Posicionar ou assistir a pessoa a posicionar-se	58	0	
22º Remover luvas, se necessário	58	0	
23º Assegurar a recolha e lavagem do material	58	0	
24º Lavar as mãos	40	18	

**Quadro 1- Resumo das Observações aos Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/URL Portadora de Ferida Cirúrgica**

B \ C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	D	E	
Localização	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	29	0	
Dimensão em cm (Comprimento x Largura x Profundidade)	A	A	A	A	A	A	A	A	E	E	E	E	E	E	E	E	A	P	A	A	E	E	E	E	A	A	A	A	A	1	12	
Exsudado (cor, consistência, volume, odor)	A	A	A	E	E	P	P	P	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	A	A	E	A	E	E	P	P	P	P	P	8	15	
Tipo de tecido	A	A	A	E	E	P	P	E	E	E	E	E	E	E	E	E	A	A	A	A	E	A	E	E	A	A	A	A	A	2	14	
Dor	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	0
Margens pele circundante/temperatura pele	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	0
Presença de fístulas/ deiscências / drenos	A	A	A	A	A	P	P	P	P	E	E	E	E	P	P	P	A	A	A	A	E	A	A	A	P	P	P	P	P	12	5	
Descrição da realização dos cuidados prestados e material utilizado no penso	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	28	0	
Referência da próxima data de realização do tratamento	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	0

C- Nº processo avaliado

A-Ausente o registo

D- Soma do nº de registos presentes

B- Características da ferida a avaliar

P- Presente o registo

E- Não justificativo de presença



APÊNDICE V -RELATO REFLEXIVO DO DIA PASSADO NO 6º CURSO DE  
FERIDAS EM ONCOLOGIA

No dia 27 de Maio de 2014 assistimos a parte do 6º Curso de Feridas em Oncologia. Este dia de estágio teve o objetivo de aprofundarmos conhecimentos na área da pessoa oncológica de ORL, em situação crítica e paliativa, portadora da ferida cirúrgica e não cirúrgica, com a finalidade de nos poder ajudar no atingir das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e crónica. Sedimentamos conhecimentos já adquiridos em contexto de trabalho e aprendemos novas formas de cuidar deste tipo de pessoas, principalmente na área da palição, pensando numa fase posterior poder passar um dia com a equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos existente no Hospital onde decorrem os estágios.

O dia do curso iniciou-se com formação na área das feridas cirúrgicas. Percebemos que a cicatrização das feridas da pessoa de ORL não é fácil pelo fato da própria ferida se encontrar junto da boca, pela presença de estomas, de traqueotomias, de drenos, zonas dadoras, retalhos, salivação constante e refluxo gastro esofágico. A cirurgia de ORL é muito mutilante e os pensos são difíceis de realizar e manter limpos. Na pessoa oncológica os fatores que interferem na cicatrização são os de nutrição, idade, antecedentes pessoais, tratamentos pré-operatórios como radioterapia, quimioterapia ou hormonoterapia, o tempo e tipo de cirurgia, o tipo de suturas, material cirúrgico utilizado, tensão dos pontos e tecidos e ainda da técnica do cirurgião.

Enfatizada nesta sessão a importância da preparação da pele da área cirúrgica, com forma de prevenção de infeção do local operado e dos cuidados prestados às pessoas no pós-operatório relativamente à execução de pensos, remoção de suturas e drenos, avaliação de retalhos, enxertos e zonas dadoras.

Infelizmente a complicação da ferida cirúrgica na pessoa oncológica impede a continuidade do tratamento da doença de base da mesma, nomeadamente a quimioterapia e a radioterapia, condicionantes do prognóstico da doença. As complicações mais frequentes e imediatas segundo as formadoras são a hemorragia e a deiscência da sutura. As mais tardias são o seroma, a infeção, a isquemia e a necrose dos bordos. Infelizmente devido à multiplicidade de feridas cirúrgicas não existem ainda, segundo as formadoras, níveis de evidência dos melhores cuidados a prestar.

Seguiu-se uma sessão sobre terapia por pressão negativa, para nós interessante pois desconhecíamos a técnica. Esta basicamente tem a finalidade de aproximar os bordos da ferida, reduzir o edema, o exsudado, facilitar a granulação e conseqüentemente a cicatrização. Infelizmente é uma técnica cara e incompatível com vasos expostos e neoplasias malignas.

Tivemos ainda uma pequena sessão sobre radiodermites, prevenção e tratamento das mesmas dando-se importância à preparação da pele antes do início do tratamento e de como se pode aliviar a pessoa ao aplicar pensos e produtos facilitadores de hidratação e cicatrização da pele após e ao longo do tratamento da radioterapia. Um exemplo é a substituição dos adesivos por rede de apoio ao penso.

O dia terminou com uma sessão dedicada aos cuidados a pessoas paliativas com feridas. Esta sessão foi muito estimulante pois permitiu-nos perceber a importância dos nossos cuidados na qualidade de vida destas pessoas através da partilha de experiências entre colegas e formadora. Percebemos que para muitos destas pessoas e familiares a ferida é o menor dos seus problemas.

O conhecimento adquirido nesta formação possibilitou-nos enquanto futuros enfermeiros especialistas, desenvolver competências nas áreas da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e na identificação das necessidades da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares.

De seguida é apresentado o diploma de frequência.

**CENTRO DE FORMAÇÃO**  
Unidade Formativa Acreditada Despacho nº 526 de 15/05/2014

**DECLARAÇÃO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO**

Declara-se que Carina Lopes José, natural de Campo Grande, nascida a 05/05/1976, de nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portadora do documento de identificação Cartão de Cidadão nº 10834889, com validade de 05/02/2015, frequentou de 27 de Maio de 2014, 7 horas, do curso 6º Curso de Feridas em Oncologia com uma duração total de 24 horas, ministrado no Centro de Formação do

Lisboa, 16 de Junho de 2014

P<sup>2</sup> O Gabinete Coordenador do Centro de Formação

26.06.2014

POD H  
INSTITUTO DE ENFERMAGEM  
UNIVERSIDADE DE LISBOA  
DGERT  
DGERS

APÊNDICE VI-RELATO REFLEXIVO DE PARTICIPAÇÃO NO 1º ENCONTRO DE  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DA ESS DO IPS DE SETÚBAL

Nos dias 3 e 4 de Julho de 2014 assistimos ao 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. A nossa presença nestes dois dias de encontro teve o objetivo de aprofundar conhecimentos na área da pessoa em situação crítica, crónica e paliativa, com a finalidade de nos poder ajudar no atingir das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa. No final destes dois dias sedimentamos e adquirimos conhecimentos essenciais para prestar cuidados de qualidade.

O primeiro dia do Encontro foi inaugurado pela Comissão de Honra que fez sobressair a importância da investigação na nossa prática diária, aconselhando os enfermeiros a sair das suas zonas de conforto para a investigação/ação essencial para o nosso desenvolvimento e reconhecimento profissional. Seguiu-se a mesa intitulada de “O Estado da arte na formação Pós graduada em Enfermagem Médico-Cirúrgica”. O debate rondou a importância da implementação da qualidade nos cuidados de forma responsável e segura através das especialidades (realçando as competências de domínio comum e específicas do enfermeiro especialista) e da investigação/ação tendo em conta a prática baseada na evidência e os princípios da ética e da deontologia profissional. Sobressaem como valores desta escola de saúde a qualidade, o humanismo, a inovação, a distinção, o profissionalismo, a excelência...e como objetivos o aumento da prática baseada na evidência, na gestão de cuidados (gestores de projetos), na melhoria da qualidade desses cuidados, na subida dos indicadores e na divulgação de resultados de forma a sermos reconhecidos como profissionais de excelência. Esta mesa veio reforçar a minha necessidade de melhorar a minha prestação de cuidados e com ela consegui materializar a importância das competências comuns do enfermeiro especialista. Na mesa seguinte de título: “Intervenção em situação crónica e paliativa: bem-estar, conforto e qualidade de vida” falou-se da Declaração Universal dos Direitos Humanos destacando do seu conteúdo a palavra palição. Ao fim de 30 anos de evolução ainda é difícil prestar cuidados paliativos de qualidade na maior parte das instituições apesar da existência da declaração anteriormente referida. Muitos são os referenciados que morrem sem ter acesso a este cuidado especializado. Dentro do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista destacam-se o K.1.3, o L.5.1 e o L.6.1. Todos estes critérios de avaliação falam de espiritualidade e de cuidados holísticos complexos. O importante em cuidados paliativos é perceber o que é que é importante para a pessoa do cuidado. O conforto, a qualidade de vida e o bem-estar estão acima de qualquer outro fator. A aproximação, a comunicação não-verbal, a privacidade, o silêncio a dois são algumas das intervenções do cuidar essenciais para estas pessoas. Neste sentido torna-se importante refletir sobre as nossas intervenções e na equipa multidisciplinar facilitar o encontro

do sentido para a vida, o que não é simples. Esta mesa permitiu-nos enquanto futuros enfermeiros especialistas, desenvolver competências nas áreas do fazer a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e na identificação das necessidades da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares e na promoção de parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família. A mesa seguinte com o tema: “Intervenção à pessoa com Dor: Cuidados especializados” dá destaque à Norma da DGS n.º 043 de 2011 que prescreve a avaliação da dor como um dos passos essenciais no diagnóstico de dor neuropática, devendo ser caracterizada e registada no processo clínico da pessoa. Destaca-se nesta linha de pensamento como estratégia não farmacológica, no cuidado à pessoa com dor crónica, a hipnose. Esta mesa também nos permitiu desenvolver competências nas áreas do fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas (K.1.3).

O segundo dia do Encontro foi iniciado com o tema: “Questões éticas em situações complexas”. É sempre um tema difícil de tratar uma vez que o que caracteriza um problema ético é a existência da dificuldade na problemática, na resolução da situação, no interromper do projeto de vida da pessoa, da sua esperança... O enfermeiro nunca está sozinho, pertence a uma equipa multidisciplinar que dificulta pelos seus interesses, sentimentos, valores e perspetivas a gestão das situações. Chega-se assim à conclusão que situações menos familiares para os prestadores de cuidados são mais difíceis de resolução e que as questões éticas pertencem ao domínio das competências comuns dos enfermeiros especialistas. Neste sentido torna-se importante discutir as nossas tomadas de decisão na equipa com o intuito de perceber se foi feita a melhor escolha tendo em conta os conhecimentos na área da deontologia e da ética profissional. A conspiração do silêncio deve ser evitada visto ser protetora apenas do enfermeiro impedindo-o de crescer a nível deontológico e autocrítico. Esta temática acaba por reforçar a importância do conhecimento das competências comuns do enfermeiro especialista. A mesa seguinte com o tema: “Intervenção em situação complexa: doença crítica e/ou falência multiorgânica” destaca-se a reflexão ética que deve existir nas tomadas de decisão em cuidados intensivos. Saber o que fazemos e porque o fazemos tendo por base as nossas competências comuns e específicas, conhecimento científico, código deontológico e ético. Evidencia-se dentro do tema a técnica ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation) apenas indicada em situações cardíacas e pulmonares reversíveis ou para transplante cardíaco, a pessoa em situação crítica helitransportada e a experiência vivenciada em Israel sobre a pessoa politraumatizada, todas facilitadoras da perceção da importância da necessidade de eficiência,

eficácia e efetividade da enfermagem na prestação destes cuidados. Enquanto futuros enfermeiros especialistas percebermos que esta temática acaba por reforçar a importância do conhecimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tendo-se desenvolvido competências nas áreas da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e na gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos (K.1.1 e K.1.2).

Seguiu-se a mesa com o tema: “Intervenção em situação complexa: Cuidados especializados-Situação de catástrofe” de onde sobressai a importância crescente da busca do conhecimento por parte dos profissionais de saúde na área da catástrofe, uma vez que as situações de exceção são crescentes desafiando os sistemas de saúde. Da necessidade de planeamento, preparação, treino e equipamento adequado para dar respostas adequadas a cada situação com posterior recuperação e minimização dos estragos causados pelo impacto dos acontecimentos. Um bom planeamento é essencial no combate à catástrofe, devendo criar uma linguagem comum, com identificação dos recursos adequados a cada situação, permitindo ajudar a evitar o pânico, desmistificar o risco, favorecendo respostas eficazes. Cada enfermeiro é um agente de proteção civil, na qualidade de cidadão e técnico de saúde. Cabe aos enfermeiros especialistas identificar possíveis situações críticas, organizar, planear, avaliar e retificar os planos de emergência existentes. Deu-se ainda nesta mesa destaque ao INEM. Acabamos aqui por desenvolver competências na área da gestão dos cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe (K.2.3). A terceira mesa do dia tinha como tema: “Intervenções em situação complexa: Cuidados especializados-Controlo de infeção”, foi valorizada a importância do combate à infeção associada aos cuidados de saúde como forma de redução do tempo de internamento e dos custos tangíveis e intangíveis que a mesma acarreta. Falou-se do duplo problema: aumento da utilização dos antibióticos/aumento das IACS (Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde), valorizando-se a higienização como forma de combate. Da importância das comissões de infeção hospitalares na educação para a prevenção. Destacou-se também a Via Verde da Sépsis em urgência descrita em circular normativa da DGS. Esta decisão surge com base no facto de ser presentemente aceite que uma intervenção precoce e apropriada, tanto em termos de antibioterapia como de suporte hemodinâmico, pode melhorar claramente o prognóstico das pessoas com sépsis grave e choque séptico. Outra forma revolucionária no combate da infeção é a utilização dos vírus na batalha às bactérias em prol dos antibióticos (Terapia Fágica). Acabamos assim por desenvolver competências na área da liderança de desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à

pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (K.3.2). A última mesa com o tema: “Pequeno Pormenor” realçou a existência do Registo Nacional de Não Dadores descrito no Decreto-Lei n.º244/94 de 26 de Setembro. A mesa terminou com uma reflexão sobre a importância da especialização e na consciencialização que esse papel impõe responsabilidade na tomada de decisão distinguindo-se nesta área os enfermeiros que querem saber ser, saber-saber e saber-fazer.

Em ambos os dias do encontro decorreram apresentações de pósteres. Nós participamos com um intitulado de “Cuidados de Qualidade à Pessoa na Fase de Descanulação”.

Abaixo é apresentado o certificado de participação e no anexo seguinte o diploma relativo ao póster referido.



## CERTIFICADO

Certifica-se que Carina Lopes José  
esteve presente no Encontro de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica, que decorreu nos dias 3 e 4 de julho de 2014 na  
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de  
Setúbal, num total de 12 horas.

Setúbal, 4 de julho de 2014

A Comissão Organizadora,

A Comissão Científica,

Mariana Pereira  
Prof.ª Mariana Pereira

Alice Ruivo  
Prof. Doutora Alice Ruivo



APÊNDICE VII-PÓSTER “CUIDADOS DE QUALIDADE À PESSOA NA FASE DE  
DESCANULAÇÃO” E RESPETIVO RESUMO



# CUIDADOS DE QUALIDADE À PESSOA NA FASE DE DESCANULAÇÃO



Autores: José, C.\*; ; Ruivo, A.\*\*

## Background

Toda a situação de doença acarreta sofrimento físico e psicológico. O significado do cancro da cabeça e pescoço é para todos uma ameaça visível e incapacitante, quanto à função e ao bem-estar, sendo a cirurgia o tratamento. Segundo HAGG00D (2000), "Muitos doentes com cancro da cabeça e pescoço recusam (...) a cirurgia na tentativa de preservar ou manter a estética e a função..." (p.256). O Serviço de Anestesiologia (2013) refere que "Os doentes que vão ser sujeitos a cirurgias da cabeça e pescoço têm (...) uma via aérea difícil. (...) a obrigatoriedade de anestesiológica e cirúrgica partilharem (...) decisões sobre a melhor conduta para salvaguardar a segurança do doente conduzindo a (...) traqueotomia de prevenção." (p.50) Para o Departamento de Cirurgia de Otorrinolaringologia (...), as laringectomias parciais são técnicas em que a descanulação da pessoa se efetua assim que o edema endolaringeo diminui. As intervenções de enfermagem à pessoa/família na fase da descanulação são fundamentais para responder às suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. O impulso decisivo para um autocuidado eficaz é muitas vezes a pessoa voltar a comunicar verbalmente ouvindo a sua voz após descanulação.

## Objetivo

Divulgar a técnica da descanulação e os ensinhs à pessoa/família, após a mesma.

## Execução da Descanulação



**Legenda:** 1- Lavagem das mãos; 2- Preparação do material: campo, compressas, tesoura, pinças/luvas e sono estabilizado e adesivo; 3- Explicar à pessoa o que vai acontecer; 4- Colocar luvas e cortar o cabelo; 5- Iniciar extração da cínula; 6- Cínula retirada na totalidade; 7- Visualização da extraqueotomia; 8- Visualização da cínula retirada; 9- Orifício da traqueotomia; 10- Limpeza da pele circundante e da extraqueotomia; 11- Colocação de compressa dobrada em quatro; 12- Aplicar adesivo de forma a ficar um penso semicompressivo; 13- Visualização final do penso realizado; 14- Explicar à pessoa a importância de ocultar a extraqueotomia (carregando no penso) com o intuito de evitar e expelir secreções/ saliva pela cavidade oral, de forma a facilitar o encerramento do orifício traqueal.  
(Foto de ensino pensos)

## Ensino à Pessoa/Família Acerca dos Cuidados à Extraqueotomia



**Legenda:** A- Ensino à família da importância da lavagem das mãos antes do penso; B- D retirar do penso sujo; C- Continuação do retirar do penso; D- Visualização do esquadro do penso e extraqueotomia; E- Limpeza da zona (pele alta com sono, no dorso com água corrente morna); F- Visualização da florina no encerramento da traqueotomia (descanulação de 5 dias); G- Ensino de como dobrar a compressa de forma a ocultar bem o orifício; H- Ensino do colcar o adesivo de forma ao penso ficar semicompressivo; I- Resultado final.  
(Foto de ensino pensos)

## Reflexão Real

Segundo o Regulamento n.º 122/2011 da OE, "Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico (...)" Como futura especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pretendo mobilizar conhecimentos de forma a responder em tempo (di) e de forma holística à pessoa/família a vivenciar situações de saúde/doença complexa. Desta forma promove-se o bem estar e conforto da pessoa, previnem-se complicações e vários níveis e aumenta-se grandemente a satisfação.

Futuramente penso sistematizar estes cuidados através da criação de uma norma de procedimento/qualidade.

## Bibliografia

- Departamento de Cirurgia de Otorrinolaringologia (...)
- Haggood, J. (2000). Cancro da cabeça e pescoço. In: OTCO, Garcia E. Enfermagem em Oncologia. 2ª edição (pp. 249-266). Lisboa: Lusofona.
- Serviço de Anestesiologia (2013). Regulamento da Comissão de Especialistas de Informação Especializada em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica n.º 114/2013. Diário da República, 2.ª série, n.º 151, 6898-6927.
- Serviço de Anestesiologia (...)

\*Estudante do 3º Mestrado de ESS/IPS e Enfermeira

\*\*Professora Coordenadora de ESS/IPS

## CUIDADOS DE QUALIDADE À PESSOA NA FASE DE DESCANULAÇÃO

Póster de José, C.<sup>5</sup>; Ruivo, A.<sup>6</sup>

**Palavras-chave:** Pessoa, Família, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Ensino, Fase de Descanulação

### **Introdução:**

Toda a situação de doença acarreta sofrimento físico e psicológico. O significado do cancro da cabeça e pescoço é para todos uma ameaça visível e incapacitante, quanto à função e ao bem-estar, sendo a cirurgia o tratamento. Segundo HAGGOOD (2000), “Muitos doentes com cancro da cabeça e pescoço recusam (...) a cirurgia na tentativa de preservar ou manter a estética e a função...” (p.256) A traqueotomia é muitas vezes realizada. As intervenções de enfermagem à pessoa na fase da descanulação são fundamentais para responder às suas necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais, valorizando a Enfermagem Médico-Cirúrgica.

### **Objetivo:**

- Divulgar as intervenções de enfermagem realizadas à pessoa/família de CCP/URL submetida a descanulação.

### **Metodologia:**

Realizada revisão alargada da bibliografia. As palavras-chave descritas foram colocadas, em português e inglês, na base de dados SCIELO, Repositório Nacional, Ordem dos Enfermeiros, Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca on line e Intranet da Instituição onde foram realizados os estágios. Utilizados como critérios de inclusão/exclusão pessoas adultas cirúrgicas submetidas a descanulação/crianças submetidas a descanulação. Não foram encontrados

---

<sup>5</sup> Estudante do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS e Enf.ª no IPO de Lisboa

<sup>6</sup> Docente da ESS/IPS

artigos sobre este tema, pelo que recorremos a uma reflexão/demonstração da prática utilizada no serviço de CCP/ORL da Instituição onde estão a ser realizados os estágios, tendo por base os documentos existentes.

### **Resultados:**

No Departamento da Cirurgia de Otorrinolaringologia de um Hospital da grande Lisboa (2014), a descanulação da pessoa efetua-se assim que o edema endolaringeo diminuir. A mesma é realizada com técnica asséptica tendo por base os cuidados efetuados a ferida aberta. É importante explicar à pessoa o que vai acontecer, calçar luvas e cortar o nastro, retirar a cânula na totalidade, realizar limpeza da pele circundante e da extraqueotomia com soro, colocar uma ou duas compressas dobradas em quatro, aplicar adesivo semicompressivo.

Um dos ensinamentos realizado (nas vésperas da alta) é o cuidado ao local da extraqueotomia à pessoa/família. Ensinar a importância da lavagem das mãos antes/depois da realização do penso, retirar o penso sujo, observar o exsudado do penso e extraqueotomia (alertando se sinais de infeção), limpar a zona (no domicílio com água corrente morna), ensinar a dobrar a compressa para ocluir bem o orifício e a colocar o adesivo semicompressivo.

### **Conclusão:**

Segundo o Regulamento n.º 122/2011 da OE, “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico (...)” Como futuros especialistas em Médico-Cirúrgica pretendemos mobilizar conhecimentos de forma a responder em tempo útil e de forma holística à pessoa a vivenciar situações de saúde/doença crítica e à sua família para atingir a competência K1. É fundamental satisfazer a população, pelo que se torna imperativo divulgar a experiência no processo de descanulação dando relevância aos ensinamentos à pessoa/família, como área especializada mas pouco estudada. Neste sentido propomos ainda a realizar mais tarde uma norma sobre o objetivo que pretendemos com este póster atingir.



## CERTIFICADO

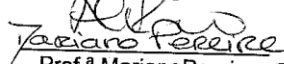
Certifica-se que,

**Carina José e Alice Ruivo**

apresentaram um Poster subordinado ao tema "*Cuidados de Qualidade à Pessoa na Fase de Descanulação*", no âmbito do Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu nos dias 3 e 4 de julho de 2014 na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Setúbal, 4 de julho de 2014

A Comissão Organizadora,

  
Prof.ª Mariana Pereira



APÊNDICE VIII-RELATO REFLEXIVO ESTÁGIO REALIZADO NA CONSULTA  
MULTIDISCIPLINAR DE ESTUDO E TRATAMENTO DE FERIDAS

O turno da manhã do dia 20 de Outubro de 2014 foi passado com a coordenadora da consulta multidisciplinar de estudo e tratamento de feridas. Este dia de estágio teve o objetivo de aprofundarmos conhecimentos na área dos cuidados a pessoas portadoras de feridas cirúrgicas e não cirúrgicas, com a finalidade de nos poder ajudar no atingir das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa, facilitando-nos também na realização do procedimento de cuidados à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica. No final deste dia sedimentamos conhecimentos já adquiridos em contexto de trabalho e aprendemos novas formas de cuidar deste tipo de pessoas com feridas de difícil cicatrização, percebendo a importância da existência desta consulta.

A Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas existe na instituição, onde foram realizados os três estágios, desde 10/3/2014 e o seu objetivo é "... proporcionar cuidados ativos e coordenados a doentes com feridas, recorrendo a metodologias de intervenção integradas, através da aplicação de conhecimentos especializados e prestação de cuidados de excelência, numa associada e beneficiada relação custo-qualidade." (p.1 do Regulamento Interno da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas do Hospital da grande Lisboa). É constituída por sete elementos: 2 médicas, 3 enfermeiras, 1 dietista e 1 farmacêutica, sendo a coordenadora da mesma (uma das enfermeiras) a única que funciona permanentemente nesta atividade (as outras acumulam funções noutros serviços).

A consulta funciona muito por assessoria a cuidados a pessoas portadoras de feridas de difícil cicatrização em toda a instituição e é a coordenadora que diariamente vai às várias consultas e serviços de internamento do hospital visitar os clientes sinalizados pelos enfermeiros de cuidados diretos com o intuito de prescrever o melhor tratamento e o mais individualizado possível para cada portador de ferida. Isto porque, infelizmente, esta consulta não tem ainda instalações próprias para prestar cuidados a este tipo de pessoas. A consulta apenas tem no momento um gabinete partilhado onde a coordenadora guarda material específico não existente na instituição e uma secretária com um computador com uma base de dados própria. O facto de por vezes ser usado material que não existe no stock da instituição mas que esta consulta tem como amostras fornecidas por delegados, permite-lhe testar novos materiais e perceber se são suficientemente importantes a adquirir pela instituição ou não (participando assim na comissão de escolha do material de pensos). As reuniões entre todos os elementos desta consulta são realizadas sempre que necessário (discussão de algum caso) num local predefinido por todos não sendo necessariamente o gabinete referido, o mais escolhido, por ser pequeno.

No início da manhã a coordenadora desta consulta retira a lista de pessoas, a que no próprio dia tem de dar apoio, através de um sistema informático com base de dados própria,

criado por esta consulta com o apoio da informática da instituição. Segue-se o contato com os enfermeiros que estão a aguardar esses clientes (no caso das consultas) ou que os têm a seu cuidado (no caso dos internamentos) e combina-se com todos a hora a que se irá tentar passar pelos vários postos de trabalho no sentido de ver estas pessoas e a evolução do tratamento prescrito, pois nem todos os enfermeiros sabem a que data é que esta coordenadora passa.

Nesse dia estavam identificados 9 clientes, o que no início achamos ser pouco mas percebemos no fim da manhã que eram muitos, uma vez que o percorrer vários serviços distantes uns dos outros e muitas vezes voltar aos serviços anteriormente já visitados no dia, por impossibilidade dos enfermeiros na prestação dos cuidados no momento da nossa primeira presença ser nula para trocar o ponto de situação da evolução do cliente/ observar a evolução da ferida. Tal como a enfermeira desta consulta refere, ainda há muito a fazer mas o tempo é escasso e as solicitações são muitas.

Para nós foi interessante perceber as realidades de outros serviços e entender que, tal como no nosso, também os colegas desses outros serviços têm as mesmas dúvidas e dificuldades. A visita aos 9 clientes terminou pelas 15 horas e no restante tempo, de fim de turno, a coordenadora voltou ao gabinete para introduzir os dados evolutivos das pessoas sinalizadas como forma de estatística. A Consulta é efetivada como concebida pelos administrativos dos serviços onde a coordenadora se desloca. Como objetivos pretende-se o aumento da prática baseada na evidência, na gestão de cuidados, na melhoria da qualidade desses cuidados, na subida dos indicadores e na divulgação de resultados de forma a ser uma consulta reconhecida de excelência.

Segundo a coordenadora há sempre trabalho acumulado pois, por vezes, as reuniões com os delegados e entre os vários elementos da equipa e as formações específicas que têm que prepara e realizar acabam por exceder o tempo estimado do dia de trabalho.

Ao longo do dia percebemos que a coordenadora é uma pessoa experiente na área dos cuidados às pessoas portadoras de feridas e da sua importância para estas e para os restantes enfermeiros da instituição, que a reconhecem pelo seu trabalho. Percebemos também a importância e necessidade que devemos ter em preencher a folha de registo de feridas como suporte fundamental para os cuidados de qualidade às pessoas portadoras de feridas, sejam elas simples, complexas, traumáticas, malignas ou cirúrgicas. Incorporamos esta folha, pela sua importância, na formação sobre registos de enfermagem do nosso PIS.

Sobressaem aqui valores como a qualidade, o humanismo, a distinção, o profissionalismo, a excelência...tendo com este pequeno estágio desenvolvido competências nas áreas comuns do enfermeiro especialista (A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1 e D2) e nas áreas



específicas do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e crônica (K.1 e K.3 e L5) ao termos ajudado a coordenadora a prestar cuidados diferenciados e de qualidade na prevenção e tratamento de pessoas com feridas, articulando os cuidados prestados à pessoa portadora de feridas com os demais serviços da instituição e tendo em conta os recursos da comunidade, consultado e orientado o plano de cuidados destes clientes, aumentando a eficácia dos recursos humanos e materiais na prevenção e tratamento de feridas, melhorando dessa forma as competências de intervenção na áreas das feridas.

APÊNDICE IX-RELATO REFLEXIVO ESTÁGIO REALIZADO NA COMISSÃO DE  
CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR

Entre os dias 21 e 28 de Outubro de 2014 passamos 8 horas com a enfermeira chefe da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH). Este estágio teve o objetivo de aprofundarmos conhecimentos na área da infeção hospitalar, com a finalidade de nos ajudar a atingir as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. No final do estágio sedimentamos conhecimentos já adquiridos em contexto de trabalho, percebendo a importância da existência desta Comissão para as pessoas e profissionais da instituição.

Esta Comissão existe desde 6 de Dezembro de 1982 e tem como missão "...prevenir e diminuir o número e gravidade das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), minimizando os seus custos humanos, sociais, ambientais e económicos." (p.4 do Manual da Qualidade da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar da Instituição). As suas principais áreas de intervenção são a vigilância epidemiológica, a elaboração e monitorização do cumprimento das normas e recomendações de boas práticas na área das IACS, a formação aos profissionais de saúde e a informação a todos os que contactam com o Hospital, a consultadoria e apoio aos serviços. É composta por uma assistente hospitalar graduada de patologia clínica (coordenadora da comissão), 3 médicos e 2 enfermeiras (uma delas chefe).

Infelizmente a enfermeira chefe que faz parte da Comissão tem outros serviços a seu cargo o que a impede de ter mais disponibilidade na produção e vigilância efetivas de situações de prevenção de infeções nos serviços e de ter disponibilidade para nós num só dia de estágio. O tempo que passamos com esta foi em gabinete, onde assistimos de forma informal a preocupações entre a equipa sobre assuntos relacionados com o controle de infeção e a sua vontade de realizar formações, na altura, sobre higiene ambiental a assistentes operacionais da instituição. O facto desta enfermeira chefe não pertencer a um só posto de trabalho levou a que este estágio fosse pobre em termos da nossa visualização do funcionamento desta equipa, pois como ela diz "infelizmente hoje em dia é mais o apagar fogos...pois não passo um único dia inteiro na comissão". Esta refere ainda que o facto de não terem secretariado próprio leva a que a introdução de dados estatísticos ou a resposta a pareceres também tenha que ser realizado por ela e pelas colegas o que diminui o tempo que poderia compensar noutras tarefas, exemplo é o da vigilância aos serviços.

Esta CCIH tem um sistema de suporte informático próprio de alerta de casos de IACS que promove o controlo das mesmas nos serviços onde esta enfermeira chefe e/ou a médica se deslocam ao serviço identificado no sentido de alertar o clínico e os enfermeiros para as possíveis proteções necessárias (exemplo é o isolamento de clientes). Esse sistema está criado também no sentido de permitir monitorizar as situações de infeção que passam pela colheita de

produtos para bacteriologia até análises específicas, identificação das pessoas infetadas, caracterização dos serviços de acordo com microrganismos mais prevalentes, etc. Desta forma ficamos a perceber a caracterização do serviço onde decorreram os três estágios.

São membros consultivos da CCIH, os responsáveis pelo Serviço de Logística e Distribuição, Gestão de Instalações e Equipamentos, Serviço de Saúde Ocupacional, Unidade de Esterilização Central, Serviços Farmacêuticos, Gestão Hoteleira.

A CCIH tem ainda vários Elos de Ligação (médicos e enfermeiros) dispersos pelos serviços clínicos da instituição viáveis no controle da infeção e que de alguma forma colmatam a incerta assistência da comissão, visto os seus elementos, como já referido, se encontrarem com outros serviços a cargo. Segundo a enfermeira que acompanhamos neste estágio, muitos elos infelizmente não têm horário fixo (a comissão só funciona no turno da manhã) o que dificulta a vigilância dos serviços. Neste momento também não lhes são dadas horas para essa função e logo esta tarefa só funciona com a boa vontade dos mesmos e quando funciona. Por outro lado os médicos prescritores dos antibióticos nem sempre têm em conta a diferença entre antibioterapia profilática ou de permanência pós-operatória o que acaba por aumentar as resistências aos antibióticos na população alvo. O medicarem a pessoa com antibiótico de forma empírica (sem análise bacteriológica prévia) também influi negativamente no aumento destas resistências.

Percebemos igualmente que é muito difícil identificar as causas das infeções uma vez que as razões são sempre multifatoriais. Daí ser difícil a intervenção a aplicar para cada situação e logo combater as IACS.

Por outro lado, segundo o Programa Nacional da Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde da DGS (2008, p.11) "...são responsabilidades globais dos Órgãos Superiores de Gestão das unidades de saúde: Aplicar as Circulares Normativas da Direcção-Geral da Saúde relativas à organização, funcionamento e dotação de recursos humanos afetos à CCI...", o que não acontece na instituição de estágio pelo já referido anteriormente. Esta situação faz-nos pensar que primeiro, a comissão deveria intervir nestes órgãos de gestão com o intuito de melhorar a sua funcionalidade ao exigir a formação de uma equipa que não tenha a seu cargo mais nenhum serviço. O Programa Nacional da Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde da DGS (2008, p.12) descreve ainda que cabe aos Órgãos Superiores de Gestão das unidades de saúde "...Garantir a formação inicial e contínua dos profissionais das CCI...", o que segundo a enfermeira com quem estagiamos isso infelizmente não se verifica, sendo ela que paga as suas próprias formações, se as quiser ter, e fora do horário de trabalho.

...Os Profissionais de Saúde e outros Profissionais a prestarem funções nas unidades de saúde são responsáveis por: Cumprir as normas e orientações emanadas pela CCI, na sua prática clínica, de forma a prevenir e/ou reduzir as IACS; Demonstrar interesse e participar na formação e informação nesta área. Da sua intervenção depende a real prevenção das IACS e a segurança clínica; Envolver-se na discussão das recomendações de boa prática, emanadas pela CCI e cumprir as mesmas; Conhecer e avaliar os riscos para os doentes e para si próprios de transmissão cruzada da infeção; Conhecer as medidas básicas de prevenção e controlo das IACS, a aplicar em todas as situações; Colaborar em todas as atividades propostas pela CCI. (Programa Nacional da Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde da DGS, 2008, p.16)

Tendo em conta o referido, este estágio permitiu-nos desenvolver competências nas áreas da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, através da realização da formação sobre higienização das mãos que pretendemos aplicar no serviço, onde decorrem os estágios do mestrado, com vista a melhorar as nossas funções e a dos colegas, nas áreas descritas anteriormente. Sedimentamos conhecimentos essenciais para atingir a competência específica do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (K.3) através do conhecimento adquirido no Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas da Comissão de Controlo de Infeção da instituição dos estágios, ao diagnosticar a necessidade do serviço em matérias como a higienização das mãos como forma de prevenção das IACS, estabelecendo a formação em serviço como estratégia de prevenção e controlo de infeção, na área das feridas cirúrgicas, tendo em conta a evidencia existente nesta área. A monitorização, registo e avaliação das medidas introduzidas serão também avaliadas em auditoria numa fase posterior após o término dos estágios.

APÊNDICE X-RELATO REFLEXIVO DA IDA AO BLOCO OPERATÓRIO &  
ESTUDOS DE CASO DE UMA PESSOA DE ORL SUJEITA A LARINGECTOMIA  
TOTAL E DE UMA PESSOA DE CCP SUJEITA A PELVIGLOSSECTOMIA COM  
ESVAZIAMENTO CERVICAL BILATERAL E TRAQUEOTOMIA

## INTRODUÇÃO

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista (...) decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns (...) Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. (Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8648)

A responsabilidade profissional, ética e legal (baseada num exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades e conhecimentos na tomada de decisão ética e deontológica, com avaliação sistemática das melhores práticas tendo em conta as preferências do cliente); a melhoria contínua da qualidade (realizando um papel dinamizador no aperfeiçoamento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da administração clínica); a gestão dos cuidados (gerindo-os através da otimização da resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores não esquecendo a articulação com a equipa multidisciplinar) e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (onde se desenvolve o autoconhecimento e a assertividade facilitadores do reconhecimento de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar) são os quatro os domínios de competências comuns. (Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros)

Os objetivos definidos por nós ao ir assistir a uma cirurgia de CCP (Cirurgia Cabeça e Pescoço) e a outra de ORL (Otorrinolaringologia) vêm no âmbito da necessidade do desenvolver as competências do enfermeiro especialista tendo em conta o nosso Projeto de Intervenção em Serviço. Pretendemos mobilizar os recursos locais em favor da nossa aprendizagem para cuidar da pessoa/família em cuidados de saúde diferenciados, assim como discutir as opções assistenciais do serviço em matéria de meios e recursos, e a sua adequação enquanto resposta às necessidades das pessoas, tendo por base um enquadramento concetual fundamentado, os princípios éticos da profissão e o código deontológico do enfermeiro, pois para evoluir como profissionais temos que conseguir compreender as necessidades das pessoas e dos cuidados de enfermagem na área da especialidade médico-cirúrgica, sensíveis a essas carências.

Tendo em conta o referido há que perceber que só é possível a demonstração dos objetivos através de estudo de caso que realizamos ao longo desta dita reflexão.

O estudo de caso é um dos mais antigos métodos utilizados no ensino de enfermagem. Segundo Figueiredo, Damascena, Oliveira & Batista (2000, p.2), “O estudo de caso clínico fundamenta as ações de enfermagem; proporciona uma assistência individual personalizada, na qual o paciente é visto como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas; proporciona um elo entre as diversas áreas que atuam de forma intervencionista nos problemas do paciente.”

Enquanto estratégia de investigação empírica, os estudos de caso permitem estudar fenômenos em profundidade no seu contexto real. Os “Casos”, podem ser indivíduos, grupos, organizações ou comunidades, e são passíveis de estudo tanto atributos como atos, comportamentos, ações ou interações. É a compreensão dos fenômenos, enquanto singulares que lhe confere a particularidade, sobretudo quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são bem definidas, permitindo a incorporação de múltiplas fontes de evidência e de dados quantitativos e qualitativos. (Grilo & Mendes, 2012)

Neste sentido pretendemos ao longo do trabalho ainda desenvolver planos de cuidados lógicos, pormenorizados, a fim de orientar as ações em relação aos objetivos, fomentando o pensamento analítico e sistemático a fim de descrever os conhecimentos adquiridos, a percepção das preocupações e interesses dos outros, proporcionando-lhes bem-estar através da tentativa de eliminar os problemas encontrados. Pretendemos também aprofundar o conhecimento e avaliação de todo o processo de internamento e da atuação do enfermeiro. Foi ainda realizada uma colheita de dados e uma consulta de processos e registos, estando os resultados expostos no plano de cuidados realizado tendo por base a taxonomia da Classificação Internacional de Prática de Enfermagem (CIPE).

O trabalho em questão encontra-se estruturado em cinco partes. A primeira parte refere-se a esta mesma introdução, como base de enquadramento desta reflexão. Na segunda junta-se-lhe uma descrição anatomofisiológica das áreas afetadas tendo em conta as patologias das duas pessoas e a exposição dos casos dessas mesmas pessoas (uma de orl e outra de ccp) onde se visualiza a colheita de dados de ambas e a medicação administrada durante o internamento. A terceira parte integra os diagnósticos de Enfermagem e os planos de cuidados que lhe estão inerentes, segundo a taxonomia CIPE versão 2.0, realizando-se ainda como introdução à planificação dos cuidados uma pequena análise ao modelo teórico de Meleis sobre a teoria das transições utilizado neste trabalho. Na quarta parte encontra-se exposta a nossa reflexão final tendo em conta a ida ao bloco e os objetivos atingidos e a aquisição das competências do enfermeiro especialista. Por último, seguem-se as referências bibliográficas utilizadas.



## **ESTUDO DE CASO**

A oncologia estuda o cancro.

O cancro é a segunda causa de morte nos países desenvolvidos, tornando-se deste modo num problema de saúde pública e conseqüentemente num desafio para todos os profissionais de saúde. No caso específico do cancro da laringe, que implica muitas vezes uma cirurgia mutilante – laringectomia total, os indivíduos deparam-se com alterações significativas no seu corpo que condicionam vários aspetos das suas vidas, nomeadamente em termos psicológicos, sociais e familiares. (Oliveira, 2009, p.5)

Santiago (2006, p.227) diz que “A patologia da cabeça e pescoço, nomeadamente a tumoral, tem particularidades que lhe conferem características próprias. (...) por se situarem numa região descoberta, são rapidamente acessíveis à observação. Por outro lado, quando nas vias aerodigestivas, podem ser diagnosticadas tardiamente.” Afirma ainda que “Os tumores malignos da cabeça e do pescoço representam apenas 7% de todos os tumores, mas têm uma importância relativa muito grande, quer pelas repercussões estéticas que acarretam, quer pelos transtornos funcionais quase sempre associados a esses tumores, e por isso a necessidade de diagnóstico precoce.” (Santiago, 2006, p.231)

O câncer de laringe é um dos mais comuns a atingir a região da cabeça e pescoço, representando cerca de 25% dos tumores malignos que acometem esta área e 2% de todas as doenças malignas. A sua incidência é maior nos homens do que nas mulheres e atinge predominantemente a faixa etária acima de 50 anos de idade. Anatomicamente, a laringe está situada na região infra hióidea, abaixo da faringe e acima da traqueia. Fisiologicamente desempenha a função respiratória, esfinteriana (protegendo as vias aéreas inferiores contra a penetração de corpos estranhos e alimentos) e fonatória (pela vibração das cordas vocais). As pessoas com câncer de laringe, em estágio avançado submetem-se ao procedimento cirúrgico denominado "laringectomia total", que é a remoção da laringe, da cartilagem tireoide, pregas vocais, epiglote e anexos. A parte superior da faringe é suturada à base da língua e a traqueia é suturada à pele da base do pescoço, dando origem a um traqueostoma, para preservar a função respiratória. (Silva, L.; Pinto, M. & Zago, M., 2002, p.214)

Assim a laringe é um órgão do aparelho respiratório que se estende da língua à traqueia e tem 3 funções, nomeadamente a de proteção das vias aéreas superiores, atuando como esfíncter evitando a entrada de alimentos ou de corpos estranhos, a de respiração pela abdução das cordas vocais e a fonação pelas mudanças de comprimento e tensão das cordas vocais. É rodeada por cartilagens como a cartilagem epiglote localizada na porção superior da laringe, atrás da língua e do osso hioide, a cartilagem tiroideia (a famosa maçã de adão), a cartilagem cricoide localizada por baixo da cartilagem tiroideia, as cartilagens aritnoideias onde o processo vocal dá inserção à extremidade posterior da verdadeira corda vocal. Os músculos

extrínsecos movimentam a laringe como uma unidade, fazendo-a ascender, descender ou ocupar uma postura mais anterior. Os músculos tireo-hióideo, músculo estilo-hióideo, milo-hoide e músculo digástrico fazem elevar a faringe. Os músculos omo-hióideo, esterno-hióideo e esterno-tireóideo, baixam a faringe. Os músculos intrínsecos são adutores das cordas vocais. A laringe está dividida em nasofaringe e orofaringe.

A faringe é a porção anatômica que une o nariz, boca, laringe e esófago. A comunicação da faringe com a laringe está protegida pela epiglote que funciona como uma válvula durante a inspiração onde o ar passa das fossas nasais para a laringe, fazendo com que a epiglote se mova de modo a obstruir a entrada de ar no esófago encaminhando-o para a traqueia. A deglutição ocorre na faringe onde com a ajuda da epiglote os alimentos são encaminhados para o esófago.

O Carcinoma Pavimento Celular (CPC) representa a maioria dos tumores malignos da laringe sendo o sexo masculino o mais afetado. São fatores de risco os hábitos alcoólicos, tabágicos, a exposição contínua a agentes tóxicos e poluição, a predisposição genética, a laringite crônica e a depressão do sistema imunitário. Sendo os sinais e sintomas mais comuns a dispneia, a disfagia, a disfonia, a tosse persistente, as adenopatias cervicais, a perda de peso, a otalgia, a sensação de corpo estranho na garganta e a odinofagia. (Olias [et al], 2004)

Conforme Olias [et al] (2004, p. 123), a laringectomia total resume-se à “remoção de toda a laringe, da base da língua à traqueia, (...) incluindo o espaço pré-epiglótico. Pode ser alargada a parte da base da língua, faringe, traqueia, glândula tiroideia e tecidos moles pré-laríngeos incluindo pele”. Após a extração da laringe é necessária a confecção de uma neofaringe com o encerramento da mucosa faríngea, possibilitando assim a alimentação após a cirurgia. As complicações da cirurgia para este mesmo autor são a hemorragia, o hematoma, a infecção (pela presença de estoma, o ar passa a ser menos filtrado e menos humidificado e há aumento da produção de muco podendo ocorrer infecção respiratória), a deiscência de sutura, a fístula faringo-cutânea, o enfisema subcutâneo e a obstipação.

São vários os nervos que existem na zona operada e que com a cirurgia à laringe também ficam afetados em termos funcionais. Um deles é o nervo vago cuja função é mista (motora e sensitiva) mas que ao ser excisado provoca perda do paladar. Outro é o hipoglosso que ajuda nos movimentos da língua para articulação de sons e deglutição em que após cirurgia verifica-se um desvio da mesma para o lado da lesão. O nervo frénico é outro que ao ser afetado limita a capacidade respiratória uma vez que desce ao longo de cada lado do pescoço e entra no tórax até ao mediastino alcançando o diafragma que inervam.

Em conclusão as consequências das áreas excisadas após uma laringectomia total são a perda do paladar e a capacidade de falar, a pessoa apenas comunica por mimica labial e gestual, a perda do olfato, já anteriormente referido, alguma dificuldade na deglutição por alterações da faringe.

Santiago (2006, p.230) afirma mesmo que "...o cancro oral é 6 vezes mais frequente nos fumadores, 6 vezes mais frequente nos alcoólicos e 12 vezes mais frequente nos que fumam e têm hábitos alcoólicos.

Santos (2006, p.261) diz que "Anatomicamente, a cavidade oral é constituída pela mucosa jugal, o rebordo gengival inferior e superior, o trígono retromolar, os dois terços anteriores da língua para diante do V lingual-língua móvel, o pavimento da boca e o palato duro."

Sands (2003, p.1432) diz que "A língua tem uma abundante rede vascular e de drenagem linfática e a disseminação do carcinoma às estruturas vizinhas pode ser rápida. As metástases para o pescoço ocorrem em 60% dos doentes na altura em que o diagnóstico é feito. A taxa de mortalidade é elevada."

Para Santos (2006, p.269) "O cancro oral representa cerca de 5% de todos os tumores malignos. Destes 5%, cerca de 91% são carcinomas do tipo pavimentoso estratificado, 5% são adenocarcinomas com origem nas glândulas salivares minor dispersas em todo o córion da cavidade oral e 4% são sarcomas." Para o mesmo autor a origem do cancro oral não é conhecida. No entanto, alguns fatores são tão frequentemente deparados nos doentes portadores de carcinoma pavimento celular da cavidade oral que torna-se relevante considerá-los como fatores facilitadores do seu aparecimento. São eles o tabagismo, os traumatismos crónicos da mucosa oral pelas próteses dentárias, o álcool, as infeções da cavidade oral, as carências nutricionais e os fatores genéticos.

Sands (2003, p.1432) afirma que "O carcinoma pode desenvolver-se nos lábios, palato, pavimento da boca ou outra zona da cavidade oral. O desenvolvimento do carcinoma oral está claramente ligado a uma história de consumo de tabaco e álcool e o risco aumenta fortemente quando o uso é intenso."

Refere Santos (2006, p.273-274) que o carcinoma do pavimento bucal representa "...cerca de 20% dos casos de carcinoma da cavidade oral. A localização mais frequente é no pavimento anterior. Pela sua proximidade com a mandíbula, estes tumores invadem precocemente o osso, e por serem medianos metastizam bilateralmente para os gânglios submentonianos e submaxilares. (...) A cirurgia envolve a excisão da lesão em bloco com uma ressecção total ou marginal do arco anterior da mandíbula, glossectomia e esvaziamento ganglionar bilateral." Nestas cirurgias é frequente o edema acentuado da região cervicofacial.

Para proteção das vias aéreas da pessoa a realização de uma traqueotomia provisória é quase sempre certa.

O tratamento do carcinoma da boca depende da localização e do estágio do tumor. Os carcinomas em estágio precoce são geralmente tratados ou com radioterapia ou com cirurgia, dependendo do tamanho e da acessibilidade do tumor. Os carcinomas mais invasivos podem necessitar de ambas as modalidades e os carcinomas avançados da boca são tratados paliativamente. (...) O objetivo do tratamento do carcinoma da boca é a cura e é crucial o tratamento de primeira linha. Nalgumas situações é possível a excisão localizada mas muitos dos procedimentos são radicais e envolvem extensas ressecções. Os exemplos incluem a mandibulectomia parcial, a remoção parcial (hemiglossectomia) ou total (glossectomia) da língua e as ressecções do pavimento da boca ou da mucosa bucal. Dado que os carcinomas da boca geralmente metastizam precocemente para os gânglios linfáticos cervicais, o procedimento cirúrgico geralmente também inclui a dissecação funcional ou radical do pescoço, pela remoção dos gânglios linfáticos cervicais regionais ou profundos e seus vasos. (Sands, 2003, p.1433-1434)

Ainda para Olias [et al] (2004) os esvaziamentos cervicais são intrínsecos a qualquer cirurgia, ou seja, sempre que seja metástase a nível ganglionar esta deve ser sempre retirada de modo a evitar a reincidência do tumor. Podem o mesmo autor existem três grandes grupos de esvaziamentos, o radical, o radical modificado e o seletivo/alargado.

No radical há exérese de todos os gânglios do pescoço, incluindo o músculo esternocleidomastóideo, a veia interna jugular e o nervo espinhal acessório. No radical modificado tipo I (preserva-se o nervo espinhal acessório); no radical modificado tipo II (preserva-se o nervo espinhal e o músculo esternocleidomastóideo); e no radical modificado tipo III (preservam-se as 3 estruturas). No seletivo/alargado dá-se a excisão adicional de gânglios ou de estruturas não linfáticas como a artéria carótida e a pele. Tal como a laringectomia total, os esvaziamentos ganglionares também podem apresentar complicações ao nível do pós-operatório. São eles a hemorragia, o hematoma cervical, a dispneia, a deiscência de sutura, a infecção, o edema, a fístula do canal torácico, entre outros.

As metástases ganglionares dos tumores da cavidade oral dão-se preferencialmente para os gânglios superiores e médios da cadeia jugular, cadeia submaxilar e submentoniana. (...) As metástases ganglionares manifestam-se inicialmente como adenopatias inflamatórias. (...) A pele pode manifestar sinais de invasão com perda da sua mobilidade sobre o tumor e sinais inflamatórios, chegando-se muitas vezes à fase de ulceração e fistulização da adenopatia com extrusão de material tumoral necrosado. (Santos, 2006, p.272)

Em conclusão as consequências das áreas excisadas após uma excisão de um carcinoma oral são muitas vezes a capacidade de falar, a pessoa apenas comunica por mimica

labial e gestual (pela presença de traqueostomia provisória) e a dificuldade na deglutição pelas alterações anatómicas na boca.

Os doentes que estiveram com uma traqueostomia durante um determinado tempo, necessitam de um desmame progressivo, antes de a cânula de traqueostomia ser retirada com segurança (descanulação). (...) A seguir, a abertura da cânula de traqueostomia é encerrada durante 24 horas para se assegurar que o doente pode respirar através do nariz e da boca sem dificuldades. (Phipps, Sands & Marek, 2003, p.1034-1038)

Nos cuidados pré-operatórios,

A boca é cuidadosamente limpa antes da cirurgia, para reduzir o número de bactérias presentes. (...) A enfermeira proporciona ao doente minuciosos esclarecimentos de todas as atividades e tratamentos planeados, com especial os procedimentos para as adaptações à alimentação e à comunicação que podem ser necessárias no período pós-operatório imediato. A ajuda psicológica no período pré-operatório é uma intervenção fundamental; as alterações da face do doente podem ser extensas. A restante preparação do pré-operatório é semelhante à que é necessária para qualquer cirurgia. (Sands, 2003, p.1435)

### **PLANO DE CUIDADOS**

Um plano de cuidados comporta um ou mais diagnósticos de enfermagem, devendo ser possível para cada diagnóstico a criação de objetivos, a planificação de intervenções e execução de uma avaliação das mesmas. O plano deve ser documentado através de dados fiáveis, devendo refletir os modelos tipo atuais da prática de enfermagem. Sendo esta prática que nos dá a conhecer como uma profissão ímpar.

O Diagnóstico de Enfermagem corresponde às carências de saúde da população em causa consideradas prioritárias a tratar. Esta etapa permite identificar o problema sobre o qual se pretende atuar e mudar (fenómenos de enfermagem). Como instrumento de identificação dos diagnósticos utilizou-se a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) versão 2, que permite uma linguagem científica única, descreve a prática de enfermagem, estimula a investigação, pela descrição dos cuidados prestados ao indivíduo/família, tornando-se o suporte composto pelos fenómenos, intervenções e resultados de enfermagem.

O primeiro passo da planificação consiste em ditar os objetivos. Estes são "...a projeção de uma intenção que se exprime pela descrição do comportamento que se espera da pessoa ou de um resultado que se deseja obter depois de ter posto em prática um conjunto de meios." (Phaneuf, 2001, p.258).

E assim, o objetivo só é concluído quando atingido pela pessoa cuidada, visto ter sido formulado para essa pessoa com vista a ser ultrapassado o problema identificado por ela e pelo enfermeiro.

Ainda para Phaneuf (2001, p.272) “As intervenções representam qualquer ação que a enfermeira executa, qualquer atitude ou comportamento que ela adota ou que procura desenvolver na pessoa, no quadro das suas funções profissionais, visando com elas a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada.” Essas intervenções baseiam-se na informação colhida junto da pessoa em questão, através da colheita de dados, do diagnóstico do enfermeiro e nos conhecimentos teóricos, técnicos, de anatomia, fisiologia, patologia, psicologia, sociologia, etc., deste último.

Para Torres & Reis (2002, p.57) “Os registos de enfermagem são essenciais para planear, executar e avaliar os cuidados prestados, mas para que atinjam a eficácia desejada devem constituir um conjunto de dados sistematicamente organizados e completos, que de forma rápida conduzam à tomada de decisões conscientes.” É nesta linha de pensamento que se pode dizer que o plano de cuidados, ao fazer parte do processo de enfermagem, favorece a continuidade dos cuidados. Daí a necessidade deste ser bem executado pois, só dessa forma contribui para ajudar o enfermeiro a cuidar da pessoa.

Em enfermagem é essencial a necessidade de aplicação de um modelo concetual para dirigir cuidados. O escolhido para este trabalho é o Modelo da Teoria das Transições de Meleis. Esta acreditava que o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem deve ser orientado para as intervenções terapêuticas de enfermagem e não para a compreensão dos fenómenos relacionados com a resposta a situações de saúde e doença. (Meleis,2010) Diz ainda que a transição só é possível após a pessoa alvo dos cuidados perceber que está num processo de transição e a perceção e conhecimento que tem dessa transição influi na mudança (consciencialização). O empenhamento está relacionado com a vontade demonstrada pela pessoa em querer envolver-se no seu processo de transição e só se concretiza se existir a consciencialização dessa transição. A mudança e a diferença é outra propriedade da transição. Todas as transições envolvem mudança e o individuo na transição acaba por alterar o seu papel na sua adaptação á nova condição e a sua perceção de estar diferente é importante para ocorrer mudança. O espaço temporal da transição é outra propriedade. As transições podem ser caracterizadas ao longo do tempo e essa duração temporal inicia-se na fase dos primeiros sinais de antecipação, período de instabilidade, angustia, confusão até à perceção com posterior demonstração da mudança terminando num novo período de estabilidade. Os acontecimentos e pontos críticos são definidos como marcadores tais como o nascimento ou a morte. Podem ou

não ser identificáveis na transição e normalmente estão associados ao aumento de consciência das mudanças, diferenças ou empenho mais ativo ao lidar com a transição. (Meleis,2010)

As condições facilitadoras e condições inibidoras da transição não são mais do que circunstâncias que influenciam a maneira como a pessoa se mobiliza e que facilita ou dificulta o seu progresso em direção ao alcance de uma situação de estabilidade saudável. Estas condições podem ser a nível pessoal, da comunidade ou da sociedade. Condições pessoais incluem os significados dados à transição, as crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico, a preparação e o conhecimento. (Meleis,2010)

Indicadores de transições saudáveis estão definidos por Meleis como padrões de resposta da teoria de médio alcance. Os padrões de resposta estão definidos em dois grupos designados de indicadores de processo e indicadores de resultados e ambos caracterizam as respostas saudáveis. Eles movem os clientes na direção do saudável ou na direção da vulnerabilidade e risco de forma a permitir a avaliação dos enfermeiros e das intervenções que conduzam a resultados saudáveis. Os indicadores de processo incluem o sentir-se ligado (envolvido), o interagir, o estar situado (em termos de tempo, espaço e relações) e o desenvolver confiança e  *coping*<sup>7</sup>. Os indicadores de resultados sugeridos por Meleis incluem o domínio de novas competências (demonstrado pelas pessoas através de habilidades e comportamentos necessários para gerir a nova situação/ambiente) e a reformulação de identidades (que pode também representar uma conclusão saudável de uma transição, a integração suave da mudança).

Meleis indica como exemplos de transição que podem constituir momentos críticos para os indivíduos mas oportunidades de aprendizagem para estes e para os profissionais de saúde os diagnósticos, as cirurgias, entre outros. As intervenções terapêuticas de enfermagem são definidas por esta teórica como as três medidas ou fases de atuação amplamente aplicáveis durante as transições que valorizam o papel da enfermagem e a definem. (Meleis,2010)

A avaliação de prontidão é considerada a primeira medida como intervenção de enfermagem, devendo ser um esforço multidisciplinar requerendo a perceção abrangente do cliente, o que implica a avaliação de todas as transições a que este está sujeito, de forma a criar um perfil de prontidão do próprio cliente, definindo-se ainda os vários padrões de experiências de transição.

---

<sup>7</sup>Coping é um conceito que não tem tradução na língua Portuguesa e é utilizado para descrever os esforços estratégicos de natureza cognitiva e comportamental para lidar com situações danosas, de ameaça ou de desafio. O indivíduo analisa o agente stressor e desenvolve atitudes conscientes e intencionais.

A preparação para a transição é a segunda fase da intervenção de enfermagem. Esta inclui essencialmente a educação como forma de fornecimento de condições ideais de preparação para a transição. Em terceiro lugar está a suplementação de papel do cliente até este atingir a transição saudável. Para esta autora as transições são acompanhadas por uma vasta sucessão de emoções, muitas devidas a dificuldades encontradas durante a mudança. O bem-estar físico é também importante, uma vez que o incómodo físico pode interferir negativamente numa passagem bem-sucedida. Estas mudanças são muitas vezes desastrosas exigindo aos profissionais de enfermagem criatividade e reflexão constante face à realidade presente, conduzindo à correção mental e de valores sociais. A enfermagem deve então ser sensível, consciente e estar voltada para uma maior humanização tendo em conta os seus clientes, de forma a identificar os fatores que indiquem a fase de transição em que estes se encontram de forma a facilitar a mudança no sentido da transição saudável, demonstrando a importância da sua intervenção. A pessoa para Meleis deve ser vista de forma holística. O cuidado não é algo definível, surge sim da consciencialização do enfermeiro ao desvendar a compreensão do cliente enquanto vivência o processo de transição. A transição dá importância a todos os aspetos e momentos da vida da pessoa, devendo ser encarados como comportamentos que possibilitam particularizar os cuidados. (Meleis,2010) A transição para esta teórica tem características positivas uma vez que no fim da transição a pessoa adquire maturidade e estabilidade pessoal. A transição é mais bem-sucedida se houver uma antecipação dos eventos, se for tido em conta o motivo que desencadeou a mudança, a preparação para a transição e o conhecimento da existência de outras transições a ocorrerem em simultâneo. Durante o processo de transição ocorrem vários comportamentos como stresse, irritabilidade, ansiedade, depressão, alterações no autoconceito; e se o enfermeiro tiver conhecimento dessas alterações nos padrões comportamentais da pessoa, pode intervir com o objetivo de prevenir/criar estratégias facilitadoras da transição e logo adaptação à nova condição. Para Meleis a negociação de transições bem-sucedidas depende do desenvolvimento de uma relação eficaz entre a enfermeira e o cliente (terapêutica de enfermagem). Esta relação é um processo altamente recíproco que afeta tanto o cliente como a enfermeira. (Meleis,2010)

### **Colheita de Dados Da Pessoa De ORL Submetida A Laringectomia Total**

Pessoa de 65 anos, sexo masculino, com antecedentes de EAM (Enfarte Agudo do Miocárdio) há 2 anos com colocação de 3 stents, HTA (hipertensão arterial) e QRT (Quimiorradioterapia) por CPC (Carcinoma Pavimento Celular) da Orofaringe (tumor valécula) em



2011, hábitos tabágicos acentuados (agora ligeiros) e alcoólicos moderados. Motorista pré-reformado. Casado. Diz ter esperança que a lesão suspeita, a nível laríngeo, seja apenas sequelas da radioterapia no sentido de não ficar com a traqueostomia definitiva. A 25/10/2014 é submetido pela nova suspeita de tumor da laringe a microlaringoscopia com exame extemporâneo que deu novamente CPC. Na mesma data é sujeito a Laringectomia total alargada à base da língua com istmectomia tiroideia, neurectomia à esquerda e colocação de prótese traqueoesofágica.

Terapêutica administrada no internamento no pós-operatório:

- Esomeprazol 20mg oral em jejum
- Atorvastatina 20 1 comprimido ao Jantar
- Perindopril 4 ½ comprimido ao Jantar
- Acetilcisteína 600mg oral de 24/24horas
- Ácido acetilsalicílico 100mg oral de 24/24horas
- Gabapentina 100mg oral de 12/12horas
- Carvedilol 3.125mg oral de 12/12horas
- Flurazepam 15mg oral às 22horas
- Sucralfato 1 carteira oral 3xdia
- Piperacilina +Tazobactam 4500mg EV 8/8horas
- Metronidazol 1000mg EV de 12/12horas
- Paracetamol 1000mg EV de 8/8horas
- Metamizol Magnésico 2000mg EV de 8/8horas
- Picossulfato de sódio 15 gotas em SOS
- Morfina 8gotas 4/4horas em SOS

### **Colheita de Dados Da Pessoa De CCP Submetida A Pelviglossectomia Com Esvaziamento Cervical Bilateral E Traqueotomia**

Pessoa de 45 anos, sexo masculino, com antecedentes de cirurgia a hidrocélico, hábitos tabágicos acentuados e alcoólicos moderados. Motorista atualmente desempregado. Casado. Pai de um filho de 16 anos. Com diagnóstico de CPC do pavimento bucal. Choroso na ida para o bloco operatório. Expõe o seu receio de não falar mais. A 23/10/2014 é submetido a pelviglossectomia anterior com esvaziamento cervical modificado bilateral, traqueotomia e extração dentária total.

Terapêutica administrada no internamento no pós-operatório:

- Ceftriaxona 2000mg EV de 24/24horas
- Metronidazol 1000mg EV de 12/12horas
- Esomeprazol 40mg EV em jejum
- Tiamina 100mg EV de 24/24horas
- Tiaprida 100mg EV de 8/8horas
- Dexametazona 4mg EV de 12/12horas
- Paracetamol 1000mg EV de 8/8horas
- Metamizol Magnésico 2000mg EV de 8/8horas

Para Sands (2003, p. 1435) “Os cuidados pós-operatórios do doente centram-se na promoção de uma adequada via aérea, uma drenagem da boca, higiene oral, conforto, nutrição, linguagem e ajuda psicológica futura.” Ambas as pessoas tinham cânulas traqueais, sonda nasogástrica (SNG), suturas cervicofaciais e drenagens.

#### **Diagnósticos de Enfermagem para Ambas as Pessoas:**

- ✓ **Autocuidado, Comprometido**
- ✓ **Autoimagem Alterada**
- ✓ **Défice de Conhecimento**
- ✓ **Dor Oncológica Presente**
- ✓ **Ferida Cirúrgica Presente**
- ✓ **Risco de Dispneia**
- ✓ **Risco de Hemorragia**
- ✓ **Risco de Infecção**

#### **Intervenções de Enfermagem:**

##### **Para o diagnóstico Autocuidado Comprometido**

**Conceito de Autocuidado:** “Atividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.” (CIPE Versão 2, p.41)

As primeiras 24 horas do pós-operatório são de extrema importância. São elas que ditam se a pessoa sai da sala de recuperação para a enfermaria. A higiene corporal e a alimentação são necessidades realizadas junto à unidade.

A mobilização, após o primeiro levante findadas as 24h pós-operatório, continua comprometida nas primeiras 48 a 72 horas pela presença de soroterapia, drenagens cervicais, edema cervicofacial e pelas próprias suturas cervicais. Assim as intervenções são:

- Avaliar quais as regiões do corpo que a pessoa não consegue lavar durante o banho e substituí-la (normalmente são a região dorsal e os membros inferiores por dificuldade na mobilização da região cervical operada, exatamente o que aconteceu com ambos as pessoas deste estudo de caso);
- Providenciar o gel de duche, bacias com água, roupa e pente para junto da pessoa;
- Assistir a pessoa a despir e vestir o pijama após a higiene;
- Incentivar a pessoa a cuidar da sua higiene oral 3 a 4 vezes durante o dia, demonstrando o procedimento na primeira higiene oral e fornecendo material para o efeito;
- Ensinar a pessoa a limpar a sialorreia e a utilizar compressa entre os lábios se necessário (compressa que deve ser mudada frequentemente, sempre que molhada);
- Mudar o adesivo que fixa a SNG ao nariz 1x dia ou SOS;
- Vigiar/manter a integridade cutânea na zona do nariz;
- Administrar via SNG a dieta prescrita iniciando o ensino sobre a mesma à pessoa (em ambos os casos as pessoas ficaram autónomas ao terceiro dia pós cirurgia);
- Incentivar a ingestão de água entre as refeições e no final das mesmas pela SNG;
- Ensinar desde o primeiro levante as mobilizações da cabeça e tronco a evitar;
- Ensinar a mobilizar e transportar drenagens;
- Estimular o estar de pé para facilitar o retorno venoso da cabeça reduzindo o edema cervicofacial;
- Ensinar a dormir com cabeceira elevada.

**Fundamentação:** Nesta fase da situação clínica o importante é confortar a pessoa face a estas necessidades básicas alteradas fornecendo-lhes informações para se tornarem autónomos no seu autocuidado e retirar-lhes dúvidas sobre os timings de duração da SNG na fase pós operatória (na pessoa sujeita a laringectomia foram 13 dias e na pessoa sujeita a pelviglossectomia foi superior a um mês).

O revelar das datas é importante para estas pessoas aceitarem a nova condição.

O ensino ao doente e família, no pós-operatório, é basicamente a continuação do que foi ensinado no pré-operatório. (...) O enfermeiro terá de ensinar o doente sobre medicação (...), cuidados à ferida cirúrgica, sinais e sintomas de complicações, restrições de atividade, e o plano de cuidados de acompanhamento. No ensino, deve ser incluído um familiar ou pessoa significativa, especialmente se o doente necessitar de assistência no domicílio.” Sands (2003, p.1429) confirma ao dizer que “O papel da enfermeira inclui o ensino ao doente e à família, dirigido à prevenção e promoção da saúde, bem como ao autocuidado. (Boehnlein & Marek, 2003, p. 604)

A pessoa laringectomizada saiu autónoma nos cuidados traqueais e já a alimentar-se pela boca. A pessoa sujeita a pelviglossectomia saiu autónoma na realização do penso da extraqueotomia (com o apoio da esposa) e na SNG.

### **Para o diagnóstico Autoimagem Alterada**

**Conceito:** “Autoimagem: Opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e da autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva.” (CIPE Versão 2, p.41)

- Incentivar a comunicação com a pessoa;
- Estar presente quando a pessoa necessitar através da relação de ajuda;
- Promover o bem-estar da pessoa através de um ambiente calmo, tranquilo e seguro;
- Promover a pessoa a ter uma conduta interativa através da comunicação terapêutica;
- Promover a pessoa no seu processo de tomada de decisão através da técnica de orientação para a realidade;
- Ajudar a pessoa a aceitar o seu estado de saúde;
- Incentivar a aplicação das potencialidades da pessoa, através dos reforços positivos e estímulos constantes facilitadoras do seu autocuidado.

**Fundamentação:** Segundo Haggood (2000, p.256), “Muitos doentes com cancro da cabeça e pescoço recusam, inicialmente, a cirurgia na tentativa de preservar ou manter a estética e a função. A imagem corporal, a autoestima e a sexualidade podem ser ameaçadas pelos resultados do processo cirúrgico.”

A imagem corporal é a imagem que cada um tem do seu corpo e essa conceção é construída desde que se nasce. A pessoa habitua-se a conhecer cada centímetro da sua pele,

mãos, face, cabelo, etc. e dentro dos padrões culturais da sociedade em que vive, comporta-se de acordo com ela, adaptando o seu corpo. Por outro lado, apesar de saber que essa imagem pode ser alterada negativamente, a pessoa só a vê como possibilidade quando há alterações da imagem corporal de outros com quem tem contacto. A alteração da imagem corporal está muitas vezes associada à incapacidade física. Essas alterações podem ser temporárias ou permanentes. Quando permanentes e associadas a uma doença grave como o cancro, em que o prognóstico é muitas vezes reservado e se encontra associado a tratamentos dolorosos, a imagem corporal é francamente afetada.

Os doentes com cancro da cabeça e pescoço, e suas famílias, respondem ao diagnóstico do cancro com choque, ansiedade, medo, negação e sofrimento. O doente é confrontado com uma ameaça potencial à sua imagem corporal e à sua autoestima. O doente pode experimentar desfiguração facial permanente e perda funcional semelhante à experimentada pelo doente queimado. (Haggood, 2000, p.257)

A baixa de autoestima, a alteração da autoimagem e o prognóstico podem dificultar o processo de reabilitação destas pessoas. Um indivíduo que enfrenta a perda da estética, como é o caso dos laringectomizados, experimenta uma maior necessidade de ajustamento à nova imagem corporal, podendo ter problemas na altura da reabilitação. O apoio social, à pessoa, família e amigos é vital, para a preservação do seu valor intrínseco, como ser humano na sociedade onde está inserida.

Para o enfermeiro, a prestação de cuidados a estas pessoas é um constante desafio, pois deve apoiar o indivíduo e família no ajustamento à doença, no tratamento e na reabilitação, fazendo uma perspetiva futura do pós-alta, tendo como base a possível qualidade de vida desse doente. Phaneuf (2001) descreve que “Após ter prodigalizado cuidados, a enfermeira deve documentar as suas intervenções, isto é, fazer o relatório das ações que fez e indicar a reação da pessoa, descrevendo o seu estado e relatando os seus propósitos.” (p.307)

No início é natural que o indivíduo se sinta perdido e impotente face à sua alteração corporal, entrando em crise. Mas à medida que o tempo vai passando, a aceitação vai também sendo gradual, com posterior redução do problema para proporções domináveis e suportáveis.

Sabe-se que o indivíduo que passa por situações de alteração da sua imagem corporal pode passar por várias fases: Choque e pânico (quando a pessoa na altura é incapaz de compreender o acontecimento, o seu significado e as implicações); Refúgio (quando a pessoa toma conta do acontecimento, mas é incapaz de lidar com os seus significados e as suas implicações. Dá tempo e distância, o que pode parecer negação); Conhecimento (quando é

conhecida a realidade da situação e o seu significado); Adaptação (quando é feita a integração da alteração ou perda, de uma forma que é apoiante da vida funcional).

Para Martins (1999, p.317) a superação entende-se como “os processos ou aptidões, negativos ou positivos, que o indivíduo usa para lidar com os acontecimentos, circunstâncias ou situações que saem do vulgar”.

A reação do indivíduo é inadaptada quando este permanece numa das fases de choque ou refúgio sendo incapaz de aceitar a realidade da sua situação.

Os doentes com alteração da imagem corporal podem negar completamente a alteração da imagem ou função. Podem parecer distantes do problema, ativos, brincalhões em relação à situação, ou apresentar pseudo autoconfiança. (...) Os doentes podem projetar sentimentos hostis, que interferem com a aceitação. A retomada de uma vida social, sexual e emocional pode ser impossível. Alguns podem rejeitar por medo de serem rejeitados. (...) A não adaptação pode atingir não só o indivíduo, como a própria família. Uma família que não aceita a alteração da imagem do seu elemento pode achar que os outros não o aceitarão, estimulando a dependência e o isolamento. (Martins, 1999, p.318/319)

Segundo estudos realizados, em laringectomizados, as queixas identificadas, como as mais frequentes, foram: o aumento da descarga brônquica e da salivação; a diminuição do olfato; a dificuldade em comunicar com estranhos; dificuldades financeiras; a depressão; a diminuição da participação em reuniões sociais fora de casa; a vergonha da sua aparência e voz; os sentimentos de solidão e a dificuldade de comunicação com familiares.

A saída para uma pessoa superar a sua limitação física (de beleza), é tentar valorizar as suas qualidades subjetivas (éticas e morais) de forma a diminuir a necessidade de transformação da parte estética. O que se conseguir, com o tempo diluirá essa necessidade, fazendo com que a pessoa se valorize cada vez mais.

O contacto visual é na comunicação não-verbal um fator importante.

...a direção do olhar constitui a primeira abertura para que ocorra uma interação comunicativa. Ao focalizar a nossa atenção em alguém com quem queremos comunicar, estamos a estabelecer um contacto. A fuga ou divagação do olhar pode ser revelador de uma atitude de desinteresse; um olhar fixo ou voltado para baixo pode manifestar inibição. Há necessidade de manter um contacto ocular principalmente nos momentos e que o utente de algum modo o solicita através da direção do seu próprio olhar, como que na procura de “feedback.” (Rosas, 1990, p.42)

A escassa informação da sociedade em relação à forma como devem lidar com os laringectomizados, justifica a sua necessidade em evitar o contacto com estas pessoas, por ser gerador de sentimentos de impotência e mal-estar. O desempenho do laringectomizado fica,

desta forma comprometido, pelos seus sentimentos de desconforto em relação à sua imagem e voz e pelo reforço negativo visível na atitude dos outros. Quando isto acontece, a estratégia utilizada pelo laringectomizado é o isolamento social.

Existem algumas formas de recuperar a fala. A voz esofágica é uma das opções do laringectomizado na recuperação da voz, sendo esta a mais viável e utilizada, mas também a mais difícil de conseguir, pois só com muito treino e força de vontade se consegue adquiri-la. As laringes eletrónicas e as próteses traqueoesofágicas são outros meios. Estudos feitos demonstram que ao conseguirem adquirir a voz esofágica, os pacientes demonstram contentamento, uma vez que esta nova fala contribui para a sua interação e, logo, inserção social. Há casos em que o insucesso dos métodos de reabilitação da voz é visível, o que faz com que a comunicação se perpetue através da linguagem gestual ou da escrita.

Tendo em conta o referido, para um laringectomizado comunicar e ser compreendido é necessário que haja da parte do interlocutor uma aproximação física considerável. Esta aproximação pode provocar na pessoa sentimentos de vergonha e de retraimento, repercutindo-se nas suas vivências quotidianas, uma vez que essa aproximação física excessiva poderá, de alguma forma, entrar em conflito com a intimidade psicológica fragilizada da mesma. Muitos são os laringectomizados que usam lenços no pescoço como proteção física e psicológica do traqueostoma. Deste modo, pode-se afirmar a existência de um “paradoxo comunicacional”, vivenciado pelos laringectomizados. Se por um lado querem comunicar, levando a uma necessidade de aproximação, por outro tem sentimentos de vergonha relacionados com o facto de se sentirem diferentes (estigmatizado e emudecido socialmente), sentindo necessidade de afastamento. A explicação de como irão ficar no futuro é assim importante para se aceitarem, olharem-se ao espelho e tentarem auto bastar-se.

### **Para o diagnóstico Défice de Conhecimento**

**Conceito de Conhecimento:** “Status: Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação.” (CIPE Versão 2, p.38)

É imprescindível no pré-operatório explicar à pessoa que vai deixar de falar durante algum tempo de forma a criar estratégias de comunicação eficazes no pós-operatório. A escrita é a mais utilizada e felizmente estas pessoas aqui estudadas sabiam ler e escrever. Assim as intervenções são:

- Promover o bem-estar da pessoa através de um ambiente calmo;
- Incentivar sempre a pessoa na comunicação;

- Fornecer papel e caneta;
- Estar presente através da relação de ajuda;
- Promover o comportamento interativo da pessoa;
- Apoiar a pessoa no diálogo através da comunicação terapêutica e da prática de feedback;
- Realizar os ensinamentos referidos anteriormente nos diagnósticos precedentes de forma à pessoa estar informada e logo mais confiante e integrada no seu tratamento;
- Tranquilizar a pessoa/ prestador de cuidados através do diálogo e escuta ativa a fim de perceber quais as dúvidas que possam estar relacionadas com a situação clínica atual.

**Fundamentação:** Boehnlein & Marek (2003, p. 612) referem que “Ao acordar da anestesia, o doente precisa de ser orientado (...), de saber que a cirurgia terminou e que a recuperação da anestesia é satisfatória.” Referem ainda que “O planeamento de alta requer ensino adicional.” (Boehnlein & Marek, 2003, p. 604) Ainda para os mesmos autores é necessário comparar as intervenções de enfermagem com os resultados esperados no plano de cuidados para a pessoa e incluir a família/cuidador nos ensinamentos como suporte emocional redutor da ansiedade vivida por todos.

A instrução deve ser iniciada no pré-operatório com a explicação minuciosa de como virão do bloco operatório e como ficaram no pós-operatório a curto e longo prazo. Boehnlein & Marek (2003, p. 603) confirmam ao referir que “Algumas das preocupações (...) centram-se, geralmente, na cirurgia efetuada, nos resultados da cirurgia, e nos efeitos temporários ou permanentes que podem mudar o estilo de vida do doente. As ansiedades são expressas de modos muito diferentes. (...) É vulgar existirem medos relativamente ao prognóstico.”

### **Para o diagnóstico Dor Oncológica Presente**

**Conceito de Dor Oncológica:** “Dor: Sensações concomitantes de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade, associadas à disseminação invasiva de células cancerígenas no corpo; consequência do tratamento do cancro, como a quimioterapia, ou condições relacionadas com o cancro, como dor por ferida; a dor oncológica é habitualmente referida como uma sensação de dor imprecisa, ferindo, que faz doer, assustadora ou insuportável, com crises de dor intensa acompanhada de dificuldade no sono, de irritabilidade,



depressão, sofrimento, isolamento, desespero e de sensação de desamparo.” (CIPE Versão 2, p.51)

- Perceber durante a caracterização da dor se há fatores de alívio ou agravamento da mesma para a pessoa;
- Proporcionar ambiente confortável, calmo e relaxante;
- Proporcionar momentos de relaxamento, controlo respiratório;
- Avaliar a dor da pessoa (seguindo os princípios da avaliação e controlo da dor do Guia orientador de boa prática da Ordem dos Enfermeiros), utilizando uma das escalas da dor várias vezes por turno;
- Registrar todas as avaliações da dor da pessoa;
- Administrar analgesia prescrita.

**Fundamentação:** Diz Pessini (2006, p.51) que “A medicina orientada para o alívio do sofrimento estará mais preocupada com a *pessoa doente* do que com a *doença da pessoa*.”

O diagnóstico inicial de cancro é precedido, no indivíduo, por diferentes níveis de preocupação e angústias associadas quer à incerteza do diagnóstico quer às subseqüentes consequências. Tanto o indivíduo como a família vivenciam o choque inicial de um diagnóstico de cancro. Esta vivência passa por diversas fases, à medida que o indivíduo e família se tentam adaptar, cujo significado não deve ser subestimado pelos profissionais de saúde. (...) Pode surgir alguma incapacidade de relacionamento e de obter consolação por parte dos outros. Para o isolamento do doente oncológico contribuem ainda outros aspetos, como os associados à sensação de perda do estatuto que socialmente ocupavam e do desempenho das funções habituais, que contribuem, muitas vezes, para graves carências económicas, bem como algumas limitações físicas que os impedem de acompanhar amigos e familiares em algumas atividades.” (Ritto, 2006, p.52)

Ritto (2006, p.25) refere que “Para além da dimensão sensitiva, a dimensão psicológica, constituída pela emoção/perceção com que é vivenciada a dor, e a dimensão reativa/comportamental à mesma são descritas classicamente. Nelas intervêm fatores como: as crenças e valores culturais de cada pessoa, a experiência anterior em relação à dor, a personalidade, a idade e o ambiente envolvente.” E que “Nos doentes oncológicos a dor é dos sintomas com maior prevalência e um dos aspetos mais temidos.” (Ritto, 2006, p.28)

Pimenta & Ferreira (2006, p.124) acrescentam que “A dor no doente oncológico reveste-se de características especiais. É frequente, de intensidade significativa, manifesta-se em mais de um local, é diária e, quando não é contínua, dura várias horas por dia.”

Os pacientes cuja doença causa uma deformação, odor ou uma mudança marcante na aparência, muitas vezes recusam ver os seus familiares, perdem a sua autoestima tornando-se solitários e depressivos. Alguns desejam poupar os seus familiares, para que possam ser lembrados como eram, pois receiam que o choque de vê-los assim tão doentes apague, de alguma forma, as boas recordações. O aumento da debilidade física conduz a uma maior vulnerabilidade emocional e o doente em fase terminal tem necessidade de exprimir livremente as suas preocupações e emoções e de ser acompanhado, ouvido e compreendido, pelo que é importante o apoio afetivo por parte de todos os que o rodeiam, quer sejam os familiares e amigos ou os técnicos de saúde que lhe prestam cuidados. (Estanque, 2011, p.36)

Dada a complexidade dos múltiplos fatores intervenientes na dor, o conceito de multidisciplinaridade e multiprofissionalidade faz todo o sentido, sobretudo na dor oncológica, envolvendo profissionais oriundos de várias disciplinas e profissões da saúde, com valor acrescentado na abordagem dos doentes. Esta, constitui um processo complexo, devendo integrar a avaliação dos componentes de ordem física, social, espiritual, económica, emocional e cultural. Deste modo, o controlo da dor no doente oncológico deverá integrar um plano global e multimodal de avaliação e tratamento, tendo em linha de conta os restantes aspetos importantes do sofrimento do doente. (Ritto, 2006, p.29)

Na abordagem ao doente com dor, o enfermeiro pode ir além do tratamento farmacológico, utilizando intervenções autónomas adequadas à individualidade de cada doente, quer através do apoio emocional prestado pela sua presença efetiva, quer pela escuta atenta e pelo toque, desde que façam sentido para o doente. Se tiver preparação específica, pode ainda recorrer ao uso de outras terapias complementares como as técnicas de distração, a massagem, o relaxamento progressivo dos grupos musculares, a musicoterapia, a aromaterapia ou outras, adequando-as às capacidades, fase da doença e contexto em que o doente está inserido. Em determinadas situações, o uso do frio e do calor pode, também, ser experimentado. (Ritto, 2006, p.69)

Nos registos de enfermagem o enfermeiro deverá incluir, da forma mais objetiva possível, outras características da dor do mesmo, sempre que existirem alterações em relação às descritas na primeira avaliação (localização, tipo, duração/carácter, períodos de exacerbação, etc.), bem como as estratégias de intervenção que desenvolveu para lhe dar resposta. Esta atuação, no caso do doente internado, pode incluir a administração de medicação prescrita em SOS e o registo dos resultados obtidos; os contactos efetuados com o médico do doente, o médico de urgência ou outros e o registo das respetivas alterações terapêuticas realizadas assim como dos resultados antiálgicos, se já forem visíveis; o desenvolvimento de estratégias não farmacológicas já experimentadas pelo doente com resultados antiálgicos ou a aplicação de outras que entenda ser sensato e esteja habilitado a realizar, registando a resposta do doente às mesmas. Desta forma, é possível visualizar através dos registos a evolução álgica do doente, permitindo e promovendo a continuidade de cuidados ao mesmo. (Ritto, 2006, p.40)

Diz a DGS (Direcção-Geral da Saúde) na sua Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 que

Se por um lado a Dor Aguda, como a dor pós-operatória ou a dor pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo, a Dor Crónica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é, muitas vezes, rebelde, permanecendo e levando a sequelas incapacitantes. No entanto, todos os tipos de Dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes.” (p.4) A mesma Norma refere também que “(...) a) A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. b) O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde. (...) f) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente. (p.1)

A OE no seu Guia orientador de boa prática da Dor (2008, p.9) refere que

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes.” Segundo Bidarra (2010, p.18) “Existem princípios gerais para o tratamento da dor que assentam nas *guidelines* propostas pela Organização Mundial de Saúde. Os princípios abordados compreendem: acreditar nas queixas do doente, avaliar antes de tratar, caracterizar a dor quanto à intensidade, qualidade, repercussões nas atividades de vida e do modo de alívio, explicitar ao doente a causa do sintoma e o plano terapêutico a seguir, implicar a família / cuidador, e rever, registar e avaliar periodicamente toda atuação e eficácia.

Diz Boehnlein & Marek (2003, p. 609) que “Oferecer apoio, objetividade e calma, ajuda no alívio da dor e aumenta a capacidade de relaxamento do doente.”

Ambas as pessoas do estudo de caso tiveram dor controlada no pós-operatório mas ambas fizeram analgesia prescrita durante a primeira semana sem recusarem nenhuma toma. A pessoa sujeita a pelviglossectomia durante os primeiros 5 dias dormiu na noite sentada no cadeirão com “receio de ter falta de ar pelo excesso de secreções.” (segundo a mesma).

### **Para o diagnóstico Ferida Cirúrgica Presente**

**Conceito de Ferida Cirúrgica:** “Ferida: Corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus.” (CIPE Versão 2, p.55)

As drenagens foram retiradas no 2º e 3º dia pós-operatório da pessoa submetida a pelviglossectomia e na pessoa submetida a laringectomia respetivamente. As suturas de ambas

mantiveram-se com boa evolução cicatricial e ao 8º dia pós-operatório foram retirados os pontos de ambos os sujeitos. Ao 7º dia pós-operatório o laringectomizado já realizava sozinho os seus cuidados traqueais e ao 9º dia pós-operatório a pessoa submetida a pelviglossectomia já sabia retirar, limpar e colocar a cânula interna, tendo a ajuda da esposa (inserida nos ensinos) para mudar o penso traqueal e o nastro.

- Proporcionar ambiente confortável;
- Executar pensos com técnica asséptica (feridas cirúrgicas, drenagens e cuidados traqueais);
- Vigiar a pele peri-estoma;
- Observar frequentemente se existem sinais de infecção a nível do local operado;
- Explicar à pessoa tudo o que lhe é feito e porquê;
- Avaliar se durante a realização do penso a pessoa tem dor;
- Registrar a avaliação da ferida, bem como a reação/relação da pessoa ao tratamento;
- Ensinar a pessoa/família a cuidar do traqueostoma.

**Fundamentação:** O enfermeiro que pretenda trabalhar num serviço tão específico como é SCCP/ORL necessita de adquirir conhecimentos teóricos e científicos sobre os cuidados a ter com este tipo de pessoas. As cirurgias são muito específicas e na maior parte das vezes as suturas operatórias tornam-se complexas.

Gogia (2003) afirma que “O paciente cirúrgico de alto risco frequentemente encontra a deiscência da ferida como uma complicação importante.” (p.65). Ainda para o mesmo autor “A cicatrização é um processo complexo, afetado por diversos fatores. Quando as feridas não cicatrizam adequadamente, o peso físico e financeiro da hospitalização é aumentado tremendamente. Isto impõe um desafio difícil para os profissionais de saúde.” (Gogia, 2003, p.66). De entre os vários fatores, locais e sistêmicos que influenciam negativamente processos cicatriciais referidos por Blanck (2009, p.272-273), destacam-se o tabaco, o álcool, a idade avançada, a má nutrição, as neoplasias, as doenças crónicas associadas como a hipertensão e a diabetes, entre outras co morbilidades presentes nestes doentes.

No artigo 88.º do CDE está descrito que

O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às

necessidades concretas da pessoa; c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; (...)

Boehnlein & Marek (2003, p. 611) afirmam que “Cuidados rigorosos à incisão cirúrgica são uma importante medida de enfermagem, que facilita a cicatrização da ferida. Ao aplicar novo penso, ou outro tratamento na ferida cirúrgica, deve-se seguir escrupulosamente a técnica asséptica.”

O ensino de cuidados traqueais também é importante para evitar o contacto constante das secreções traqueais nas suturas operatórias.

### **Para o diagnóstico Risco de Dispneia**

**Conceito de Dispneia:** “Processo do Sistema Respiratório Comprometido: Movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade.” (CIPE Versão 2, p.50)

- Proporcionar ambiente confortável, arejado e calmo;
- Promover a posição fowler alto/sentado;
- Nas primeiras 24 horas vigiar oximetrias periféricas;
- Avaliar frequentemente as características da respiração;
- Administrar oxigénio se prescrito;
- Ensinar técnicas de relaxamento/exercícios de controlo respiratório;
- Ensinar a pessoa a tossir eficazmente;
- Aspirar a pessoa caso a tosse seja ineficaz;
- Desinsuflar o cuff da traqueotomia da pessoa sujeita a pelviglossectomia assim que possível (conseguiu-se ao fim de 48 horas esse desmame);
- Realizar os cuidados traqueais;
- Ensinar a pessoa a realizar os seus cuidados traqueais (para a pessoa submetida a laringectomia referir que pode retirar para limpar as duas cânulas e para a pessoa submetida a pelviglossectomia ensiná-lo que só pode retirar a interna);
- Estimular as pessoas a limparem as secreções;
- Avaliar as características das secreções traqueais e registar essa observação;
- Vigiar se existe edema ou sinais inflamatórios a nível cervical.

**Fundamentação:** Diz Boehnlein & Marek (2003, p. 590) que “A avaliação da condição respiratória é de importância primordial durante o período pós-operatório imediato. Devem ser confirmadas vias aéreas desobstruídas e uma função respiratória adequada.”

A posição desejável para garantia da manutenção das vias aéreas, desobstruídas, depende da altura do doente e do seu estado, da anestesia usada, da cirurgia efetuada e dos cuidados de enfermagem que foram prestados. O ideal será que o doente esteja em posição de respirar normalmente, com total expansão de todas as porções dos pulmões. O posicionamento também contribui para facilitar a drenagem e a remoção de sangue, secreções e vômitos, e para prevenir aspiração. (Boehnlein & Marek, 2003, p. 606)

“O enfermeiro pode dar assistência mecânica para promover a tosse.” (Boehnlein & Marek, 2003, p. 606)

### **Para o diagnóstico Risco de Hemorragia**

**Conceito de Hemorragia:** “Perda Sanguínea: Perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.” (CIPE Versão 2, p.57)

- Vigiar as perdas hemáticas da pessoa via traqueostoma, suturas (pensos) e drenagens;
- Incentivar a pessoa a estar calma e a evitar mobilizações bruscas da cabeça;
- Vigiar sinais vitais através de monitorização cardíaca (nas primeiras 24 horas) e posteriormente avaliar os sinais entre 3 e 4 vezes ao dia até ao quarto dia;
- Vigiar a pele peri-suturas para poder observar se existe ou não presença de hematoma na área operada.

**Fundamentação:** Para Boehnlein & Marek (2003, p.602) “É muito provável ocorrer hemorragia nas 48 h a seguir a cirurgia. (...) Pode ocorrer hemorragia com o restabelecimento da corrente sanguínea. Impõe-se uma avaliação cuidadosa dos pensos da ferida e dos sistemas de drenagem.” Os mesmos autores afirmam ainda que “A hemorragia pode interferir na cicatrização da ferida operatória. A melhor intervenção, neste caso, é a deteção precoce. (...) Além disso, é fundamental o controlo constante dos sinais vitais.” (Boehnlein & Marek, 2003, p. 611)

### **Para o diagnóstico Risco de Infecção**

**Conceito de Infecção:** “Processo Patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo.” (CIPE Versão 2, p.59)

- Estimular a higiene corporal diária e oral frequente da pessoa;
- Incentivar a pessoa a limpar a sialorreia e as secreções sempre que presentes;
- Estimular a pessoa a tossir eficazmente;
- Incentivar a pessoa para a higienização das mãos (importante realizar esta higiene antes e depois de mexer nas secreções traqueais) e a não trocar objetos com os outros indivíduos do quarto;
- Avaliar os sinais vitais de 8/8 horas, para despiste de algum indicador de infecção;
- Realizar cuidados A pessoa com técnica limpa (higiene oral) e asséptica (no caso das feridas cirúrgicas);
- Inspeccionar diariamente a ferida cirúrgica, para despiste de sinais inflamatórios/infeciosos.

**Fundamentação:** Na sua maioria as suturas das pessoas de CCP/ORL são irregulares e estão próximas de áreas abertas como a cavidade oral e nasal, sendo acompanhadas de estomas nada facilitadores da cicatrização mas sim da probabilidade acrescida de deiscências, fistulas e infeções, causada pela presença constante de secreções e/ou saliva no leito das suturas. As feridas cirúrgicas desta pessoa tão específica carecem de vigilância diária face ao anteriormente descrito.

A classificação de contaminação da ferida cirúrgica pode ser um fator de risco para a Infecção do Local Cirúrgico, na medida que o grau de contaminação desta está diretamente relacionado com a taxa de incidência de Infecção do Local Cirúrgico. Em cirurgia cervicofacial a proximidade do trato aerodigestivo com a ferida cirúrgica é estreita, existindo um risco elevado de contaminação desta. (Cunha, Miguel & Ribeiro, 2012, p.7)

Neste sentido é imperativo que o local operatório se encontre o mais seco e limpo possível. Boehnlein & Marek (2003, p. 611) referem que “A observância das recomendações universais e cuidados rigorosos à ferida são as principais componentes das intervenções de enfermagem para prevenir infeção. (...) necessárias ao longo de todo o pós-operatório.”

### **Resultados esperados:**

- ✓ Que a pessoa se alimente pela SNG de forma autónoma (atingido em ambos os indivíduos);
- ✓ Que a pessoa realize a sua higiene oral de forma autónoma e eficaz (atingido em ambos os indivíduos);
- ✓ Que o doente se mobilize sem comprometer a ferida cirúrgica (atingido em ambos os doentes)
- ✓ Que a pessoa se mobilize com as drenagens de forma independente (atingido em ambos os indivíduos);
- ✓ Risco de Hemorragia ausente (atingido em ambos os indivíduos);
- ✓ Risco de Dor Oncológica ausente ou controlada (atingido em ambos os indivíduos);
- ✓ Risco de Dispneia ausente (atingido em ambos os indivíduos);
- ✓ Ferida Cirúrgica cicatrizada (atingido em ambos os indivíduos);
- ✓ Risco de Infecção ausente (atingido em ambos os indivíduos);
- ✓ Que a pessoa consiga comunicar de forma não-verbal (atingido em ambos os indivíduos);
- ✓ Que a pessoa consiga relacionar-se com os outros por sua iniciativa (atingido em ambos os indivíduos);
- ✓ Défice de Conhecimento ausente (atingido em ambos os indivíduos);
- ✓ Que a pessoa se aceite em termos de autoimagem (atingido em ambos os indivíduos).

### **REFLEXÃO FINAL**

Para nós não foi difícil ambientar-nos ao bloco operatório visto já conhecermos alguns dos colegas que lá trabalham. Novidade foi assistir às cirurgias das pessoas aqui descritas.

Ao acompanhar estes indivíduos ficamos a perceber toda a organização em torno dos mesmos relativamente à necessidade da cirurgia segura. Tudo é confirmado com a pessoa e processo desde a sua entrada no bloco até à sala operatória propriamente dita. As medidas a adotar destinam-se a limitar os riscos para as pessoas presentes na instituição, incluindo sistemas de alerta e condutas a adotar em caso de alerta, que têm como finalidade controlar e limitar as consequências de situações ou ocorrências possíveis de prever e suscetíveis de desempenhar um papel significativo no desencadeamento de um acidente grave. (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006, p.61)



A Associação frisa também que “O enfermeiro peri operatório é a pessoa que supervisiona a adesão de toda a equipa aos princípios, normas e procedimentos inerentes ao controlo ambiental, com o objetivo final e comum de manter o doente cirúrgico o mais protegido possível de infeção pós-operatória e o conforto da equipa na sala.” (AESOP, 2006, p.67)

Ao longo da cirurgia tivemos a percepção da agressividade física a que estas pessoas são sujeitas. Estas intervenções implicam a hiperextensão do pescoço, o levantamento/rasgamento da pele, a manipulação de todos os vasos, nervos, glândulas, órgãos e músculos da região cervical/facial e a alteração funcional final com que ambas ficam da modificação efetuada. Face ao descrito é extraordinária a ausência ou baixa frequência de dor no pós-operatório destes indivíduos. Esta dor deve ser vigiada várias vezes por turno. A Norma da Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 refere que “(...) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.” (p.1)

A OE no seu Guia orientador de boa prática, da Dor (2008, p.9) expõe que

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes.

Nos primeiros três dias a terapêutica analgésica deve ser sempre administrada mesmo a pessoa não tendo dor.

O SCCP/ORL é um serviço muito específico onde é indispensável o conhecimento da anatomia da cabeça e pescoço (para perceber as cirurgias realizadas a estas pessoas e como intervir nos seus cuidados com intuito terapêutico) e das técnicas de comunicação (uma vez que são raros os indivíduos que não sofrem de alterações na sua autoimagem e que conseguem comunicar verbalmente).

A infeção das feridas cirúrgicas nestas pessoas é frequente pela presença constante de secreções e saliva em cima das suturas. Segundo a AESOP (2006, p.51) “A infeção tem um importante impacto no doente e nos serviços de saúde, sendo uma complicação comum, mas, em grande parte, evitável. As infeções hospitalares ou nosocomiais são uma complicação do internamento hospitalar e continuam a ser um importante indicador da qualidade dos cuidados.” Segundo a mesma Associação, a política de gestão de risco tem como objetivos eliminar os

riscos para os doentes e profissionais; garantir condições de segurança para todos na organização, promover a saúde e a segurança; sensibilizar os profissionais para a problemática do risco e reduzir custos que equivalem a ganhos para a saúde. (AESOP, 2006, p.61)

“Hoje em dia, o ambiente cirúrgico dos blocos operatórios caracteriza-se por manter nos mínimos absolutos a população de microorganismos. Evoluiu-se do conceito da anti-sepsia para o conceito da assepsia.” (AESOP, 2006, p.54)

A AESOP (2006, p.54) refere também que “Os princípios da técnica asséptica cirúrgica incluem os procedimentos de desinfecção cirúrgica das mãos, de vestir bata estéril e calçar luvas, de colocação de campos cirúrgicos, de movimentação da equipa cirúrgica, de entre outros e constituem um conjunto de barreiras à contaminação do campo operatório e da ferida cirúrgica.” Durante as cirurgias estes procedimentos foram visualizados.

Ao observar as duas intervenções cirúrgicas percebemos a razão de certas queixas das pessoas como a dor cervical, o não conseguirem mobilizar eficazmente o pescoço, etc. e isso abriu-nos portas para conseguir melhorar a nossa relação com a pessoa em termos de perceção da situação e ensinamentos. Facilitou também a nossa atuação nos cuidados, a estes sujeitos, tendo em conta o aumento dos nossos conhecimentos sobre as complicações que poderão advir das cirurgias realizadas, e esse saber é facilitador da redução do risco dessas mesmas complicações, pois estamos a falar de estruturas anatomicamente sensíveis e vitais.

Mais uma vez, tivemos a possibilidade de reconhecer que a elaboração de um processo de Enfermagem completo e eficaz baseado num enquadramento teórico com intervenções de enfermagem devidamente projetadas, de acordo com as necessidades da pessoa, é indispensável para uma boa prática de Enfermagem. Ao longo da realização destes estudos de caso pensamos ter conseguido abordar e fundamentar todos os dados recolhidos e presenciados e elaborar os mesmos de forma perceptível de modo a facilitar a sua compreensão. Adquirimos ainda competências gerais e específicas fundamentais para a nossa prestação de cuidados enquanto profissional de Saúde e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Como futuros especialistas, com este estágio de observação no bloco operatório e com a realização destes estudos de casos, desfrutamos, no final dos mesmos, de bases sustentadas para esse papel ao colocar em prática as Competências Comuns de Especialista (A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, C2 –

Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento) descritas no Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. E as competências específicas descritas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica da Ordem dos Enfermeiros, destacando-se neste trabalho a competência K1 - Ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e a competência K3 que valoriza o Maximizar da intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

### **BIBLIOGRAFIA:**

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Camarate: Lusodidacta

Bidarra, A. P. (2010). *Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Tese de Mestrado. Instituto de Formação Avançada. Faculdade de Medicina de Lisboa em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ul.pt%2Fbitstream%2F10451%2F1921%2F1%2F591852\\_Tese.pdf&ei=wg0\\_VKH6FsHiaJXrgegN&usg=AFQjCNGc6-EjkcMQ1TLm2GU\\_fqcEG0Qduw&sig2=glwHlq8y9i6Q7CM34-o4IA&bvm=bv.77648437,d.d2s](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ul.pt%2Fbitstream%2F10451%2F1921%2F1%2F591852_Tese.pdf&ei=wg0_VKH6FsHiaJXrgegN&usg=AFQjCNGc6-EjkcMQ1TLm2GU_fqcEG0Qduw&sig2=glwHlq8y9i6Q7CM34-o4IA&bvm=bv.77648437,d.d2s)

Blanck, M. (2009). *Fisiopatologia das Feridas: Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados*. Grupo ICE – Investigação Científica em Enfermagem. Recuperado a 25 de Setembro de 2014 em <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/ci.pdf>

Boehnlein, M. & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem pós-operatória*. In Phipps, Sands & Marek. *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. I (20), p.1429-1456. Camarate: Lusociência

Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 DGS :A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direcção-Geral da Saúde em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Cunha, T. F. S., Miguel, S. S. A. & Ribeiro, C. M. Z. (2012). *Infeção do local cirúrgico na cirurgia cervicofacial*. Tese de mestrado em Cuidados de Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Código Deontológico do Enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>

Estanque, C. (2011). *A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida. Uma abordagem na perspetiva dos enfermeiros*. (Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos) Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5532/1/637911\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5532/1/637911_tese.pdf)

Figueiredo, D. A., Damascena, L. C. L., Oliveira, J. S. & Batista, P. S. S. (2000). *O estudo de caso como estratégia de ensino e aprendizagem na disciplina enfermagem em clínica I: Opinião dos discentes*. Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica e Administração/Monitoria. Disponível em <http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/iniciacao/documentos/anais/6.SAUDE/6CCSDEMCA03.pdf>

<http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/iniciacao/documentos/anais/6.SAUDE/6CCSDEMCA03.pdf>

Gogia, P. P. (2003). *Feridas-Tratamento e Cicatrização*. Rio de Janeiro: Revinter, Ltda

Grilo, E. N. & Mendes, F. R. P. (2012). *O Estudo de Caso como estratégia de Investigação em Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Évora. Em <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1744>

Haggood, S. (2000). Cancro da cabeça e pescoço In: OTTO, Sherley E.-Enfermagem em Oncologia. (2ªEd.) Lisboa: Lusodidata, p.255-260

Martins, C. (1999). *A problemática da alteração da imagem corporal do doente oncológico*. In: *Servir* 47 (6), p. 312-318

Meleis, A. I. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC em [http://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](http://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)

Olias, J., et. all (2004). *Cirurgia da Laringe: Atlas de técnicas cirúrgicas: Guia de disseção*. Massamá. Circulo médico.

Oliveira, V. A. G. (2009). Tese de Mestrado: *Transições de vida em adultos submetidos a laringectomia total: Implicações na educação para a saúde*. (Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação). Instituto de Educação e Psicologia: Universidade do Minho. Consultado em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11092/1/TESE%20MESTRADO.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIFE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) versão 2*. Portugal. Estúdios Lusodidacta, Lda.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia orientador de boa prática: Cadernos OE, Série I, Número I* em <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=18498>

Pessini, L. (2006). *Bioética e cuidados paliativos: Alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas*. In Pimenta, C., Mota, D. & Cruz, D. *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. (45-66) Tamboré, Brasil: Malone.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.

Phipps, Sands & Marek (2003). *Intervenções em pessoas com problemas das vias aéreas superiores*. In. Phipps, Sands & Marek. *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. II (31), p.985-1047. Camarate: Lusociência

- Pimenta, C. & Ferreira, K. (2006). *Dor no doente com câncer*. In Pimenta, C., Mota, D. & Cruz, D. *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. (124-166) Tamboré, Brasil: Malone.
- Regulamento n.º 122/2011 referente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série nº35. Lisboa em [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/0864808653.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0864808653.pdf)
- Ritto, A. (2006). *A Dor e a prática de enfermagem: A dor como 5º sinal vital* (Tese de dissertação de Mestrado em Oncologia). Universidade Do Porto: instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7264>
- Rosas, M. (1990). *A comunicação em enfermagem: Atitudes e competências*. In: Nursing. Lisboa (30), p. 42-44
- Sands, J. (2003). *Avaliação de pessoas com problemas da boca e esófago*. In Phipps, Sands & Marek. *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. III (39), p.1429-1456. Camarate: Lusociência
- Santiago, N. (2006). *Patologia da cabeça e do pescoço* (Cap. 15) In Pereira, C. A. & Henriques, J. *Cirurgia patologia e clínica* (2ª Ed.). (227-260) Espanha: McGraw-Hill
- Santos, R. (2006). *Patologia da cavidade oral* (Cap. 16) In Pereira, C. A. & Henriques, J. *Cirurgia patologia e clínica* (2ª Ed.). (261-276) Espanha: McGraw-Hill
- Silva, L.; Pinto, M. & Zago, M. (2002). *Assistência de enfermagem ao laringectomizado no período pós-operatório*. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (2), p.213-221
- Torres, M. R. & Reis, M. B. P. (2002). *Reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem*. *Revista Sinais Vitais*, 41, p.57-59.

APÊNDICE XI-RELATO REFLEXIVO DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE  
“VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DA INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO”

No dia 11/11/2014 das 14h às 15h foi realizada uma sessão informativa sobre “Vigilância Epidemiológica de Infecção do Local Cirurgico” realizada no anfiteatro da Instituição onde decorreu o Estágio III. O objetivo da nossa ida a esta sessão foi o de aprofundar conhecimentos na área da infeção hospitalar e de ter a perceção das percentagens de infeções do local cirúrgico no SCCP/ORL, tema relacionado com o nosso projeto de intervenção em serviço, contribuindo para atingir Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. No final da mesma solidificamos conhecimentos já adquiridos em contexto de trabalho e que reforçam a necessidade de intervenção na prevenção das infeções do local cirúrgico.

A sessão foi realizada por enfermeiros que para além de serem Elos de Ligação à Comissão de Infeção da Instituição, pertenciam ao SCCP/ORL onde decorreram os estágios. Confirmou-se que a infeção do local cirúrgico aumenta o tempo de internamento e os gastos para as instituições. Que o Helics-Cirurgia existe em Portugal desde 2004 e segundo o Protocolo da DGS: Helics Vigilância Epidemiológica da Infecção Cirurgica (2007), “A Vigilância Epidemiológica (VE) que por definição, consiste no registo contínuo e sistemático, a análise e interpretação e informação de retorno referente às infeções nosocomiais, é hoje aceite como pedra basilar de um programa de prevenção e controlo de infeção.” (p.3)

Conforme o Protocolo da DGS: Helics Vigilância Epidemiológica da Infecção Cirurgica (2007), “O Programa de VE da Infecção do Local Cirúrgico – HELICS-Cirurgia, é um programa de VE em rede nacional e está contemplado no Programa Nacional de com base na rede de VE Europeia.” (p.3) A Rede Europeia de Vigilância Epidemiológica tem como objetivos: Monitorizar e descrever a epidemiologia da IACS na Comunidade Europeia através de rede de base própria; Acompanhar a incidência e distribuição geográfica da IACS; Identificar as regiões ou países que necessitam de apoio; Assegurar a comunicação de dados relevantes sobre as IACS à Comissão Europeia como suplemento da emissão de dados pelas autoridades de Saúde nacionais; Facilitar a comunicação e troca de experiências entre as redes nacionais de VE das IACS.

Durante a sessão falou-se ainda do Índice de Risco.

Os indicadores produzidos pelo HELICS levam em conta os fatores de risco aceites para doentes cirúrgicos. Uma análise comparativa prudente será possível recorrendo ao uso da taxa de infeção estratificada pelo nível de risco. Por isso, o índice de risco NNIS (1,2) será utilizado a fim de estratificar os doentes de acordo com os principais fatores de risco e compara os grupos ajustados de doentes. O índice de risco NNIS é pontuado com base na informação de: Risco de contaminação da ferida: classe de contaminação da ferida; Estado físico do doente: a Pontuação ASA do anestesiológico e a Duração da cirurgia. (Protocolo da DGS: Helics Vigilância Epidemiológica da Infecção Cirurgica, 2007, p.6)

Como este foi o primeiro trabalho realizado pelos colegas relativamente ao Helicocirurgia no SCCP/ORL não foi possível comparar dados e apenas foram estudados os clientes sujeitos a cirurgias maior com abertura da mucosa das vias aerodigestivas superiores (sendo estes as pessoas sujeitas a prescrição de antibioterapia intra e pós-operatório). Percebeu-se que a taxa de infeção global do serviço de CCP foi de 4,66%, sendo a taxa de infeção do local cirúrgico de 72,7% para ferida profunda (abaixo da derme) e de 27,3% para ferida superficial. Isto levou a um tempo de internamento no pós-operatório de 34 dias em média em clientes com infeção presente ao contrário dos sem infeção cuja média é de 7 dias. Compreendeu-se ainda que a taxa de infeção global do serviço de ORL foi de 8,33%, sendo a taxa de infeção do local cirúrgico de 79,2% para ferida profunda (abaixo da derme) e de 20,8% para ferida superficial. Isto levou a um tempo de internamento no pós-operatório de 28 dias em média em pessoas com infeção presente ao contrário das sem infeção cuja média é de 9 dias. Percebemos com estes dados que as taxas de infeção não são desmesuradas mas que o tempo de internamento pela sua presença triplica, causando danos excessivos quer para a pessoa, quer para a instituição.

Os colegas do SCCP/ORL referiram ainda as limitações em que trabalham, sem apoio de aplicação informática adequada à recolha e trabalho dos dados, uma vez que os dados foram trabalhados, em parte, em formato de papel, com perda de informação e logo de dados estatísticos ao não estarem presentes na alta dos clientes e da necessidade de tempo fora do horário de trabalho para essa recolha.

Referem também que os principais objetivos eram: Saber o número de infeções do local cirúrgico, Recolher os antecedentes pessoais das pessoas e os fatores de risco de forma a conhecerem melhor a população com que trabalham, contribuindo para a investigação e vigilância epidemiológica da instituição. Mais uma vez percebemos que é difícil identificar as causas das infeções uma vez que as razões são sempre multifatoriais. Percebendo, da apresentação dos dados, que existem ainda feridas contaminadas sem antibioterapia prescrita.

Tendo em conta o referido, este estágio permitiu-nos como futuros enfermeiros especialistas, desenvolver competências nas áreas da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, tendo esta sessão contribuído para a realização da formação sobre higienização das mãos que aplicamos no serviço onde decorreram os Estágios do mestrado, com vista a melhoras as nossas funções e a dos meus colegas, nas áreas descritas anteriormente.

Pensamos que ao assistir a esta sessão de formação sedimentámos conhecimentos essenciais para atingir a competência específica do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (K.3), uma vez que com a mesma criamos a nossa



sessão de formação em serviço sobre higienização das mãos como forma de prevenção das IACS, tendo em conta a evidência existente na área da ferida cirúrgica, como estratégias proactivas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do mesmo. Demonstramos ainda nesta reflexão algum conhecimento das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção, liderando com esta formação procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção.

De seguida é apresentado o certificado de participação nesta sessão.

## ENCONTROS DE ENFERMAGEM

*Certifica-se que **Carina José***

*esteve presente nos Encontros de Enfermagem, nos quais foi apresentado o tema "Vigilância epidemiológica da infecção do local cirúrgico", realizados no dia 11 de Novembro de 2014, no anfiteatro do E.P.E., organizados pela Direcção de E*

*Lisboa, 11 de Novembro de 2014*

*Enf.ª Directora*

APÊNDICE XII-RELATO REFLEXIVO DA SESSÃO INFORMATIVA SOBRE  
“NORMA CLÍNICA DE ENFERMAGEM Nº 54”

No dia 04/12/2014 entre as 15h e as 16h foi realizada, no SCCP/ORL e Endocrinologia onde decorre o Estágio III, uma sessão informativa sobre “Avaliação, Intervenções e Registos de Enfermagem para o Controlo da Dor” relacionado com a nova norma clínica de enfermagem da Instituição. O objetivo da nossa ida a esta sessão foi o de aprofundar conhecimentos na área da dor, tema indiretamente relacionado com este projeto de intervenção em serviço. Esta sessão contribuiu para atingir também Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa. No final da mesma solidificamos conhecimentos já adquiridos em contexto de trabalho e que reforçam a necessidade de controlo da dor por parte de todos os enfermeiros.

A sessão foi realizada por uma enfermeira da Equipa de Enfermagem da Clínica da Dor e por um enfermeiro Elo de Ligação à Consulta da Dor da Instituição, este segundo pertencente atualmente ao serviço onde decorreram os Estágios.

Confirmou-se após a sessão que a dor é causadora de grande sofrimento. Segundo os autores da Norma Clínica de Enfermagem Nº 54 (2014, p.1), a International Association for the Study of Pain (IASP) define a dor como uma “experiencia sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou que pode ser descrita de acordo com as manifestações próprias de tal lesão.” Ainda segundo a mesma norma, grande é a percentagem de clientes que sentem dor provocadora de má qualidade de vida e sofrimento desnecessário.

Como objetivos os colegas queriam descrever o conjunto de intervenções que se definem como sendo a boa prática clínica em enfermagem com a finalidade de tratar a pessoa com dor; facilitar o desenvolvimento de competências nos enfermeiros na avaliação da dor, nas suas intervenções para o controlo da dor, nos registos de enfermagem relacionados com a dor, nos cuidados prestados aos clientes com dor; padronizar intervenções de enfermagem no controlo da dor sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas e colaborar para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com dor.

Ao longo da sessão percebe-se que tanto as intervenções farmacológicas como as não farmacológicas devem estar lado a lado em sintonia complementando-se, pois ambas têm o objetivo comum de eliminar ou pelo menos aliviar a dor e o sofrimento das pessoas com dor.

Entendendo-se a dor como um fenómeno psicofisiológico complexo, subjetivo e multidimensional é fundamental que o enfermeiro adopte uma série de estratégias que vão para além da administração de farmacos e que passam, essencialmente, por um conjunto de técnicas não farmacológicas que contribuem de forma decisiva para a diminuição da ansiedade e sofrimento da pessoa com dor.( Norma Clínica de Enfermagem Nº 54, 2014, p.20)

Compreende-se que a intervenção não farmacológica deve ser realizada com a autorização da pessoa e que a farmacológica deve ser praticada a partir da dor moderada.

Para uma correta avaliação da dor deve-se ter em conta o que a pessoa diz relativamente ao seu auto-retrato de dor, elaborar a história de dor se possível, selecionar o instrumento de avaliação da dor privilegiando os instrumentos de autoavaliação, adequando-os às condições do cliente, utilizar sempre a mesma escala da dor ao longo do tempo a não ser que as condições do mesmo se modifiquem ao ponto de existir necessidade de se substituir a escala. Uma novidade da formação foi a apresentação da nova escala de heteroavaliação que poderá ser utilizada pelos enfermeiros da instituição designada de Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), utilizada para a população adulta com ou sem demência, não comunicante. Facilitadora para o serviço dos estágios onde a maioria das pessoas possui traqueotomia que as impede de comunicar eficazmente de forma verbal.

Na correta apreciação ainda se deve registar obrigatoriamente a avaliação qualitativa e quantitativa da dor da pessoa desde o primeiro contato e uma vez por turno no mínimo, sendo o registo e avaliação essencial durante a realização de procedimentos de cuidados causadores de dor. Um exemplo, relacionado com o nosso projeto, é a necessidade de registo da dor durante o procedimento de cuidados a pessoas portadoras de feridas. Destaca-se ainda da sessão a importância do registo da dor de 2/2 horas nas primeiras seis horas após uma intervenção cirúrgica. Torna-se importante também avaliar e registar alterações cognitivo-comportamentais que poderão indicar dor, devendo-se ainda ajudar no pré-alta a pessoa e seu cuidador na forma de avaliação e nas estratégias a utilizar para controlo da dor no ambulatório.

Tendo em conta o referido, esta formação permitiu-nos como futuros enfermeiros especialistas, desenvolver competências na área da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, na comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, gerindo o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica. E desenvolver ainda competências específicas na área da pessoa em situação crónica, incapacitante e terminal e suas famílias identificando as suas necessidades, promovendo intervenções farmacológicas e não farmacológicas, diminuindo o seu sofrimento, envolvendo os cuidadores na satisfação das necessidades, promovendo parcerias terapêuticas com o indivíduo e família respeitando a individualidade e singularidade de cada um. Ao assistir a esta sessão de formação conseguimos sedimentar conhecimentos essenciais para atingir as competências específicas do enfermeiro

especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, crónica e paliativa (K.1, L.5, L.6).

Segue-se a declaração de presença desta formação.

DECLARAÇÕES DE PRESENÇA

Identificação do Serviço/Unidade: Serviço de CCP/ORL e Endocrinologia

**DECLARAÇÃO**

Para os devidos efeitos se declara que CARINA LOPES JOSÉ com a categoria profissional de Enfermeiro(a) participou no dia 04/12/ 2014 com a duração de 1 hora, na acção de formação intitulada “Apresentação da norma clínica de Enfermagem n.º54 – Controlo da Dor”.

Lisboa, 04 de Dezembro de 2014

O Serviço: \_\_\_\_\_  
(Enf.º Chefe)

A DSE: \_\_\_\_\_  
(Enf.ª Directora)

APÊNDICE XIII-RELATO REFLEXIVO DA SESSÃO FORMATIVA SOBRE  
“MATERIAL DE PENSO – SITUAÇÕES PRÁTICAS”

No dia 31/03/2014 das 15h às 16h foi realizada uma sessão formativa sobre “Material de Penso – Situações Práticas” no serviço onde decorrem os estágios. O objetivo da nossa ida a esta sessão foi o de aprofundar conhecimentos na área da ferida cirúrgica de CCP/ORL e do material a adequar às características de cada uma, tema relacionado com o nosso projeto de intervenção em serviço, contribuindo para atingir Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. No final solidificamos conhecimentos já adquiridos em contexto de trabalho, fortalecedores da necessidade de intervenção na prevenção das infeções do local cirúrgico e da rápida cicatrização, com redução de custos para a instituição.

A sessão foi realizada pelos Elos de Ligação da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas, pertencentes ao SCCP/ORL onde decorreram os estágios. Confirmou-se que a infeção do local cirúrgico aumenta o tempo de internamento e os gastos para as instituições. Que é imperativo uniformizar os cuidados de enfermagem na realização de pensos a feridas cirúrgicas, tendo sido dada mais relevância aos orostomas, tayoveres, enxertos e zonas dadoras, onde o preceito do cuidado ainda não está estabelecido em norma pelos enfermeiros desse serviço. Durante a formação foram sendo expostos alguns casos clínicos práticos para discussão/opinião em grupo do melhor material de penso a aplicar.

Pensamos que ao assistir a esta sessão de formação sedimentámos conhecimentos essenciais para atingir a competência específica do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (K.1 e K.3), uma vez que com a mesma adquirimos conhecimentos essenciais para a construção do nosso futuro procedimento de cuidados à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica.

Segue-se o comprovativo de presença nesta sessão.



DECLARAÇÕES DE PRESENÇA

Identificação do Serviço/Unidade: Serviço de CCP/ORL e Endocrinologia

**DECLARAÇÃO**

Para os devidos efeitos se declara que CARINA LOPES JOSÉ com a categoria profissional de Enfermeiro(a) participou no dia 31/03/ 2014 com a duração de 1 hora, na acção de formação intitulada “Uniformizar cuidados de enfermagem na realização de pensos cirúrgicos”.

Lisboa, 31 de Março de 2014

O Serviço:

Enfermeiro(a) Chefe  
(Enf.º Chefe)

A DSE

Enf.ª Directora  
(Enf.ª Directora)

## APÊNDICE XIV-AÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



## 3º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



### PLANO DE SESSÃO FORMATIVA

Higienização das Mãos

**Orientadora da ESS do IPS:**

Professora Mariana Pereira

**Orientadora de Estágio:**

Enfermeira Susana Miguel

**Elaborado por:**

Carina José nº 130519030

**Lisboa, Outubro 2014**

## INTRODUÇÃO

A presente proposta de intervenção pedagógica nasce no decorrer da realização do Projeto de Intervenção em Serviço, integrado no 3º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Nos últimos anos, o tema “feridas” foi alvo, por parte dos profissionais de saúde (e fabricantes de material de pensos) de muita investigação, tendo-se conseguido evoluir na melhoria da qualidade dos cuidados, com redução da dor, redução do tempo de cicatrização, das infeções e logo, aumento do conforto/satisfação pelo cliente.

O ponto nº2 do artigo 78.º do CDE declara que “ ... São valores universais a observar na relação profissional: (...) e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.” E no ponto nº3 que “São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; (...)”

Em entrevista exploratória não estruturada com o chefe do SCCP/ORL e com a orientadora de estágio ficou reforçada a ideia de que a melhoria dos cuidados à pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica é indispensável, uma vez que até existe no serviço, há mais ou menos de um ano e meio a esta data, um programa de controlo de infeção do local da cirúrgica (HELICS) e até já foi feito um estudo (no serviço) que revelou que “A população estudada foi de 137 doentes (...) A taxa de Infeção do Local Cirúrgico foi de 10,9%, correspondendo a 15 doentes (...)” (Cunha, Miguel & Ribeiro, 2012, p.8).

Deste modo esta proposta de intervenção pedagógica poderá ser também uma das abordagens possíveis para procurar prevenir ou reduzir a infeção da ferida cirúrgica, conseguindo-se atingir assim a competência K3 específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, incluindo todas as suas unidades de competência, que se baseia no maximizar da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Após aplicação da ferramenta de gestão/diagnóstico a FMEA e das observações aleatórias realizadas, através da grelha de observação construída referente ao procedimento dos cuidados realizados à pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica, na semana que decorreu de 5 a 11 de maio de 2014, durante o turno das manhãs, a 58 execuções de penso a pessoas de CCP/ORL com ferida cirúrgica, verificou-se que existiam défices na lavagem das mãos e na utilização correta das luvas.

O que nos motiva para a qualidade é querermos ser melhores profissionais, utilizando os recursos existentes – custo-efetividade, avaliando o impacto do nosso trabalho devendo ter em conta a prática baseada na evidência e a satisfação da pessoa. Face ao identificado decidimos, investir nesta proposta de intervenção pedagógica para o curso-Higienização das Mãos- esperando melhorar, no global, a qualidade dos cuidados prestados a estas pessoas através do aumento do cumprimento da norma da higienização das mãos proposta pela DGS.

Como metodologia de avaliação pretende-se realizar auditorias, utilizando a mesma grelha de observação aplicada na fase diagnóstica do PIS.

## POPULAÇÃO ALVO

A população alvo são todos os enfermeiros do SCCP/ORL e Endocrinologia que serão divididos em 5 grupos (uma formação para cada equipa do serviço).

## CRONOGRAMA

	FORA DE ESCALA	EQUIPA A	EQUIPA B	EQUIPA C	EQUIPA D
MÓDULO II	28/11/14	16/12/14	11/12/14	6/12/14	13/12/14

## PLANO DE SESSÃO FORMATIVA

**CURSO:** Higienização das mãos

<b>Módulo:</b>	Módulo I- Higienização das Mãos	
<b>Tema:</b>	Higienização das Mãos	
<b>Formador:</b>	Enf. <sup>a</sup> Carina José	<b>Duração:</b> 60 minutos
<b>Público-alvo:</b>	Enfermeiros do SCCP/ORL e Endocrinologia	
<b>Pré-Requisitos</b>	Todos os Enfermeiros do SCCP/ORL e Endocrinologia	

<b>Objetivo Geral:</b>	Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica, através do cumprimento da Circular Normativa nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 da DGS sobre: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde
<b>Objetivos Específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⤵ Sensibilizar para a importância da higiene das mãos, como medida preventiva de Infecções Associadas aos Cuidados Saúde (IACS)</li> <li>⤵ Promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada, abrangente e sustentada</li> <li>⤵ Reduzir em 10% as falhas detetadas durante a realização do penso à pessoa de CCP/ORL portador de ferida cirúrgica relativamente à higienização das mãos</li> </ul>

	Conteúdo	Métodos e Técnicas	Materiais e Equipamentos	Tempo
Introdução	Apresentação da temática e dos objetivos	Expositivo	PC e Videoprojector	5 Minutos
Desenvolvimento		Expositivo e Ativo: Trabalho de Grupo	PC e Videoprojector; Gel e luzes fluorescentes; Lavatório e sabão neutro para lavagem das mãos	40 Minutos
Conclusão	Síntese da temática	Expositivo	PC e Videoprojector	5 Minutos
Avaliação	Questões relativas à temática desenvolvida na sessão	Questionário de avaliação, realizado em grupo com correção direta por nós	PC, Videoprojector	10 Minutos

## Formação em serviço (CCP/ORL)

---

### Higienização das Mãos

#### Objetivos:

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica, através do cumprimento da Circular Normativa nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 da DGS sobre: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde

- Sensibilizar para a importância da higiene das mãos, como medida preventiva de Infeções Associadas aos Cuidados Saúde (IACS)
- Promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada, abrangente e sustentada
- Reduzir em 10% as falhas detetadas durante a realização do penso à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica relativamente à higienização das mãos.

**Data:** 28/11/14 **Hora:** 15h-16h

**Data:** 06/12/14 **Hora:** 16:30h-17:30h

**Data:** 11/12/14 **Hora:** 16:30h-17:30h

**Data:** 13/12/14 **Hora:** 16:30h-17:30h

**Data:** 16/12/14 **Hora:** 15h-16h

**Data:** 16/12/14 **Hora:** 16:30h-17:30h

**Destinatários:** Enfermeiros

---

**Formadora:** Enf.<sup>a</sup> Carina José

# SESSÃO FORMATIVA: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



**HIGIENIZAÇÃO  
DAS MÃOS**

Ano: 2º ano  
Semestre: 3º semestre  
Prof.ª Orientadora: Mariana Pereira  
Orientadora de Estágio: Susana Miguel

Elaborado Por:  
Carina José;

Lisboa, Novembro de 2014

## OBJETIVO GERAL

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas de CCP/ORL com ferida cirúrgica, através do cumprimento da Circular Normativa nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 da DGS sobre: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde





## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar para a importância da higiene das mãos, como medida preventiva de Infecções Associadas aos Cuidados Saúde (IACS)
- Promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada, abrangente e sustentada
- Reduzir em 10% as falhas detetadas durante a realização do penso à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica relativamente à higienização das mãos



## OS DADOS...

Durante o período de 5 a 11 de maio de 2014, foi realizada observação aleatória, durante o turno das manhãs, a 58 execuções de penso a pessoas de CCP/ORL com ferida cirúrgica.

Das observações no SCCP/ORL relativamente à etapa higiene das mãos durante os cuidados à pessoa com ferida operatória:

- Em 34,48% ela não foi realizada no início do procedimento
- Em 100% a meio do procedimento
- Em 31% não se verificou no fim do processo



## OS DADOS...

Em relação à preparação do material:

➤ 39,65% não foi realizado atempadamente e em que destes 65,21%(15 situações) não retiraram as luvas com que estavam a realizar o procedimento.

Relativamente à remoção das luvas após retirar penso conspurcado:

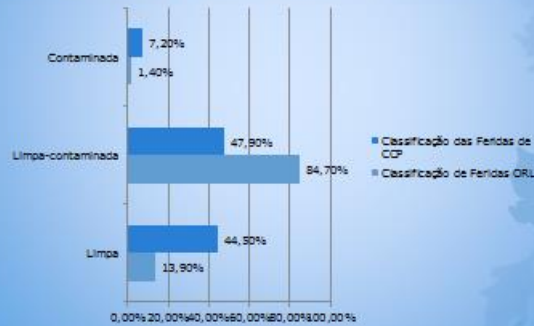
➤ 43,10% continuou o procedimento com as mesmas luvas.



## OS DADOS...

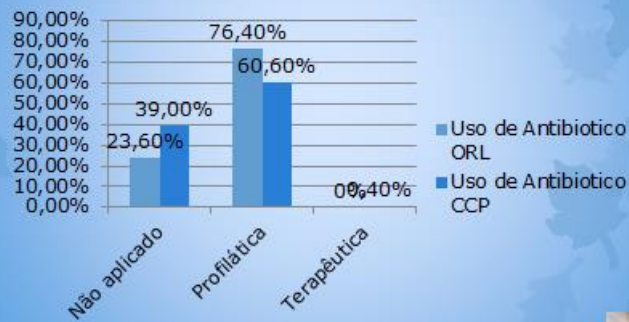
Da comissão infecção hospitalar da Instituição do estágio III relativamente ao ano de 2013:

No total de 288 cirurgias de ORL e 236 de CCP...



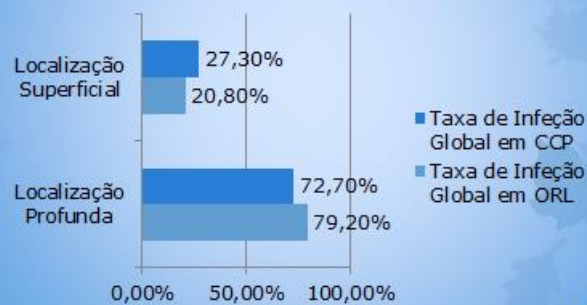
## OS DADOS...

Da comissão infecção hospitalar da Instituição do estágio III relativamente ao ano de 2013:



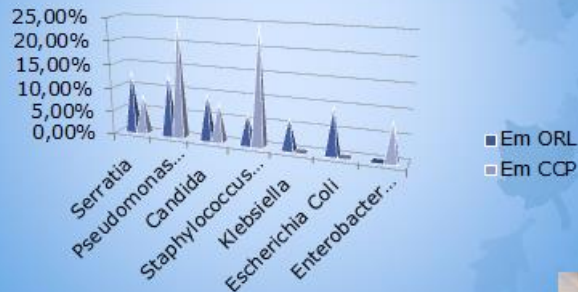
## OS DADOS...

Da comissão infecção hospitalar da Instituição do estágio III relativamente ao ano de 2013:



## OS DADOS...

Da comissão infeção hospitalar da Instituição do estágio III relativamente ao ano de 2013, os Agentes Microbianos mais frequentemente isolados:



## OS DADOS...

Da comissão infeção hospitalar da Instituição do estágio III relativamente ao ano de 2013: O tempo médio em dias de internamento no pós operatório:



## OS DADOS...

IACS na Europa:

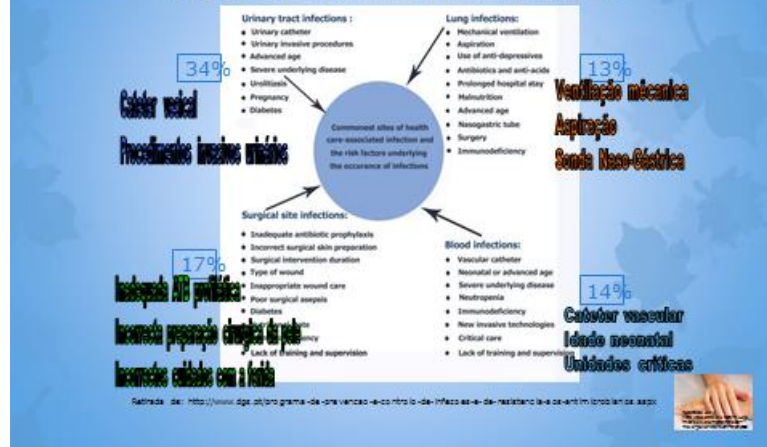
- ✓ 4 milhões de pessoas por ano têm uma IACS;
- ✓ 16 milhões de dias extra de internamento;
- ✓ 37.000 mortes por ano;
- ✓ Impacto económico anual estimado – 5,5 biliões de euros.

Fonte: ECDC Annual Epidemiological Report 2008 and Monnet DL, ECDC (preliminary estimate)



## OS DADOS...

### IACS mais frequentes e factores de risco...



## Curiosidades...

✓ As mãos são o **veículo mais comum de transmissão cruzada** de agentes infecciosos associados às IACS

✓ Microrganismos presentes em áreas intactas da pele da pessoa: 100-1 milhão (ufc/cm<sup>2</sup>) (*S. aureus*, *P. mirabilis*, *Klebsiella* spp *Acinetobacter* spp.);

Dados retirados de: <http://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>



## Curiosidades...

✓ O ambiente envolvente da pessoa fica contaminado pelos microrganismos da própria, especialmente por *Staphylococcus* e por *Enterococcus*. **(Não esquecer que a principal fonte de contaminação no ambiente resulta da descamação da pele das pessoas presentes)**

Dados retirados de: <http://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>



## Curiosidades...

- ✓ Num hospital geral, 29% dos profissionais transportam nas mãos *Staphylococcus aureus* (contagem média 3.800 ufc) e 17-30% transportam bacilos Gram negativo
- ✓ Ao longo do contacto com as pessoas ou com as superfícies contaminadas, os microrganismos podem sobreviver nas mãos por períodos de tempo que variam entre 2-60 min.

Dados retirados de: <http://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>



## Curiosidades...

- ✓ Em vários surtos, foi demonstrado que a transmissão de microrganismos entre clientes e pelo ambiente, ocorreu através das **mãos** dos **profissionais de saúde**

Dados retirados de: <http://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>

## Mãos limpas

lave as mãos, proteja-se e salve vidas

Lavagem com água e sabão ou com solução alcoólica apropriada antes e depois de cada contacto



Retirada de: <http://www.ans.gov.br/mo-hs/2010/07/14/10-07-14-01>



## CASO PRÁTICO



## ZONAS ESQUECIDAS DURANTE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



- Não esquecida
- Menos frequentemente esquecida
- Mais frequentemente esquecida

## Curiosidades...

O **tempo** = principal obstáculo para a higiene das mãos



A adequada lavagem das mãos com água e sabão requer: 40-60 seg

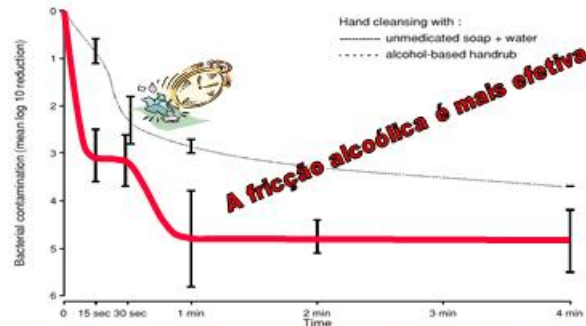
**Tempo médio dispendido pelos profissionais é de < 10 seg.**

Dados retirados de: <http://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>



## OS DADOS...

Tempo aplicado na higiene das mãos segundo o método e redução da contaminação bacteriana



Pittet and Boyce, Lancet Infectious Diseases 2001

## DESAFIO DA OMS

- ❖ Tornar a higiene das mãos uma ação fácil e inerente à prática diária;
- ❖ Interiorizar os "5 Momentos para a Higiene das Mãos" para quebrar a transmissão da infeção;
- ❖ 100 % de adesão à prática da Higiene das mãos;
- ❖ Prevenir as infeções e as resistências aos antibióticos através da higiene das mãos.



### Modelo conceptual da OMS para a higiene das mãos

#### Conceito dos "Cinco Momentos"



Retirado de: <http://www.anelab.hospitaldiversidade.com.br/higiene-das-maos-dg>



## OS 5 MOMENTOS...



Ô les mains !



A limpeza e a higiene das mãos são uma das armas mais poderosas no combate às infecções cruzadas e logo à prevenção de infecção das feridas cirúrgicas.

Retirado de: <http://pt.dreamstime.com/imagem-da-estocin-veja-by-free-m-lu-Q-16-K6-icone-lra-lid-o-atente-i-mage-259-05-026>

## IMPLICAÇÕES PROFISSIONAIS E ÉTICAS

*"...Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes... previne complicações para a saúde..." OE (2001)*



## RECOMENDAÇÕES GERAIS DA DGS

- ❖ Mãos visivelmente sujas, implicam sempre a lavagem com água e sabão;
- ❖ As unhas devem estar curtas e limpas. não devem ser usadas unhas artificiais, anéis ou outros adornos, que dificultam a higienização das mãos;
- ❖ Usar luvas sempre que antecipar que vai entrar em contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos, membranas mucosas ou pele não intacta (feridas).



## RECOMENDAÇÕES GERAIS DA DGS

- ❖ O uso de luvas **obriga à higienização prévia das mãos** (não substitui a necessidade de higienizar as mãos);
- ❖ Após o uso / entre a troca de luvas deve higienizar **sempre** as mãos;
- ❖ Substituir as luvas quando cuidar de um local contaminado e passar para um local limpo, no mesmo cliente
- ❖ Recomenda-se a aplicação de creme hidratante nas mãos no final das atividades de trabalho.



medidas simples  
salvam vidas



Imagem de mão lavada: <http://www.amanhã.com.br> 2011.02.amanhã.com.br



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Barroso, Felisbela (2013). Campanha para a melhoria da higienização das mãos – 5 anos. CHS, CCI.
- ✓ Centro Hospitalar de Setúbal (2006). Procedimento para higienização das mãos. CIF 14
- ✓ Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (2011). Manual de Boas Práticas em controlo de infeção hospitalar. Instituto Português de Oncologia, Lisboa.
- ✓ Conceição de Enfermagem, DIVULGAR, (Dezembro 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Recuperado a 18 de março de 2014 em Direção Geral da Saúde - Circular Normativa nº 15/DG3/D3D de 14/06/2010, e respetivo documento de apoio <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- ✓ ECDC Annual Epidemiological Report 2008 and Morner DL, ECDC (preliminary estimate)



## QUESTIONÁRIO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1-O ambiente envolvente da pessoa fica contaminado pelos microrganismos da própria, especialmente por *Staphylococcus* e por *Enterococcus*

**Verdadeira**

2- As mãos são o veículo menos comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos associados às IACS

**Falsa**

3- Ao longo do contacto com os clientes ou com as superfícies contaminadas, os microrganismos podem sobreviver nas mãos por...:

A- Períodos de tempo que variam entre 2-60 min

B- Períodos de tempo que variam entre 2-40 min

## QUESTIONÁRIO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

4-A fricção antisséptica das mãos deve ser realizada entre:

A-20 a 30 segundos

B-15 a 20 segundos

C-20 a 25 segundos

5-A lavagem das mãos com água e sabão neutro deve ser realizada entre:

A-20 a 30 segundos

B-30 a 60 segundos

C-40 a 60 segundos

## QUESTIONÁRIO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

6-Segundo a OMS os 5 momentos para a higiene das mãos são:

A- Antes do contacto como o doente, antes de contactos limpos ou assépticos, após o risco de exposição a fluídos orgânicos, após contacto com o doente; após contacto com o ambiente do doente

B- Antes do contacto como o doente, após de contactos limpos ou assépticos, antes do risco de exposição a fluídos orgânicos, após contacto com o doente; após contacto com o ambiente do doente

## QUESTIONÁRIO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

7- O uso de luvas não obriga à higienização prévia das mãos

Falsa

8- Após o uso / entre a troca de luvas deve higienizar-se sempre as mãos

Verdadeira

9- Os incorretos cuidados à ferida é um dos fatores de risco para o aumento das IACS

Verdadeira

**OBRIGADA!**



	DECLARAÇÕES DE FORMADOR
--	-------------------------

Identificação do Serviço/Unidade: Serviço de CCP/ORL e Endocrinologia

**DECLARAÇÃO**

Para os devidos efeitos se declara que CARINA LOPES JOSÉ com a categoria profissional de enfermeiro(a) foi formador(a) no dia 28 / 11/ 2014, 06/12/2014, 11/12/2014, 13/12/2014 e 16/12/2014 com a duração de 1 hora cada, na ação de formação intitulada “Higienização das mãos”

Lisboa, 16 de Dezembro de 2014

O Serviço: \_\_\_\_\_  
(Enf.ª Chete)

A DSE: \_\_\_\_\_  
(Enf.ª Directora)

APÊNDICE XV-AÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE REGISTOS DE ENFERMAGEM  
DA PESSOA DE CCP/ORL PORTADORA DE FERIDA CIRÚRGICA





## 3º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



### PLANO DE SESSÃO FORMATIVA

Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida  
Cirúrgica

**Orientadora da ESS do IPS:**

Professora Mariana Pereira

**Orientadora de Estágio:**

Enfermeira Susana Miguel

**Elaborado por:**

Carina José nº 130519030

**Lisboa, Outubro 2014**

## INTRODUÇÃO

A presente proposta de intervenção pedagógica nasce no decorrer da realização do Projeto de Intervenção em Serviço, integrado no 3º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Quando desenvolvemos um projeto no contexto de cuidados de saúde devemos realizar uma análise integrada das necessidades da população, na perspetiva de desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e a equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população. (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.10)

Existe na instituição desde 10/3/2014 uma Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas cujo objetivo é "... proporcionar cuidados ativos e coordenados a doentes com feridas, recorrendo a metodologias de intervenção integradas, através da aplicação de conhecimentos especializados e prestação de cuidados de excelência, numa associada e beneficiada relação custo-qualidade." (p.1 do Regulamento Interno da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas do IPOFG, EPE).

A avaliação da ferida-um registo escrito ou figura do progresso da ferida-é um progresso cumulativo de observação, colheita de dados e avaliação. É também um componente importante dos cuidados do paciente. A avaliação da ferida inclui um registo da sua avaliação inicial, alterações que venham a acontecer e intervenções de tratamento. (Baranoski & Ayello, 2006, p.93)

O artigo 83.º do CDE diz que "O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: (...) d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas;(..." Baranoski & Ayello (2006, p.94) referem que "Uma avaliação mínima da ferida deve incluir o seguinte: uma visão minuciosa de todo o paciente, etiologia ou tipo de ferida e as características da ferida como a localização, o tamanho, a profundidade, o exsudado e o tipo de tecido."

Após aplicação da FMEA e da grelha elaborada de observação aos registos de enfermagem das pessoas de CCP/ORL com ferida operatória, realizada no dia 5 de Abril, verificou-se que são relatos estáticos, incompletos, não se conseguindo visualizar a evolução da ferida de acordo com o tratamento realizado, podendo ocorrer falhas no diagnóstico da situação



e/ou na escolha de material/penso a aplicar. Falhas essas cruciais para a qualidade do cuidado à pessoa portadora deste tipo de ferida.

Um projeto em saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo, tendo as seguintes características: produzir benefícios que possam perdurar e que mesmo na ausência do projeto possam perpetuar os seus efeitos; criar dinâmica para outras iniciativas na equipa multidisciplinar, particularmente nos Enfermeiros; e por fim, permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível, de modo autónomo tendo em conta os recursos existentes. (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.10)

Face a estes resultados e tendo em conta o referido anteriormente confirmamos a necessidade de intervenção nos registos de enfermagem da pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica, propondo como intervenção pedagógica o curso - Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Operatória - esperando melhorar, no global, a qualidade dos registos de enfermagem, e logo, dos cuidados prestados a estes clientes.

Como metodologia de avaliação do curso optou-se por aplicar novamente a grelha elaborada de avaliação dos registos, aplicada antes da realização do curso.

## **POPULAÇÃO ALVO**

A população alvo são todos os enfermeiros do SCCP/ORL e Endocrinologia que serão divididos em 5 grupos (uma formação para cada equipa do serviço).

## **CRONOGRAMA**

	<b>FORA DE ESCALA</b>	<b>EQUIPA A</b>	<b>EQUIPA B</b>	<b>EQUIPA C</b>	<b>EQUIPA D</b>
<b>MÓDULO II</b>	17/11/14	20/11/14	25/11/14	22/11/14	19/11/14

## PLANO DE SESSÃO FORMATIVA

**CURSO:** Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica

<b>Módulo:</b>	Módulo II- Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica	
<b>Tema:</b>	Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica	
<b>Formador:</b>	Enf. <sup>a</sup> Carina José	<b>Duração:</b> 60 minutos
<b>Público-alvo:</b>	Enfermeiros do SCCP/ORL e Endocrinologia	
<b>Pré-Requisitos</b>	Todos os Enfermeiros do SCCP/ORL e Endocrinologia	

<b>Objetivo Geral:</b>	Melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas de CCP/ORL com ferida cirúrgica, através da melhoria dos registos de enfermagem
<b>Objetivos Específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>⤵ Uniformizar os registos de Enfermagem da pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica através da utilização da folha de registo de feridas existente na instituição</li><li>⤵ Otimizar do tempo despendido pelos enfermeiros a realizar os registos dos cuidados prestados à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica com a utilização da folha de registo de feridas existente na instituição</li><li>⤵ Melhorar em 10% a qualidade dos registos de enfermagem da pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica.</li></ul>

	Conteúdo	Métodos e Técnicas	Materiais e Equipamentos	Tempo
Introdução	Apresentação da temática e dos objetivos	Expositivo	PC e Videoprojector	5 Minutos
Desenvolvimento		Expositivo e Ativo: Trabalho de Grupo	PC e Videoprojector; Documentos de aporte teórico e casos clínicos; Folha diária de registos de enfermagem; Folha de Registo de Avaliação e Tratamento de Feridas - Guia de Orientação elaborada pela Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas Guia orientador de avaliação e registo	45 Minutos
Conclusão	Síntese da temática	Expositivo	PC e Videoprojector	5 Minutos

# Formação em serviço (CCP/URL)

---

## Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/URL Portadora de Ferida Cirúrgica

### Objetivos:

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com ferida cirúrgica do SCCP/URL, através da melhoria dos registos de enfermagem com o...

- Uniformizar dos registos de Enfermagem da pessoa de CCP/URL portadora de ferida cirúrgica através da utilização da folha de registo de feridas existente na instituição
- Otimizar o tempo despendido pelos enfermeiros a realizar os registos dos cuidados prestados à pessoa de CCP/URL portadora de ferida cirúrgica com a utilização da folha de registo de feridas existente na instituição
- Melhorar em 10% a qualidade dos registos de enfermagem da pessoa de CCP/URL com ferida cirúrgica

**Data:** 17/11/14 **Hora:** 15h-16h

**Data:** 19/11/14 **Hora:** 16:30h-17:30h

**Data:** 20/11/14 **Hora:** 16:30h-17:30h

**Data:** 22/11/14 **Hora:** 16:30h-17:30h

**Data:** 25/11/14 **Hora:** 16:30h-17:30h

**Destinatários:** Enfermeiros

---

**Formadora:** Enf.<sup>a</sup> Carina José

# SESSÃO FORMATIVA: REGISTOS DE ENFERMAGEM DA PESSOA DE CCP/URL PORTADORA DE FERIDA CIRÚRGICA



## OBJETIVO GERAL

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas de CCP/URL com ferida cirúrgica, através da melhoria dos registos de enfermagem



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Uniformizar dos registos de Enfermagem da pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica através da utilização da folha de registo de feridas existente na instituição
- Otimizar do tempo despendido pelos enfermeiros a realizar os registos dos cuidados prestados à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica com a utilização da folha de registo de feridas existente na instituição
- Melhorar em 10% a qualidade dos registos de enfermagem da pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica



## IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS

“A investigação é hoje possível devido à existência de registos de enfermagem que são definidos como forma de comunicação escrita, e quando corretamente elaborados permitem a individualização dos cuidados de enfermagem e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente.”

TORRES e REIS (2002)



## IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS

A elaboração dos registos encontra-se legislada no Decreto Lei N.º 248/2009 que atualmente regulamenta a Carreira de Enfermagem, no Decreto de Lei N.º161/96 que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (R.E.P.E.) e no decreto lei N.º104/98 (Ordem dos Enfermeiros) alterado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro em Diário da República. Tem assim a elaboração dos registos enquadramento legal contemplado na lei portuguesa.



## FINALIDADE DOS REGISTOS

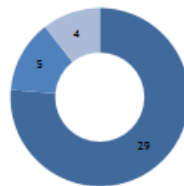
“Proporcionar um meio de comunicação entre os membros da equipa; Contribuir com a informação para o diagnóstico de enfermagem e médico; Facilitar o planeamento coordenado e a continuidade dos cuidados; Contribuir para a avaliação dos cuidados prestados; Servir como documento legal; Rever a utilização eficaz de práticas e facultar dados úteis para a investigação; Servir como fonte de aprendizagem.”

Albuquerque, A. & Delgado, R. (1998)



## OS DADOS...

A observação aos registos de enfermagem da pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica foi realizada no dia 5 de Abril, onde dos 38 clientes internados destas especialidades:



■ Portadores de Ferida Cirúrgica  
■ Portadores de Ferida Maligna  
■ Pré-Operatório

## OS DADOS...

- Uma observação por processo a 29 processos
- Data de verificação dos registos aleatória
- Apenas pessoas no pós-operatório
- Os registos do turno da manhã



## OS DADOS...

“Na avaliação da lesão é importante que o profissional classifique a ferida e identifique o estágio da cicatrização (...) para que possa realizar uma estimativa do processo cicatricial e quais os fatores que irão interferir neste processo. (...) Essa avaliação deve vir acompanhada de um registro minucioso sobre a ferida que descreva a localização, etiologia, tamanho, tipo, a coloração de tecido no leito da lesão, quantidade e característica do exsudato, odor, aspeto da pele ao redor, entre outros, (...)”

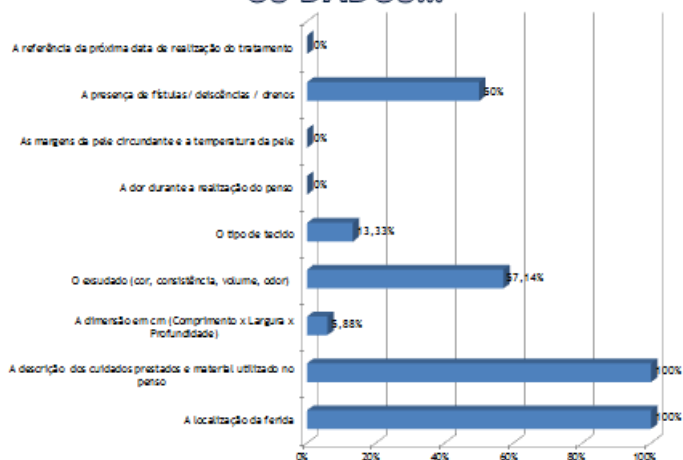
Campos, More, & Arruda (2008)



## GRELHA DE OBSERVAÇÃO AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM DO DOENTE DE CCP/ORL COM FERIDA CIRÚRGICA

	C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Três dias	0	1	
Localização																									
Dimensão em cm (Comprimento x Largura x Profundidade)																									
Exsudado (cor, consistência, volume, odor)																									
Tipo de tecido																									
Dor																									
Margens de pele circundante/temperatura da pele																									
Presença de fístulas/ deslindas/ drenos																									
Descrição da realização dos cuidados prestados e material utilizado no penso																									
Referência da próxima data de realização do tratamento																									

## OS DADOS...





## FOLHA DE REGISTO DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

“...tem como principais objetivos:

- Contribuir para a uniformização dos cuidados ao doente com feridas
- Melhorar a monitorização das feridas
- Facilitar aos enfermeiros o registo de feridas (...)

Destina-se ao registo de apenas uma ferida (salvo algumas exceções muito específicas). Desta nova folha fazem parte dois modelos:



## FOLHA DE REGISTO DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS (FRENTE)

**FOLHA DE REGISTO DE FERIDAS - Nº**

Nome do doente: \_\_\_\_\_  
Número de registo: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Etiologia da Ferida**

Cirúrgica     Úlcera de Pressão  
 Maligna     Categoria   
 Radioterápica     Úlcera de Fumadura     Outra

**Sintomas Relacionados**

Dor     Calor/vermelheza  
 Inchaço     Ardemência  
 Outros     Incontinência

**Localização da Ferida**

Diagrama de localização da ferida com ícones de cabeça, tronco e membros.

**Principais problemas relacionados com a ferida (identificar pelo menos 2):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Outras Especificações / Observações:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Intervenções e avaliação de Efeitos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## FOLHA DE REGISTO DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS (VERSO)

**Observações e Tratamentos**

Observação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nome do doente: _____												
Número de registo: _____												
Data: ____/____/____												
Nome do enfermeiro: _____												
Assinatura: _____												
Profissão: _____												
Observações:												
Tratamentos:												
Problemas relacionados:												
Outras observações:												

## CASO PRÁTICO



### VAMOS FAZER O REGISTO DA FERIDA (1º CASO)...

O penso no 1º caso era feito segunda, quarta e sexta, com mel em compressa, hidrofibra, espuma poliuretano, e copolímero acrílico cotonete protegendo a pele. No último dia só com mel e espuma. Quando havia tecido morto era feito desbridamento cortante.

### VAMOS FAZER O REGISTO DA FERIDA (1º CASO)...



Foto de 1/6/2011 fornecida pela coordenadora da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

**VAMOS FAZER O REGISTO DA FERIDA (1º CASO)...**



Foto de 6/6/2011 fornecida pela coordenadora de Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

**VAMOS FAZER O REGISTO DA FERIDA (1º CASO)...**



Foto de 8/6/2011 fornecida pela coordenadora de Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

**VAMOS FAZER O REGISTO DA FERIDA (1º CASO)...**



Foto de 17/6/2011 fornecida pela coordenadora de Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

## VAMOS FAZER O REGISTO DA FERIDA (2º CASO)...

O 2º caso foi sempre tratado com L- Mesitran, hidrofibra e compressas. Penso diário.

## VAMOS FAZER O REGISTO DA FERIDA (2º CASO)...



Foto de 18/7/2011 fornecida pela coordenadora da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

## VAMOS FAZER O REGISTO DA FERIDA (2º CASO)...



Foto de 19/7/2011 fornecida pela coordenadora da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas



## VAMOS FAZER O REGISTO DA FERIDA (2º CASO)...



Foto de 28/7/2011 fornecida pela coordenadora da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

## VAMOS FAZER O REGISTO DA FERIDA (2º CASO)...



Foto de 28/7/2011 fornecida pela coordenadora da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

## CONCLUSÃO

A Folha de Registos de Avaliação e Tratamento possibilita:

- Registos precisos que permitem continuidade dos cuidados
- Redução do tempo da realização do registo
- Possibilidade de obtenção de dados para análise de casos-investigação
- Visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados.

A importância dos registos é vital, devendo estes ser rigorosos, completos e realizados corretamente, pois são o testemunho escrito da prática de Enfermagem.

Dias et al. (2001)



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A. & Delgado, R. (1998). Guia Orientador Sobre Registos de Enfermagem. Revista Referencia. Nº1 setembro, 83-84
- Campos, A. A. G., More, F. & Arruda, S.S. (2008). Protocolo de Cuidados de Feridas. Florianópolis: Secretaria Municipal da Saúde. Recuperado a 18 de março de 2014 em [http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26\\_10\\_2009\\_10\\_46\\_46\\_f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10_46_46_f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf)
- Equipa Multidisciplinar de Estudo e tratamento de (2010). Folha de Registo de Avaliação e Tratamento de Feridas - Guia de Orientação.
- Torres, M.R. & Reis, M.B.P. (2002). Reflexão sobre a Importância dos Registos de Enfermagem. Revista Sinais Vitais, 41, 57-59.



## QUESTIONÁRIO SOBRE REGISTOS DE ENFERMAGEM

1-A investigação é hoje possível devido à existência de registos de enfermagem.

**Verdadeira**

2-Os registos de enfermagem não são um símbolo da profissão.

**Falsa**

3-A elaboração dos registos tem enquadramento legal contemplado na lei portuguesa.

**Verdadeira**



## QUESTIONÁRIO SOBRE REGISTOS DE ENFERMAGEM

4-A avaliação da ferida deve ser acompanhada de um registo minucioso que descreva a:

A-localização, etiologia, tamanho, tipo, a coloração de tecido no leito da lesão, quantidade e característica do exsudato, odor, dor

B-localização, etiologia, tamanho, tipo, a coloração de tecido no leito da lesão, quantidade e característica do exsudato, odor



## QUESTIONÁRIO SOBRE REGISTOS DE ENFERMAGEM

5-A folha de registo de avaliação e tratamento de feridas tem como principais objetivos:

Contribuir para a uniformização dos cuidados à pessoa com feridas

Melhorar a monitorização das feridas

Facilitar aos enfermeiros o registo de feridas

Todas as anteriores



## OBRIGADA!



DECLARAÇÕES DE FORMADOR

Identificação do Serviço/Unidade: Serviço de CCP/ORL e Endocrinologia

**DECLARAÇÃO**

Para os devidos efeitos se declara que CARINA LOPES JOSÉ com a categoria profissional de enfermeiro(a) foi formador(a) no dia 17/11/2014, 19/11/2014, 20/11/2014, 22/11/2014 e 25 / 11/ 2014, com a duração de 1 hora cada, na ação de formação intitulada “Registos de Enfermagem do doente de CCP/ORL portadores de ferida operatória”.

Lisboa, 25 de Novembro de 2014

O Serviço: \_\_\_\_\_  
(Enf.º Chefe)

A DSE: \_\_\_\_\_  
(Enf.ª Directora)



APÊNDICE XVI-PROCEDIMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À  
PESSOA DE CCP E ORL COM FERIDA CIRÚRGICA

## PROCEDIMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA PORTADORA DE FERIDA CIRÚRGICA (ESPECIFICIDADES DAS FERIDAS CIRURGIAS NOS SERVIÇOS DE CABEÇA E PESCOÇO E OTORRINOLARINGOLOGIA)

### INTRODUÇÃO

As cirurgias destes serviços são muito específicas. Na maior parte das vezes as suturas operatórias resultantes tornam-se complexas, são irregulares e estão próximas de áreas abertas como a cavidade oral e nasal, sendo acompanhadas de estomas nada facilitadores da cicatrização mas sim da probabilidade acrescida de deiscências, fistulas e infeções, causada pela presença constante de secreções e/ou saliva no leito das mesmas.

A classificação de contaminação da ferida cirúrgica pode ser um fator de risco para a Infeção do Local Cirúrgico, na medida que o grau de contaminação desta está diretamente relacionado com a taxa de incidência de Infeção do Local Cirúrgico. Em cirurgia cervicofacial a proximidade do trato aerodigestivo com a ferida cirúrgica é estreita, existindo um risco elevado de contaminação desta. (Para Cunha, Miguel & Ribeiro, 2012, p.7)

A sua vigilância deve ser diária face ao anteriormente descrito.

Gogia (2003, p.65) afirma que “O paciente cirúrgico de alto risco frequentemente encontra a deiscência da ferida como uma complicação importante.” Ainda para o mesmo autor “A cicatrização é um processo complexo, afetado por diversos fatores. Quando as feridas não cicatrizam adequadamente, o peso físico e financeiro da hospitalização é aumentado tremendamente. Isto impõe um desafio difícil para os profissionais de saúde.” (Gogia, 2003, p.66). De entre os vários fatores, locais e sistêmicos que influenciam negativamente processos cicatriciais referidos por Blanck (2009, p.272-273), destacam-se o tabaco, o álcool, a idade avançada, a má nutrição, as neoplasias, as doenças crónicas associadas como a hipertensão e a diabetes, entre outras co morbilidades presentes nestes doentes.

O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; (...) (Artigo 88.º do CDE)

Existe na instituição desde 10/3/2014 uma Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas cujo objetivo é “... proporcionar cuidados ativos e coordenados a doentes

com feridas, recorrendo a metodologias de intervenção integradas, através da aplicação de conhecimentos especializados e prestação de cuidados de excelência, numa associada e beneficiada relação custo-qualidade.” (p.1 do Regulamento Interno da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas).

Dado não existir na organização nenhuma norma ou procedimento sobre cuidados a pessoas portadoras de ferida cirúrgica, é criado este procedimento específico para a pessoa do SCCP/ORL portadora desse tipo de ferida, e que com a aprovação da equipa dessa mesma consulta multidisciplinar, passe a fazer parte integrante das futuras normas de cuidados à pessoa portadora de ferida cirúrgica da Instituição.

### **OBJETIVOS**

- Orientar para as especificidades dos cuidados de enfermagem à pessoa com ferida cirúrgica na área de CCP/ORL;
- Uniformizar critérios que otimizem a cicatrização e previnam as complicações do local cirúrgico;
- Manter o conforto e bem-estar da pessoa do SCCP/ORL sujeita a estes cuidados.

### **PRINCÍPIOS A CONSIDERAR NO TRATAMENTO LOCAL DA FERIDA CIRURGICA**

- Cuidados diários no turno da manhã e/ou noutros turnos se necessário;
- Conhecer o processo clínico da pessoa de forma a individualizar os cuidados;
- Realizar sempre que possível o penso na sala de tratamentos do serviço;
- Promover a privacidade da pessoa;
- Proporcionar ambiente calmo e de bem-estar;
- Se adequado, manter a pessoa informada sobre a evolução da ferida, respondendo a questões colocadas;
- Garantir que estão asseguradas as condições de higiene do local onde vão decorrer os cuidados;
- Utilizar material adequado a cada tipo de ferida cirúrgica;
- Executar o procedimento com técnica assética;

- Limpar a ferida com o menor atrito possível de forma a evitar traumatismo dos tecidos em fase de cicatrização e sempre da superfície menos contaminada para a mais contaminada;
- Pontos e agrafos de suturas na face e pescoço são retirados a partir dos 8 dias e nos peitorais a partir dos 15 dias após cirurgia, em média, mas sempre com indicação do cirurgião;
- Limpar em movimentos circulares a zona dos drenos sempre da área proximal para a distal;
- Retirar drenos sempre com indicação médica, com consequente aplicação de penso simples no local do ex-dreno;
- Limpar sempre todas as áreas da ferida e circundantes com soro fisiológico;
- Perante traqueotomia/traqueostomia realizar cuidados traqueais, seguindo a norma existente e sempre que possível no final dos cuidados à ferida cirúrgica. Caso não seja possível a sua realização no fim do procedimento, tentar separar os diferentes pensos, não levantando o penso da ferida até os cuidados traqueais estarem realizados.

## **MATERIAL E EQUIPAMENTO**

A sala de tratamentos do SCCP/ORL dispõe de todo o material necessário à execução deste tipo de pensos, salientando Kits esterilizados de cuidados traqueais e de penso com pinças adequadas, cadeiras adequadas para correto posicionamento e conforto dos doentes e profissionais e candeeiros articulados para correta iluminação dos mesmos.

## **AÇÕES**

Este procedimento deve ter em conta as orientações de execução e as especificidades de acordo com cirurgia realizada referidas anteriormente.

DE AÇÕES ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conduzir a pessoa à sala de tratamentos ou conduzir o material até à pessoa;</li> <li>2. Instalar a pessoa na cadeira que lhe é destinada, correr o cortinado da zona de tratamento e expor apenas a área a cuidar;</li> <li>3. Explicar à pessoa como vão ser os cuidados realizados;</li> <li>4. Lavar as mãos;</li> <li>5. Retirar o penso sujo da ferida operatória com luvas limpas;</li> <li>6. Avaliar as características do penso retirado, da ferida e pele circundante;</li> <li>7. Remover as luvas e lavar as mãos;</li> <li>8. Se necessário colher zaragatoa após observação e indicação médica;</li> <li>9. Preparar o material na mesa a utilizar durante a execução do penso;</li> <li>10. Proceder à limpeza e desinfeção da ferida como referido anteriormente (com luvas esterilizadas ou material de Kit esterilizado de penso);</li> <li>11. Remover agrafos, pontos ou drenos se indicação;</li> <li>12. Explicar à pessoa como está a evolução da ferida;</li> <li>13. Aplicar material de penso adequado, conforme indicação da equipa multidisciplinar e indicações do material;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestão do tempo;</li> <li>2. Facilitar a execução do procedimento e promover a privacidade;</li> <li>3. Diminuir a ansiedade e favorecer a colaboração da pessoa durante os cuidados;</li> <li>4. Prevenir a contaminação;</li> <li>5. Prevenir a infeção da ferida;</li> <li>6. Monitorizar a evolução da cicatrização da ferida;</li> <li>7. Prevenir a contaminação;</li> <li>8. Monitorização das características bacteriológicas do exsudado;</li> <li>9. Facilitar a execução do procedimento;</li> <li>10. Remover microrganismos, evitar infeção e facilitar a cicatrização;</li> <li>11. Facilitar a cicatrização e evitar infeção;</li> <li>12. Reduzir ansiedade, facilitando o acreditar na cura;</li> <li>13. Facilitar a cicatrização e evitar infeção;</li> </ol>

<p>14. Colocar o material utilizado e conspurcado na bacia com desinfetante próprio existente na zona dos sujos da sala de tratamentos;</p> <p>15. Remover as luvas;</p> <p>16. Lavar as mãos;</p> <p>17. Ajudar a pessoa a ir para a unidade se necessário e perceber o seu bem-estar relativamente aos cuidados prestados;</p> <p>18. Lavar as mãos.</p>	<p>14. Permitir a descontaminação do material a ser reutilizado;</p> <p>15. Evitar contaminação;</p> <p>16. Prevenir transmissão cruzada de microrganismos;</p> <p>17. Retirar dúvidas caso existam facilitando a relação Enf<sup>o</sup>-Pessoa;</p> <p>18. Prevenir transmissão cruzada de microrganismos.</p>
--	--

#### ACÇÕES ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM A CIRÚRGIA REALIZADA

<p><b>Nas Tiroidectomias (totais ou parciais); Parotidectomias (superficiais ou radicais); Esvaziamentos Cervicais (radicais, modificados ou funcionais)</b></p>	<p><b>Justificação</b></p>
<p>1. O penso operatório deve ser levantado no dia a seguir à cirurgia para observação das suturas e pele circundante;</p> <p>2. O penso deve ser refeito com: Limpeza com soro fisiológico, aplicação de pele plástica, se sutura de bordos unidos e não sangrantes ou aplicação de compressa não aderente/absorvente se bordos sensíveis e/ou sangrantes. Para fixar, utilizar adesivo tecido ou película de poliuretano filme;</p> <p>3. Na presença de dreno(s) este(s) retira(m)-se ao 2<sup>o</sup>/3<sup>o</sup> dia pós-operatório com drenado inferior a 40 ml nas 24 horas, mas apenas com indicação médica;</p> <p>4. Se sutura intradérmica retiram-se as pontas apenas após indicação médica (pode variar entre o 3<sup>o</sup> dia e o 21<sup>o</sup> dia pós-</p>	<p>1. Vigiar local operado;</p> <p>2. Prevenir infeção;</p> <p>3. Reduzir complicações;</p> <p>4. Evitar deiscência;</p>

<p>operatório);</p> <p>5. Os agrafos e/ou pontos normalmente são retirados ao 8º dia pós-operatório, mas se a pessoa foi submetida a tratamento de radioterapia previamente à cirurgia, estes só devem ser retirados após os primeiros 12 dias, mas sempre com indicação médica;</p> <p>6. A aplicação de gelo é por vezes recomendável, pois neste tipo de cirurgias é frequente a existência de edema acentuado no local operado.</p>	<p>5. Evitar deiscência;</p> <p>6. Reduzir complicações.</p>
---	--

<p><b>Nas Hemimandibulectomias ou Mandibulectomias Totais; Glossectomias ou Hemiglossectomias; Pavimentectomias; Maxilectomias Parciais ou Totais</b></p>	<p><b>Justificação</b></p>
<p>1. As pessoas que sofrem incisões da pele na face e boca perdem grande parte da sensibilidade ao toque na área afetada uma vez que, no ato cirúrgico, são cortadas a maior parte das fibras nervosas responsáveis por essa sensibilidade. Por este motivo torna-se importante proteger as suturas da face de contaminação, principalmente as da zona do mento por proximidade com a boca, pela presença de sialorreia (característica destas cirurgias). Pelo risco dos doentes não identificarem que a pele está suja é necessário proteger a sutura do mento com pele plástica; copolímero acrílico spray ou película de poliuretano filme. Esta intervenção pode prevenir a infeção, necrose e deiscência da zona;</p> <p>2. Favorecer a higiene oral com colutório do serviço (solução com clorhexidina 1%) de forma a evitar infeções;</p> <p>3. Explicar à pessoa a importância de expelir a saliva e de se manter o mais seco possível. É adequado fornecer compressas para esta colocar entre os seus lábios de forma a evitar contaminar as suturas peri cavidade oral com a saliva. A compressa deve ser mudada frequentemente;</p>	<p>1. Reduzir complicações;</p> <p>2. Prevenir infeção;</p> <p>3. Prevenir contaminação;</p>

<p>4. Os pontos ou agrafos destas suturas retiram- ao fim de cerca de 8 a 10 dias pós-operatório, com indicação médica;</p> <p>5. Pontos da cavidade intraoral não devem ser retirados salvo indicação do cirurgião;</p> <p>6. Estas suturas devem ser limpas da zona mais distante da cavidade oral/traqueal para a mais perto dessas áreas de forma a não conspurcar com a saliva as suturas cervicais.</p>	<p>4. Evitar deiscência;</p> <p>5. Evitar deiscência;</p> <p>6. Prevenir contaminação.</p>
---	--

<p><b>Nos Retalhos (peitorais, abdominais, dorsais,...); Enxertos (da face, couro cabeludo, braço, coxa, ...); Zonas Dadoras e Pedículos</b></p>	<p><b>Justificação</b></p>
<p>1. Vigiar sinais neuro-circulatórios (coloração, temperatura, sensibilidade, preenchimento capilar, pulso) dos retalhos e pedículos pois a perfusão deficiente pode conduzir à sua inviabilidade;</p> <p>2. Os pedículos não devem ser comprimidos pelos pensos ou adesivos de forma a evitar comprometer a perfusão circulatória;</p> <p>3. Os pontos ou agrafos destas suturas retiram-se em média ao fim de 15 dias (retalhos) ou 9 dias (enxertos) pós-operatório, com indicação do cirurgião;</p> <p>4. Se presença de tie-over estes normalmente são retirados ao 5º/7º dia e os pontos da zona do extie-over após 10 dias de cirurgia, mas sempre com indicação do cirurgião;</p> <p>5. Nas Zonas dadoras utilizar soro fisiológico para limpar com posterior aplicação de material de penso para cicatrização em meio húmido (exemplo são as gases gordas), de acordo com as características do leito da ferida. A frequência é de acordo com a indicação médica.</p>	<p>1. Prevenir complicações;</p> <p>2. Prevenir complicações;</p> <p>3. Evitar deiscências;</p> <p>4. Evitar complicações;</p> <p>5. Favorecer cicatrização.</p>



<b>Nas Exenterações Orbitárias</b>	<b>Justificação</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O penso operatório é levantado no dia seguinte à cirurgia;</li> <li>2. A limpeza da sutura deve ser feita do canto interno para o externo da pálpebra suturada;</li> <li>3. Se cavidade intraocular aberta limpar como indicação do cirurgião, normalmente após a lavagem com soro fisiológico há aplicação de pomada antibiótica oftálmica, com posterior emprego de penso ocular seco oclusivo;</li> <li>4. Os pontos são retirados entre os 7 e os 10 dias pós-operatórios, com indicação médica;</li> <li>5. Se presença de dreno este retira-se ao 1º/2º dia pós-operatório, mas apenas com indicação médica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover cicatrização;</li> <li>2. Prevenir Contaminação;</li> <li>3. Prevenir contaminação;</li> <li>4. Evitar deiscências;</li> <li>5. Evitar complicações.</li> </ol>

<b>Nas Laringectomias Totais ou Parciais, Traqueotomias de Urgência</b>	<b>Justificação</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Importante diferenciar uma traqueotomia de uma traqueostomia, pois a dissemelhança está entre tirar só a cânula interna ou retirar as duas cânulas respetivamente e isso é importante na realização dos cuidados traqueais e peri-traqueais (pele circundante);</li> <li>2. Seguir a norma de “Higiene Traqueobrônquica em Pessoas Submetidas a Laringectomia Total” do serviço e a “Norma 2.7.2 Manutenção da Traqueostomia” do Manual de Normas de Enfermagem da ACSS (2011);</li> <li>3. Se cânula externa presa à pele com pontos de contenção estes devem ser retirados ao fim de 5 dias (com indicação do cirurgião);</li> <li>4. Se presença de suturas peri-cânulas aplicar pele plástica ou copolímero acrílico spray ou cotonete nas mesmas de forma a</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evitar risco de asfixia;</li> <li>2. Evitar contaminação;</li> <li>3. Evitar descanulação precoce;</li> <li>4. Evitar contaminação.</li> </ol>

promover a barreira de proteção contra a inflamação/infeção causada pela presença permanente das secreções traqueais.	
---	--

<b>Na Descanulação</b>	<b>Justificação</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preparação do material: campo, compressas, tesoura, pinça/luvas e soro esterilizados e adesivo;</li> <li>2. Calçar luvas, cortar o nastro e retirar as cânulas na totalidade;</li> <li>3. Limpar a pele circundante e da extraqueotomia com soro, aplicar compressa dobrada em quatro e adesivo de forma a ficar um penso semicompressivo;</li> <li>4. Ensino à pessoa a importância de ocluir a extraqueotomia (carregando no penso) com o intuito de falar e expelir secreções/saliva pela cavidade oral, de forma a facilitar o encerramento do orifício traqueal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestão do tempo;</li> <li>2. Descanulação;</li> <li>3. Prevenir contaminação;</li> <li>4. Facilitar encerramento da traqueotomia;</li> </ol>

## **REGISTOS**

Registar em Diário de Enfermagem ou Preencher a Folha de Registo de Feridas Modelo 243 diariamente e após cada cuidado realizado de forma a facilitar a perceção da evolução dos cuidados prestados, obtendo-se com o seu preenchimento registos fiáveis, completos, indicativos de possíveis diagnósticos, intervenções e resultados, não descorando os ensinamentos realizados.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Black, J.M. & Jacobs, E.M. (1996). Luckmann & Sorensen, *Enfermagem Médico-cirúrgica uma abordagem Psicofisiológica*. (4ª Edição). Volumes I e II. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogman S.A.
- Blanck, M. (2009). *Fisiopatologia das Feridas: Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados*. Grupo ICE – Investigação Científica em Enfermagem. Recuperado a 25 de Setembro de 2014 em <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/ci.pdf>

Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Recuperado a 21 de março de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Cunha, T. F.S., Miguel, S.S.A. & Ribeiro, C. M. Z. (2012). Infecção do Local Cirúrgico na Cirurgia Cervicofacial. *Revista Nursing*, 1 Suplemento, Edição abril 2012.

Filho, G. C., Rocha, D. P. & Cavalcanti, A. B. (2007). Avaliação da Utilização dos Fios de Sutura pelos Cirurgiões Buco-Maxilo-Faciais na Região Metropolitana do Recife. *Rev. Ciência e Saúde*, 2 (1), 34-50. Recuperado a 2 de Outubro de 2014 em [http://www.google.pt/url?url=http://www.researchgate.net/profile/Gilberto\\_De\\_Sousa\\_Filho/publication/233946412\\_AVALIAO\\_DA\\_UTILIZAO\\_DOS\\_FIOS\\_DE\\_SUTURAPELOS\\_CIRURGIES\\_BUCO-MAXILO-FACIAIS\\_NAREGIO\\_METROPOLITANA\\_DO\\_RECIFE/links/02bfe50d38a93b1c90000000&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=WVJeVMCbG4bbatXrgLqP&ved=0CBMQFjAA&usq=AFQjCNFmwRGZapxF56R3MPr\\_WDZe1TRbMg](http://www.google.pt/url?url=http://www.researchgate.net/profile/Gilberto_De_Sousa_Filho/publication/233946412_AVALIAO_DA_UTILIZAO_DOS_FIOS_DE_SUTURAPELOS_CIRURGIES_BUCO-MAXILO-FACIAIS_NAREGIO_METROPOLITANA_DO_RECIFE/links/02bfe50d38a93b1c90000000&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=WVJeVMCbG4bbatXrgLqP&ved=0CBMQFjAA&usq=AFQjCNFmwRGZapxF56R3MPr_WDZe1TRbMg)

Gogia, P. P. (2003). *Feridas-Tratamento e Cicatrização*. Rio de Janeiro: Revinter, Ltda.

Grupo Coordenador do SCD/E e enfermeiros do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa (2011). *Manual de Conceitos Básicos para a Definição de Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem em Oncologia*. SCD/E. (2ª ed). Lisboa, Portugal: ACSS IP. Recuperado a 12 de março de 2014 em <http://intranet.ipolisboa.minsaude.pt/pt/Search/Results.aspx?k=Manual%20de%20Conceitos%20B%C3%A1sicos%20para%20a%20Defini%C3%A7%C3%A3o%20de%20N%C3%ADveis%20de%20Depend%C3%Aancia%20de%20Cuidados%20de%20Enfermagem%20em%20Oncologia>

Hallouët, P., Eggers, J. & Malaquin-Pavan, E. (2006). *Fichas de Cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Pereira, C. A. & Henriques, J. (2006). *Cirurgia e Patologia Clínica*. (2ª Edição). Madrid, Espanha: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.

Phipps, W. J., Sands, J. K. & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (6ª Edição). Loures, Portugal: Lusociência.

Veiga, B. S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I. S., Martins, M. M., Coelho, M. T. & Silva, P. C. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. (2ª ed). Lisboa, Portugal: ACSS IP. Recuperado a 12 de março de 2014 em [http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015\\_07\\_2011.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf)

Weaver, V. (2003). Avaliação da Pele. In Phipps, W.J.; Sands, J.K. & Marek, J. F., *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (pp. 2321-2333). Loures, Portugal: Lusociência.

Weaver, V. & Marek, J. F. (2003). Intervenções em Pessoas com Problemas de Pele. In Phipps, W.J.; Sands, J.K. & Marek, J. F., *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (pp. 2335-2380). Loures, Portugal: Lusociência.

## APÊNDICE XVII-PLANEAMENTO DO PIS



Quadro 2- Planeamento do PIS

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Criar procedimento de realização de penso à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica	Estágio de observação dos cuidados prestados pela equipa que compõe a Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas às pessoas da instituição	Equipa que compõe a Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas	Gabinete da Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas	No estágio III	Relatório reflexivo sobre a observação dos cuidados realizados pela equipa da consulta multidisciplinar de estudo e tratamento de feridas
	Pesquisa bibliográfica; Seleção de bibliografia revista Criação de Protótipo I do procedimento Discussão do protótipo I de procedimento com os chefes de equipa do serviço de CCP/ORL Reformulação do protótipo após discussão referida Reunião com Profª. M.P., orientadora do estágio e chefe de serviço sobre construção de protótipo II de procedimento Reunião com a equipa da consulta multidisciplinar de estudo e tratamento de feridas Execução de procedimento final	Profª. M.P., orientadora de estágio e elos de ligação das feridas do SCCP/ORL Chefes de equipa do serviço de CCP/ORL, chefe de serviço e equipa da consulta multidisciplinar de estudo e tratamento de feridas.	Livros, base de dados eletrónica e artigos Computador, papel	Ao longo do estágio III	Apresentação do procedimento final
	Proposta para aprovação do procedimento na instituição	Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas e Direção de Enfermagem	Computador, papel	No estágio III	Procedimento aprovado na instituição

Quadro 3- Planeamento do PIS (continuação)					
Formar os enfermeiros do SCCP/ORL tendo por base os aspetos críticos identificados	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
	Estágio de um dia na Comissão de Infecção Hospitalar na instituição onde decorre o projeto	Peritos da comissão infeção	Gabinete Comissão de Infecção da instituição	No estágio III	Relatório reflexivo do estágio passado na Comissão de Infecção
Revisão bibliográfica sobre formação em serviço Planeamento das sessões de formação Divulgação das sessões de formação Realização das sessões de formação (5 sessões, uma sobre higienização das mãos e outra sobre registos de enfermagem, por cada equipa de trabalho) Avaliação das mesmas tendo por base os aspetos críticos identificados no diagnóstico do trabalho (higienização das mãos e registos de enfermagem)	Prof <sup>a</sup> . M.P., orientadora de estágio e formadora de serviço	Serviço onde decorre o estágio, ESS do IPS Livros, base de dados eletrónica e artigos	Ao longo do estágio III	Plano de sessões elaborado Declaração das formações realizadas no estágio	

## APÊNDICE XVIII-CRONOGRAMA DO PIS

Quadro 4- Cronograma do PIS (Atividades Principais)	Set				Out				Nov				Dez				Jan				Feb	Abril
	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S		
Estágio de observação dos cuidados prestados pela equipa que compõe a Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas às pessoas da instituição																						
Pesquisa bibliográfica e Seleção de bibliografia revista		F																				
Construção e discussão do protótipo I de procedimento com os chefes de equipa do serviço de CCP/ORL		É																				
Reunião com Profª. M.P., orientadora e chefe de serviço sobre construção de protótipo I de procedimento		R																				
Procedimento de realização de cuidados à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica completo		I																				
Proposta para aprovação do procedimento na instituição através de reunião com a equipa da consulta multidisciplinar de estudo e tratamento de feridas		A																				
Sedimentação de conhecimentos na área da formação em serviço		S																				
Estágio na Comissão de Infeção Hospitalar na instituição onde decorre o projeto		E																				
Concretização do plano de sessões de formação tendo por base os aspetos críticos identificados no diagnóstico do trabalho (higienização das mãos e registos de enfermagem)		S																				
Realização das sessões de formação		C																				
Aplicação das Grelhas de Observação à Realização de Penso e de Observação aos Registos de Enfermagem da pessoa de CCP/ORL com Ferida Cirúrgica, realizadas na fase de diagnóstico do projeto		O																				
Desenvolvimento do PAC e atingindo também as competências específicas do enfermeiro especialista (não atingidas com o PIS)		L																				
Tratamento dos dados recolhidos efetuando conclusões		A																				
Entrega trabalho projeto																						

Legenda: Cronograma idealizado  Cronograma realizado 



APÊNDICE XIX-RESUMO DAS OBSERVAÇÕES À REALIZAÇÃO DE PENSO E AOS  
REGISTOS DE ENFERMAGEM DA PESSOA DE CCP/ORL PORTADORA DE FERIDA  
CIRÚRGICA EM FEVEREIRO

**Quadro 5- Resumo das Observações à Realização de Penso da Pessoa do SCCP/ORL com Ferida Cirúrgica em Fevereiro**

Ações de enfermagem a realizar no procedimento do penso à pessoa de CCP/ORL portadora de ferida cirúrgica	Observado	Não observado	Não adequado ao tipo de penso
1º Identificar a pessoa	58	0	
2º Providenciar os recursos para junto da pessoa ou conduzi-la à sala de tratamentos	58	0	
3º Lavar as mãos	50	8	
4º Instruir a pessoa sobre o procedimento	58	0	
5º Posicionar a pessoa ou assisti-la a posicionar-se, de acordo com a sua situação clínica e área a expor	58	0	
6º Calçar luvas não esterilizadas	58	0	
7º Remover o penso e observar as características do penso removido, a ferida e a região circundante	58	0	
8º Remover as luvas	51	7	
9º Lavar as mãos novamente	52	6	
10º Aprontar o Kit de penso e/ou material esterilizado	49	9	
11º Executar colheita de exsudado para análise, se necessário	8		50
12º Limpar a ferida ou irrigar	58	0	
13º Remover pontos/agrafos, tecidos desvitalizados, se indicado	46		12
14º Mobilizar, fixar ou retirar dreno, se indicado e observar as características do conteúdo drenado	20		38
15º Limpar a ferida	58	0	
16º Limpar a zona circundante da ferida com compressas esterilizadas	58	0	
17º Assegurar que a pele circundante fique seca, utilizando compressa esterilizada	58	0	
18º Aplicar medicamentos, se prescritos	36		22
19º Proteger a pele circundante, se necessário	58	0	
20º Aplicar penso	58	0	
21º Posicionar ou assistir a pessoa a posicionar-se	58	0	
22º Remover luvas, se necessário	58	0	
23º Assegurar a recolha e lavagem do material	58	0	
24º Lavar as mãos	58	0	

**Quadro 6- Resumo das Observações aos Registos de Enfermagem da Pessoa de CCP/ORL Portadora de Ferida Cirúrgica em Fevereiro**

B \ C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	D	E
Localização	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	25	0
Dimensão em cm (Comprimento x Largura x Profundidade)	E	E	E	E	E	E	P	P	E	P	E	P	P	P	P	E	E	E	E	E	P	P	E	P	P	11	14
Exsudado (cor, consistência, volume, odor)	P	P	P	E	E	E	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	E	E	P	P	P	20	5
Tipo de tecido	P	P	P	E	E	E	P	P	E	P	E	P	P	P	P	E	E	E	P	P	P	P	P	P	P	17	8
Dor	A	A	A	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	20	0
Margens pele circundante/temperatura pele	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	25	0
Presença de fístulas/ deiscências / drenos	P	P	P	P	P	P	P	P	E	P	E	P	P	P	P	E	E	E	P	P	P	P	P	P	P	20	5
Descrição da realização dos cuidados prestados e material utilizado no penso	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	25	0
Referência da próxima data de realização do tratamento	A	P	A	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	21	0

C- Nº processo avaliado

A-Ausente o registo

D- Soma do nº de registos presentes

B- Características da ferida a avaliar

P- Presente o registo

E- Não justificativo de presença

APÊNDICE XX-RELATO REFLEXIVO ESTÁGIO REALIZADO NA EQUIPA INTRA-  
HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

No dia 23 de Outubro de 2014 o turno da manhã foi passado com uma das enfermeiras da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da Instituição dos estágios. Este dia teve o objetivo de aprofundar os nossos conhecimentos na área dos cuidados a pessoas em situação crónica e paliativa, com a finalidade de atingirmos as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. No final deste dia sedimentamos conhecimentos já adquiridos em contexto de trabalho, aprendendo também novas formas de cuidar deste tipo de pessoas, percebendo a importância da existência desta equipa para as mesmas e para os profissionais da instituição (pelos seus cuidados diferenciados).

A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) iniciou a sua atividade a 5 de Janeiro de 2009, por deliberação do Conselho de Administração do Hospital onde decorreram os estágios, tendo em conta o Decreto-Lei nº101/2006, de 06 de Junho. Esta é uma Equipa multidisciplinar que tem como finalidade

...prestar apoio diferenciado em Cuidados Paliativos aos Serviços de Internamento do Hospital, fazendo orientação do plano individual de intervenção dos doentes internados com doença avançada e progressiva e seus familiares/cuidadores para os quais seja solicitada a sua colaboração. É ainda responsável pela Consulta Externa de Cuidados Paliativos destinada a doentes do ambulatório com doença avançada e progressiva mediante solicitação do médico assistente. Paralelamente, desenvolve atividade formativa a profissionais de saúde pertencentes ao Hospital e/ou colabora com outras instituições académicas/hospitalares em formação pós-graduada na área dos Cuidados Paliativos. Promove, ainda, investigação tendo colaborado em estudo prospetivo de âmbito nacional. (p.2 do Manual da Qualidade da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da Instituição dos estágios).

A equipa é constituída atualmente por 4 enfermeiras, uma médica coordenadora do serviço, uma assistente social, uma psicóloga e uma administrativa.

O dia iniciou-se com uma reunião entre toda a equipa no sentido de todos partilharem os cuidados prestados na véspera aos clientes inscritos, visto os enfermeiros serem divididos entre os cuidados domiciliários e os cuidados nos internamentos do Hospital e também para a assistente social e a psicóloga estarem a par dos últimos acontecimentos (visto estarem a tempo parcial na Equipa).

Para cada pessoa é elaborado um plano de cuidados integrado, é escrita observação médica no diário clínico e nos registos da EIHSCP.

São propostas ou efetivadas as alterações de terapêutica de acordo com as necessidades identificadas. É contactada a equipa que tem a cargo o doente para explicar as propostas ou alterações efetivadas. O doente passa a ser visitado diariamente para aferir evolução e corrigir orientações. Em colaboração com a equipa prestadora é ainda pensada a melhor orientação

futura do doente, se é um doente com condições para alta, que apoios devem ser acionados, se deve ser referenciado para uma UCP da RNCCI, se deve ser transferido para Hospital da zona de residência, se poderá ser acompanhado em regime de ambulatório. Neste processo a família/cuidadores são ainda contactados, apoiados e implicados nas decisões. Quando da alta é feita informação médica e de enfermagem por parte da EIHSCP e, se justificado, marcada Consulta Externa. Semanalmente nas reuniões da EIHSCP o plano de cuidados dos doentes em seguimento é discutido tendo em conta a evolução presente e aferidas as orientações nos vários âmbitos. Para os doentes (...) em ambulatório pode ser solicitado seguimento em “Consulta Externa de Cuidados Paliativos (...)”. (p.5 do Manual da Qualidade da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da Instituição dos estágios).

O dia foi passado a visitar as pessoas internadas e sinalizadas pela equipa, nos vários serviços de cirurgia e medicina do Hospital. Percebemos que é difícil prestar cuidados paliativos de qualidade pelos enfermeiros desses serviços pelas rotinas instituídas e pela insuficiente preparação dos mesmos nesta área de intervenção (palição), visto ser uma área muito específica ainda pouco trabalhada e pouco ampliada a todos os profissionais.

O importante em cuidados paliativos é perceber o que é que é importante para a pessoa do cuidado. O conforto, a qualidade de vida e o bem-estar estão acima de qualquer outro fator. A aproximação, a comunicação não-verbal, a privacidade, o silêncio a dois são algumas das intervenções do cuidar essenciais para estes clientes. O facto, da nossa presença não os ter perturbado, relativamente à sua vontade de desabafar com a enfermeira da Equipa que acompanhamos, foi importante para nós, pois de nenhuma forma queríamos interferir negativamente no plano de cuidados dessas pessoas. Nunca pensamos que existissem tantas pessoas em fase terminal no hospital em que a média de idades rondam os 45 anos (media dos doentes observados neste dia). O facto de existirem pessoas jovens em fase terminal, com filhos pequenos, chocou-nos. Esta realidade fez-nos pensar em nós como pessoa e como profissionais.

Este estágio permitiu-nos desenvolver competências nas áreas do fazer a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, melhorando a nossa comunicação interpessoal na relação terapêutica, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e na identificação das necessidades da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, e na promoção de parcerias terapêuticas com o individuo portador de doença crónica incapacitante, respeitando a singularidade e autonomia individual de cada um, negociando com a pessoa objetivos e metas não esquecendo as famílias cuidadoras. Sedimentamos e adquirimos conhecimentos essenciais para atingir as competências específicas do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e crónica (K.1, L.5 e L.6).

APÊNDICE XXI-RELATO REFLEXIVO DO CURSO BÁSICO DE COMUNICAÇÃO  
EM CUIDADOS PALIATIVOS

Nos dias 28 e 29 de Novembro de 2014 assistimos ao Curso Básico de Comunicação em Cuidados Paliativos realizado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos na Instituição onde decorreram os três estágios. Este curso teve o objetivo de aprofundar os nossos conhecimentos na área dos cuidados a clientes em situação crónica e paliativa, com a finalidade de nos poder ajudar no atingir das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. No final do curso sedimentamos conhecimentos já adquiridos em contexto de trabalho e aprendemos novas formas de cuidar deste tipo de pessoas, percebendo a importância da comunicação como arma essencial na relação terapêutica.

O primeiro dia iniciou-se com uma apresentação da formadora (Psicóloga Cristina Pinto) e dos formandos como forma de nos conhecermos e percebermos as realidades e dificuldades de cada um relativamente à temática do curso.

Seguiu-se o assunto “Princípios Gerais da Comunicação-Relação de Ajuda”. Neste tempo falamos sobre a diferença entre cuidados paliativos e paliar/ações paliativas. Da importância de proporcionarmos conforto e qualidade de vida às pessoas paliativas. Que para existirem cuidados paliativos é preciso existir uma equipa estruturada e com formação em cuidados paliativos. Neste tipo de cuidados tão específico devemos identificar as resistências e frustrações do cliente e famílias, de ter capacidade de antecipação face às situações, ser criativo e prevenir condições ou estados físicos menos desejados para a pessoa, exemplo é o medicar para prevenir náuseas e vômitos. Percebeu-se que a ação central em cuidados paliativos está apoiada em quatro pilares, sendo eles o controlo de sintomas, o apoio à família, o trabalho em equipa interdisciplinar e a comunicação adequada. A comunicação percebe-se ser a base de todos os outros três pilares. Nesta fase tivemos uma preleção sobre o que é a comunicação como método de partilha, relação, transmissão de informação, do que precisamos em cuidados paliativos, da personalização dos cuidados, da honestidade e empatia profissional. Percebemos a diferença entre simpatia e empatia e que ambas são essenciais para o cuidar. Que a empatia é a competência de se colocar no lugar do outro, percebe-lo mas nunca perder a noção de que não somos o outro evitando desta forma a identificação (dificuldade em ajudá-lo realmente). Como profissionais é importante trabalharmos a empatia de forma a evitar erros e também para nos protegermos. Dê-mos também o termo compaixão que, em cuidados paliativos, significa pôr em prática a empatia ou seja é para além de perceber o outro, tentar ajudá-lo dando-lhe ferramentas para que este atinja bem-estar. Percebemos que a simpatia é inata e que a empatia não. Esta última pode ser trabalhada/treinada. Para isso temos de saber escutar, estar disponíveis, atentos a tudo o que o outro nos diz, ouvir e ouvir até ao



fim, pois sabemos que é difícil falar de sentimentos e situações constrangedoras. Só mostrando disponibilidade é que se consegue muitas vezes perceber o problema real do outro. Percebemos que existem segundo Thomas Gordon (psicólogo) vários obstáculos à comunicação, são eles dar conselhos, dar lições de moral, rotular, criticar, fugir, ameaçar, mandar, argumentar, analisar, tranquilizar, elogiar e questionar. Segundo a formadora o elogiar por vezes é benéfico como forma de apoiar e valorizar o papel da família e o questionar também desde que bem feito ajuda-nos a conhecer a pessoa e família. Este psicólogo também relembra que há dois tipos de escuta a ativa e a passiva e que ambas são fundamentais na relação terapêutica. Na escuta passiva realça-se a importância do comportamento do ouvinte, da capacidade do mesmo gerir o silêncio, do transmitir sinais indicadores de que estamos em contacto com a pessoa e de fazer confirmações simples e colocar questões para perceber pormenores ao fim de alguns minutos. Para que a escuta ativa seja bem-sucedida o emissor deve vivenciar sentimentos, transmitir indicações e ter vontade de falar sobre o assunto e o recetor deve sentir-se recetivo, querer ajudar, ter tempo disponível, acreditar que o emissor é capaz de lidar com o problema e sentir-se razoavelmente distanciado. Percebemos que são várias as fases da escuta ativa e que é imprescindível empatizar com o outro, de decodificar os seus sentimentos e pensamentos, devolver a mensagem em feedback e receber a confirmação de que o comportamento foi o adequado. A pessoa em situação paliativa tem necessidade de expressar os seus sentimentos e emoções e muitas vezes os profissionais não o permitem. É importante que “em relação” isso aconteça e que os profissionais devolvam feedback de perceção da situação e das emoções vivenciadas pelas pessoas de forma a posteriormente estas últimas ficarem disponíveis para encarar a própria situação e decidir que caminho escolher.

No final do dia falou-se da comunicação de más notícias destacando-se o Protocolo de Buckman como forma de diretriz funcional e favorável na relação entre profissional e pessoa paliativa. É constituído por seis fases, todas elas importantes na relação. A primeira é a “Preparação” onde se dá importância ao local onde é dado o diagnóstico, a disponibilidade do profissional para comunicar e a hipótese da presença de outros (familiares ou não) se a pessoa assim o entender. A segunda fase é o “Descobrir o que o Cliente Sabe”, onde se deve confirmar “o que pensa que não está bem”, pois se a pessoa não tem noção do que se passa deve ser preparada antes da informação do diagnóstico/prognóstico. A terceira fase é o “Descobrir o que quer Saber”, pois há pessoas que não querem saber e há outros que querem. Devemos ter sensibilidade para os perceber. A quarta fase é a de “Partilhar Informação”, onde essa transmissão deve ser feita de forma clara, adequada e simples, devendo-se evitar termos técnicos e frases longas. Devemos tentar dar apenas uma notícia má de cada vez. A quinta fase é a de “Responder às Emoções”. Esta é quase sempre uma fase que não é realizada pelos profissionais mas essencial

no processo de aceitação da situação atual da pessoa. Identificar e aceitar as reações emocionais do outro é basilar. Importante não fazer juízos de valor ou se o fazemos que eles não tentem contaminar a relação. É nesta fase que a escuta ativa é fundamental. Nesta fase há quatro premissas fundamentais como a honestidade, o não dar falsas esperanças, o não fazer prognósticos acerca da morte e permitir uma esperança realista ou seja preparar para o pior mas esperar o melhor. Nesta fase é importante alertar para o plano de vida da pessoa tendo em conta os riscos que possa correr do seu comportamento. A sexta e última fase é a de “Planear o Acompanhamento” onde se tenta gerir dentro do desejado pela pessoa e família os seus projetos, facilitando a concretização de alguns se necessário.

No segundo dia de curso o tema foi sobre Conspiração do Silêncio que não é mais do que um pedido para esconder informação relacionada como o diagnóstico/prognóstico. O principal objetivo é proteger o outro quando se acha que este não tem capacidade emocional para receber essa informação. Normalmente a conspiração torna-se fonte de tensão entre a pessoa e a família ou entre a pessoa e os profissionais. Acaba por bloquear a discussão aberta sobre o futuro e os preparativos para a separação definitiva, daí a tentarmos sempre resolver ou quebrar esta conspiração em grupo. Há vários tipos de conspiração. A família faz o pedido normalmente para proteger o familiar, para evitar que este não tome atitudes fatalistas, por ela própria sentir dificuldades em lidar com a situação e o ter um sentimento de abandono por parte dos profissionais de saúde. Não é ela (família) que tem que informar a pessoa da situação em que se encontra mas sim os profissionais a não ser que a primeira queira fazê-lo. Muitas vezes o porquê do pedido está relacionado com o medo do sofrimento, o tentar evitar uma situação difícil e percecionada como destrutiva ou pelo desejo de reconhecer a situação por parte de ambos. Na realidade ainda nos dias de hoje a pessoa tem quase sempre a noção de que se passa algo errado, vivendo a situação sozinha, pois ninguém permite que ela se expresse sobre o assunto. Torna-se importante reconhecer o porquê do pedido de conspiração sem reservas nem julgamentos, aceitando e legitimando as razões de todos, tentando apenas perceber a razão de não se querer que o outro saiba de modo a poder trabalhar essas razões reduzindo a angustia e eliminando se possível essa conspiração. Importante que todos percebam que cabe à própria pessoa decidir o seu projeto de vida. Segundo a formadora “Não temos prazo de validade como os iogurtes”. Importante que os familiares entendam que todos gostamos de não deixar situações pendentes e/ou de realizar determinados rituais necessários para o seu bem-estar (religioso, pessoal, social,...). Importante reconhecer que a pessoa tem direito à verdade, manter sempre o princípio da honestidade, não lhe dizendo nada que ela não queira saber e trabalhar a família para perceberem que só dizemos o que a pessoa nos pergunta e nada que saibamos que ela não possa aguentar. Importante saber o que

ela sabe da sua situação, realizando conferências familiares como mediadores da situação. É importante mostrar sempre disponibilidade para dar apoio e dar tempo a todos para processar a informação.

A conspiração do silêncio pode ser adaptativa (mantida enquanto a pessoa se encontrar em negação) ou não adaptativa e esta deve ser desmontada pois prolonga processos de agonia e impede as despedidas sendo preditor de luto difícil.

Falamos também de conferência familiar que corresponde a uma forma estruturada de intervenção na família com o intuito de partilhar informações e sentimentos de modo a aliviar pessoa e família. Para isso é importante clarificar a informação relativamente à doença e aos objetivos dos cuidados, reforçar e envolver a família nas tomadas de decisão bem como na continuidade dos cuidados, detetar necessidades e prestar apoio emocional no processo de perda. Num processo familiar no mínimo são realizadas três conferências sendo a primeira para identificar o ponto da situação, a segunda para manter o percurso do cuidado e uma terceira perto do fim de vida (na proximidade da morte) para preparar a família. Como equipa de saúde devemos salvaguardar todas as decisões tomadas através de compromisso escrito em que todos assinam no fim da conferência. O consentimento informado e o testamento vital são alguns dos documentos que devemos ter como base de trabalho nestas situações. Os profissionais de saúde mais diretamente envolvidos no caso devem realizar a conferência familiar no mínimo a dois e só para a pessoa e familiares significativos. Numa primeira fase a família e pessoa devem ser clarificados. Para isso primeiramente deve ser feita uma pré-conferência entre profissionais, com marcação antecipada da conferência com a finalidade de permitir à família e equipa organizarem-se para a data da mesma. No dia deve ser feita uma introdução da razão da reunião, com apresentação de todos os participantes, agradecimento da presença de todos, identificação dos objetivos, retirar dúvidas e encontrar as melhores respostas para todos (valorizando todos pelo esforço feito). Deve ser feito um resumo da história da doença, do estado atual da pessoa e do possível prognóstico pedindo-se a opinião de todos os participantes para avaliar expectativas. Importante realizar um plano de atuação com elaboração de lista de problemas e hierarquiza-los, discutir como ultrapassa-los, assegurando que todos participam na sua resolução sendo a equipa um suporte e recurso sempre disponível. Nesta fase é importante esclarecer as expectativas de todos e estabelecer “custos” de cada opção. Em caso de dúvidas dar tempo para pensar e por fim sumarizar consensos, decisões e planos. Se necessário eleger um representante familiar para a comunicação futura com a equipa e realizar resumo das decisões tomadas de forma a ser colocado no processo da pessoa com as assinaturas de todos.

Percebemos que também existem problemas nas conferências familiares relativamente aos profissionais de saúde. O profissional que se envolve emocionalmente com a pessoa ou familiar da pessoa não deve participar na conferência. Evitar também transformar a conversa num "eu contra ti" tomando partidos. Sabemos que a maioria dos profissionais não recebe treino adequado para este tipo de reuniões e por vezes há mesmo confusão entre conferência e transmissão de informação e nem sempre é respeitado o ritmo e as necessidades da pessoa ou da família.

Ao longo dos dois dias fomos pondo em prática através de exercícios de role-playing tudo o que foi referido anteriormente e percebemos que não é fácil estar em nenhum dos papéis. É problemático prestar cuidados paliativos de qualidade sendo o treino essencial para o fazer. Como profissionais de enfermagem devemos estar dotados de competências qualificadas de forma a prosseguir a nossa missão, a de impulsionar cuidados de saúde de qualidade centrados nas pessoas e nas suas necessidades, bem como apoiar os outros profissionais da equipa na adoção de boas práticas baseadas no melhor conhecimento disponível e na procura da excelência clínica. O importante em cuidados paliativos é perceber o que é que é importante para a pessoa do cuidado e família. O conforto, a qualidade de vida e o bem-estar estão acima de qualquer outro fator. A aproximação, a comunicação não-verbal, a privacidade, o silêncio a dois são algumas das intervenções do cuidar essenciais para estas pessoas. Esta realidade fez-nos pensar em nós como pessoas e como profissionais ajudando-nos a desenvolver competências nas diversas áreas do Saber (saber-saber, saber-fazer, saber-estar, saber-ser).

Este curso permitiu-nos como futuros enfermeiros especialistas, desenvolver competências nas áreas do gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, na identificação das necessidades da pessoa com doença crítica, crónica incapacitante e terminal, e na promoção de parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante e família, respeitando a singularidade e autonomia individual de cada um, negociando com a pessoa e família objetivos e metas tendo em conta a colaboração e importância de todos os elementos que fazem parte da equipa multidisciplinar. Permitiu-nos identificar de forma antecipatória focos de instabilidade através da relação terapêutica, respondendo atempadamente, demonstrando conhecimentos e habilidades, facilitadores da manutenção da dignidade da pessoa, por meio de gestão e prestação de cuidados técnicos de alta complexidade e qualidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença. A assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais e na dor, decorrentes da situação crítica de saúde/doença ou falência orgânica/fase paliativa, são exemplos dessa identificação antecipada de instabilidade só possíveis de gerir através da comunicação.

# CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE:

*Carina Lopes José*

Frequentou o Curso Temático de Cuidados Paliativos "Comunicação com o doente em fim de vida e sua família - LISBOA/2014", realizado nos dias 28 e 29 de Novembro, com a duração total de 14 horas letivas.



P' DIREÇÃO



29/11/2014





**Elaborado por:** Carina Lopes José,  
Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da  
ESS-IPS  
**Orientação:** Enfermeira Susana Miguel de [redacted] e Professora  
Mariana Pereira da ESS do IPS

2

## ÍNDICE

• Introdução .....	3
• Missão do plano de Emergência Interno .....	6
• Ativação do plano de Emergência Interno .....	7
• Rotinas de alarme e alerta .....	8
• Tipos de situações de ativação do PEI .....	10
• Acidentes com radiações ou material radioativo .....	11
• Ameaça de Bomba .....	12
• Derrame ou acidentes graves com produtos químicos e/ou gases medicinais .....	13
• Evacuação .....	14
• Fuga de gás .....	16
• Grandes inundações .....	17
• Incêndio .....	18
• Paragem de elevadores .....	21
• Sismo .....	22
• Enfermeiro chefe/Responsável de Equipa .....	23
• Conclusão .....	26
• Referências Bibliográficas .....	27

3

## INTRODUÇÃO

O PEI (Plano de Emergência Interno) do [redacted] está acessível a todos através da intranet do hospital mas é um documento extenso e pouco atrativo.

Tal como outros planos de emergência, o PEI [redacted] tem como objetivos prevenir todo o tipo de acidentes e minimizar as consequências daqueles que, eventualmente, venham a ocorrer, visando a preservação da vida humana.

Decide-se pela criação deste Guia para que a informação constante seja de fácil leitura, tornando a sua utilização mais prática permitindo facilitar a resposta assistencial aos doentes.



Retirado de:  
<http://www.carga-de-trabalho.net>  
2012/02/05/0506047

## INTRODUÇÃO

A construção deste documento surge após ter sido identificada uma necessidade do serviço relacionada com a carência de conhecimentos da equipa sobre o PEI da Instituição e da vontade de divulgar as noções básicas de atuação em casos emergentes. Este Guia foi desenvolvido com base em pesquisa bibliográfica e no PEI da instituição, estando organizado em 4 capítulos. No primeiro, faz-se uma referência à missão do PEI. No segundo, estão descritas as rotinas de alarme e alerta. Seguem-se os tipos de situações de ativação do PEI e finaliza-se com breve conclusão e as Referências bibliográficas consultadas.



Retirado de:  
<http://www.carga-de-trabalho.net>  
2012/02/05/0506047





## ROTINAS DE ALARME E ALERTA

A detecção de uma situação anormal pode ser humana ou instrumental (restrita a foco de incêndio nas áreas do [redacted] cobertas pelos SADI'S -Sistemas Automáticos de Detecção de Incêndios ).

Quando a identificação de qualquer situação anormal for humana, a transmissão do Alarme deve ser feita de acordo com a rotina a seguir:

- Ligar a extensão [redacted], devendo a pessoa identificar-se e reportar a situação de forma objetiva e consistente;
- Se existir nas proximidades, acionar também uma botoneira de alarme.



## ROTINAS DE ALARME E ALERTA

Quando a detecção ocorrer através de um SADI, quem estiver nas proximidades e visualizar/ouvir o alarme deve:

- Informar através do [redacted]
- Examinar o local onde ocorreu a detecção para confirmação, procedendo de acordo com o seguinte:

Se for identificado foco de incêndio, assegurar a confirmação do Alarme à telefonista para ativar o PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNO.



## TIPOS DE SITUAÇÕES PARA ATIVAÇÃO DO PEI

- Acidentes com radiações ou material radioativo
- Ameaça de Bomba
- Derrame ou acidentes graves com produtos químicos e/ou gases medicinais
- Evacuação
- Fuga de gás
- Grandes inundações
- Incêndio
- Paragem de elevadores
- Sismo



## EM CASO DE ACIDENTE COM RADIAÇÕES OU MATERIAL RADIOATIVO:

- Abandone imediatamente o local;
- Ligue  ou acione uma botoneira manual de alarme, fornecendo toda a informação disponível, nomeadamente: Local; Caracterização do acidente; Produtos e equipamentos envolvidos; Eventual existência de sinistrados ou de doentes em zona muito próxima.
- Comunique ao Enfermeiro Chefe ou ao Responsável de Equipa do Serviço, se o acidente ocorreu numa zona próxima de internamento, bem como dos Serviços que se encontrem em áreas próximas;
- Logo que as condições de segurança o permitirem, apresente-se para controlo e observação clínica no Serviço de .



## SE RECEBER UMA CHAMADA TELEFÓNICA DE AMEAÇA DE BOMBA:

- Mantenha a calma e atenda a chamada com a cortesia habitual;
- Tente o acordo do interlocutor para transferir a chamada para o [ ] - n.º de emergência não clínica do [ ]
- Se não conseguir, procure anotar as informações mais importantes, designadamente local e hora da realização da ameaça, bem como tipo de voz e ruídos de fundo;
- Após terminar a chamada, contacte o [ ] e transmita toda a informação obtida, aguardando instruções.



## SE DERRAME/ACIDENTE GRAVE COM PRODUTOS QUÍMICOS E/OU GASES MEDICINAIS

- Ligue [ ] ou acione uma botoneira manual de alarme, fornecendo toda a informação disponível, nomeadamente: Local; Dimensão do derrame; Produtos e equipamentos envolvidos; Eventual existência de sinistrados ou de doentes em zona muito próxima.
- Comunique ao Enfermeiro Chefe ou ao Responsável de Equipa do Serviço, se o acidente ocorreu numa zona de internamento;
- Sem correr riscos desnecessários, tente limitar ou controlar o derrame de produto por qualquer meio; Evite o contacto com o vestuário ou a pele pois se atingidos devem ser lavados com água em abundância.



## AO RECEBER INSTRUÇÕES NO SENTIDO DE EVACUAÇÃO DA ÁREA ONDE SE ENCONTRA

- Manterha a calma;
- Se na altura estiver um visitante consigo, faça-o acompanhar-lo até chegarem à zona de concentração local;
- Dirija-se para o exterior seguindo a sinalização de emergência e cumpra as instruções transmitidas pelos elementos da equipa de evacuação;
- Não corra pois uma queda pode provocar a queda e aglomeração de outras pessoas;
- Se houver fumos baixe-se e saia do local, se necessário a gatinhar e, se possível, utilize um pano húmido para tapar o nariz e a boca;



## AO RECEBER INSTRUÇÕES NO SENTIDO DE EVACUAÇÃO DA ÁREA ONDE SE ENCONTRA

- Utilize sempre as escadas e não elevadores;
- Não volte atrás para recolher objetos pessoais;
- Ajude as pessoas que, eventualmente perto de si, tenham mais dificuldade em manter o domínio emocional ou em se deslocar;
- Ao atingir o exterior dirija-se para a zona de concentração local definida pelos elementos da equipa de evacuação;
- Não abandone a zona de concentração local sem ter indicação nesse sentido.





## SE DETECTAR UMA FUGA DE GÁS

- Ligue o [ ] ou acione uma botoneira manual de alarme fornecendo toda a informação disponível, nomeadamente: Local; Caracterização da fuga; Produto envolvido; Casual existência de sinistrados ou de doentes em zona muito próxima;
- Comunique ao Enfermeiro Chefe ou Responsável de Equipa do Serviço, se o acidente ocorreu numa zona de internamento, bem como dos Serviços que se encontrem em áreas próximas;
- Se possível, e sem correr riscos, faça o corte de gás;
- Areje o espaço correspondente abrindo portas e janelas, se possível;
- Não acenda fósforos ou isqueiros, não provoque qualquer chama ou chispa nem acione interruptores;
- Abandone o local.



## SE INUNDAÇÃO DO LOCAL:

- Ligue o [ ] ou acione uma botoneira manual de alarme se não tiver forma de telefonar, fornecendo toda a informação disponível, nomeadamente: Local; Dimensão / extensão da inundação; Se possível, a origem da situação; Eventual existência de doentes na zona da inundação ou em área muito próxima.
- Ajude a tranquilizar as pessoas que, eventualmente perto de si, tenham mais dificuldade em manter o domínio emocional;
- Se possível, procure fazer o corte do circuito que esteja na origem da situação;
- Siga as instruções do Supervisor Coordenador da Segurança e Risco.



## SE DETECTAR UM INCÊNDIO

- Não entre em pânico;
- Acione a botoneira de alarme mais próxima e ligue para a extensão [ ] fornecendo toda a informação disponível, nomeadamente: Local; Gravidade da situação; Eventual existência de sinistrados ou de doentes em zona muito próxima; Produtos e equipamentos envolvidos; Eventual proximidade de pontos perigosos;
- Comunique ao Enfermeiro Chefe ou ao Responsável de Equipa do Serviço, se o acidente ocorreu numa zona de internamento, bem como dos Serviços que se encontrem em áreas contíguas;
- Se possível, quando capaz e sem correr riscos desnecessários, procure extinguir o foco de incêndio com os meios de 1ª intervenção existentes no local (extintores);



## SE DETECTAR UM INCÊNDIO

- Se não conseguir extinguir o foco de incêndio: Se possível, e sem correr riscos desnecessários, feche portas e janelas
- Abandone imediatamente o local onde ocorreu o incêndio;
- Não corra;
- Se houver fumos baixe-se e saia do local, se necessário, a gatinhar.
- Nunca abra uma porta fechada antes de verificar se ela está quente; use a parte posterior da mão para evitar queimar a face palmar;
- Se a porta estiver quente não a abra e procure outra saída de emergência;



## SE DETECTAR UM INCÊNDIO

- Se ficar preso numa sala cheia de fumo: procure selar as frestas à volta das portas e janelas com o que tiver à mão: tecidos, cobertores, etc., permaneça junto ao solo onde o ar é mais respirável; se possível abra uma janela; procure sinalizar a sua presença.
- Se as chamas se ateaem às suas roupas, detenha-se, atire-se ao chão e rebole-se, isto apagará as chamas e pode salvar-lhe a vida;
- Se alguém próximo de si estiver envolto em chamas, cubra-o com uma manta, apagando as chamas.
- **Se suspeitar de um incêndio** Se sentir cheiro a queimado ou observar qualquer outro sinal que faça suspeitar da existência de um incêndio, mas não exista chama ou fumo visíveis, contacte o



## SE O ELEVADOR QUE SE ENCONTRA A UTILIZAR PARAR REPENTINAMENTE

- Não entre em pânico;
- Ative o alarme existente na cabina;
- Se possuir algum meio de comunicação, ligue, se possível, para o ou para alguém que o possa socorrer;
- Caso não possua qualquer meio de comunicação tente sinalizar a sua presença;
- Ajude a tranquilizar as pessoas que, eventualmente perto de si, tenham mais dificuldade em manter o domínio emocional ou, em se deslocar;
- Aguarde pelo socorro, em condições normais não procure sair de forma expedita do ascensor.







## ENFERMEIRO CHEFE / RESPONSÁVEL DE EQUIPA

O Coordenador de Evacuação assegura as seguintes ações:

- Distribui os elementos da Equipa de Evacuação para orientar, acompanhar e deslocar os doentes e visitas, observando, sempre que possível e adequado, a seguinte ordem:
- 1º - visitas e doentes que possam deslocar-se pelos seus próprios meios;
- 2º - doentes total ou parcialmente dependentes, que não se desloquem por si próprios e que estejam mais longe da zona de saída;
- 3º - doentes total ou parcialmente dependentes, que não se desloquem por si próprios e que estejam mais próximos da zona de saída;



## ENFERMEIRO CHEFE / RESPONSÁVEL DE EQUIPA

Se forem insuficientes os elementos da Equipa de Evacuação, peça reforços ao Supervisor Coordenador da Segurança e Risco.

Em relação aos doentes incapacitados de se deslocarem pelos próprios meios:

- Definir o método de transporte mais adequado, avaliando caso a caso; assegurando o acompanhamento por profissional de saúde sempre que o estado do doente o recomende;
- Assegurar-se que os processos clínicos estão a ser transportados pelos elementos pré-definidos;
- Após todos os ocupantes sob sua responsabilidade terem abandonado a área certifique-se que não ficou ninguém retido no interior.





## APÊNDICE XXIII-PLANEAMENTO DO PAC

Quadro 7- Planeamento do PAC

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<b>Adquirir conhecimentos sobre o Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência</b>	Pesquisa bibliográfica; Seleção de bibliografia revista	Profª. M.P., orientadora de estágio	Livros, base de dados eletrónica e artigos	Ao longo do estágio II	Descrição em relatório de trabalho de projeto da pesquisa selecionada sobre o tema
<b>Aprofundar conhecimentos sobre o Plano de Emergência Interno do Hospital onde decorrem os estágios</b>	Pesquisa bibliográfica; Seleção de bibliografia revista	Profª. M.P., chefe de serviço, orientadora de estágio e coordenador da segurança e risco da instituição hospitalar	Serviço onde decorrem os estágios, Livros, base de dados eletrónica e artigos	Ao longo do estágio II	Descrição em relatório de trabalho de projeto da pesquisa selecionada sobre o tema com visualização de como se encontra enquadrado o serviço de estágio.

Quadro 8- Planeamento do PAC (continuação)					
	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tecnológicos	
<b>Conceber um guia prático sobre instruções gerais de atuação</b>	Realização de protótipo do guia prático sobre instruções gerais de atuação	Profª. M.P., orientadora de estágio e coordenador da segurança e risco da instituição hospitalar	Computador; papel	No estágio III	Guia prático sobre instruções gerais de atuação em situações emergentes realizado e afixado no serviço onde decorre o estágio III
	Reunião com os recursos humanos descritos para este objetivo				
<b>Aprofundar conhecimentos sobre cuidados à pessoa em fase crónica/paliativa</b>	Realização de guia prático sobre instruções gerais de atuação final	Profª. M.P., orientadora de estágio e Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da instituição hospitalar.	Computador; livros; Serviços onde a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos atua.	No estágio III	Reflexões sobre o tema e trabalhos realizados em âmbito académico do curso.
	Entrega do guia prático sobre instruções gerais de atuação no serviço da instituição onde decorre o estágio				
	Assistir a formações sobre cuidados paliativos se possível				
	Pesquisa bibliográfica				
	Realizar estágio na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos				

## APÊNDICE XXIV-CRONOGRAMA DO PAC

Quadro 9- Cronograma do PAC (Atividades Principais)	Set				Out				Nov				Dez				Jan				Feb	Abril
	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S		
Pesquisa bibliográfica e Seleção de bibliografia revista																						
Realização de protótipo de guia prático sobre instruções gerais de atuação																						
Reunião com Profª M.P., orientadora de estágio e coordenador da segurança e risco da instituição hospitalar																						
Conceber o guia prático sobre instruções gerais de atuação final																						
Entrega do guia prático sobre instruções gerais de atuação no serviço da instituição onde decorre o estágio após aprovação do coordenador da segurança e chefe do serviço																						
Realizar estágio na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos																						
Desenvolvimento do PAC, atingindo as competências específicas do enfermeiro especialista (não atingidas com o PIS)																						
Entrega relatório do trabalho de projeto																						

Legenda: Cronograma idealizado ■ Cronograma realizado ■



APÊNDICE XXV-ARTIGO CIENTÍFICO DO PIS REALIZADO NO PROJETO

# Metodologia de Trabalho de Projeto

## Melhorar para Melhor Cuidar da Pessoa Com Ferida Cirúrgica de Cabeça e Pescoço

José, Carina Lopes: Licenciada em Enfermagem e Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Pereira, Mariana: Doutoranda em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e Mestre em Ciências da Educação. Professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

### RESUMO

Estrutura-se no presente artigo o Projeto de Intervenção em Serviço desenvolvido no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com ferida cirúrgica num serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/ORL. Foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto e como referencial teórico, destacamos a Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem de Afaf Ibrahim Meleis e todas as leis que regem a carreira de enfermagem.

**Objetivo:** Apresentar o PIS desenvolvido que visou melhorar a qualidade dos cuidados às pessoas do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Otorrinolaringologia de um Hospital da área da grande Lisboa, portadoras de ferida cirúrgica.

**Metodologia:** Recorremos aos princípios da investigação científica no desenvolvimento das várias etapas da metodologia de trabalho de projeto e atendemos aos princípios éticos e deontológicos na implementação do mesmo. Como atividades desenvolvidas para responder às necessidades identificadas, realizámos ações de formação sobre a higienização das mãos e sobre registos da ferida cirúrgica bem como, a criação e implementação de um procedimento de cuidados.

**Resultados:** A implementação destas ações facilitou a uniformização de práticas de qualidade na resposta às necessidades desta pessoa específica.

**Conclusão:** Este Projeto de Intervenção em Serviço contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com ferida cirúrgica no serviço anteriormente referido, bem como para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-cirúrgica, Metodologia Trabalho Projeto, Qualidade dos cuidados, Pessoa com ferida cirúrgica da cabeça e pescoço.

### ABSTRACT

This report, prepared in the context of the 3rd Master's Course in Medical-Surgical Nursing, School of Health, Polytechnic Institute of Setúbal, reflects the acquisition and development of Master, Common and Specific Skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing. The established rules of

nursing career and Afaf Ibrahim Meleis's *East range Theory of Transitions* were the theoretical framework that guided the master's degree of nursing practice.

**Objective:** To present the developed IPS which aimed to improve the quality of care of patients with surgical wound, admitted into the Head and Neck.

**Methodology:** We apply the principles of scientific research in the development of the various stages of the project work methodology and use the ethical and deontological principles in implementation. To meet the identified needs, we held training sessions on hand hygiene and surgical wound records as we create and implement a care procedure.

**Results:** The implementation of these actions we create and implement a care procedure the standardization of quality practices in meeting the needs of the patient.

**Conclusion:** This Intervention Project in Service had improved the quality of care to the person with surgical wound in the service described above as well as for the development of the nurse developed the nurse' specialist skills in continuous quality improvement and care management.

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing, Work Project Methodology, Quality of Care, Patient with Head and Neck Surgical Wound.

## INTRODUÇÃO

O paciente cirúrgico de alto risco frequentemente encontra a deiscência da ferida como uma complicação importante. (...) A cicatrização é um processo complexo, afetado por diversos fatores. Quando as feridas não cicatrizam adequadamente, o peso físico e financeiro da hospitalização é aumentado tremendamente. Isto impõe um desafio difícil para os profissionais de saúde. (Gogia, 2003, p.65-66)

As cirurgias do Serviço onde foi realizado o projeto de intervenção são muito específicas e as suturas operatórias não são simples. Na sua maioria as suturas são irregulares e estão próximas de áreas abertas como a cavidade oral e nasal, sendo acompanhadas de estomas nada facilitadores da cicatrização mas sim da

probabilidade acrescida de deiscências, fistulas e infecções, causada pela presença constante de secreções no leito das suturas. As feridas cirúrgicas destas pessoas tão específicas carecem de vigilância diária face ao anteriormente descrito.

**Meleis (2012) afirma que a Enfermagem é uma ciência humanista (*Human Science/Humanwissenschaft*) e uma disciplina orientada para a prática (*practice-oriented discipline/praxisorientierte Disziplin*), pois a sua missão é visualizada nessa mesma prática. Os enfermeiros querem perceber como as pessoas reagem à saúde e à doença de forma a incentivar a promoção da saúde, prestar cuidados e incentivar o autocuidado.**

O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (...) (Artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro, 2009)

O Projeto de Intervenção em Serviço foi concretizado no âmbito dos estágios no decorrer dos dois últimos semestres do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Decidimos realizar o Projeto num serviço de um Hospital da grande Lisboa e tentar atuar na melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com ferida cirúrgica da cabeça e pescoço, facilitando-lhes todo o processo de transição. As feridas continuam a ser um tema atual relativamente à necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem o que reforça a nossa intenção na escolha do tema, facilitador da aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área da Prestação de Cuidados Especializados.

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Para Meleis (2012) o ambiente engloba a família, a sociedade, a cultura, o hospital, o quarto da pessoa, a enfermeira, e tudo o

que envolve o cliente em determinada fase de transição. Há uma interação constante entre a pessoa e o meio ambiente que influencia a sua qualidade de saúde.

Associado à causa do internamento, habitualmente estes clientes têm outros tipos de patologias como: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Subnutrição, Infecção Respiratória, Insuficiência Cardíaca, Desidratação, Hepatites e Vírus da imunodeficiência humana I e II, por vezes Toxicodependência, Anemia e Disfagia. As cirurgias mais frequentes são desde Tireoidectomias Totais ou Parciais, Laringectomias Parciais ou Totais, Celulectomias Radicais, Funcionais ou Modificadas, Parotidectomias, Hemimandibulectomias ou Mandibulectomias Totais, Hemiglossectomias ou Glossectomias Totais, ultimamente associadas a Retalhos Livres, Excisões Tumerais Locais como por exemplo do couro cabeludo, Exenterações Orbitárias, etc.

Diz Meleis (2012) que os enfermeiros devem visualizar os seus clientes de forma holística, respeitando valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico. Nesta conjuntura devem ter presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, de modo a

alcançar os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Toda a evolução da doença, abordagens cirúrgicas/terapêuticas, todas as complicações, principalmente no pós-operatório, mostram bem as transformações/transições a que são sujeitos, física, psicológica e socialmente. Grandes são as limitações, a perda da independência na manutenção das suas atividades de vida diária, necessitando de ajuda e muito apoio a diversos níveis de modo a manter, recuperar ou melhorar a sua adaptação ao novo estado físico. A “mutilação” cervicofacial é quase sempre visível e nada confortável para os dois lados da relação. A ferida operatória nestas pessoas muitas vezes está exposta e o penso tem por vezes uma função protetora face ao olhar dos outros (facilitadora da nova condição). Baranoski & Ayello (2006, p.5) acrescentam ainda que “Feridas na cara, pescoço e mãos, são obviamente as mais difíceis de esconder, não apenas pelos outros mas também do ponto de vista do próprio paciente. O trauma emocional experimentado pelo desfiguramento facial requer longos períodos de ajustamento. (...)” A ferida não é mais do que a perda de continuidade da pele. Para Baranoski & Ayello (2006, p.91) “Uma ferida é uma rutura da estrutura e função anatómica normal. As feridas são classificadas como agudas e crónicas.” Meleis (2012) afirma que quer a pessoa enfermeiro, quer as

pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem molduras de valores, crenças e desejos da natureza pessoal reflexo das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. O ponto nº2 do artigo 78.º do Código Deontológico (2009) declara que “ ... São valores universais a observar na relação profissional: (...) e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.” E no ponto nº3 que “São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; (...)”

O tratamento de feridas agudas e crónicas evolui para uma área de prática bastante especializada. É vital que se faça uma avaliação da ferida detalhada e rigorosa em pacientes com feridas. (...) A avaliação fornece os elementos-chave de uma ferida e é essencial para o desenvolvimento de todas as intervenções de disciplinas de cuidados de saúde. A avaliação total do paciente, inclusivamente as situações de morbilidade e estilo de vida, deve fazer parte de qualquer avaliação de ferida abrangente. (Baranoski & Ayello, 2006, p.91)

Dos 6 enunciados descritivos, dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, destacaram-se nesta fase do projeto de intervenção: **“A prevenção de complicações”** e **“A organização dos cuidados de enfermagem”**, de onde sobressaiu a necessidade da existência de

um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício da enfermagem, de um sistema de registos mais eficaz, da satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional e da importância da formação contínua promotora do desenvolvimento profissional.

## **METODOLOGIA DE PROJETO**

Em entrevista exploratória não estruturada com o enfermeiro chefe do serviço e com a orientadora de estágios ficou reforçada a ideia de que a melhoria dos cuidados à pessoa com ferida cirúrgica é indispensável, uma vez que até existe, um programa recente de controlo de infeção do local cirúrgico. **Decidimos aplicar como ferramenta de gestão/diagnóstico a Failure Mode & Effects Analysis (FMEA), indispensável para reforçar/fundamentar o possível problema existente e a necessidade de intervenção nesta área. A FMEA**

... é um instrumento de análise de falhas que é utilizado em múltiplas áreas de atividade incluindo a saúde. Consiste, no caso da prática clínica, em identificar para cada etapa da trajetória da doença, numa dada instituição hospitalar, as falhas que normalmente ocorrem, os respetivos efeitos e as causas que provocam essas falhas. (Fragata & Martins, 2004, p.168-169)

Para realizar a FMEA baseada na evidência, foi feita pesquisa bibliográfica, indispensável na exposição de todo o procedimento dos cuidados ao cliente portador de ferida cirúrgica. Chegou-se à conclusão após análise que existiam prováveis erros/falhas, não intencionais, possíveis de evitar com a introdução de melhorias. Nesta avaliação as etapas do procedimento que se destacaram foram: Lavar as mãos; Calçar luvas e remover o penso, observando as características do mesmo, ferida e região circundante; Remover luvas e lavar as mãos após remoção do penso antigo; Limpar a ferida; Aplicar penso; Registrar procedimento. Após análise, construímos, baseado em bibliografia científica, duas grelhas de observação, uma referente ao procedimento dos cuidados realizados à pessoa, desse serviço específico, com ferida cirúrgica e outra para os registos de enfermagem deste cliente específico, com o intuito de validar a nossa perceção do problema e fundamentá-lo. Para criação das grelhas foi tido em conta o referido por Fortin (2009, p.243) quando diz que “O investigador deve planificar rigorosamente o registo dos comportamentos designados.”

Na avaliação da lesão é importante que o profissional classifique a ferida e identifique o estágio da cicatrização, antes da aferição, para que possa realizar uma estimativa

do processo cicatricial e quais os fatores que irão interferir neste processo. Essa combinação de métodos dará uma visão mais acurada sobre o caso. Essa avaliação deve vir acompanhada de um registro minucioso sobre a ferida que descreva a localização, etiologia, tamanho, tipo, a coloração de tecido no leito da lesão, quantidade e característica do exsudato, odor, aspeto da pele ao redor, entre outros (...). Após avaliação minuciosa, a equipe deverá registrar os dados coletados. (Campos, More, & Arruda, 2008, p.30-31)

O referido por Paulino, Tareo & Rojão (1999, p.281) ao afirmarem que o procedimento de execução de pensos “É um conjunto de ações que visam a prevenção de infecção, cicatrização de feridas e a minimização de lesões cutâneas.” As ações de enfermagem descritas por estas autoras ajudaram na construção da grelha de observação da execução de penso. Veiga, Henriques, Barata, Santos, Santos, Martins, Coelho & Silva (2011, p.64) referem igualmente que a norma de pensos a feridas “Consiste na limpeza e/ou desinfecção da pele e tecidos subjacentes, e se necessário, na aplicação de penso protetor.” A norma de enfermagem descrita por estas criadoras, relativamente ao procedimento do penso, foi também facilitadora e essencial na construção da grelha de observação da execução de penso. O artigo 83.º do nosso código (2009)

diz que “O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: (...) d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas; (...)”. Baranoski & Ayello (2006, p.94) referem que “ Uma avaliação mínima da ferida deve incluir o seguinte: uma visão minuciosa de todo o paciente, etiologia ou tipo de ferida e as características da ferida como a localização, o tamanho, a profundidade, o exsudado e o tipo de tecido.”

A sua avaliação inicial estabelece o marco para monitorização subsequente e novas avaliações. Uma avaliação é um relato estático. Entretanto uma série de avaliações torna-se um quadro em movimento que mostra o aspeto dinâmico do processo de cicatrização. Desta forma, todos os membros da equipe de saúde podem observar a evolução para a cura (ou não), o desenvolvimento de complicações e o sucesso relativo das intervenções. Este quadro dependerá da acurácia, qualidade e consistência do seu registo. (Lippincott, Williams & Wilkins, 2003, p.41)

Os registos de enfermagem realizados neste serviço, de acordo com este autor, eram relatos estáticos, não se conseguindo visualizar a evolução da ferida de acordo com o tratamento realizado, podendo ocorrer falhas no diagnóstico da situação e/ou na escolha de material/penso a aplicar.

Logo, a monitorização da ferida é também essencial para perceber se os cuidados estão a ser eficazes.

Com as grelhas realizamos **observações ao procedimento dos cuidados realizados à pessoa desse serviço com ferida cirúrgica**, de forma aleatória, sem identificação do profissional ou do cliente, durante a semana que decorreu de 5 a 11 de maio de 2014, nos turnos das manhãs, a 58 execuções de penso. Foi informada e solicitado consentimento da equipa para a realização destes momentos de observação via correio eletrónico. Foi utilizado o “sistema de momento desencadeador” que consiste segundo Fortin (2009, p.243) “...na anotação ou registo dos comportamentos em certos momentos predeterminados.” Tendo-se anotado como observado e não observado os comportamentos estipulados em grelha. Face aos resultados das observações verificou-se que existiam défices na lavagem das mãos e na utilização correta das luvas. Realizamos também **observações aos registos de enfermagem** deste cliente específico, mantendo-se o anonimato das fontes. Para observação dos processos (registos de enfermagem) foi também formalizado pedido para a sua consulta no âmbito da realização do PIS. Esta consulta decorreu no dia 5 de Abril, a 29 processos de pessoas com ferida cirúrgica das 38 pessoas internadas. Estes 29 processos

foram analisados (uma observação por processo) sendo a data de verificação dos registos aleatória, apenas tendo em conta que a pessoa se encontrava no pós-operatório. Os registos observados foram os registos do turno da manhã, após realização do penso à ferida. Face aos resultados verificamos a necessidade de intervenção junto da equipa de enfermagem no sentido de melhorar os registos de enfermagem da pessoa de CCP/ORL com ferida cirúrgica.

O problema por nós identificado após estas observações foi a **“Não sistematização da prestação de cuidados de qualidade à pessoa com ferida cirúrgica da cabeça e pescoço”**.

Com o detetado na análise da FMEA e das observações realizadas, concluímos que os problemas parcelares são:

- **Incumprimento da norma de higienização das mãos durante o procedimento dos cuidados à pessoa portadora de ferida cirúrgica;**
- **Registos de enfermagem incompletos relativamente ao cuidado e avaliação realizados à pessoa com ferida cirúrgica.**

Um projeto em saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo, tendo as seguintes características: produzir benefícios que possam perdurar e que mesmo na ausência do projeto possam perpetuar os seus efeitos; criar dinâmica para outras iniciativas na equipa



multidisciplinar, particularmente nos Enfermeiros; e por fim, permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível, de modo autónomo tendo em conta os recursos existentes.” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.10).

Mendes & Fradique (2013) garantem que “A qualidade da prestação de serviços em saúde é uma preocupação contemporânea da Direção Geral de Saúde e, como tal, foi consagrada no Plano Nacional de Saúde de 2011/2016. “

O nosso objetivo geral para o Projeto foi o **“Melhorar a qualidade de cuidados prestados à pessoa com ferida cirúrgica da cabeça e pescoço.”** Como objetivos específicos decidimos:

- ✓ **Criar um procedimento de realização de penso às pessoas do serviço portadoras de ferida cirúrgica;**
- ✓ **Formar os enfermeiros do serviço tendo por base os aspetos críticos identificados.**

Para a consecução dos objetivos do PIS, realizamos formação específica no sentido de aprofundar conhecimentos na área dos cuidados às pessoas portadoras de ferida cirúrgica aos enfermeiros do serviço e elaboramos um procedimento de realização de penso à pessoa do serviço portadora de ferida cirúrgica, tendo por base a literatura científica sobre o tema. Posteriormente este procedimento foi encaminhado para a responsável da Consulta Multidisciplinar de

Estudo e Tratamento de Feridas numa tentativa de implementação na Instituição e serviço onde decorreram os estágios. Este projeto foi recebido com agrado perspetivando-se a sua integração na futura norma de cuidados à pessoa portadora de ferida cirúrgica da instituição que se encontra em fase de conclusão.

## **RESULTADOS, DIVULGAÇÃO E CONTRIBUTOS**

A qualidade é fundamental nos dias de hoje para desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, sendo essencial o desenvolvimento e investigação para a realização de procedimentos, baseando a nossa práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Podemos concluir que a teoria das transições de Meleis (2012) foi o nosso suporte para a concretização das formações e do procedimento de cuidados ao cliente portador de ferida cirúrgica, facilitadores de transição, contribuindo para a manutenção e/ou promoção de melhores níveis de saúde e de qualidade dos cuidados. A metodologia científica de trabalho de projeto utilizada na concretização do nosso Projeto foi promotora da aquisição e desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Na semana que decorreu de 2 a 8

de Fevereiro de 2015, já após o término dos estágios, foram realizadas 58 observações ao procedimento de cuidados realizados à pessoa com ferida cirúrgica e efetuadas observações a 25 registos de enfermagem no dia 10 de Fevereiro de 2015. As observações foram concretizadas dentro dos mesmos moldes das cumpridas na fase diagnóstica do projeto. Da análise dos resultados percebemos que relativamente à higienização das mãos houve uma melhoria superior a 20% na fase inicial, superior a 80% a meio do procedimento e superior a 30 % na fase final do mesmo. Destaca-se ainda uma melhoria superior a 30%, relativamente à remoção das luvas pós remoção do penso conspurcado da ferida. Comparativamente aos registos de enfermagem houve uma melhoria franca, muito superior a 10% (objetivo proposto no projeto) após a aplicação da folha de registo de feridas no processo de enfermagem. Os resultados e agradecimentos foram enviados à equipa de enfermagem do serviço de estágio via correio eletrónico tal como todos os pedidos de participação na investigação.

## **CONCLUSÃO**

É da responsabilidade do profissional evitar que ocorram danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde. E isso só é possível com esforço, vontade, mudança e implementações concretas na prática

clínica, de forma a minimizar o risco, reduzir a probabilidade do erro, contribuindo para uma prática de cuidados mais seguros e de maior qualidade.

Com o CMEMC quisemos testar os nossos limites e expandi-los de forma a podermos resolver problemas em saúde. Para Meleis (2012) o sucesso das Intervenções Terapêuticas de Enfermagem depende: do bem-estar físico; de enfermeiros criativos, sensíveis e conscientes para a importância da humanização; da antecipação dos eventos; de considerar os motivos desencadeadores; da preparação para a transição e do conhecimento de outras transições a ocorrerem simultaneamente. A investigação deve ser a pedra basilar nessa evolução do nosso conhecimento. Realizámos um Projeto de Intervenção, baseado na metodologia de trabalho de projeto, voltado para a pessoa em situação crítica melhorando o procedimento na realização dos cuidados à pessoa portadora de ferida cirúrgica e os registos. Projeto com contributo para a diminuição do risco de infeção, da dor, do erro nos cuidados prestados, facilitadores de uma cicatrização eficaz, consciencializando e capacitando a Equipa de Enfermagem do serviço de intervenção para a melhoria da prática de cuidados. A aposta na formação dos nossos pares foi positiva e bem aceite por toda a equipa. Todo o projeto foi bem-sucedido devido à possibilidade e apoio constantes

que tivemos de todos aqueles com quem trabalhamos e em particular das nossas

orientadoras.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baranoski, S. & Ayello, E. A. (2006). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas-Princípios Práticos*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Campos, A. A. G., More, F. & Arruda, S.S. (2008). Protocolo de Cuidados de Feridas. Florianópolis: Secretaria Municipal da Saúde, em [http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26\\_10\\_2009\\_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf)
- Código Deontológico do Enfermeiro (2009). Ordem dos enfermeiros, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Estudantes do 7º CLE, Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista de Enfermagem Percursos*, 15 (1-3), 1-37.
- Fortin, M.F. (2009). *O Processo de Investigação da conceção à realização*. (5ª ed). Loures, Portugal: Lusociência.
- Fragata, J. & Martins, L. (2004). *O Erro em medicina, perspetivas do individuo, da organização e da sociedade*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Gogia, P. P. (2003). *Feridas-Tratamento e cicatrização*. Rio de Janeiro: Revinter, Ltda.
- Lippincott, Williams & Wilkins (2003). *Feridas, série incrivelmente fácil*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan S.A.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Deveolpment & Progress*. (5ª ed). Pennsylvania: Fith Edition.
- Mendes, L. & Fradique, M. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (10), 45-53, em [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087402832013000200006&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087402832013000200006&script=sci_arttext&lng=pt)
- Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos do Concelho de Enfermagem, Dezembro 2001. Ordem dos Enfermeiros, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Paulino, D. P., Tareco, I. C., Rojão, M. (1999). *Técnicas e Procedimentos em Enfermagem*. (2ª ed). Coimbra, Portugal: Formasau.
- Veiga, B. S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I. S., Martins, M. M., Coelho, M. T. & Silva, P. C. (2011). Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos Técnicos. (2ª ed). Lisboa, Portugal: ACSS IP, em [http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015\\_07\\_2011.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf)