



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**
Relatório de Estágio

**Prevenção da infeção da ferida cirúrgica no doente
neuro-oncológico: Intervenção especializada de
Enfermagem**

Maiko Barreto Barboza

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica
Relatório de Estágio**

**Prevenção da infeção da ferida cirúrgica no doente
neuro-oncológico: Intervenção especializada de
Enfermagem**

Maiko Barreto Barboza

Orientador: Professor Doutor Óscar Manuel Ramos Ferreira

Lisboa

2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido que eu tivesse saúde e determinação para ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Ao meu companheiro, por acreditar sempre em mim, pelo apoio e paciência.

Ao Professor Doutor Óscar Ferreira, por toda sabedoria, disponibilidade e orientação.

Aos meus orientadores dos campos de estágios, por toda a orientação e ensinamentos.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho, enriquecendo o meu processo de aprendizagem.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ASA- American Society of Anesthesiologists

CDC- Centers for Disease Control and Prevention

CICI- Congresso Internacional de Controlo de Infeção

CIPE- Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CMETF- Clínica Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

DGS- Direção Geral de Saúde

ECDC- European Center for Disease Control and Prevention

IACS- Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IFC- Infeção da Ferida cirúrgica

INE- Instituto Nacional de Estatística

MRSA- Methicillin-resistant Staphylococcus

NANDA- North American Nursing Diagnoses

NHSN- National Healthcare Safety Network

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNCI- Programa Nacional de Controlo de Infeção

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências Antimicrobianas

SARS-COV-2- Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SIGIC- Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNC- Sistema Nervoso Central

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VRE- Enterococcus Resistente a Vancomicina

WHO- World Health Organization

RESUMO

A infecção da ferida cirúrgica permanece como uma das causas mais comuns de morbimortalidade no utente cirúrgico, apesar dos avanços na prática cirúrgica e do uso difundido de antibióticos profiláticos. Especificamente em utentes neuro-oncológicos, percebe-se um risco acentuado, considerando que as abordagens cirúrgicas são sempre extremamente invasivas, complexas e longas, aumentando os riscos de infecção. As infecções após procedimentos neurocirúrgicos, sobretudo pós-craniotomias, são complicações que atingem diretamente o prognóstico do utente, contribuindo para o aumento de dias de internamento em unidades de cuidados intensivo e de reabordagem cirúrgica (Figueiredo et al., 2012). Os fatores de risco podem estar relacionados com a condição do utente, nomeadamente: idade, estado nutricional, presença de comorbilidades, tempo de internamento pré-operatório, tipo de cirurgia, habilidade do cirurgião, duração e local da cirurgia, tipo de antibiótico profilático utilizado, bem como inserção de corpos estranhos, como o dreno. Uma infecção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico pode desencadear um agravamento do prognóstico do tratamento do cancro. Visto isto, emergiu a ideia da criação de um Projeto de Intervenção, intitulado “Prevenção da infecção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico: intervenção especializada de enfermagem”, com a finalidade de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, no contexto assistencial por meio de intervenções de enfermagem que sejam eficazes para prevenir infecções da ferida cirúrgica e suas consequências. Nesse sentido foi também desenvolvida uma *check-list* para apoiar o *follow-up* telefónico, após a alta. Dada a importância da capacitação do utente e dos seus cuidadores para o autocuidado, elegi a teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, para sustentar este projeto nas intervenções sugeridas para a prevenção de infecções da ferida cirúrgica nos doentes neuro-oncológicos. Para a sua elaboração destaque, a reflexão continua sobre a realização de atividades ao longo de três estágios, para além do desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente oncológica.

Palavras-chave: doente neuro-oncológico, ferida cirúrgica, prevenção da infecção, intervenções de enfermagem

ABSTRACT

Surgical wound infection remains one of the most common causes of morbidity and mortality in surgical patients, despite advanced improvements in surgical practice and the widespread use of prophylactic antibiotics. Specifically in neuro-oncologic patients, where an accentuated risk can occur, considering that surgical approaches are always extremely invasive, complex, and long, increasing the risk of infection. Infections after neurosurgical procedures, especially after craniotomies, are complications that directly affect the patient's prognosis, contributing to increasing the number of days in intensive care units and surgical re-evaluation (Figueiredo et al., 2012). Risk factors may be related to the patient's condition, namely: age, nutritional status, presence of comorbidities, pre-surgery hospital stays, type of surgery, surgeon's skill, duration and location of surgery, type of prophylactic antibiotic used, as well as insertion of foreign bodies, such as drains. An infection in the surgical wound in a neuro-oncologic patient can lead to the worsening of the prognosis of cancer treatment. In view of this, the idea of creating an Intervention Project came about and was called "Prevention of surgical wound on a neuro-oncologic patient: specialized nursing intervention", aiming at improving the providing of nursing care, in an assistance and preventive context, through nursing interventions that are effective to prevent surgical wound infections and their consequences, a checklist was developed including telephone support, after discharge. Given the importance of training the patient and the caregivers for self-care, I chose Dorothea Orem's Self-Care theory to support this project in the interventions suggested for the prevention of surgical wound infections in neuro-oncological patients. For the achievement of this project, I highlight the continuous reflection on the conducting of activities through three internships. In addition to the development of skills as a Specialist Nurse and master's in medical-surgical Nursing, oncology.

Keywords: neuro-oncologic patient, surgical wound, infection prevention, nursing interventions

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS	7
RESUMO	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	15
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
3. PLANO DE ATIVIDADES E AVALIAÇÃO	31
3.1. Identificação das tarefas realizadas e resultados obtidos – Serviço de Neurocirurgia do Hospital A.....	31
3.2. Identificação das tarefas realizadas e resultados obtidos – Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas Complexas do Hospital B. ...	34
3.3 Identificação de cada tarefa realizada e resultados obtidos - Serviço de neurocirurgia do Hospital C	39
4. AVALIAÇÃO	45
CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
APÊNDICES	63
APÊNDICE I: Revisão <i>Scoping</i>	65
APÊNDICE II: <i>Check-list</i> “Intervenções de Enfermagem para Prevenção da Infecção da Ferida Cirúrgica do Doente Neuro-Oncológico”	77
APÊNDICE III: Plano de atividades dos estágios.....	81
APÊNDICE IV: Cronograma de atividades.....	91
APÊNDICE V: Caracterização do Serviço de Neurocirurgia do Hospital A.	97
APÊNDICE VI: Folheto informativo de cuidados pré e pós-operatório elaborado para o Serviço de Neurocirurgia.....	103
APÊNDICE VII: Incidente Crítico – Serviço de Neurocirurgia do Hospital A	111
APÊNDICE VIII: Poster criado para o Congresso Internacional de Controlo de Infecção (CICI 2021)	124
APÊNDICE IX: Certificados de participação e apresentação CICI 2021	128
APÊNDICE X: Caracterização do CMETF do Hospital B.....	132
APÊNDICE XI: Estudo de Caso do CMETF	138
APÊNDICE XII: Consentimento informado para utilização da imagem da ferida. ...	154
APÊNDICE XIII: Incidente crítico - CMETF	158
APÊNDICE XIV: Poster criado para CMETF	170
APÊNDICE XV: Caracterização do Serviço de Neurocirurgia - Hospital C	174
APÊNDICE XVI: Incidente Crítico Hospital C.....	182
APÊNDICE XVII: Plano de sessão da apresentação do Projeto.....	192

APÊNDICE XVIII: Slides do PowerPoint da Sessão	196
APÊNDICE XIX: Questionário de avaliação da sessão.....	206
APÊNDICE XX: Protocolo da Prevenção da Infecção da Ferida Cirúrgica no Doente Neuro-Oncológico	210
APÊNDICE XXI: Análise <i>SWOT</i>	218

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Plano de apresentação do projeto de estágio a equipa de enfermagem.43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Avaliação da ação de formação	44
---	-----------

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio consiste na descrição do trajeto efetuado no desenvolvimento do Projeto de Intervenção, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserido no 11º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem na área de Especialização Médico-Cirúrgica, na opção em Enfermagem Oncológica, que decorreu no período compreendido entre 23 de novembro de 2020 a 16 abril de 2021.

Este Projeto de Intervenção, intitulado “Prevenção da infeção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico: intervenção especializada de enfermagem”, foi desenvolvido com o intuito de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem no contexto assistencial e preventivo através de intervenções de enfermagem que sejam eficazes para prevenir infeções da ferida cirúrgica e suas consequências.

A infeção da ferida cirúrgica (IFC) permanece como uma das causas mais comuns de morbimortalidade no utente cirúrgico, apesar dos avanços na prática cirúrgica e do uso difundido de antibióticos profiláticos. Cada incidente de IFC aumenta a duração do internamento em aproximadamente sete dias e consequentemente os custos hospitalares (Barbosa, Reis, Carrara, Andrade, 2004).

Uma infeção hospitalar em neurocirurgia é, em geral, pouco frequente quando comparada com outras causas de infeção hospitalar. Porém, é uma categoria importante pela sua gravidade clínica, frequentemente associada a pior prognóstico, alta letalidade e grande número de sequelas entre os sobreviventes (Parahym, 2012).

No quadro dos utentes oncológicos, a IFC tem conceitos importantes a serem destacadas, dada a patologia de base, que debilita a condição do utente para uma boa recuperação, se comparada a outros utentes não oncológicos (Feitosa et al., 2014).

Especificamente em utentes neuro-oncológicos percebe-se um risco acentuado, considerando que as abordagens cirúrgicas são sempre extremamente invasivas, complexas e longas, aumentando os riscos de infeção. As infeções após procedimentos neurocirúrgicos, sobretudo pós-craniotomias, são complicações que atingem diretamente o prognóstico do utente, contribuindo para o aumento de dias de internamento em unidades de cuidados intensivos (UCI), da morbimortalidade e de reabordagem cirúrgica (Figueiredo, Balasso, Teixeira, 2012).

Os fatores de risco podem estar relacionados com condições do utente, nomeadamente: a sua idade, estado nutricional, presença de comorbilidades e tempo de internamento pré-operatório. O risco relaciona-se também com o tipo de cirurgia (se eletiva ou de urgência), habilidade do cirurgião, tempo operatório (acima de 4 horas aumentam os riscos) e local da cirurgia. Além desses fatores, pode-se destacar o tipo de antibiótico profilático utilizado, bem como a inserção de corpos estranhos, como o dreno (Berríos-Torres et al., 2017; Wiseman et al., 2015).

A craniotomia é a atividade de maior demanda nos serviços de neurocirurgia, no entanto, apresenta ainda uma alta taxa de incidência de infeção, variando entre 1% – 11% em todo o mundo (Figueiredo, Balasso, Teixeira, 2012).

Edwards (2007), destaca que as infeções em cirurgias neurológicas podem estar associadas diretamente ao próprio processo cirúrgico através da inoculação direta: da flora residual da pele do utente ou de disseminação de foco contíguo infetado; das mãos do profissional por rompimento da luva; e, mais raramente, de soluções injetadas; dispositivos; instrumentação cirúrgica contaminada ou roupa cirúrgica contaminada; contaminação pelo ar, durante cirurgia, proveniente do utente ou dos profissionais de saúde, na sala cirúrgica e, também raramente, por disseminação hematogénica de infeção remota.

Os organismos mais comuns a infetar a ferida cirúrgica são em geral patógenos comuns à flora normal da pele. *Staphylococcus aureus* é o patógeno mais comum em infeção incisional, assim como em infeções de feridas profundas (Jang, 2016; Irff, 2016).

Compreender os fatores de risco, as causas, e os números das infeções das feridas cirúrgicas, é o passo inicial para destacar as intervenções de enfermagem prioritárias para prevenir as infeções (Bellusse et al., 2015).

Uma infeção na ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico pode desencadear, além das circunstâncias já mencionadas, agravamento do prognóstico do tratamento do cancro (Silva Carlos et al., 2020). Estes utentes inserem-se em todos os fatores de risco aqui enumerados, o que evidencia a importância de seguir protocolos baseados em evidência, e sobretudo ajustados à realidade de cada doente, considerando os recursos do serviço.

O projeto por mim desenvolvido tem por finalidade melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, no contexto assistencial e preventivo, através de

intervenções de enfermagem que sejam eficazes para prevenir infecções da ferida cirúrgica e suas consequências no doente cirúrgico neuro-oncológico.

Com base nas premissas aqui referidas, de uma forma geral, definiu-se os seguintes objetivos para este relatório:

- Descrever o percurso realizado nos campos de estágio;
- Analisar de forma crítica e reflexiva, com base na evidencia científica, a minha prática profissional nos diferentes campos de estágios;
- Refletir sobre as competências e aprendizagens adquiridas;
- Analisar os contributos do projeto para melhoria da prestação de cuidados no serviço onde exerço funções.

A Metodologia utilizada para a realização deste Projeto de Intervenção, consistiu na execução de uma *Scoping Review* (APÊNDICE I), para conduzir a reflexão crítica e a minha intervenção para o desenvolvimento de competências nos diferentes contextos hospitalares ao longo dos estágios divididos em três etapas. Como primeiro campo de estágio, foi selecionado o Serviço de Neurocirurgia do Hospital A, com uma carga horária de 128 horas, que decorreu entre 23 de novembro de 2020 e 20 de janeiro de 2021. Como objetivo geral defini: “Adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, em contexto de internamento de neurocirurgia na prevenção da infeção da ferida neurocirúrgica”. Em virtude da situação pandémica, houve necessidade de fazer duas pausas, a primeira deveu-se ao fato de ter testado positivo para o Sars-Cov-2 e a segunda deveu-se ao fato de a minha orientadora de estágio ter, igualmente, testado positivo, pouco depois do meu regresso.

O contexto da pandemia do Sars-Cov-2 aperfeiçoou significativamente a minha abordagem, tive mais tempo para pensar e refletir sobre as minhas ações tanto a nível pessoal como profissional, o que promoveu minha postura como um profissional reflexivo que aproveita as próprias experiências pessoais e profissionais para aperfeiçoar a prática.

Como segundo campo de estágio, foi selecionada a Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas Complexas do Hospital B, realizado entre 25 de janeiro a 26 de fevereiro, no total de 144 horas divididas em 18 turnos. Nesse estágio, desenvolvi competências e práticas de cuidados de Enfermagem ao doente oncológico com ferida cirúrgica, tive a oportunidade de estar com profissionais muito

capacitados, que utilizam a evidência científica mais recente para a prestação de cuidados e pode ainda utilizar os mais variados e inovadores produtos existentes na indústria farmacêutica. Compreendi as intervenções de enfermagem junto do utente oncológico, capazes de prevenir infeções associadas à ferida cirúrgica e prestei cuidados a doentes com diversas feridas complexas, infetadas e não infetadas.

O terceiro campo de estágio foi no Serviço de Neurocirurgia do Hospital C, o qual ocorreu entre os dias 04 de março a 16 de abril, num total de 18 turnos (144 horas). Neste campo, tive a liberdade de implementar as intervenções planeadas para o meu projeto, uma vez que se trata do meu local de trabalho, locus do meu estudo. Aqui, pude utilizar a *check-list* que desenvolvi (APÊNDICE II) para acompanhar a evolução da ferida cirúrgica nos doentes neuro-oncológicos. Este instrumento foi apresentado e discutido com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), momento muito rico na contribuição da melhoria da assistência prestada no serviço. Outra questão importante neste estágio, deveu-se ao fato de, na minha prática profissional, o meu contato com os utentes neuro-oncológicos se dar apenas no pré e pós-operatório, enquanto, no estágio tive a oportunidade de acompanhar uma utente ao bloco cirúrgico em todas as etapas, o que permitiu a validação da *check-list*.

Dada a importância da capacitação do utente e de seus cuidadores para o autocuidado, elegi a teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, para sustentar e potencializar este projeto nas intervenções sugeridas para a prevenção de infeções da ferida cirúrgica nos doentes neuro-oncológicos.

O conceito de autocuidado no contexto destes estágios, foi concebido como uma função humana que os indivíduos realizam para manter um funcionamento compatível com as condições essenciais à vida e à integridade de seu próprio funcionamento e desenvolvimento (Orem, 1995).

“O constructo teórico de Dorothea Orem é constituído por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A Teoria do Défice de Autocuidado aborda a relação de desequilíbrio entre a demanda de cuidados e a capacidade de uma pessoa para desempenhar tal demanda. Já a Teoria dos Sistemas de Enfermagem varia do Sistema totalmente compensatório, passando pelo Sistema parcialmente compensatório, até chegar ao Sistema de apoio-educação, modificado de acordo com a necessidade da Enfermagem em suprir a demanda terapêutica de autocuidado de um indivíduo. Segundo a conceção de Dorothea Orem, quando uma pessoa não reúne habilidades suficientes para atender a uma demanda de autocuidado,

torna-se necessário que outra pessoa exerça tais cuidados, no caso o enfermeiro” (Costa e Castro, 2014, p.980).

Tendo por base o referencial teórico que sustenta este projeto, foram projetadas as atividades e os resultados esperados para cada um dos campos de estágio (APÊNDICE III). As atividades planejadas, para cada campo de estágio, decorreram de acordo com o cronograma das atividades de estágio (APÊNDICE IV).

Com a finalidade de descrever a trajetória dos estágios, este relatório é composto pela presente Introdução e por quatro capítulos: Definição da Problemática; Referencial Teórico; Plano de Atividades e Avaliação (na qual serão identificadas as vulnerabilidades e potencialidades das intervenções, os objetivos alcançados, assim como as competências desenvolvidas e a contribuição do projeto para uma melhor prestação de cuidados e assistência de enfermagem). E por fim, será apresentada a Conclusão e as Perspetivas Futuras.

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A Organização Mundial e Saúde (OMS) refere que mais de 14 milhões de pessoas desenvolvem cancro por ano, existindo a previsão que em 2030 cerca de 21 milhões de pessoas sofram desta doença (OE, 2020). O cancro é já a segunda causa de morte e morbilidade na Europa e também a segunda causa de morte em Portugal, (INE, 2017), pelo que se torna relevante analisar e refletir sobre as intervenções de enfermagem dirigidas a este grupo de utentes de forma a adquirir novos conhecimentos e adequar os cuidados de saúde prestados para aumentar a qualidade de vida dos sobreviventes.

O exercício da enfermagem oncológica é determinante para assegurar à pessoa doente e respetiva família processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos específicos de tratamento oncológico, sem descuidar a gestão de sintomas originados por estes, quer em ambiente hospitalar, quer na saúde na comunidade (OE, 2020).

No contexto profissional de um enfermeiro o doente cirúrgico é muitas vezes o alvo dos nossos cuidados, pelo que uma das áreas de intervenção do enfermeiro é o doente com ferida cirúrgica, sendo necessário encontrar métodos, técnicas e produtos que permitam cuidar do doente de forma mais rápida, eficaz e menos dolorosa, minimizando as complicações a longo prazo (Sousa e Santos, 2007).

Apesar da evolução da cirurgia e de instituições como a OMS e a Direção Geral de Saúde (DGS) estarem continuamente a atualizar e reforçar recomendações de boas práticas, os níveis de infeção continuam elevados. Segundo a DGS (2009) as complicações com a ferida cirúrgica são um dos principais fatores de infeção hospitalar e conseqüentemente o prolongamento do internamento. Neste sentido torna-se premente a investigação sobre os cuidados de enfermagem que previnem estas complicações. Reconhecendo a relevância da infeção da ferida cirúrgica, os seus impactos na evolução do tratamento, especialmente em doentes oncológicos, a repercussão no aumento de dias de internamento e os riscos de uma reabordagem cirúrgica em neurocirurgia, as conseqüências podem representar um agravamento no prognóstico do tratamento do cancro (Silva Carlos et al., 2020).

No serviço onde exerço funções não há uma percentagem exata dos reinternamentos por infeções a ferida cirúrgica, por vezes, os utentes vão para outros serviços por falta de vagas na Neurocirurgia. Os cuidados à ferida cirúrgica são da

responsabilidade do enfermeiro e o reinternamento por infeção da ferida cirúrgica bem como o prolongamento do internamento por infeção continuam a ser uma realidade da instituição, pelo que esta temática se torna ainda mais relevante porque não só se enquadra no atual quadro da sociedade e do utente, mas também na minha realidade profissional.

Os protocolos para a prevenção de infeção de ferida cirúrgica são aplicados em todos os serviços cirúrgicos. São medidas que se iniciam antes do internamento do utente, quando se trata de cirurgia eletiva, e permeiam o processo de hospitalização e o pós-alta.

Esses protocolos, e a educação para saúde sobre alguns cuidados ao utente e família no pós-operatório, de forma sistematizada, colocam o enfermeiro como responsável pela elaboração e aplicação de medidas desde o período pré-operatório, passando pelo pós-operatório, até ao período de reabilitação. No serviço onde exerço funções, além dos protocolos estarem desatualizados pelas medidas preconizadas pela DGS, não há um instrumento para guiar os enfermeiros nos cuidados pós-operatórios aos utentes com ferida cirúrgica. Embora existam várias diretrizes para a prevenção e vigilância de IFC em hospitais, há uma ausência de diretrizes para a vigilância pós-operatória no ambiente domiciliar. A incidência da IFC varia dependendo de vários fatores, incluindo o tipo de cirurgia e é provável que seja subestimado visto que 50% das IFC só se tornam evidentes após a alta (Centro de Controle e prevenção de Doenças (CDC, 2017). A IFC prejudica, não apenas a qualidade de vida do utente, mas também tem um impacto económico negativo, pois aumentam o tempo de permanência do utente no hospital e incorrem em consideráveis custos extras de cuidados de saúde (Jenks, et al., 2014). Desta forma, tornou-se evidente a necessidade de desenvolver um projeto de intervenção intitulado “Prevenção da infeção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico: intervenção especializada de enfermagem”. Este projeto tem como finalidade melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, no contexto assistencial por meio de intervenções de enfermagem que sejam eficazes para prevenir infeções da ferida cirúrgica e detetar precocemente uma possível IFC após a alta hospitalar através da teleconsulta.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para concretizar a Revisão Crítica da Literatura que suporta o referencial teórico deste projeto, optou-se por aplicar o protocolo de revisão de *scoping* (Apêndice I), a qual teve como ponto de partida a seguinte Questão de Pesquisa, formulada para este trabalho: Quais as Intervenções de Enfermagem capazes de prevenir as infeções da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico?

As infeções associadas aos cuidados de saúde representam, em todo o mundo, a complicação mais comum que coloca em causa a segurança do utente. A sua prevenção é um processo complexo, que envolve uma série de medidas que devem integrar o período pré, intra e pós-operatório (WHO, 2016). Atualmente, a prevenção da IFC, assume-se como um desafio para todos os profissionais de saúde e muitos são os fatores inerentes ao doente e ao internamento que podem contribuir para o seu aparecimento. Estes fazem com que a prevenção da IFC seja um processo complexo, que envolve uma série de intervenções.

A pertinência deste tema prende-se com a sua atualidade, bem como com a importância da implementação de medidas que minimizem a ocorrência de IFC as quais se assumem de extrema importância na segurança do doente neuro-oncológico. A adoção de recomendações nacionais e diretrizes locais de controlo de infeção, aliado a uma política de segurança cirúrgica, são um ponto-chave para a sua prevenção.

Oliveira et al. (2019) define ferida como uma lesão do tecido habitualmente associada a um trauma (mecânico, químico ou físico), resultante de uma cirurgia ou de um processo isquémico e/ou de pressão, que conduz à rutura da estrutura e função anatómica normal da pele, da mucosa ou, eventualmente, do osso.

Por sua vez, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) apresenta uma categorização de dois tipos de feridas: a ferida cirúrgica e a ferida traumática, definindo ferida cirúrgica como “(...) *um tipo de ferida com as seguintes características específicas: 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, isto é, sem mostrar sinais de infeção ou pus.*” (CIPE, 2015, p.41).

A IFC é considerada uma das infeções mais comuns, sendo a terceira mais frequente em Portugal e na Europa, com taxas variáveis consoante o procedimento

cirúrgico (DGS, 2013a). Segundo vários autores, as IFC são seguramente evitáveis em cerca de um terço das infeções, através de práticas seguras durante o período peri-operatório (OMS, 2009; CDC, 2017). Os critérios de definição das IFC foram designados pelo CDC e adotados pela DGS, a nível nacional, e pelo Centro Europeu de Controle e Prevenção de Doenças (ECDC) a nível europeu. Desta forma, pode-se definir uma IFC como uma infeção relacionada com o procedimento cirúrgico que ocorre no local da incisão ou próximo dela, em até 30 dias após a intervenção cirúrgica ou em até um ano após uma prótese ou transplante (DGS, 2013b).

Segundo Irffi (2016), a infeção na ferida cirúrgica é uma das complicações que mais contribui para o atraso cicatricial, com graves consequências, sendo as bactérias os micro-organismos mais comuns na sua etiologia, os *cocci* gram-positivos (e.g. *stahylococcus aureus*) e gram-negativos (e.g. *klebsiella*; *pseudomonas aeroginosa*).

As bactérias podem assumir duas formas: planctónica (quando circulam de forma isolada), e em biofilme. Os biofilmes são um conjunto de microrganismos, da mesma espécie ou de espécies diferentes (e.g. fungo; vírus), que após a adesão aos tecidos biológicos ou estruturas inertes, pelas bactérias pioneiras, segregam uma matriz composta por açúcares, proteínas e glicoproteínas, que as envolve e protege. Possuem ainda um complexo e eficaz sistema de comunicação entre si, chamado *quorum sensing* e têm a capacidade de mudar de fenótipo, levando a uma maior resistência a antimicrobianos (Menoita, 2015).

A relação entre ferida/hospedeiro e os microrganismos é mutável e dependente de fatores como o ambiente, a localização e fatores sistémicos. As feridas podem estar colonizadas, e não apresentarem sinais ou sintomas de infeção, mantendo o processo de cicatrização (Menoita, 2015)

É por isso muito importante uma avaliação adequada que nos permita perceber se se verifica uma colonização, à superfície e sem danos, ou uma colonização crítica e/ou infeção, estas com compromisso do processo de cicatrização (Sibbald et al., 2012).

Segundo Menoita (2015), a atividade bacteriana passa por quatro etapas:

- **Contaminação** - A presença de microrganismo é transitória e não haverá atraso na cicatrização;
- **Colonização** - As espécies microbianas conseguem crescer e multiplicar-se, mas não produzem danos no hospedeiro;

- **Colonização crítica** - O crescimento microbiano atinge um nível onde as defesas do hospedeiro não têm mais capacidade de manter esses níveis de microrganismo;
- **Infeção** - O crescimento, a multiplicação e a invasão dos microrganismos nos tecidos do hospedeiro provocam lesões celulares e reações imunitárias no mesmo e a cicatrização é interrompida.

Apresentam-se como sinais clínicos de infeção em feridas agudas: calor, eritema, edema, dor e exsudado purulento. Em feridas crónicas, normalmente colonizadas por múltiplos organismos, os sinais clínicos de infeção podem ser insuficientes neste diagnóstico, principalmente se o utente tiver comorbilidades associadas. Para um diagnóstico mais eficaz, deve recorrer-se a estudos microbiológicos mais aprofundados, como por exemplo, zaragatoa, aspiração ou irrigação, biópsias e curetagem, que por rotina devem ser evitados (WHO, 2009; Cohen J. et al., 2017; Sandy-Hodgetts et al., 2020).

O risco de adquirir uma IFC varia de acordo com o tipo de procedimento cirúrgico. Os doentes que adquirem uma IFC têm 60% maior probabilidade de agravarem o seu estado, cinco vezes maior probabilidade de serem re-internados e duas vezes maior probabilidade de morte. Para o doente que a adquire, uma IFC pode resultar em dor, sofrimento e a necessidade de nova intervenção. Embora não seja fácil medir as consequências, as mesmas podem persistir durante meses ou anos após o aparecimento da infeção (PNCI, 2017).

As feridas cirúrgicas, segundo as definições do CDC, também adotadas em Portugal e publicadas pelo PNCI, devem ser classificadas no fim da cirurgia e de acordo com a probabilidade e grau de contaminação no momento da intervenção cirúrgica.

Em contexto de neurocirurgia, estima-se que as IFC estejam associadas a um aumento do tempo de internamento, com uma morbilidade significativa, com possível readmissão para nova intervenção cirúrgica, e ao aumento do risco de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), agravando o risco de sépsis, o que pode provocar uma diminuição na capacidade funcional, após a alta, uma subida na taxa de mortalidade e maiores custos económicos (Sturm, 2009; Jalai et al., 2016).

A neurocirurgia é uma especialidade que assegura o diagnóstico e tratamento de doenças do sistema nervoso central (SNC), periférico e autónomo, incluindo

doenças de natureza traumática, degenerativa, infecciosa, malformativa ou tumoral, que envolvam crânio, medula espinhal, nervos periféricos e raquis ósseos. Apesar de a incidência das IFC, em contexto de neurocirurgia, aparentemente ser mais baixa em comparação com outros tipos de cirurgias, as suas consequências podem ser muito graves. Uma IFC, em contexto neurocirúrgico, em geral manifesta-se através de meningite, empiema subdural, infeção óssea, cerebral e abscessos (Sturm, 2009). Um abscesso epidural, subdural ou intramedular, por exemplo, sem um diagnóstico e tratamento eficaz, pode evoluir para discite, osteomielite, meningite, sépsis e, ainda, provocar défices neurológicos graves ou mesmo a morte (Jalai et al., 2016).

Em doentes neuro-oncológicos, a abordagem cirúrgica mais utilizada é a craniotomia. A craniotomia é caracterizada pela excisão de reparo, ou exploração do cérebro ou meninges, não incluindo drenagens ou punções e o potencial de contaminação é classificado quanto à cirurgia limpa, potencialmente contaminada, contaminada ou infetada (CDC, 2016). As principais complicações após esta cirurgia são IFC, meningite e abscesso cerebral, mas também podem ocorrer osteomielites cranianas, encefalites e ventriculites (Figueiredo, Balasso, Teixeira, 2012).

A craniotomia é a atividade de maior demanda nos serviços de neurocirurgia, no entanto, ainda apresenta uma alta taxa de incidência de infeção, variando entre 1% – 11% em todo o mundo (Figueiredo, Balasso, Teixeira, 2012). Variáveis como idade, tempo da cirurgia, planeamento da cirurgia (eletiva ou de urgência), score pré-operatório da American Society of Anesthesiologists (ASA), profilaxia com antibióticos, diabetes melitus e tempo de internamento prolongado são fatores que podem aumentar o risco das complicações desse procedimento (Sanchez-Arenas, 2010).

A WHO (2016) refere que as IFC são certamente evitáveis em cerca de um terço das infeções, através de práticas seguras durante o período peri-operatório, e, neste âmbito, publicou as primeiras diretrizes globais para a prevenção da IFC. Nos Estados Unidos da América, o CDC publicou, em 1999, um guia com diretrizes para a prevenção da IFC, revisto em 2017, que incluía recomendações a serem implementadas em todo o período peri-operatório, com o objetivo de melhorar a qualidade cirúrgica e a segurança do doente.

Em Portugal, em 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), o qual resultou da junção de dois programas anteriores: (1) Programa Nacional de Controlo de Infeção e do (2)

Programa Nacional de Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos, sob gestão da DGS (DGS, 2013c).

No que respeita às IFC, o enfermeiro da prestação de cuidados realiza várias intervenções de carácter prático, durante todo o período perioperatório. No período pré-operatório é o enfermeiro quem recebe o doente, realiza a avaliação inicial, na qual identifica situações de risco aumentado para o surgimento de uma IFC, e é ainda responsável pela realização do banho pré-operatório, preparação da área de incisão cirúrgica e administração de antibioterapia profilática, segundo as normas preconizadas pela DGS (DGS, 2013b). No período pós-operatório, cabe ao enfermeiro garantir os cuidados com a ferida cirúrgica e realizar educação para a saúde aos utentes e seus cuidadores. Os enfermeiros têm ainda uma função indispensável na vigilância dos sintomas de infeção e na comunicação do seu aparecimento (DGS, 201b). Entretanto, importa salientar que a prevenção e o controlo das Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são o resultado de uma conjugação de esforços, por parte de todos os elementos da equipa multidisciplinar, não podendo o papel do enfermeiro ser visto isoladamente (Veloso, 2016). Neste sentido, emanam as seguintes orientações:

Banho pré-operatório - O utente deve tomar banho com sabão antimicrobiano, com o objetivo de reduzir a carga bacteriana presente na pele, especialmente no local da incisão. A DGS (2015) recomenda a realização de banho com clorhexidina a 2%, no dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência. O banho pré-operatório, incluindo o couro cabeludo, é considerado uma boa prática clínica, pois torna a pele o mais limpa possível, antes da cirurgia, e reduz a carga bacteriana, principalmente no local da incisão (WHO, 2016).

Administrar antibiótico - Para profilaxia antibiótica cirúrgica, nos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, com indicação médica. Em dose única ou durante um máximo de 24 horas, de acordo com a norma N.º 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”. A realização de profilaxia antibiótica antes da cirurgia é indicada para determinadas cirurgias limpas, e aquelas em que a IFC esteja associada a um alto risco de morbilidade, e também no caso de cirurgias limpas-contaminadas.

Tricotomia - A sua realização poderá ser necessária para facilitar a exposição adequada e a marcação da pele pré-operatória. Por outro lado, a aplicação de um penso sobre a sutura pode tornar-se complicada com a presença de pelos. Deve ser realizada quando necessário, apenas no local da incisão e antes da intervenção

cirúrgica, devendo o profissional, para o efeito, utilizar máquina elétrica, uma vez que a lâmina provoca microfissuras na pele, aumentando o risco de infeção (DGS, 2009; WHO, 2016).

Preparação do local cirúrgico - A preparação da pele é mais eficaz com o uso de soluções antissépticas à base de álcool, de preferência com base de gluconato de clorhexidina a 2% ou iodopovidona alcoólica, que é eficaz contra uma vasta gama de bactérias, fungos e vírus. O local a preparar deverá incluir o local da incisão e uma área mais ampla em redor do mesmo.

Manter normotermia peri e pós-operatória - (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) A temperatura central é consequência de um equilíbrio corporal entre a perda e o ganho de calor, e também reflete a temperatura dos tecidos altamente perfundidos, no qual se inclui o SNC (Fettes, Mulvaine e Doren, 2013).

Otimização do suporte nutricional - Deverá ser ponderado a administração de nutrientes múltiplos orais ou fórmulas nutricionais com o objetivo de prevenir IFC em doentes com baixo peso. O estado nutricional provoca grande impacto no sistema imunitário do doente, tornando-o mais suscetível à infeção pós-operatória, recuperação demorada e maior taxa de morbilidade e mortalidade, com aumento do tempo de internamento e dos custos.

Uso de protocolos de monitorização intensiva de glicose - Recomenda-se o uso de protocolos para o controlo intensivo de glicose no sangue, no período peri operatório, em doente diabéticos e não diabéticos, sujeitos a uma intervenção neurocirúrgica. Os níveis de insulina aumentam durante um procedimento cirúrgico, devido ao stress que por sua vez lança hormonas e inibe a produção de insulina. Também inibe a função das células pancreáticas o que diminui o nível de insulina plasmática no sangue. Esta situação de hipo-insulinemia, resistência à insulina e ação catabólica excessiva, faz com que o doente, mesmo não diabético, apresente elevado risco de hiperglicemia. A hiperglicemia está associada a um risco aumentado de IFC, risco aumentado de morbilidade e mortalidade. O controlo da glicemia tem-se revelado uma medida eficaz na redução da morbilidade, da mortalidade e do risco de IFC, tanto em doentes diabéticos como em não diabéticos (WHO, 2016).

Penso cirúrgico - O primeiro deve permanecer 48 horas sem ser removido, exceto em caso de necessidade. No período pós-operatório recomenda-se: Proteger a incisão com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas; quando for necessário substituir o penso, deve ser utilizada técnica asséptica; higienizar as

mãos antes e depois das substituições de penso ou de qualquer contacto com o local da incisão (DGS, 2013b). Recomenda-se ainda cumprir os princípios de assepsia, quando houver necessidade de utilizar drenos, optar por circuitos fechados, colocando-o num local diferente da incisão operatória, e proceder à sua remoção assim que possível (DGS, 2013b).

Outro ponto fundamental é a existência de um programa de Vigilância Epidemiológica nas cirurgias de maior risco, que promova a divulgação dos resultados a todos os profissionais de saúde, que compõem uma equipa cirúrgica, e que incentive a colaboração/comunicação entre os diferentes serviços de saúde (Agrupamentos de Centros de Saúde, Hospital, Unidade de Cuidados Continuados Integrados) e as Comissões de Controlo de Infeção, de forma a sensibilizar os profissionais para o cumprimento das boas normas da prática clínica, a fim de promover a segurança dos doentes (DGS, 2013b).

Tendo como finalidade contribuir para uma melhor prestação de cuidados e segurança dos doentes, é indispensável conhecer os fatores de risco envolvidos na IFC, através dos quais se podem repensar as práticas e desenvolver medidas para mudar a realidade.

O esclarecimento e a realização da educação para a saúde ao doente e sua família é parte essencial nos cuidados, principalmente no que se refere aos cuidados com a ferida cirúrgica. Devem dar-se a conhecer os principais sintomas de infeção, bem como a importância de comunicar o seu surgimento, seja no internamento ou na alta (DGS, 2013b).

Dada a importância do esclarecimento do doente e de seus cuidadores, elegi a teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, para potencializar as intervenções sugeridas para a prevenção de infeções em ferida cirúrgica em doentes neuro-oncológicos.

O conceito de autocuidado no contexto destes estágios, foi concebido como uma função humana que os indivíduos realizam para manter um funcionamento compatível com as condições essenciais à vida e à integridade de seu próprio funcionamento e desenvolvimento (Orem, 1995).

O autocuidado no contexto abordado, não se restringe ao cuidado hospitalar, este estende-se ao ambiente domiciliar na pós alta, e para tal, as orientações educacionais devem aplicar-se também aos cuidadores e/ou familiares. Como, geralmente, o cuidador familiar é uma pessoa leiga, é importante o enfermeiro

oferecer informações para ensiná-lo a controlar a situação em que se encontra (Costa e Castro, 2014).

Para Orem (1995) a família deve ser entendida como um grupo de seres humanos com relações estruturadas, que agrupam tarefas e assumem responsabilidades, tais como a prestação de cuidados aos membros do seu grupo que apresentam dificuldades no autocuidado, portanto, é imprescindível que a família participe das intervenções, nas ocasiões em que o utente não pode realizar os cuidados orientados. No cenário do utente neuro-oncológico esta é uma demanda recorrente, uma vez que o cancro e as possíveis sequelas neurológicas pós cirurgia podem debilitar de maneira significativa o autocuidado, não identificando precocemente o possível surgimento da IFC.

As competências e habilidades do enfermeiro podem contribuir para que famílias atinjam seus objetivos, quando se colocam como cuidadores de um familiar dependente (Costa e Castro, 2014). Os enfermeiros têm a possibilidade de identificar os indivíduos em alto risco de entrar em conflitos com o cuidador, auxiliando-os a prevenir-se essa grave situação. (NANDA, 2010).

Muitas pessoas estão habituadas a viver sem necessidade de ferramentas para o autocuidado, ou seja, não têm a noção mínima dos cuidados com a ferida cirúrgica, por isso, a adaptação às mudanças que precisam implementar nas suas vidas para melhorar a sua saúde levam-nas a necessitar do profissional de enfermagem que as guiará na busca dessas ferramentas para compensar o défice no autocuidado.

3. PLANO DE ATIVIDADES E AVALIAÇÃO

Descrevo de seguida o percurso por mim realizado nos locais de estágio, por ordem cronológica, ao longo dos três contextos clínicos, o qual possibilitou a implementação deste projeto de intervenção. Para cada um dos ensinamentos clínicos realizados, será indicado o seu objetivo geral, objetivos específicos, tarefas realizadas e discutidas e os respetivos resultados obtidos.

3.1. Identificação das tarefas realizadas e resultados obtidos – Serviço de Neurocirurgia do Hospital A

O estágio no Serviço de Neurocirurgia do Hospital A decorreu entre 23 de novembro de 2020 a 20 de janeiro de 2021 com uma carga horária de 128 horas. Teve como objetivo geral: “Adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, em contexto de internamento de neurocirurgia, na prevenção da infeção da ferida neurocirúrgica. Para atingir este objetivo e desenvolver competências especializada em enfermagem, foram estabelecidos quatro objetivos específicos, que foram planeados e atingidos durante e até ao final do período de estágio:

- Compreender a dinâmica organizacional e o funcionamento do serviço

No primeiro dia, tive uma visita guiada pelo serviço, apresentei o meu projeto à enfermeira orientadora e à enfermeira chefe, bem como as atividades a desenvolver no serviço. Posteriormente consultei as normas, protocolos do serviço, guias de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família.

Conheci as normas e os protocolos do serviço e apropriei-me dos documentos que ditam a organização do mesmo, o que foi fundamental para a compreensão do funcionamento e dinâmica do serviço. Com base nas informações obtidas, pude compreender a dinâmica do atendimento e a missão do serviço, com vista a cumprir os meus objetivos específicos.

Após o conhecimento dos mesmos, da aproximação e familiaridade com as funções da equipa de enfermagem e das relações com os profissionais da equipa multidisciplinar, fui-me integrando de forma progressiva na equipa de trabalho.

Os indicadores de avaliação planejados para este objetivo foram alcançados: consultar os manuais/documentos do serviço (normas e protocolos); realizar reuniões com o enfermeiro-chefe, enfermeiro-orientador e outros elementos da equipa. E foi elaborado um relatório sobre a caracterização da estrutura e dinâmica do serviço (APÊNDICE V), tendo culminado com a exposição do meu projeto no campo de estágio.

- Integrar de forma progressiva e gradual a equipa de saúde multidisciplinar

Para que a integração acontecesse, além de compreender a dinâmica organizacional do serviço, através da apreciação dos documentos institucionais e a visita guiada, a participação em reuniões informais com a orientadora e a enfermeira chefe, também utilizei a perspectiva e o contributo de colegas. A prestação de cuidados no contexto de um serviço semelhante àquele em que exerço funções, foi importante para ampliar a minha visão, porque ajudou-me na compreensão das competências exigidas ao enfermeiro especialista (Regulamento nº.140/2019 de 6 de fevereiro): domínio da melhoria contínua da qualidade, através da garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área clínica, conhecendo os recursos humanos, físicos e materiais do serviço mobilizados para uma melhor prestação de cuidados; desenvolvimento de práticas de qualidade, através da gestão e colaboração na procura da sua melhoria contínua nos cuidados que presta. Essas competências emergem da integração na equipa multidisciplinar, que foi possível durante o período de estágio, apesar dos contratempos ocorridos, pelo fato de a pandemia me ter afetado pessoalmente, bem como à minha orientadora em *timings* diferentes, e conseqüentemente atrasado a duração do mesmo. Apesar disso, os objetivos foram alcançados. A integração em um serviço semelhante ao que eu exerço funções, foi de forma facilitador de modo a cumprir os objetivos propostos para este campo de estágio.

- Desenvolver competências e práticas de cuidados de enfermagem ao doente neuro-oncológico com ferida cirúrgica

A aquisição de competências inclui a “capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, apoiada em conhecimentos, e estes conhecimentos resultam

da experiência pessoal, do senso comum, da cultura, pesquisa tecnológica e científica” (Sousa, 2013, p.3).

Prestei cuidados aos utentes utilizando a melhor evidência científica e as competências desenvolvidas. Ao longo do meu percurso no serviço durante o período de estágio estabelecido, houve apenas três utentes neuro-oncológicos operados, cujas feridas cirúrgicas foram tratadas de forma asséptica, e que não estavam e nem vieram a estar infetadas, tendo boa evolução cicatricial. A oportunidade de estagiar em um serviço com tantos enfermeiros especialistas foi de grande aprendizado. Eu como enfermeiro estou em constante aprendizagem e a partilha de conhecimento vindo de outros profissionais com tantos anos de experiência me motivou a buscar sempre mais conhecimento. Avalio de forma positiva este campo de estágio que contribuiu para o meu crescimento pessoal e desenvolvimento de minhas competências. As competências, indispensáveis para o enfermeiro especialista, foram desenvolvidas no cuidado prestado a estes utentes, nomeadamente a competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais que diz respeito ao desenvolvimento do autoconhecimento e à assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº.140/2019 de 6 de fevereiro). Os indicadores de avaliação para este objetivo assinalam o cumprimento dos objetivos, por ter observado e colaborado na prestação de cuidados de enfermagem, e ter elaborado uma reflexão crítica escrita sobre eventos significativos de aprendizagem, utilizando o ciclo de Gibbs (APÊNDICE VII). Elaborei ainda, para o serviço, um folheto informativo sobre os cuidados pré e pós-operatório para “Prevenção da Infeção da Ferida Cirúrgica no doente neuro-oncológico” para deixar como contributo da minha passagem pelo serviço (APÊNDICE VI).

- Identificar as intervenções de enfermagem ao doente oncológico capazes de prevenir a infeção associadas à ferida cirúrgica

Foram identificados os procedimentos e intervenções ao utente com ferida cirúrgica. Para tal foi utilizado o programa informático do serviço para registo das mesmas, com intervenções e resultados e uma breve análise dos registos efetuados. Foi desta forma que durante este estágio, iniciei o desenvolvimento de uma *check-list* para prevenção da IFC (APÊNDICE II) a qual constituiu uma ferramenta importante

para prevenção de IFC, foco do meu projeto. Com isto, foram contemplados os indicadores de avaliação previstos.

Considerei pertinente desenvolver um instrumento com base na literatura atual, para vigiar e identificar ações que possam vir a prevenir o aparecimento de IFC. A maioria das cirurgias eletivas realizadas na neurocirurgia são limpas e possuem poucos riscos extrínsecos para adquirir uma IFC, porém há um grande potencial para graves complicações caso uma IFC ocorra.

Pancieri et al. (2013), salienta que o uso do *check-list* envolve mudanças na rotina do trabalho e no comportamento da equipa. A sua introdução é importante para a segurança dos utentes e é um meio de organizar os cuidados de enfermagem, prever complicações.

Paiva et al. (2015) afirmam que a utilização da *check-list* aumenta a eficácia das atividades realizadas pela equipe multidisciplinar. O preenchimento da mesma, inicia no período pré-operatório e é concluída no pós-operatório.

Durante o decurso do estágio, tive a oportunidade de participar no Congresso Internacional de Controlo de Infeção (CICI 2021), em conjunto com a orientadora clínica, onde tivemos a oportunidade de elaborar e apresentar um poster sobre a “Prevenção da Infeção do Local Neurocirúrgico” (APÊNDICE VIII), que decorreu entre os dias 25 e 26 de março de 2021. Segundo Santos (2008), os momentos de formação são ferramentas imprescindíveis ao dispor dos profissionais de saúde pois permitem uma melhor compreensão de estratégias de modo a serem promovidos cuidados de enfermagem de excelência. Eu enquanto enfermeiro e mestrando achei interessante e pertinente a elaboração e apresentação do poster (APÊNDICE IX), pois permitiu-me refletir sobre as opiniões e resultados obtidos relacionados com o tema do meu projeto, desenvolvendo competências no domínio da gestão de cuidados, onde o enfermeiro lidera a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados.

3.2. Identificação das tarefas realizadas e resultados obtidos – Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas Complexas do Hospital B.

O serviço de Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas Complexas do Hospital B foi o segundo campo de estágio, frequentado entre 25 de janeiro a 26 de fevereiro totalizando 18 turnos. Para este estágio foi definido como objetivo geral: “Adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem

Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, em contexto de consulta. Este objetivo geral foi dividido em quatro objetivos específicos, que foram planeados e atingidos no decorrer do estágio:

- Compreender a dinâmica organizacional e o funcionamento do serviço

A criação da consulta do Hospital B, resulta de um trabalho anterior, impulsionado e liderado pela enfermagem, que de uma forma bem consistente investe na área de prevenção e tratamento de feridas, decidindo apostar na formação interna, e organização de elos de ligação aos serviços para que disseminassem os conhecimentos adquiridos.

A referenciação para esta consulta é realizada por médicos ou enfermeiros, pessoalmente ou através do telefone. Para conseguir dar assistência a todas solicitações recebidas, utiliza-se com regularidade o envio de imagens por *WhatsApp* ou emails com os profissionais do Hospital B e profissionais dos centros de saúde (quando os utentes já são seguidos no Hospital B), assegurando-se a proteção de dados com consentimento informado. Ou ainda após a consulta presencial, sendo os utentes seguidos à distância, e comparecendo mensalmente ou quinzenalmente de acordo com a necessidade de cada um.

Este objetivo foi trabalhado, tendo sido consultados manuais/documentos do serviço (normas e protocolos) e realizadas reuniões com a enfermeira coordenadora e enfermeiro-orientador e outros elementos da equipa. Foi elaborado um relatório sobre a caracterização da estrutura e dinâmica do serviço (APÊNDICE X) e o meu projeto foi apresentado no campo de estágio.

- Integrar de forma progressiva e gradual a equipa de saúde multidisciplinar

Os indicadores de avaliação foram pensados e planeados durante a integração, que foi realizada de forma gradual. Neste estágio, desenvolvi competências e práticas de cuidados de Enfermagem ao doente oncológico com ferida cirúrgica complexa, pude observar e aprender com profissionais competentes que utilizam a mais recente evidência científica na prestação dos seus cuidados, tive possibilidade de utilizar e conhecer os mais variados produtos que estão na indústria farmacêutica para o tratamento de feridas, como por exemplo, os pensos de

hidrocolóide ou os pensos antimicrobianos de polyhexamethylene, conhecer a sua aplicabilidade nas diferentes feridas, bem como, os seus resultados. A abrangência da equipa multidisciplinar é compatível com os tipos de feridas referenciadas para o serviço. A complexidade das feridas geralmente está relacionada a tratamentos adjuvantes e neoadjuvantes, comorbilidades, imunossupressão e outros elementos relacionados com o processo de doença oncológica que tornam cada utente único em termos de cicatrização/vivência.

Desde modo, integrei-me na equipa multidisciplinar e pude compreender melhor as intervenções de enfermagem ao utente oncológico capazes de prevenir infeções associadas à ferida cirúrgica complexa - prestei cuidados a utentes com diversas feridas complexas, infetadas e não infetadas.

- Desenvolver competências e práticas de cuidados de enfermagem ao doente neuro-oncológico com ferida cirúrgica

Observei e colaborei na prestação de cuidados de enfermagem ao utente oncológico com ferida cirúrgica, e para este objetivo elaborei uma reflexão escrita sobre eventos significativos de aprendizagem utilizando o ciclo de Gibbs (APÊNDICE XIII).

Utilizei a *check-list* iniciada no primeiro campo de estágio e tive possibilidade de a aperfeiçoar, uma vez que estive envolvido no cuidado e tratamento de feridas complexas de outra forma, ou seja, além da variedade de feridas com que tinha contato diariamente, pude perceber as várias formas de tratamento para cada uma delas. Tive mais disponibilidade do que no primeiro local de estágio, pelo que pude organizar melhor o instrumento segundo os itens a avaliar no cuidado na prevenção de IFC.

As atividades descritas na *check-list* foram todas pensadas e vistas como primordiais para a prevenção de IFC tendo por base critérios definidos pela literatura aqui descrita e por mim aplicadas no decorrer do estágio.

Durante este estágio tive a oportunidade de colaborar no acompanhamento de uma utente com sarcoma dermatológico, um caso delicado, que necessitava de maior atenção, nomeadamente na comunicação assertiva com a utente, no intuito de tranquilizá-la e dar-lhe mais conforto, pelas complicações pós-operatórias que surgiram.

Os cuidados pós-operatórios de um utente oncológico devem ser rigorosos para evitar complicações infecciosas, e a necessidade de educação para o autocuidado e orientações passadas para os cuidadores são fundamentais para a recuperação do utente. O utente oncológico tem preocupações exacerbadas sobre a evolução doença e requer maior atenção do ponto de vista holístico.

Apesar da utente não ter uma doença neuro-oncológica, a abordagem à utente foi a mesma do que a uma doente neuro-oncológica com ferida cirúrgica, nomeadamente, pelo risco de evoluir para uma infeção pós-operatória, sustentando a aplicabilidade das minhas intervenções como enfermeiro especialista na prevenção da IFC, foco do meu projeto, acrescentando-lhe relevância.

Passo a passo, na evolução dos objetivos que foram alcançados, tive a possibilidade de intervir com o conhecimento apreendido, e traçar junto da equipa, um planeamento de intervenções que envolveu sobretudo a Teoria de Orem sobre o autocuidado, estimulando a autonomia da utente para atuar no seu próprio tratamento, através de informação fornecida. Posteriormente foi também informado o cuidador acerca dos cuidados durante o internamento e no domicílio.

No que diz respeito a aplicabilidade da teórica supracitada, é necessário pontuar que as atividades de autocuidado aliviam os sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de internamento e reinternamento (Didisen et al., 2017).

Orem reconhece o ser humano e o ambiente como uma única unidade e acredita que estes componentes se influenciam reciprocamente. Crenças, antecedentes sociais e culturais, características pessoais e relação entre os profissionais de saúde e os utentes são alguns dos fatores que influenciam os comportamentos de autocuidado (Santos et al., 2017). Por tais pressupostos, as orientações direcionadas à utente e posteriormente ao cuidador, foram guiadas pelas características da história antecedente à doença e das morbididades associadas, bem como as limitações dos sistemas de apoio para o cuidador, considerando seu contexto sociocultural.

Desenvolver competências e práticas de cuidados de enfermagem ao doente neuro-oncológico com ferida cirúrgica é um objetivo que surge naturalmente. A enfermagem torna-se, portanto, responsável no tratamento de feridas complexas, considerando a extensão das intervenções nos pensos e na educação para o cuidado. Cabe ao enfermeiro estabelecer uma comunicação terapêutica focada no

autocuidado, autonomia e autoestima além do alívio das dores físicas, envolvendo a família e redes de apoio (Bedin et al., 2014).

O enfermeiro deve realizar intervenções no sentido de promover a educação em saúde, visando a recuperação, prevenção e promoção da saúde do indivíduo com feridas. Além disso, as tecnologias assistenciais devem ser desenvolvidas a fim de favorecer a cicatrização das feridas, possibilitando a recuperação mais rápida do utente (Chibante, 2014).

Todas as medidas que se aplicam ao utente neuro-oncológico para prevenção da IFC aplicam-se na realidade num pós-operatório ao utente com uma ferida cirúrgica. A amplitude de intervenções deve contemplar não só o cuidado próprio da enfermagem, mas uma série de ações multidisciplinares e de forma a promover um cuidado holístico e especializado.

- Identificar as intervenções de enfermagem ao doente oncológico capazes de prevenir a infeção associadas à ferida cirúrgica

Os objetivos específicos traçados para este campo de estágio, auxiliaram na aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre.

Considerando que uma das competências do enfermeiro especialista é garantir um ambiente terapêutico seguro baseado nas práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e que o Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, este atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco (Regulamento nº.140/2019 de 6 de fevereiro). Desta forma, a elaboração da *check-list* por mim desenhada irá fomentar uma sistematização e a possibilidade da procura da melhoria contínua dos cuidados a partir da avaliação dos indicadores propostos.

Durante este estágio, também foi realizado um Estudo de caso (APÊNDICE XI) e um incidente crítico (APÊNDICE XIII). A *check-list* foi trabalhada e atualizada, contemplando assim, todos os objetivos específicos a que me propus.

Todas as experiências práticas acrescentam conhecimento, seja para inspirar o autoconhecimento através de avaliação, reconhecimento sobre as necessidades de

desenvolver aprendizagem, seja para atualizar e redefinir atitudes e tomadas de decisão.

Nesta perspectiva, este estágio proporcionou-me um acréscimo de aprendizagens na minha área de atuação, através da intervenção em diferentes cenários, pouco familiares em alguns aspetos na minha experiência profissional. A experiência obtida num serviço de consulta foi um fator diferencial quer para complementar as competências já adquiridas através da experiência profissional, quer para desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre.

Estagiar em serviços diferentes do meu quotidiano revelou-se um privilégio, enriqueceu a minha formação e ampliou também a minha visão como enfermeiro. A diversidade das feridas complexas, por exemplo, era reconhecidamente algo que eu necessitava de aprofundar nos meus estudos. O exercício de enfermagem num serviço de consulta não era também algo comum à minha prática habitual.

Dessa forma, a minha experiência no serviço de consulta do Hospital B revelou-se uma oportunidade única, tendo em vista o aproveitamento para refletir sobre a minha prática de enfermagem de uma outra perspectiva.

No final do estágio elaborei, como contribuição para divulgação do meu trabalho e promoção de práticas baseadas na evidência, um poster intitulado “Prevenção de Infecção” (APÊNDICE XIV), que, de acordo com a enfermeira orientadora foi importante para a equipa multidisciplinar, e que esta recebeu com agrado.

3.3 Identificação de cada tarefa realizada e resultados obtidos - Serviço de neurocirurgia do Hospital C

O estágio no Serviço de neurocirurgia do Hospital C ocorreu entre os dias 04 de março a 16 de abril. Como se trata do meu local de trabalho, tive liberdade e possibilidade de implementar as intervenções planeadas para o meu projeto, assegurando uma contribuição significativa para o meu serviço. Aqui pude utilizar a *check-list* (APÊNDICE II), tive uma reunião com a PPCIRA, com o intuito de apresentar o meu projeto, discutir e ouvir sugestões. Como objetivo geral para este campo de estágio decidi fomentar as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, vertente oncológica, a nível técnico-científico e

relacional em contexto de internamento. Este objetivo geral foi dividido em três objetivos específicos:

- Envolver a Equipa de Enfermagem na implementação do Projeto

Inicialmente foi realizada uma reunião com a enfermeira chefe, para apresentar o meu projeto de estágio e otimizar estratégias para implementação do mesmo. Devido ao tempo reduzido de internamento dos utentes, entendeu-se que seria importante complementar a *check-list* com chamadas telefónicas para obter informação relativa à evolução da ferida cirúrgica, esclarecimentos de dúvidas e fornecimento de orientações junto ao utente e seu cuidador após a alta. Foi realizada uma reunião com a Enfermeira responsável pela área de formações do Hospital C, onde fui informado que, do ponto de vista ético e legal, não poderia realizar chamadas telefónicas na condição de aluno.

A teleconsulta consiste na prestação de cuidados de saúde à distância, por meios de tecnologias da informação e da comunicação, em que o profissional de saúde e o utente não estão presentes fisicamente no mesmo local (OE, 2021).

Adicionalmente, implementar a teleconsulta não foi uma hipótese válida pois não teria tempo de realizar um pedido à comissão de ética do Hospital. Contudo, pela pertinência do projeto, foram realizadas várias reuniões com a enfermeira chefe e a enfermeira responsável pela área de formação, para conseguir implementar este projeto no serviço num futuro próximo.

De acordo com a enfermeira chefe, e com o apoio da enfermeira orientadora, fiquei responsável pela implementação da *check-list* no serviço. No entanto, devido a uma alteração no funcionamento interno do serviço e organização da equipa, com a saída de elementos para outros serviços no sentido de colaborar na resolução da situação pandémica que estamos a viver, tive alguma dificuldade na colaboração da equipa na implementação do meu projeto. Os enfermeiros estavam sobrecarregados pela falta de recursos humanos no serviço, o que aumentava o número de utentes para cada elemento resultando em falta de motivação na implementação do projeto por parte dos meus colegas, tendo apenas três enfermeiros colaborado. Para conseguir um maior número de amostras, também apliquei a *check-list* no meu horário laboral.

- Demonstrar competências e praticas de cuidados de enfermagem ao utente oncológico com ferida cirúrgica

No meu serviço pude pôr em prática as competências do Enfermeiro Especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, onde o enfermeiro age de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e também garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº.140/2019 de 6 de fevereiro). O enfermeiro enquanto membro da equipa multidisciplinar, contribui para as decisões da equipa, no sentido de assegurar uma melhor prestação de cuidados. Considero este objetivo atingido, pela minha contribuição na tomada de decisão da equipa, sobretudo no que diz respeito ao planeamento, execução e reavaliação de cuidados. Uma tomada de decisão da equipa de enfermagem com um grau mais elevado de complexidade, exige processos de ética difíceis e ponderados dada a relação interpessoal, onde a informação e um consentimento livre e esclarecido, também, devem estar sempre presentes.

Enquanto futuro enfermeiro especialista, procuro estar sempre atualizado sobre os conhecimentos mais recentes na minha área de atuação. Isto permite-me tomar decisões de forma consciente e com respeito pela individualidade do utente, baseando a prática nas evidências científicas, pautando-se por princípios éticos inerentes à profissão. Intervenções que são planeadas mais facilmente têm sucesso quando discutidas conjuntamente com o utente além da equipa de enfermagem.

Durante o estágio, que decorreu na fase mais crítica da pandemia, só foram realizadas cirurgias eletivas ou de carácter urgente, no entanto, consegui aplicar a check-list a 18 utentes neuro-oncológicos no pré e pós-operatório. Esta amostra consistia em 9 utentes do sexo masculino, e 9 utentes do sexo feminino, com uma média de idade de 57,89 anos. A média de dias de internamento foi de 10,5 dias. As 18 cirurgias foram classificadas como cirurgias limpas, sendo 16 craniotomias e 2 cirurgias à coluna dorsal. Dos 18 utentes, 13 algaliados, que foram desalgaliados no primeiro dia de pós-operatório. Todos com acessos venosos puncionados, retirados no máximo 72 horas após a cirurgia. Todos cumpriram o banho pré-operatório no dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia. Foi efetuado o controlo de glicémia, bem como a administração da antibioterapia profilática, e nenhum penso foi aberto ou removido antes de 48 horas, sendo que, todos os procedimentos foram realizados de forma

assética. No final do internamento, nenhum utente apresentou infeção da ferida cirúrgica aparente, todas com boa evolução cicatricial e sem sinais inflamatórios.

A melhoria do desempenho faz-se, nomeadamente, através da prestação de cuidados de excelência ao utente neuro-oncológico. Por outro lado, a aplicação dos conhecimentos e experiência adquiridos ao longo da aprendizagem durante os ensinamentos clínicos, foram de extrema importância quer para mim quer para a equipa que fui sensibilizando e conscientizando, ao longo dos mesmos. Santos (2004, pág. 41) refere que “o conteúdo real do cuidar é complexo, subtil e invisível.” Esta evolução tem implicações diretas e graduais nos cuidados ao utente oncológico, entendendo-se por este cuidar todas as formas de intervenção e prestação de cuidados aos diversos níveis, desde a prevenção até à doença avançada e fase terminal.

Na minha opinião, este objetivo foi atingido, os indicadores de avaliação comprovam isso, uma vez que foi elaborado um relatório sobre a caracterização da estrutura e dinâmica do serviço (APÊNDICE XV) e elaboração de uma reflexão escrita sobre eventos significativos de aprendizagem utilizando o ciclo de Gibbs (APÊNDICE XVI).

- Contribuir para a formação da equipa no âmbito das intervenções de enfermagem capazes de prevenir infeções da ferida cirúrgica

Santos (2008), afirma que a formação em trabalho contribui para o aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimentos de competências dos enfermeiros.

Para alcançar este objetivo, foram enumeradas estratégias que permitiram implementar o meu projeto, que expus à equipa de enfermagem em reuniões informais, tendo-se executado o plano de apresentação como descrito no quadro seguinte:

Tema: Apresentação do projeto de estágio: “Prevenção da infecção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico: Intervenção Especializada de Enfermagem”.

Formador: Maiko Barreto Barboza.

Data: 18 de março de 2021 as 8h.

Local: Sala de enfermagem.

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia.

Objetivo da apresentação: Apresentar o projeto de estágio e clarificar a *check-list* de prevenção da infecção da ferida cirúrgica.

Duração: 20 minutos + 10 minutos para discussão e esclarecimentos de dúvidas.

Quadro 1. Plano de apresentação do projeto de estágio a equipa de enfermagem

Realizei um plano de sessão para apresentação do meu projeto (APÊNDICE XVII), executei a apresentação através de dispositivos *PowerPoint* (APÊNDICE XVIII), onde obtive a participação de dez enfermeiros, equivalente a 50% da equipa de enfermagem e, posteriormente, realizei de forma individual a mais quatro colegas, totalizando 70% da equipa. Apliquei o questionário de avaliação da formação (APÊNDICE XIX), obtendo os resultados apresentados no gráfico 1. O feedback da enfermeira orientadora foi bastante positivo.

Posteriormente à formação elaborei um protocolo do plano de sessão da apresentação da *check-list* no serviço (APÊNDICE XX). Discuti o protocolo com a enfermeira chefe e a equipa, e por fim apresentei-o.

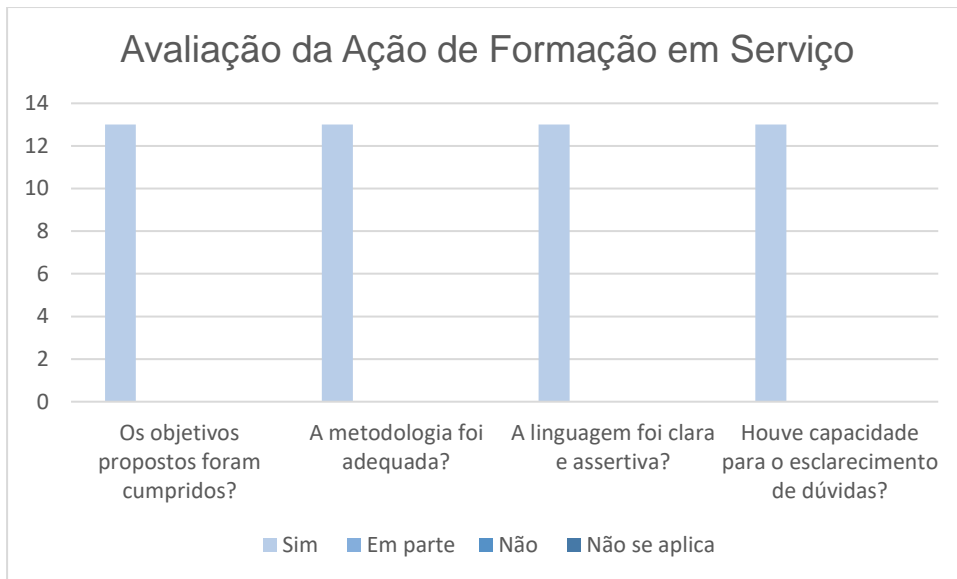


Gráfico 1. Avaliação da ação de formação

Este último estágio foi fundamental para o desenvolvimento das minhas competências como Enfermeiro Especialista e Mestre. Considero que geri os cuidados de enfermagem, otimizei a resposta da equipa e a articulação com a equipa multidisciplinar.

Desta forma, os objetivos que tracei para este campo de estágio foram devidamente atingidos.

4. AVALIAÇÃO

Neste capítulo irei apresentar de forma crítica e reflexiva uma análise do trajeto efetuado ao longo dos três campos de estágio, descrevendo os pontos fortes e fracos, as aprendizagens e competências adquiridas e o benefício da implementação do projeto para o serviço onde exerço funções.

Inicialmente foi realizada uma análise de *SWOT* (APÊNDICE XXI), permitindo obter uma perspectiva quanto às forças, às fraquezas, às oportunidades e às ameaças no ambiente onde se pretende desenvolver o projeto.

Ter a oportunidade de estagiar noutros serviços foi de grande importância, pois pude conhecer outras realidades, adquirir e aprofundar competências para a implementação do meu projeto. Os conhecimentos adquiridos durante os vários estágios deram-me a contribuição e as ferramentas para o desenvolvimento das minhas competências como futuro enfermeiro especialista e mestre, entendendo que, competência pode ser definida como um *“saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao individuo.”* (Fleury e Fleury, 2001, p.188).

A avaliação do utente é o primeiro passo a tomar num processo de enfermagem. É essencial o conhecimento de cada pessoa enquanto individuo, as suas reações a situações específicas, de modo a melhor entender e adequar os cuidados de modo personalizado. Dado o elevado grau de dependência que os utentes neuro-oncológicos têm na realização das atividades de vida diária, os mesmos necessitam de acompanhamento constante por forma a dar-lhes segurança, apoio e ajuda. A missão do enfermeiro é assim não só de cuidar, mas também dar importância a cada ato de cuidar, pois tal é o principal modo de prevenir incapacidades pela sua frequência e potencial para causar incapacidades e promover a sua autonomia (George et al., 2000).

- Primeiro campo de estágio:

Foi uma mais-valia pela partilha de experiências com a orientadora responsável e outros colegas, outras realidades e outras práticas numa área no qual exerço funções. No meu serviço, por exemplo, só recebemos utentes do foro neurocirúrgico, enquanto no Hospital A recebem utentes de outras especialidades, o

que permitiu assim mobilizar uma amplitude de conhecimentos na forma de prestação de cuidados e movimentar as ferramentas necessárias à prestação de cuidados diferenciados. Estes momentos, serviram para que eu, como futuro enfermeiro especialista e mestre adquirisse conhecimentos e competências, mas também pudesse contribuir de forma crítica e construtiva para as práticas existentes. Saliento como pontos fortes neste estágio, a receptividade com que fui recebido, o que facilitou a minha integração. Estagiar num serviço de neurocirurgia que é a minha área de ação, e a variedade de enfermeiros especialistas com quem pude interagir, foi uma mais-valia pelo incentivo e pela experiência que me transmitiram. A realização do primeiro estágio num serviço de neurocirurgia noutra hospital, permitiu-me contactar com outras realidades e formas de trabalho diferentes da minha. Como pontos fracos destacam-se, a situação de urgência sanitária provocada pela pandemia e durante a qual apenas eram aceites utentes em urgência; a proibição de visitas hospitalares com o conseqüente impacto emocional nos utentes e a dificuldade de realizar ensinamentos aos familiares/cuidadores. Também todo o atraso provocado e a alteração do planeamento do estágio por ter contraído Sars-Cov-2, dificultou toda a articulação do mesmo.

- Segundo campo de estágio:

Por se se tratar de um hospital oncológico central, este estágio proporcionou-me um acréscimo de aprendizagem na minha área de atuação através da intervenção muito diferente daquela que é a minha experiência profissional e a minha área de atuação diária. A experiência de estagiar num serviço de consulta foi um fator diferencial para complementar as minhas habilitações e para adquirir conhecimentos de modo a desenvolver competências noutros contextos enquanto enfermeiro especialista e mestre. Deste modo este estágio revelou-se uma oportunidade única tendo em vista a oportunidade de refletir sobre as minhas práticas de enfermagem com uma visão mais holística e sempre como objetivo aperfeiçoar a *check-list* que me propus aplicar no serviço onde trabalho. Posso salientar como ponto forte a prestação de cuidados às pessoas com vários tipos de feridas cirúrgicas complexas em diferentes serviços do foro oncológico. Os pontos fracos continuaram a ser resultantes da situação pandémica, nomeadamente no que diz respeito à não realização de ensinamentos junto das famílias/cuidadores. Este estágio permitiu-me adquirir competências de modo a garantir um ambiente terapêutico seguro, promovendo um

ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual, promovendo o bem-estar do utente e uma gestão cuidada do risco (Regulamento nº.140/2019 de 6 de fevereiro).

Também foi possível adquirir competências no domínio da responsabilidade ética e legal onde o enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, além de garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº.140/2019 de 6 de fevereiro).

- Terceiro campo de estágio:

Teve como objetivo a implementação da *check-list* no meu local de trabalho. O fato de apenas terem realizado cirurgias prioritárias, permitiu-me uma melhor prestação de cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório, promovendo intervenções capazes de diminuir a infeção da ferida cirúrgica. Isso despertou na equipa a importância dos cuidados pré-operatórios para diminuir o risco de infeção. Por outro lado, a aplicação da *check-list* possibilitou à equipa avaliar os utentes quanto ao risco de infeção prévio e intervir junto dos mesmos de acordo com as diretrizes preconizadas pela DGS. Como ponto forte posso salientar o domínio da especialidade, o conhecimento das patologias dos utentes operados e a colaboração assídua de alguns colegas, bem como da aplicação da *check-list*. Os pontos menos positivos que posso salientar, prendem-se com a limitação do estágio apenas ao turno da manhã e a sobrecarga de trabalho da equipa pela falta de recursos humanos tanto a nível de enfermeiros, como a nível de assistentes operacionais, dificultado a implementação da *check-list* por todos os enfermeiros do serviço, a não realização dos contactos telefónicos após a alta, de modo a saber da evolução da ferida cirúrgica ou até mesmo o esclarecimentos de dúvidas e orientações dos utentes e/ou cuidadores destes.

O trajeto percorrido possibilitou-me adquirir competências inerentes ao Enfermeiro Especialista (OE, 2010), competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011) e as competências enunciadas pela EONS (2013), tendo os objetivos propostos sido alcançados. De igual modo foram atingidas as finalidades da unidade curricular relativas a este trabalho. Assim, o percurso e o trabalho realizados e aqui descritos proporcionaram a evolução do nível de Enfermeiro competente, em que a minha ação era organizada de forma eficaz, mantendo uma atitude pró-ativa na ocorrência de

algumas situações imprevisíveis, para o nível de Enfermeiro proficiente. Segundo Benner (2001), o Enfermeiro proficiente percebe e compreende situações como partes de um todo: tem capacidade para tomar decisões baseadas em compreensão mais holística e aprende com a experiência o que esperar em certas situações e como modificar os seus planos de ação. Assim, assumindo uma atitude capaz de ajustar a minha ação por forma a enfrentar imprevistos, em que o conhecimento adquirido em experiências anteriores é ajustado para novas situações.

Por fim, foram adquiridas as competências pelo grau de Mestre em enfermagem estipuladas pelo Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, no qual o enfermeiro:

- Tem capacidades para aplicar os seus conhecimentos e a sua aptidão de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos diversos e multidisciplinares, inerentes à sua área de Especialização;

- Integra conhecimentos, lida com questões complexas, nomeadamente soluções ou emissão de juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Tem a capacidade de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Também, o meu processo de tomada de decisão melhorou tendo-se tornado mais célere e menos laborioso (Benner, 2001). Acredito e é meu propósito que no futuro não muito distante, possa chegar ao nível de perito (Benner, 2001), através da experiência já adquirida e ainda a adquirir, bem como da formação académica.

As competências adquiridas em relação aos utentes neuro-oncológicos, permitiram adequar a minha abordagem crítica de forma a melhorar a comunicação com os utentes e seus cuidadores. O processo de aprendizagem é constante e esse processo gera confiança, gera competências, é motivador, ajuda-me no processo de autoavaliação. Enquanto enfermeiro há alguns anos na área da neurocirurgia, adquiri competências na prestação de cuidados aos utentes neurocirúrgicos, sabendo reconhecer situações que se podem tornar cruciais e graças aos princípios e experiências adquiridas posso orientar as minhas intervenções de forma assertiva.

De acordo com Benner (2001), o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem é composto pela extensão do conhecimento prático (saber fazer), através da pesquisa, caracterização e compreensão da experiência clínica, conceptualizando que a experiência é um requisito para se tornar perito.

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Este relatório demonstra o trajeto por mim percorrido no desenvolvimento do meu Projeto de Intervenção, ao longo dos três períodos de estágio nos diferentes contextos, relacionando os objetivos propostos com as atividades efetuadas, os resultados obtidos e a aquisição de competências especializadas em enfermagem, com vista à prevenção e deteção precoce de IFC no utente neurocirúrgico.

A criação da *check-list* para a prevenção da infeção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico, através da possibilidade de conhecer outras realidades, permitiu-me intervir no meu próprio local de trabalho, o que me proporcionou sistematizar atividades que comprovadamente diminuem a incidência de infeção da ferida cirúrgica em doentes neuro-oncológicos. Estas ações visam acrescentar, de forma significativa, a necessidade de uma aproximação e correlação da aprendizagem académica, com base na evidência, com a prática profissional.

As competências do enfermeiro especialista que me propus atingir, envolveram a responsabilidade profissional, ética e legal, bem como uma melhoria da prestação de cuidados, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, elementos que fundamentaram a motivação pessoal para o meu crescimento neste período de estágio, num cenário temeroso para população, utentes e profissionais de enfermagem, no contexto da pandemia do Sars-Cov-2.

Para além disso, considerando que a competência se manifesta obrigatoriamente na ação e que o saber que está na sua base não se limita à posse de conhecimentos, mas permite a sua utilização e a aplicação pertinente, adequada, eficaz e responsável em meio real (Phaneuf, 2005), adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no meu próprio lócus de atuação foi um ganho que ultrapassou as minhas expectativas. O produto decorrente do meu projeto estará presente na minha prestação de cuidados diária, servindo também, como ferramenta para outros colegas na prevenção de infeções de feridas cirúrgicas em doentes neuro-oncológicos nesse e noutros locais de trabalho.

A aprendizagem significativa ganhou forma, tornou-se um produto palpável para mim e para o serviço a que me dedico, podendo ultrapassar a fronteira do Hospital C, servindo como elemento de consulta e de guia para novos estudos, em especial na vigilância epidemiológica, na investigação de agentes infecciosos

predominantes, identificação de causas e ou fatores de risco e planeamento de intervenções pertinentes.

Obviamente, este trabalho não se encerra com o término dos estágios, nem tão pouco as experiências aqui apresentadas representam um conhecimento cristalizado. O resultado aqui descrito demonstra que a ciência se renova, se reconstrói e avança com novas práticas e pode mudar a atuação de muitas equipas.

Quando a situação pandémica estabilizar, pretendo pôr em prática a *check-list*, estendendo-a ao bloco operatório, no sentido de manter os cuidados iniciados no pré-operatório, continuá-los no bloco, com a participação da equipa cirúrgica e finalizá-la durante o pós-operatório durante o internamento e após a alta com a teleconsulta.

A taxa de incidência de IFC varia de 2 a 15%, dependendo de vários fatores, incluindo o tipo de cirurgia. Na pesquisa de prevalência mais recente conduzida pelo Centro Europeu de Vigilância e Controle de Doenças, as IFC foram responsáveis por 18% das infeções associadas aos cuidados de saúde. A incidência de IFC varia dependendo de vários fatores, incluindo o tipo de cirurgia e é provável que seja subestimada visto que aproximadamente 50% das IFC tornam-se evidentes após a alta. A vigilância após a alta hospitalar é importante para determinar com precisão a prevalência e a incidência desta complicação pós-operatória. As IFC prejudicam não apenas a qualidade de vida do utente, mas também têm um impacto económico negativo. Aumentam o tempo de permanência do utente no hospital e incorrem em consideráveis custos extras de cuidados de saúde (Karki T. et al., 2018; Farina E.C. et al., 2011; CDC, 2017; Jenks P.J., 2014). Por esta razão, torna-se ainda mais pertinente a implementação da *check-list* e da consulta telefónica após a alta, de forma a prevenir e identificar o mais precocemente possível as infeções da ferida cirúrgica.

A prevenção da infeção da ferida cirúrgica no contexto do doente neuro-oncológico contempla pormenores que a doença oncológica traz à condição do utente, contudo, não se dissocia do panorama de todas as outras cirurgias neurológicas e suas complicações potenciais. É conhecida a intrínseca relação entre elementos comuns de neurocirurgia com outras cirurgias relativamente aos quadros de infeção. Contudo, a prevenção de infeções desde o período pré-operatório, pode vir a ser uma mais-valia, tendo como base a *check-list* que redigi e implementei.

O Enfermeiro Especialista e Mestre deve promover constantemente a revisão das suas práticas clínicas, diante de mudanças no campo científico, bem como deixar

evidente o quão significativa é a aprendizagem que considera, as experiências e o crescimento acadêmicos aliados no seu próprio crescimento profissional.

Acredito ter atingido os objetivos propostos para este Relatório de Estágio, na medida em que me proporcionou um aumento de conhecimentos importantes na prevenção da infecção da ferida cirúrgica, tendo por base o uso da evidência científica mais recente, para fundamentar todo o meu trabalho. Tive um grande apoio dos meus orientadores e de toda equipa de enfermagem dos serviços por onde passei, os quais me proporcionaram uma visão global tão diversa da minha própria realidade profissional e que constituiu uma mais-valia na minha evolução como pessoa, enfermeiro e futuro Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, H. D. F. (2004). Reis, Francisco José Cândido dos; Carrara, Hélio Humberto Angotti and Andrade, Jurandyr Moreira de. Fatores de risco para infecções de sítio cirúrgico em pacientes operadas por câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 227-232. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032004000300009>.
- Bedin, LF, Busanello, J., Sehnem, GD, Silva, FMD, & Poll, MA (2014). Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. *Revista gaúcha de enfermagem*, 35, 61-67.
- Bellusse, G. C., Ribeiro, J. C., Campos, F. R. D., Poveda, V. D. B., & Galvão, C. M. (2015). Fatores de risco de infecção da ferida operatória em neurocirurgia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28, 66-73.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Lisboa: Q. Editora, Ed.
- Berríos-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., ... & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2017). Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA surgery*, 152(8), 784-791. [Doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904).
- Castella, A., Argentero, P. A., Farina, E. C., Charrier, L., Del Prever, E. B., Zotti, C. M., & Piemonte Nosocomial Infection Study Group. (2011). Incidence of surgical-site infections in orthopaedic surgery: a northern Italian experience. *Epidemiology & Infection*, 139(5), 777-782. doi.org/10.1017/S0950268810001627
- Centers for Disease Control and Prevention (2016). Patient safety Component Manual. National Healthcare Safety Network; Acedido 13/03/21. 1-11. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSIcurrent.pdf>.

Chibante CLDP. (2014). Saberes e práticas de clientes no cuidado com feridas: implicações para a enfermagem [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense.

Classificação Internacional para a prática de cuidados de Enfermagem CIPE (2015). Versão 2. Lisboa. Edição portuguesa. Ordem dos Enfermeiros.

Cohen J, Powderly WG, Opal SM (2017). Infectious Diseases. Volume 2(4). Elsevier Health Sciences.

Costa, S. R. D. D., & Castro, E. A. B. D. (2014). Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 979-986. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670617>.

Decreto-Lei Nº 74/2006 de 24 de Março. (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.o a 15.o da Lei Nº 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no Nº 4 do artigo 16.o da Lei Nº 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Diário da República Eletrónico (10/02/2022) 1-36.

Didisen, N. A., Binay, S., & Yardimci, F. (2017). Orem's Self-care Deficit Theory and Nursing Care in Relation to Pneumonia: A Case Report. *Studies on Ethno-Medicine*, 11(4), 311-317.

Direção Geral de Saúde (2009). Programa Nacional de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2013a). Estratégia Multimodal de promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido 21/12/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-econtrolo-de-infecoese-de-resistencia-aos-antimicrobianos/estrategiamultimodal-pbci/como-aderir-estrategia-pbci.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2013b). Norma de Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido 12/12/2020. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norman0242013-de-23122013-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2013c). Portugal – *Controlo da Infecção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2014*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 18/12/2020. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticasde-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-eresistencia-aos-antimicrobianosem-numeros-2014-pdf.aspx>.

Edwards, J. R., Peterson, K. D., Andrus, M. L., Dudeck, M. A., Pollock, D. A., & Horan, T. C. (2008). National Healthcare Safety Network (NHSN) report, data summary for 2006 through 2007, issued November 2008. *American journal of infection control*, 36(9), 609-626.

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum 2014 (4th ed.)*. Brussels: EONS.

Feitosa, R. G. F., Fernandes, F. A. M., Júnior, J. N., de Araújo Júnior, O. N., de Assis Costa, F., & Cavalcante, L. D. W. (2014). *Análise de incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias oncológicas do aparelho digestivo no Hospital Geral de Fortaleza*. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 47(2), 157-164.

Fettes, S., Mulvaine, M., Doren, E.V. (2013). Effect of Preoperative Forced-Air Warming on Postoperative Temperature and Postanesthesia Care Unit Length of Stay, *AORN Journal* .97 (3), 323-328.

Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de administração contemporânea*, 5, 183-196.

Figueiredo, E. G., Balasso, G. T., & Teixeira, M. J. (2012). Infecções em pós-craniotomias: revisão literária. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery*, 31(04), 219-223.

George, J. B. et al. (2000). *Teorias De Enfermagem: Os Fundamentos À Prática Profissional*. (4ªed.). Porto Alegre: Artmed.

Herdman, T. H. (2010). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação* (2009-2011). Porto Alegre: Artmed.

Instituto Nacional de Estatística. 2017. Causas de Morte em Portugal. Acedido em 09/02/21. Disponível em: [file:///Users/maikobarbosa/Downloads/CM_2017a%20\(1\).pdf](file:///Users/maikobarbosa/Downloads/CM_2017a%20(1).pdf)

Irfi, G. P., Tofani, G. B., da Silva, C. M., Vieira, F. C., da Silva, I. L. A., Couto, B. R. G. M., ... & Starling, C. E. F. (2016). Study on Risk Factors for Infections Post-Craniotomy. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 6(4), 152-157. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i4.7296>.

Jalai, C. M., Worley, N., Poorman, G. W., Cruz, D. L., Vira, S., & Passias, P. G. (2016). Surgical site infections following operative management of cervical spondylotic myelopathy: prevalence, predictors of occurrence, and influence on peri-operative outcomes. *European Spine Journal*, 25(6), 1891-1896.

Jang, S. (2016). Bombas de efluxo multidrogas em *Staphylococcus aureus* e suas implicações clínicas. *Journal of Microbiology*, 54 (1), 1-8.

Jenks PJ, Laurent M, McQuarry S, Watkins R. (2014). Clinical and economic burden of surgical site infection (SSI) and predicted financial consequences of elimination of SSI from an English hospital. *J Hosp Infect* 2014; 86(1):24–33. Doi.org/10.1016/j.jhin.2013.09.012

Lietard, C., Thébaud, V., Besson, G., & Lejeune, B. (2008). Risk factors for neurosurgical site infections: an 18-month prospective survey. *Journal of neurosurgery*, 109(4), 729-734.

Menoita, E., Fonseca, C., Ramos, A., & Gaspar, L. (2015). *Prática de Enfermagem Baseada na Evidência: O Caso das Feridas*. In: *Gestão de Feridas Complexas*. Lisboa: Lusoditacta (217-300).

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). 2010. *Definições e Classificação 2009-2011*. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed.

Oliveira et al. (2019). Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. *Acta Paulista de Enfermagem* 32, 194-201.

OMS (2009). Linha de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009: *Cirurgia Segura Salva-Vidas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 17-02-2021. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/8/9789241598552_por.pdf?ua=.](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/8/9789241598552_por.pdf?ua=)

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Qual é a intervenção dos enfermeiros no percurso dos doentes oncológicos? Acedido em 12/12/21. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/qual-%C3%A9-a-interven%C3%A7%C3%A3o-dos-enfermeiros-no-percurso-do-doente-oncol%C3%B3gico/>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Consulta de Enfermagem à Distância Telenfermagem – Guia e Recomendações*. Acedido em 03/02/21. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf.

Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice (5th ed)*. St. Louis: Mosby.

- Paiva, A. C. R., Araújo, B. S., Carvalho, B. R., Arantes, D. C., Marinho, L. M, Silva, M.S., Moreira, L.R. (2015). Checklist de cirurgia segura: análise do preenchimento da ficha de verificação no pré, trans e pós-operatório. *Enfermagem Revista*, 18 (2), 62-80.
- Pancieri, A. P., Santos, B. P., Avila, M. A. G. D., & Braga, E. M. (2013). Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Revista gaúcha de enfermagem*, 34(1), 71-78.
- Parahym, A. M. R. D. C. (2012). Infecções fúngicas nosocomiais em unidade de terapia intensiva: ocorrência e controle. Acedido em 10/01/22. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/17469>
- Pedrosa, T. M. G., Cunha, A. F. A., Amaral, D. B. D., & Couto, R. C. (2009). *Infecção Hospitalar e Outras Complicações Não Infecciosas da Doença*, (457-472).
- Phaneuf, M., Salgueiro, N., Salgueiro, R. P., & de Carvalho Coutinho, E. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PNCI, 2017). Acedido em 11/07/21. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Sánchez-Arenas, R., Rivera-García, B. E., Grijalva-Otero, I., Juárez-Cedillo, T., del Carmen Martínez-García, M., & Rangel-Frausto, S. (2010). Factores asociados a infecciones nosocomiales en sitio quirúrgico para craneotomía. *Cirugía y Cirujanos*, 78(1), 5-13.
- Santos, B., et al (2017). Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care., *Journal of Aging & Innovation*, 6 (1): 51.
- Santos, E. M. C. P. D. (2008). *Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: Desafios e Constrangimentos no Processo de Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros*. Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro.

Sibbald, RG, Coutts, P., & Woo, KY (2012). Redução da carga bacteriana e dor em feridas crônicas usando um novo curativo de espuma antimicrobiana de polihexametileno biguanida: resultados de ensaios clínicos. *Cura de feridas na África Austral*, 5 (1), 31-36.

Silva Carlos et al. (2020). Incidência de infecções de sítio cirúrgico em neurocirurgias em pacientes oncológicos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(10), e3966-e3966.

Sousa, D. (2013). *Competências e Saberes em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 03/10/21. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/regulamento-das-competencias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-competencias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

Sousa, P. M. L.; Santos, I. M. S. C. (2007). Cuidando da pessoa com produtos adaptados: estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (4), 25-43.

Stryja, J., Sandy-Hodgetts, K., Collier, M., Moser, C., Ousey, K., Probst, S., ... & Xuereb, D. (2020). Surgical site infection: Prevention and management across health-care sectors. *Journal of wound care*, 29(Sup2b), S1-S72.

Sturm, L. (2009). Neurosurgical Surgical Site Infection – Review and Prevention Strategies. *International Journal of Infection Control*, 5(2). <https://doi.org/10.3396/ijic.v5i2.3705>.

Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, M. L., ... & Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group. (2018). Prevalence of healthcare-associated infections estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Eurosurveillance*, 23(46), 1800516. [Doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.180051](https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.180051).

Veloso, I. (2016). Hospitais devem ter estratégias de avaliação do risco. *Jornal Enfermeiro*. 10-12.

Wiseman, J. T., Fernandes-Taylor, S., Barnes, M. L., Saunders, R. S., Saha, S., Havlena, J., ... & Kent, K. C. (2015). Predictors of surgical site infection after hospital discharge in patients undergoing major vascular surgery. *Journal of vascular surgery*, 62(4), 1023-1031. doi.org/10.1016/j.jvs.2015.04.453.

World Health Organization. (2009). WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives. Acedido em: 15/10/21. Disponível em: https://www.gapcongressos.com.br/eventos/z0107/artigos/CirurgiaSegura_Who_Versao2009.pdf.

World Health Organization (2016). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: *WHO Library*. Acedido em 15-01-2021. Disponível em: <http://www.who.int/infectionprevention/publications/ipc-componentsguidelines/en/>.

APÊNDICES

APÊNDICE I: Revisão *Scoping*

Revisão de Scoping

A revisão de Scoping desenvolvida neste trabalho teve como objetivo identificar as intervenções de enfermagem capazes de prevenir as infeções associadas à ferida cirúrgica no doente neuro- oncológico.

Questão de revisão

Quais as intervenções de enfermagem capazes de prevenir infeções associadas à ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico?

A questão de revisão está construída sobre o formato PICO:

P (População)	Doente neuro-oncológico com ferida cirúrgica
I (Fenómeno de interesse)	Intervenções de enfermagem capazes de prevenir Infeções associadas à ferida cirúrgica
Co (Contexto)	Serviços hospitalares de cirurgias serviço de neurocirurgia

Tabela 1 – Esquematização da questão de revisão

Critérios de seleção

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
PARTICIPANTES	Doente neuro-oncológico com ferida cirúrgica com idade igual ou superior a 19 anos	Doente neuro-oncológico com ferida cirúrgica com idade inferior a 19 anos Doente sem ferida cirúrgica
CONCEITO	Intervenções de enfermagem capazes de prevenir infeções associadas à ferida cirúrgica	Intervenção de enfermagem que não tenham por objetivo a prevenção de infeções associadas à ferida cirúrgica
CONTEXTO	Serviços cirúrgicos hospitalares/ neurocirúrgicos	Serviços de Ambulatório
DATA DE PUBLICAÇÃO	Janeiro de 2010 a 2020	Artigos anteriores a janeiro de 2010
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO	Português, inglês ou espanhol.	Outros idiomas que não português, inglês, espanhol
DISPONIBILIDADE DO TEXTO	Full text.	Ausência de full text

Tabela 2 – Critérios de seleção

Estratégia de Pesquisa

Para a elaboração desta revisão de scoping inicialmente foi realizada uma primeira pesquisa na plataforma EBSCO nas bases de dados da Academic Search Complete, CINAHL with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews e Medline utilizando as palavras-chave construídas a partir da linguagem associada à temática. As palavras-chave iniciais foram: ferida cirúrgica, intervenções de enfermagem, neuro-oncologia, ferida e neurocirurgia, prevenção de infecções, sendo que os termos correspondentes utilizados foram: surgical wound, nursing interventions, neuro oncology, neurosurgery, infection control, surgical wound infection.

Após a análise desta primeira pesquisa, através da leitura dos títulos, resumos e até de alguns dos artigos encontrados, foram ajustados os termos de pesquisa para que os resultados dessem resposta à questão de investigação.

Na plataforma EBSCO foram utilizados os seguintes termos de indexação: postoperative wound care, postoperative wound, wound infection, nursing, nursing care e nursing interventions

Na base de dados B-On foram utilizados os seguintes termos de indexação: postoperative wound care, nursing interventions e wound infection.

Em todas as pesquisas foram impostos os critérios de exclusão para delimitar a pesquisa, nomeadamente no que diz respeito a disponibilização do texto integral e do limite temporal dos últimos 10 anos para procurar a evidência científica mais atual.

Em termos temporais a pesquisa foi realizada entre Agosto e Setembro de 2020.

Código	Termos de pesquisa	Nº resultados
S1	TX postoperative wound care AND TX nursing	50
S2	TX postoperative wound care AND TX nursing	40
S3	TX postoperative wound AND TX nursing care	176
S4	TX postoperative wound AND TX nursing interventions	47
S5	TI postoperative wound AND TX nursing interventions	0
S6	SU postoperative wound AND TX nursing interventions	0
S7	SU postoperative wound care AND TX nursing Interventions	0

S8	TX postoperative wound care AND TX nursing Interventions	5
S9	TX postoperative wound care AND TX nursing AND wound infection	27

Tabela 3 – Resultados da pesquisa na base de dados EBSCO

Código	Termos de pesquisa	Nº resultados
S1	postoperative wound care AND nursing interventions	1,842
S2	postoperative wound care AND nursing interventions AND wound infection	1,181
S3	SU postoperative wound care AND SU nursing interventions AND SU wound infection	0
S4	SU postoperative wound care AND TX nursing interventions AND TX wound infection	30
S5	SU postoperative wound care AND SU nursing interventions AND TX wound infection	2
S6	SU postoperative wound care AND AB nursing interventions AND TX wound infection	6
S7	SU postoperative wound care AND TX nursing interventions AND TX wound infection	30

Tabela 4 – Resultados da pesquisa na base de dados B-On.

Extração de Resultados

Da pesquisa resultaram 30 artigos da plataforma B-On e 27 artigos da plataforma EBSCO.

Relativamente à plataforma B-On, após a leitura dos títulos foram excluídos 22 artigos, após leitura do resumo foram excluídos mais 4 por não se enquadrarem na temática e após leitura integral foram excluídos mais 3, tendo ficado 1 artigo para análise. Relativamente à plataforma EBSCO, após a leitura dos títulos foram excluídos 20 artigos que não se enquadravam na temática, após a leitura do resumo foram excluídos mais 2 e após a leitura integral foram excluídos mais 2 artigos, tendo ficado 3 artigos para análise.

Procedi então à leitura integral dos 4 artigos que permitem dar resposta à questão de investigação, apresentando na tabela 5 os dados obtidos.

Título/autores	Objetivos	Conclusões
Preoperative and postoperative recommendations to surgical wound care interventions: A systematic meta-review of Cochrane reviews (Gillespie et al, 2019)	Sintetizar e avaliar as recomendações para a prática de enfermagem e pesquisar revisões sistemáticas sobre profilaxia pré-operatória conduzida por enfermeiros no cuidado às feridas cirúrgicas.	Persiste muita incerteza em torno das evidências para apoiar muitas das práticas usadas no cuidado de feridas cirúrgicas. Para fornecer melhores cuidados de saúde, existe uma necessidade premente de melhores evidências.
Nursing Practices in the Prevention of Post- Operative Wound Infection in Accordance with Evidence-Based Approach (Boga, 2019)	Descrever as práticas de cuidados pós-operatórios de enfermeiras cirúrgicas e as recomendações e diretrizes sobre feridas.	Os enfermeiros têm um importante papel na prevenção da infecção da ferida cirúrgica e na promoção de cuidados à ferida. É preciso aplicar as recomendações baseadas na evidência científica para garantir bons resultados no tratamento de feridas pós-operatórias. O autor apresenta um quadro resumo das principais recomendações utilizando referências como a WHO, AWMA, CDC, NICE.
Managing surgical wound care: review of Leukomed Control dressings (Milne, 2016)	Fazer uma revisão das recomendações aos cuidados à ferida cirúrgica e introdução do método de Leukomed Control, penso transparente que permite maior flexibilidade, respiração e visualização da ferida.	Devem ser usados padrões de qualidade para direcionar os cuidados, e assim garantir o reconhecimento precoce de sinais e sintomas de infecção da ferida cirúrgica, permitindo reduzir os efeitos adversos na qualidade de vida do paciente e minimizar custos associados.
Postsurgery wound assessment and management practices: a chart Audit (Gillespie et al, 2014)	Examinar a avaliação e gestão de feridas em pacientes após cirurgia e comparar essas práticas com as atuais baseadas em evidências para a prevenção de infecção da ferida cirúrgica.	A padronização da documentação de avaliação de feridas permite aumentar a consistência dos cuidados de saúde

Tabela 5 – Apresentação dos dados dos artigos obtidos

Análise dos resultados

Mundialmente ocorrem 4511 operações por cada 100000 habitantes anualmente, o que equivale a 1 procedimento cirúrgico por cada 22 pessoas. (Gillespie et al, 2019). Destes, um em cada quatro desenvolve complicações nos 14

dias subsequente à alta hospitalar. Estima-se que os custos com estas complicações custam cerca de 4% dos custos totais dos sistemas de saúde e que essa proporção está a aumentar (Gillespie et al., 2019).

Os enfermeiros, pela sua proximidade com o paciente, estão na posição ideal para se tornarem líderes das intervenções à ferida cirúrgica, visando garantir a qualidade dos cuidados prestados e assim aumentar a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção de complicações (Boga, 2019).

Qualquer intervenção que vise prevenir complicações deve envolver a identificação e redução de fatores de risco, quer sejam fatores relacionados com o paciente, quer com a cirurgia.

Fatores relacionados com o paciente que podem aumentar o risco de complicações (Gillespie et al., 2014):

- Tabagismo,
- Diabetes,
- Obesidade,
- Tempo de internamento hospitalar associado.

Fatores de risco associados à própria cirurgia (Gillespie et al., 2014):

- Local e a complexidade do procedimento (por exemplo, tipo de cirurgia, duração do procedimento, uso de implantes),
- Presença de drenos cirúrgicos,
- Classificação das feridas (limpas/contaminadas),
- Ambiente do bloco operatório.

A literatura sobre os cuidados de enfermagem à ferida crónica é abundante, no entanto, a documentação sobre feridas cirúrgicas – feridas que cicatrizam por intenção primária, ainda é limitada (Gillespie et al., 2014).

As feridas cirúrgicas são categorizadas como feridas agudas; a sua cicatrização requer respostas celulares e moleculares coordenadas e pressupõe quatro fases: hemóstase, inflamação, proliferação e maturação (Milne, 2016).

É importante ter em mente que a fase inflamatória normal da cicatrização de feridas pode provocar rubor, edema, calor e dor, e que isso faz parte do processo fisiológico. Esses sintomas por si só não equivalem a uma complicação da ferida (Milne, 2016).

As feridas cirúrgicas estão associadas a uma variedade de complicações, como infecção, hemorragia, deiscência e dor. No entanto, as infecções são a complicação mais comum - e também a infecção adquirida em hospital mais evitável (Gillespie et al.,2019).

As infecções da ferida cirúrgica, são umas das complicações pós-cirúrgicas mais relevantes, cerca de 5% dos utentes submetidos a cirurgia, desenvolvem infecção da ferida cirúrgica (Boga, 2019). São consideradas infecções da ferida cirúrgica todas as infecções que ocorrem nos primeiros 30 dias após a cirurgia (sem colocação de implantes) ou, se forem colocados implantes, até um ano após a cirurgia (Milne, 2016).

Apesar de o risco de infecção estar inevitavelmente associado a procedimentos cirúrgicos, a qualidade da cirurgia e os cuidados pré e pós-cirúrgicos podem ser melhorados se houver conformidade da prática dos profissionais de saúde com as recomendações e diretrizes para o cuidado à ferida cirúrgica (Boga, 2019).

Existe uma variabilidade considerável na prática de cuidados com a ferida cirúrgica, o que se pode refletir no uso excessivo de cuidados ineficazes, subutilização de cuidados eficazes ou incerteza quanto ao que constitui um cuidado adequado (Gillespie et al., 2019). A formação de profissionais de saúde melhora os níveis de conhecimento e promove a implementação de diretrizes para prevenir as infecções, contribuindo diretamente para a redução de infecções relacionadas com os cuidados de saúde (Boga, 2019). Os enfermeiros devem compreender que avaliar e documentar os cuidados à ferida tem potencial para reduzir a incidência de infecção, morbidade e mortalidade dos pacientes, e diminuir o impacto económico sobre os pacientes, hospitais e sistema de saúde (Boga, 2019).

Gillespie et al. (2014) reuniram um conjunto de recomendações para a prática clínica com base em diferentes diretrizes internacionais como apresentado na tabela seguinte. No pré-operatório destacam a recomendação do uso de antibioterapia profilática e correta e completa avaliação do paciente. No pós-operatório, a avaliação, manipulação, limpeza da ferida, a seleção do penso e o uso de documentação completa e relevante.

Recomendações	Referências*
Controlo da glicémia	CDC 2017
Normotermia	CDC 2017, WHO 2016
Oxigenação perioperatória	CDC 2017, WHO 2016

Avaliação da ferida (tipo, duração, localização, dimensão, características do leito da ferida, bordos da ferida, tipo de exsudado, fase de cicatrização, dor, presença de corpos estranhos, sinais e sintomas precoces de infeção).	AWMA 2010, WHO 2016
Método de avaliação da ferida (<i>check-list</i> enfermagem)	CDC 2017, AWMA 2010
Manuseamento do penso (técnica assética, higienização das mãos) Penso estéril nas primeiras 48h	NICE 2017
Limpeza da ferida (limpeza com SF após 48h, banho só após 48h);	NICE 2017, CAWC 2018
Agentes antimicrobianos tópicos (não aconselhados para feridas que cicatrizam por primeira intenção);	NICE 2017
Tratamento com antibióticos (quando há suspeita de infeção (NICE 2017), durante o tempo da cirurgia apenas (WHO 2016)),	NICE 2017, WHO 2016
Desbridamento (não utilizar agentes agressivos)	NICE 2017
Educação ao utente, família, cuidador	AWMA 2010, NICE 2017, CAWC 2018
Documentação dos resultados usando uma abordagem estandardizada	AWMA 2010, NICE 2017
Trabalho de equipa para a cicatrização da ferida (comunicação eficaz)	AWMA 2010, CAWC 2018

¹ Tabela 5 - Recomendações para a prática clínica com base em diferentes diretrizes internacionais (Gillespie et al, 2014)

A correta documentação das feridas promove registos completos com a história de saúde dos utentes, avaliação da ferida, resultados, planos de prevenção e tratamento e é imprescindível para a precoce identificação e intervenção na prevenção da infeção da ferida cirúrgica. Tal documentação é também necessária para fins legais porque fornece um registo completo dos cuidados prestados e permite avaliar o tratamento de feridas e padrões de tratamento de feridas (Boga, 2019). Os enfermeiros relatam que encontram vários obstáculos na documentação do tratamento de feridas, nomeadamente, a falta de tempo, a escassez de recursos de enfermagem, a falta de recursos de enfermagem experientes, bem como a própria cultura de enfermagem na prática dos registos (Boga, 2019).

Numa nova revisão em 2019, Gillespie et al destacam ainda as seguintes recomendações: desenvolver políticas locais com base na opinião de especialistas clínicos, verificar se é necessária a tricotomia, não o fazer por rotina, dirigir o foco das

¹ *AWMA (Australian Wound Management Association), CAWC (Canadian Association of Wound Care), CDC (Centers for Disease Control and Prevention), NICE (National Institute for Health and Care Excellence), WHO (World Health Organization)

intervenções para onde o efeito é evidente, considerar as preferências do doente na escolha do penso, usar evidência científica e guidelines, ex: higiene das mãos, cuidados com feridas provocadas por exemplo pelos fixadores, implementar estratégias gerais para reduzir a infeção cruzada.

A verdade é que são os enfermeiros que têm a responsabilidade de garantir que são aplicadas as diretrizes de cuidados à ferida e de controlo de infeção, bem como educação para a saúde com o paciente, para garantir qualidade de cuidados, aumentando o impacto positivo na segurança dos pacientes cirúrgicos (Boga, 2019).

Segundo Milne (2016) são realizados guias e normas com o objetivo de promover intervenções estruturadas e com evidência científica no pré, intra e pós-operatório. Referindo-se à ferida cirúrgica afirma que a otimização da cicatrização da ferida no doente cirúrgico requer uma abordagem multidisciplinar, que envolve o doente, a equipa cirúrgica, equipa do pós-operatório imediato (recobro), equipa de saúde no pós-operatório quer seja no hospital ou na comunidade.

Conclusões/Implicações para a enfermagem

Todos os artigos analisados evidenciam o impacto significativo das infeções da ferida cirúrgica no paciente e no sistema de saúde, associado ao aumento da duração do internamento, aos custos extra com cuidados de saúde, mortalidade, dor, desconforto, e, em alguns casos, permanente deficiência.

Na generalidade os artigos revelam que é necessária uma abordagem multidisciplinar e sistematizada nos cuidados à ferida cirúrgica, destacando que é preciso uniformizar cuidados para garantir melhores resultados baseados na melhor evidência científica.

O artigo de Milne foca-se na ferida e no processo de cicatrização da mesma, bem como nos sinais e sintomas precoces de infeção como ferramentas para prevenir complicações, os artigos de Boga (2019) e Gillespie et al (2014, 2019) resumem as principais recomendações de entidades de referência na área dos cuidados à ferida cirúrgica, no pré, intra e pós-operatório. Gillespie et al (2019) destacam ainda a importância dos registos e documentação de feridas e tratamento das mesmas como ferramentas para se conseguir identificar padrões de tratamento.

Referências bibliográficas

- Boga, S. (2019). Nursing Practices in the Prevention of Post-Operative Wound Infection in Accordance with Evidence-Based Approach. *International Journal of Caring Sciences*, 12 (2), 1229-1236. doi: 10.12968/jowc.2017.26.1.28
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Kang, E., Hewitt, J., Nieuwenhoven, P., & Morley, N. (2014). Postsurgery wound assessment and management practices: a chart audit. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3250-3261. doi: 10.1111/jocn.12574
- Gillespie, B. et al. (2019). Preoperative and postoperative recommendations to surgical wound care interventions: A systematic meta-review of Cochrane reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 1-14. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103486
- Milne, J. (2016). Managing surgical wound care: review of Leukomed Control dressings. *British Journal of Nursing*, 25 (6), S36-43. doi: 10.12968/bjon.2016.25.6. S34

APÊNDICE II: *Check-list* “Intervenções de Enfermagem para Prevenção da Infecção da Ferida Cirúrgica do Doente Neuro-Oncológico”

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA DO DOENTE NEURO-ONCOLÓGICO

Identificação do utente: _____ NSC _____

Data nascimento: _____ Idade _____ Contato _____

Data internamento: _____ Data cirurgia: _____

Diagnóstico: _____ Número de dias de Internamento _____

CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA			
Limpa <input type="checkbox"/>	Limpa-Contaminada <input type="checkbox"/>	Contaminada <input type="checkbox"/>	Suja ou Infetada <input type="checkbox"/>
DISPOSITIVOS			
DRENOS <input type="checkbox"/>	Data retirada _____	CVC <input type="checkbox"/>	Data retirada _____
DV <input type="checkbox"/>	Data retirada _____	SDVP <input type="checkbox"/>	Data retirada _____
CVP <input type="checkbox"/>	Data retirada _____	Prótese/ implante <input type="checkbox"/>	

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA			
OBSERVAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO APLICÁVEL
Banho pré-operatório (véspera)			
Lavagem local incisão			
Banho pré-operatório (dia)			
Controle de glicemia / Valor <input style="width: 50px;" type="text"/>			

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PÓS-OPERATÓRIA			
OBSERVAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO APLICÁVEL
Antibioterapia profilática (tempo > 24h)			
Lavagem das mãos para realização de penso			
Técnica asséptica para realização de penso			
Sinais inflamatórios			
Se sim, quais?			
Febre <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/>			
Dor/Hipersensibilidade <input type="checkbox"/> Exsudado <input type="checkbox"/>			
Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/>			
Vigiar penso operatório			
Abertura de penso inferior a 48h			
Se sim, porquê?			
Repasse <input type="checkbox"/> Penso Descolado <input type="checkbox"/>			
Remoção do dreno <input type="checkbox"/> Penso Molhado <input type="checkbox"/>			
Alta com penso			
Aplicada pele plástica			

INFEÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Data: _____	Microrganismo: _____
Agrafos <input type="checkbox"/> Pontos <input type="checkbox"/> Steri Strips <input type="checkbox"/>	Local cirúrgico: _____
Data abertura do penso: _____	Data da alta: _____

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PÓS-ALTA
Data retirada agrafos/pontos _____
Data consulta após a alta _____

Chamada Telefónica

Observações:

Enfermeiro: _____ Nº _____ Data _____

APÊNDICE III: Plano de atividades dos estágios

Campo de estágio: Serviço de internamento de neurocirurgia do Hospital A

Duração: 23 de novembro de 2020 a 20 de janeiro de 2021

Objetivo geral: Adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional em contexto de internamento de neurocirurgia.

Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<p>1. Compreender a dinâmica organizacional e o funcionamento do serviço</p> <p>2. Integrar de forma progressiva e gradual a equipa de saúde multidisciplinar</p> <p>3. Desenvolver competências e práticas de cuidados de enfermagem ao doente</p>	<p>1.1. Consulta das Normas, Protocolos do serviço, documentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família;</p> <p>1.2. Observação da dinâmica do serviço e da articulação da equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar;</p> <p>2.1. Reuniões informais com o enfermeiro-chefe, enfermeiro orientador e outros elementos da equipa;</p> <p>2.2. Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do serviço, que podem ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem;</p> <p>3.1. Prestação de cuidados ao doente oncológico com ferida cirúrgica, utilizando a</p>	<p>Humanos:</p> <p>- Orientador de estágio, equipa de enfermagem e multidisciplinar;</p> <p>Materiais:</p> <p>-Normas e protocolos do serviço;</p> <p>-Pesquisa bibliográfica pertinente;</p> <p>Físicos:</p> <p>Serviço de Cuidados Intensivos de Neurocirurgia</p> <p>Humanos:</p>	<p>Ter consultado os manuais/documentos do serviço (normas e protocolos);</p> <p>Ter realizado reuniões informais com enf.-chefe, enf.-orientador e outros elementos da equipa;</p> <p>Ter elaborado um texto sobre a caracterização da estrutura e dinâmica do serviço;</p> <p>Expõe o projeto de estágio no campo de estágio;</p> <p>Ter observado e colaborado na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico com ferida cirúrgica;</p>

<p>oncológico com ferida cirúrgica</p> <p>4. Sensibilizar a equipa de enfermagem para as intervenções de enfermagem ao doente oncológico capazes de prevenir complicações à ferida cirúrgica.</p>	<p>melhor evidência e as competências desenvolvidas;</p> <p>3.2. Colaboração com os colegas na prestação de cuidados ao doente oncológico e/ou família com ferida cirúrgica;</p> <p>3.3. Reflexão sobre a prática;</p> <p>4.1. Identificação dos procedimentos/intervenções ao doente com ferida cirúrgica;</p> <p>4.2. Utilização de documento para registo das intervenções de enfermagem e resultados;</p> <p>4.3. Análise dos documentos de registo realizados;</p> <p>4.4. Reflexão sobre a prática.</p>	<p>- Orientador de estágio, equipa de enfermagem e multidisciplinar;</p> <p>Materiais:</p> <p>-Normas, procedimentos e protocolos do serviço;</p> <p>-Pesquisa bibliográfica pertinente;</p> <p>Físicos:</p> <p>- Serviço de Cuidados Intensivos de Neurocirurgia.</p>	<p>Ter elaborado uma reflexão escrita sobre eventos significativos de aprendizagem utilizando o ciclo de Gibbs;</p> <p>Elaborar poster sobre as intervenções de enfermagem ao doente oncológico para prevenção de complicações à ferida cirúrgica;</p> <p>Elaborar relatório de estágio.</p>
---	---	--	--

Campo de estágio: Clínica Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas (CMETF) do Hospital B

Duração: 25 de janeiro a 26 de fevereiro

Objetivo geral: Adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional em contexto de consulta

Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
1. Compreender a dinâmica organizacional e o funcionamento do serviço	1.1. Consulta das Normas, Protocolos do serviço, documentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família; 1.2. Observação da dinâmica do serviço e da articulação com a equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar;	Humanos: - Orientador de estágio, equipa de enfermagem e multidisciplinar; Materiais: -Normas, procedimentos e protocolos do serviço; -Pesquisa bibliográfica pertinente; Físicos: - CMETF do IPO	Ter consultado os manuais/documentos do serviço (normas e protocolos); Ter realizado reuniões informais com enf.-chefe, enf.-orientador e outros elementos da equipa; Ter elaborado um texto sobre a caracterização da estrutura e dinâmica do serviço; Fazer um estudo de caso; Expõe o projeto de estágio no campo de estágio;
2. Integrar de forma progressiva e gradual a equipa de saúde multidisciplinar	2.1. Reuniões informais com o enfermeiro-chefe, enfermeiro orientador e outros elementos da equipa. 2.2. Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do serviço, que podem ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem.		
3. Desenvolver competências e práticas de cuidados de			

<p>enfermagem ao doente oncológico com ferida cirúrgica</p> <p>4. Sensibilizar a equipa de enfermagem para as intervenções de enfermagem ao doente oncológico capazes de prevenir complicações à ferida cirúrgica.</p>	<p>3.1. Prestação de cuidados ao doente oncológico com ferida cirúrgica, utilizando a melhor evidência e as competências desenvolvidas;</p> <p>3.2. Colaboração com os colegas na prestação de cuidados ao doente oncológico e/ou família com ferida cirúrgica;</p> <p>3.3. Reflexão sobre a prática;</p> <p>4.1. Identificação dos procedimentos/intervenções ao doente com ferida cirúrgica;</p> <p>4.2. Utilização de documento para registo das intervenções de enfermagem e resultados;</p> <p>4.3. Análise dos registos realizados;</p> <p>4.4. Elaboração e divulgação do folheto sobre as intervenções de enfermagem ao</p>	<p>Humanos:</p> <p>- Orientador de estágio, equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar;</p> <p>Materiais:</p> <p>-Normas, procedimentos e protocolos do serviço;</p> <p>-Pesquisa bibliográfica pertinente;</p> <p>Físicos:</p> <p>- CMETF do IPO</p>	<p>Ter observado e colaborado na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico com ferida cirúrgica;</p> <p>Ter elaborado uma reflexão escrita sobre eventos significativos de aprendizagem utilizando o ciclo de Gibbs;</p> <p>Elaborar folheto sobre as intervenções de enfermagem ao doente oncológico para prevenção de complicações à ferida cirúrgica;</p> <p>Elaborar relatório de estágio.</p>
--	---	---	---

	doente oncológico para prevenção de complicações à ferida cirúrgica; 4.4. Reflexão sobre a prática.		
Campo de estágio: Serviço de Internamento de Neurocirurgia do Hospital C			
Duração: 04 de março a 16 de abril			
Objetivo geral: Fomentar competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional em contexto de internamento			
Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação

<p>1. Envolver a Equipa de Enfermagem na implementação do Projeto;</p> <p>2. Demonstrar competências e práticas de cuidados de enfermagem ao doente oncológico com ferida cirúrgica</p> <p>3. Contribuir para a formação da equipa no âmbito das intervenções de enfermagem capazes de prevenir infeções da ferida cirúrgica do doente oncológico;</p>	<p>1.1. Reunião com o Enfermeiro-Chefe, de forma a otimizar estratégias para implementação do Projeto;</p> <p>1.2. Apresentação do Projeto, sob a forma de formação formal.</p> <p>2.1. Prestação de cuidados ao doente oncológico com ferida cirúrgica, utilizando a melhor evidência e as competências desenvolvidas;</p> <p>2.2. Colaboração com os colegas na prestação de cuidados ao doente oncológico e/ou família com ferida cirúrgica;</p> <p>2.3. Reflexão sobre a prática;</p> <p>3.1. Elaboração de documentos e realização de sessão (ões) formativa(s);</p> <p>3.2. Elaboração do protocolo sobre as intervenções do enfermeiro ao doente oncológico com ferida cirúrgica;</p>	<p>Humanos:</p> <p>- Orientador de estágio, equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar;</p> <p>Materiais:</p> <p>-Normas, procedimentos e protocolos do serviço;</p> <p>-Pesquisa bibliográfica pertinente;</p> <p>Físicos:</p> <p>- Serviço de Neurocirurgia</p> <p>Humanos:</p> <p>- Orientador de estágio, equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar;</p>	<p>Ter consultado os manuais/documentos do serviço (normas e protocolos);</p> <p>Ter realizado reuniões informais com enf.-chefe, enf.-orientador e outros elementos da equipa;</p> <p>Ter elaborado um texto sobre a caracterização da estrutura e dinâmica do serviço;</p> <p>Expõe o projeto de estágio no campo de estágio;</p> <p>Ter elaborado uma reflexão escrita sobre eventos significativos de aprendizagem utilizando o ciclo de Gibbs;</p> <p>Apresentação da sessão formativa na data definida;</p> <p>Participação de 70% da equipa de enfermagem na formação;</p> <p>Aplicação do questionário de avaliação de formação;</p>
--	--	---	--

	<p>3.3. Validação do protocolo com a equipa de enfermagem;</p> <p>3.4. Aprovação do protocolo e implementação do protocolo elaborado;</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Normas, procedimentos e protocolos do serviço; -Pesquisa bibliográfica pertinente; <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Neurocirurgia 	<p>Ganhos de conhecimento pós formação.</p> <p>Elabora protocolo sobre as intervenções do enfermeiro ao doente oncológico com ferida cirúrgica</p> <p>Avalia a satisfação dos clientes face aos cuidados prestados;</p> <p>Elaborar relatório de estágio.</p>
--	---	---	---

APÊNDICE IV: Cronograma de atividades

Atividades a desenvolver no Serviço de Neurocirurgia do Hospital A	2020							2021		
	Nov		Dez					Jan		
	23 a 27	30 a 4	7 a 8	9 a 11	14 a 18	21 a 29	30 a 31	4 a 8	11 a 15	18 a 20
1.1. Consulta das Normas, Protocolos do serviço, documentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família;										
1.2. Observação da dinâmica do serviço e da articulação com a equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar;										
2.1. Reuniões informais com o enfermeiro-chefe, enfermeiro orientador e outros elementos da equipa;										
2.2. Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do serviço, que podem ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem;										
3.1. Prestação de cuidados ao doente oncológico com ferida cirúrgica, utilizando a melhor evidência e as competências desenvolvidas;										
3.2. Colaboração com os colegas na prestação de cuidados ao doente oncológico e/ou família com ferida cirúrgica;										
4.1. Identificação dos procedimentos/ intervenções ao doente com ferida cirúrgica;										
4.2. Utilização de documento para registo das intervenções de enfermagem e resultados;										
4.3. Análise dos documentos de registo realizados;										
3.3./4.4. Reflexão sobre a prática;										
4,5, Elaboração de norma de prevenção de infeção da ferida cirúrgica										
4.6. Elaboração de poster para o congresso internacional de controlo de infeção										

Legenda:

- Atividades planeadas e executadas
- Atividades não planeadas e executadas
- Atividades não executadas
- Incapacidade por Sars-Cov-2



Atividades a desenvolver na Clínica Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas do Hospital B	2021					
	Jan	Fev				
	25 a 29	1 a 5	8 a 12	15 a 17	18 a 19	22 a 26
1.1. Consulta das Normas, Protocolos do serviço, documentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família;						
1.2. Observação da dinâmica do serviço e da articulação com a equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar;						
2.1. Reuniões informais com o enfermeiro-chefe, enfermeiro orientador e outros elementos da equipa;						
2.2. Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do serviço, que podem ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem;						
3.1. Prestação de cuidados ao doente oncológico com ferida cirúrgica, utilizando a melhor evidência e as competências desenvolvidas;						
3.2. Colaboração com os colegas na prestação de cuidados ao doente oncológico e/ou família com ferida cirúrgica;						
4.1. Identificação das intervenções ao doente com ferida cirúrgica;						
4.2. Registo das intervenções de enfermagem e resultados;						
4.3. Análise dos documentos de registo realizados;						
4.4. Elaboração e divulgação do folheto "Intervenções de enfermagem ao doente oncológico para prevenção de infeções da ferida cirúrgica",						
3.3./4.5. Reflexão sobre a prática						
4.6. Elaboração de poster para o serviço de prevenção IFC						

Legenda:

- Atividades planeadas e executadas
- Atividades não planeadas e executadas
- Atividades não executadas



Atividades a desenvolver no Serviço de Internamento de Neurocirurgia do Hospital C	2021						
	Mar				Abril		
	1 a 5	8 a 12	15 a 20	23 a 28	29 a 5	5 a 9	12 a 16
1.1. Reunião com o Enfermeiro-Chefe, de forma a otimizar estratégias para implementação do Projeto;					Férias da Páscoa		
1.2. Apresentação do Projeto, sob a forma de formação formal.							
2.1. Prestação de cuidados ao doente oncológico com ferida cirúrgica, utilizando a melhor evidência e as competências desenvolvidas;							
2.2. Colaboração com os colegas na prestação de cuidados ao doente oncológico e/ou família com ferida cirúrgica;							
2.3. Reflexão sobre a prática;							
3.1. Elaboração de documentos e realização de sessão (ões) formativa(s);							
3.2. Elaboração do protocolo sobre as intervenções do enfermeiro ao doente oncológico com ferida cirúrgica;							
3.3. Validação do protocolo com a equipa de enfermagem;							
3.4. Aprovação do protocolo e implementação do protocolo elaborado;							

Legenda:

- Atividades planeadas e executadas
- Atividades não planeadas e executadas
- Atividades não executadas



APÊNDICE V: Caracterização do Serviço de Neurocirurgia do Hospital A.

Caracterização do serviço Neurocirurgia - Hospital A

Como o próprio nome indica, este é um serviço onde são prestados cuidados globais e individualizados a doentes com patologia do foro neurocirúrgico.

A admissão dos utentes é realizada através do encaminhamento pela consulta externa ou pelo serviço de urgência, e a maioria das admissões são realizadas no turno da manhã.

As intervenções cirúrgicas são eletivas, ou, se necessário, quando o quadro do utente é de carácter urgente, é utilizado no bloco de urgência geral.

As intervenções cirúrgicas são de carácter programado normalmente, os utentes são internados no dia anterior para cirurgia ou no mesmo dia quando são em contexto do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

As principais cirurgias realizadas no serviço de neurocirurgia do Hospital A são: Hérnia discal lombar, hérnia cervical, mielopatia espondilótica cervical, síndrome do túnel cárpico (não carece de internamento), nevralgia do trigémeo, tumores da órbita, tumores crânio-encéfalos, tumores da coluna, Parkinson (implante de neuroestimulador), aneurismas cerebrais e epilepsia.

O principal objetivo do serviço de neurocirurgia prende-se com a prestação de cuidados de saúde humanizados e personalizados ao utente neurocirúrgico e sua respetiva família, permitindo a sua recuperação com o máximo de eficácia e no mais curto espaço de tempo.

Os internamentos geralmente são de pequena duração, salvo algumas exceções, quando existem complicações cirúrgicas ou utentes previamente autónomos que não tenham família e que ficam com sequelas devido a patologia ou cirurgia realizada, necessitando, entretanto, de apoio e encaminhamento social, que é iniciado o mais precocemente possível.

O serviço de neurocirurgia situa-se num edifício de 2 pisos, localizado numa área isolada dos restantes edifícios do hospital. É constituído por duas enfermarias, uma para homens e outra para mulheres.

O primeiro piso é a enfermaria de mulheres composta por 3 quartos com 6 camas cada um, anteriormente funcionavam 8 camas em cada quarto que foram reduzidas devido a situação atual do covid-19. E o segundo piso é a enfermaria masculina composta por 4 quartos de 6 camas cada um. A área onde funcionava o refeitório na enfermaria de homens, está a ser utilizada como quarto de isolamento

para os utentes que tenham tido contacto próximo/alto risco com algum doente/funcionário que teste positivo pra Covid-19. Esta área de refeitório, que está equipada como de um quarto de enfermaria comum, já foi inclusivamente usada para colocar doentes que tiveram de fazer o isolamento profilático recomendado.

O serviço todo abriga 5 casas de banho com duche para os utentes e 2 para os profissionais de saúde; 1 vestiário para os dois pisos; 2 gabinetes médicos para consultas; 2 salas para os médicos; 2 salas de reuniões; 2 salas de tratamento; 2 salas de acolhimento; 2 salas para os resíduos sujos; 2 copas; 2 arrecadações de material médico, uma para material hospitalar e outra para espólio dos utentes e roupa; 2 salas de enfermagem que também servem de sala de pausa para os enfermeiros. O serviço tem um bloco operatório próprio no 2º andar com duas salas e uma sala de recobro.

A equipa de enfermagem é constituída por 43 elementos, dos quais 6 enfermeiros com horário fixo, incluindo a enfermeira chefe e os restantes com horário rotativo. Incluem-se 7 Enfermeiros Especialistas: 5 Especialistas na área de Reabilitação, 1 Especialista na área de Saúde Mental, e por último 1 Enfermeiro Especialista na área médico-cirúrgica, vertente Oncológica. O turno da manhã tem entrada às 8h00 e saída às 16h30. O turno da tarde inicia-se às 16h00, e a saída é às 23h00. E o da noite inicia-se às 22h30, e a saída às 8h30. No turno da manhã estão escalados 12 enfermeiros incluindo a enfermeira chefe, 1 destes enfermeiros do turno da manhã também exerce funções de enfermeiro coordenador, sendo responsável pela gestão do serviço e gestão diária de recursos, sendo que normalmente este cargo é atribuído a um dos enfermeiros especialistas. No turno da tarde estão escalados 7 enfermeiros e na noite estão escalados 5 enfermeiros, distribuídos entre os 2 pisos.

A distribuição da equipa de enfermagem é realizada no dia anterior de acordo com o grau de necessidade de cada utente, através do sistema de classificação dos doentes, que calcula o número de horas de cuidados diários necessários para cada doente. É o enfermeiro chefe que faz a distribuição, socorrendo-se desse sistema, para fazer uma distribuição de doentes equitativa relativamente ao seu grau de dependência.

A equipa multidisciplinar é composta, para além de médicos, por enfermeiros, enfermeiros especialistas e assistentes operacionais, por uma assistente social, 4 assistentes técnicos, psicólogos e neuropsicóloga, 2 dietistas, um fisiatra e 2

fisioterapeutas. Quanto ao psicólogo, neuropsicóloga, fisiatra e fisioterapeuta, os utentes são para eles sinalizados e referenciados, quer pela equipa de enfermagem ou médica através de um pedido de solicitação de consulta.

O serviço tem como diretor clínico o Dr. C.L. Na área clínica fazem parte 4 equipas cirúrgicas de diferentes áreas técnicas, sendo que, os doentes admitidos pelo serviço de urgência, após reunião de equipa ficam a cargo da equipa da patologia correspondente:

- Cirurgia Neurovascular e base do crânio, liderada pelo diretor clínico e constituída por 5 elementos;
- Cirurgia da Coluna chefiada pelo Dr. J. B e constituída por 5 elementos;
- Cirurgia Neurofuncional chefiada pelo Dr. J.M, constituída por 4 elementos;
- Cirurgia de Neurotrauma chefiada pelo Dr. J. C. e constituída por 4 elementos.

Devido à pandemia as visitas estão suspensas, sendo as informações fornecidas a um familiar de referência via telefone, salvo pequenas exceções, quando o utente é crítico e se encontra submetido a medidas de conforto, em que a família é contactada para se despedir do seu ente querido.

O Centro Hospitalar encontrou resposta para dar algum conforto aos doentes e respetivas famílias através de um contacto mais próximo, através de um programa que se intitula “Mais Próximo de Ti”. Este programa que é coordenado por duas enfermeiras externas ao serviço, faz videochamadas entre família/doentes após marcação prévia.

De manhã logo após a passagem de turno os enfermeiros selecionam a medicação para os seus doentes, avaliam sinais vitais, e iniciam os cuidados de higiene e conforto, tanto dos que estão no leito, quanto dos outros e realizam os levantes para o cadeirão/cadeira de rodas. A medicação é administrada no horário prescrito, são avaliadas as feridas cirúrgicas/traumáticas/úlceras por pressão e os pensos são refeitos sempre que necessário, ou de acordo com o preconizado. Os utentes são posicionados duas vezes por turno, ou mais vezes, de acordo com as suas necessidades. Os registos de enfermagem são realizados com recurso ao sistema informático SCLINIC.

O turno da tarde é semelhante ao da manhã, a medicação é selecionada e administrada conforme prescrito, promove-se o conforto e posicionamentos dos utentes, auxilia-se e vigia-se a alimentação/deglutição e realizam-se os respetivos registos de enfermagem.

O pequeno-almoço é servido às 9h; o lanche da manhã às 11h; o almoço entre as 13h e as 13h30; o lanche entre as 16h e as 16:30h; o jantar entre as 19h e as 19h30 e a ceia das 22h30 às 23h. Antes do almoço e do jantar a copeira de cada piso passa pelos quartos e questiona os utentes com capacidade para responder acerca da escolha das refeições para o dia seguinte, se preferem carne ou peixe e escolhem a sobremesa. Achei interessante e de grande importância para os utentes que assim se alimentam com melhor apetite e pude constatar que eles ficam bastante satisfeitos com tal possibilidade.

Este estágio foi de grande importância devido à partilha de experiências com a orientadora responsável e outros colegas, nomeadamente outras realidades e outras práticas numa área no qual exerço funções, que é o serviço de internamento de neurocirurgia. No meu serviço, por exemplo, só recebemos utentes do foro neurocirúrgico, e aqui recebem utentes de outras especialidades, como por exemplo, cirurgia geral, urologia, medicina, cirurgia plástica, cirurgia maxilo-facial, podendo assim ter uma amplitude na forma de prestação de cuidados e aprendizagem. Estes momentos, serviram para que eu, como futuro enfermeiro especialista e mestre adquira conhecimentos e competências, mas também possa contribuir de forma crítica e construtiva para as práticas existentes.

**APÊNDICE VI: Folheto informativo de cuidados pré e pós-operatório
elaborado para o Serviço de Neurocirurgia**

PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA DO DOENTE NEURO-ONCÓLOGICO

Objetivo

Prevenir as infeções da ferida cirúrgica

Destinatário

Enfermeiros do serviço de Neurocirurgia- Hospital A

Palavras-Chave:

ferida cirúrgica; infeção; prevenção da infeção; intervenções de enfermagem

Siglas

DGS - Direção Geral de Saúde

Descrição:

A cirurgia é um método terapêutico que engloba riscos, nomeadamente o risco de infeção da ferida cirúrgica, um dos principais fatores de infeção hospitalar (DGS, 2009).

As infeções da ferida cirúrgica, são umas das complicações pós-cirúrgicas mais relevantes. Cerca de 5% dos pacientes submetidos às cirurgias desenvolvem infeção da ferida cirúrgica (Boga, 2019). São consideradas infeções da ferida cirúrgica todas as infeções que ocorrem nos primeiros 30 dias após a cirurgia (DGS, 2013). As feridas cirúrgicas estão associadas a uma variedade de complicações, como infeção, hemorragia, deiscência e dor. No entanto, as infeções são a complicação mais comum - e também das infeções adquiridas em hospital a mais evitável (Gillespie et al., 2019).

Os cuidados de enfermagem à ferida cirúrgica dependem do conhecimento e compreensão do enfermeiro sobre a fisiologia normal da cicatrização de feridas, o tipo de cirurgia realizada, o método de encerramento e tratamento ideal da ferida resultante. A utilização desses conhecimentos permite aos enfermeiros uma avaliação sistemática e holística do paciente e assim prevenir quaisquer complicações associadas à ferida cirúrgica (Vuolo, 2006).

Fatores relacionados com o paciente que podem aumentar o risco de complicações (Gillespie et al., 2014):

- Tabagismo;
- Diabetes;
- Obesidade;
- Tempo de internamento hospitalar associado.

Fatores de risco associados à própria cirurgia (Gillespie et al., 2014):

- Local e a complexidade do procedimento (por exemplo, tipo de cirurgia, duração do procedimento, uso de implantes),
- Presença de drenos cirúrgicos,
- Classificação das feridas (limpas/contaminadas),
- Ambiente do bloco operatório.

Definições da infecção do local cirúrgico (DGS, 2013)

A infecção do local cirúrgico classifica-se em:

- ◇ Incisional superficial;
- ◇ Incisional profunda;
- ◇ Órgão / Espaço.

- **Incisional superficial**

A infecção incisional superficial ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia, envolve unicamente a pele e o tecido celular subcutâneo da incisão e deve apresentar pelo menos um dos seguintes critérios:

- ◇ Drenagem purulenta da incisão;
- ◇ Microrganismo isolado em cultura positiva de líquido ou tecido da incisão (colheita asséptica);
- ◇ Existência dos sintomas e sinais de infecção (dor, rubor, calor e tumefação)

- **Incisional profunda**

A infecção incisional profunda ocorre no período de 30 dias posteriores à cirurgia no caso de não ser utilizado nenhum implante ou, no prazo de um ano se for utilizado algum tipo de implante, envolve os planos profundos da incisão e apresenta pelo menos um dos seguintes critérios:

- ◇ Drenagem purulenta da incisão;
- ◇ Deiscência espontânea da incisão, abertura deliberada, caso o doente apresente pelo menos um dos seguintes sintomas: febre ($>38^{\circ}$), dor localizada ou à palpação;
- ◇ Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo a profundidade da incisão detetada no exame clínico, em reabertura cirúrgica, por exame histológico ou estudo radiológico.

- **Órgão / Espaço**

A infecção do local cirúrgico Órgão/Espaço ocorre no prazo de 30 dias após a cirurgia no caso de não ser usado um implante ou, no prazo de um ano se foi utilizado um implante, envolve qualquer local que tenha sido manipulado durante a intervenção com exceção da incisão, e apresenta pelo menos um dos seguintes critérios:

- ◇ Drenagem purulenta através do dreno, colocado no Órgão/Espaço;
- ◇ Microrganismo isolado em cultura positiva mediante colheita de líquido ou tecido do Órgão/Espaço (colheita asséptica);
- ◇ Existência de abscesso ou outra evidência envolvendo o Órgão/Espaço identificado pelo exame clínico, em reabertura cirúrgica, por exame histológico ou estudo radiológico.

Classificação da ferida cirúrgica (DGS, 2013)

- As feridas são classificadas de acordo com a probabilidade e grau de contaminação da ferida no momento da intervenção cirúrgica:

- ◇ **Limpa** – Ferida cirúrgica decorrente de cirurgia eletiva, não traumática, não infectada em que não houve transgressão da técnica cirúrgica e em que não se penetrou no trato respiratório, digestivo, génito-urinário nem cavidade orofaríngea.
- ◇ **Limpa-contaminada** – Ferida cirúrgica de intervenções, em que se penetrou no aparelho respiratório, digestivo, génito-urinário, em condições controladas (técnica cirúrgica correta) e sem contaminação.
- ◇ **Contaminada** – Ferida cirúrgica de intervenções com graves transgressões de técnica cirúrgica, as feridas traumáticas ou aquelas em que se penetrou no aparelho respiratório, digestivo ou génito-urinário, na presença de infeção.
- ◇ **Suja ou Infetada** – Feridas traumáticas com tecido desvitalizado, corpos estranhos e contaminação fecal ou aquelas em que o tratamento cirúrgico foi tardio.

Recomendações dos cuidados no pré-operatório (DGS, 2013):

- Identificar e tratar todas as infeções antes de cirurgia eletiva,
- Evitar internamento pré-operatório prolongado,
- Controlar a glicemia, principalmente dos diabéticos,
- Controlar o tabagismo,
- Evitar a tricotomia e, se necessário, efetuá-la com máquina elétrica, o mais próximo possível da intervenção,
- Promover o banho do doente, na véspera da cirurgia, com solução antisséptica e no dia da cirurgia,
- Preparar a área da incisão cirúrgica para que esteja livre de contaminação visível antes da desinfeção,
- Aplicar antisséptico no local cirúrgico e administrar antibiótico profilático apenas quando indicado e selecioná-lo com base na sua eficácia contra os agentes patogénicos mais frequentes para cada local e em conformidade com a política de antibióticos da instituição.

Cuidados com a ferida cirúrgica no pós-operatório (DGS, 2013):

- Proteger a incisão encerrada primariamente com penso estéril e técnica assética, durante as primeiras 48h,
- Lavar as mãos antes e após as mudanças de penso ou de qualquer contacto com o local da incisão,
- Quando for necessário substituir o penso e fazê-lo com técnica assética,
- Fazer ensino ao doente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas de infeção e a necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento quer após a alta).

Referências Bibliográficas

- Boga, S. (2019). Nursing Practices in the Prevention of Post-Operative Wound Infection in Accordance with Evidence-Based Approach. *International Journal of Caring Sciences*, 12 (2), 1229-1236. doi: 10.12968/jowc.2017.26.1.28
- Direção-Geral da Saúde (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/inquerito-de-prevalencia-de-infeccao-2009/protocolo/protocolo-do-inquerito-de-prevalencia-de-infeccao-2009-pdf.asp>
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma de Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido 12/12/2020. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norman0242013-de-23122013-pdf.aspx>.
- Gillespie, B. et al. (2014). Postsurgery wound assessment and management practices: a chart Audit. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3250–3261. doi: 10.1111/jocn.12574
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

APÊNDICE VII: Incidente Crítico – Serviço de Neurocirurgia do Hospital A

Incidente Crítico I – Serviço de Neurocirurgia do Hospital A

Ao integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Neurocirurgia do Hospital A, procurei desenvolver conhecimentos em boas práticas, no intuito de criar e aperfeiçoar competências para prestar cuidados de enfermagem de uma forma ampla e holística.

Por se tratar do primeiro contacto com o campo de estágio, considerei o resultado positivo, desde a boa receção por parte de toda a equipa do Serviço até à orientadora clínica responsável.

Esta perceção aponta para a compreensão de uma aprendizagem significativa, na qual todos os elementos contribuem para a construção de novos conhecimentos desencadeados por experiências das mais antigas às mais recentes. De fato, para que uma aprendizagem ocorra, ela deve ser significativa, o que exige que seja vista como a compreensão de significados, relacionando-se às experiências anteriores e vivências pessoais, consentindo a formulação de problemas de algum modo desafiantes que estimulem o aprender mais, o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos, objetos, acontecimentos, noções e conceitos, desencadeando modificações de comportamentos e contribuindo para a utilização do que é aprendido em diferentes situações (Kátia Smole, 2000).

Quanto mais significativa e clara a aprendizagem se apresentar, maior será a sua funcionalidade, tendo em vista que oferece mais possibilidades de interação com novas situações e novos conteúdos.

Rui Canário no seu manuscrito intitulado “Aprendizagens e quotidianos profissionais” afirma que a formação em contexto de trabalho não é novidade e acrescenta que “a aprendizagem, o trabalho e a construção da identidade profissional podem-se realizar num mesmo espaço, em que, aliás, se sobrepõem e confundem o espaço profissional com o espaço privado familiar” (Canário, 2007 p.4).

Considerando o contexto da aprendizagem significativa, a fim de aliar as diversas experiências da minha formação aos novos conhecimentos adquiridos, propus-me realizar uma reflexão crítica e reflexiva, nomeadamente de um evento significativo durante este período de estágio.

Descrição

As principais expectativas e propósitos para a descrição deste evento significativo eram de desenvolver competências profissionais, pessoais, científicas, culturais e éticas, para a melhoria de cuidados prestados ao doente neuro-oncológico.

Na realidade da Neurocirurgia, é muito comum recebermos utentes transferidos de outros hospitais onde estavam internados para alguma investigação patológica para que sejam operados no Hospital central, pelo vasto número profissionais que lá se encontram, para despistar alguma intercorrência, caso ocorra, quando a cirurgia é demasiado complexa.

Escolhi mencionar essa situação pelos sentimentos que vivenciei quando descobri que este utente era familiar de um grande amigo meu. Conhecia o seu histórico através de relatos pessoais do meu amigo, não o conhecia, mas era como se o conhecesse, e vê-lo ali deitado, depois de ler a sua história na nota de transferência, foi algo que me comoveu.

O utente M. A., com 75 anos, reside com a esposa. Foi Internado no Hospital de sua área de residência a 29 de outubro de 2020 após apresentar quadro de dispneia. Foi diagnosticado com Tromboembolismo pulmonar (TEP), lesão renal aguda e realizou ainda uma Tomografia Computadorizada Crânio-encefálica (TAC-CE) que revelou um tumor frontal esquerdo. Ficou internado para estabilização e investigação. Realizou ainda investigação de doença oncológica: TAC-CE sem alterações de relevo e Ressonância magnética (RM-CE) que revelou uma volumosa lesão frontal esquerda com captação de contraste periférica, sugestiva de glioblastoma. O caso foi discutido em consulta de decisão terapêutica, sendo proposta a cirurgia. O utente foi então transferido para o serviço de Neurocirurgia, no dia 17 de novembro, para cirurgia eletiva no dia 18 de novembro. Tinha como antecedentes Síndrome depressivo, Hipertensão Arterial (HTA), Dislipidémia e hábitos etanólicos no passado. Ainda deambulava quando entrou no serviço. Foi intervencionado para realização de uma craniotomia frontal esquerda com remoção alargada do tumor que se estendia na linha média até ao corpo caloso, na região posterior até ao ventrículo lateral esquerdo e na região posterior até aos gânglios da base, tendo permanecido algum resíduo junto aos gânglios da base. Permaneceu nos Cuidados intensivos por 48 horas e foi transferido para o serviço de internamento.

Relativamente ao utente, ainda não sei quais as sequelas que esta cirurgia tão invasiva lhe possa ter causado, se houve perda das suas capacidades neurológicas

ou até mesmo motoras. Eu tentava interagir com ele de modo que me compreendesse, mas ele apresentava uma afasia mista (afasia de nomeação e afasia de compreensão), portando nunca saberei até que ponto era compreendido.

O doente apresentava uma extensa sutura operatória com pontos e agrafos, com boa evolução cicatricial e sem sinais inflamatórios. Os agrafos foram retirados de forma alternada após 14 dias, pois a sutura como era extensa tinha alguma tensão no local suturado. Foi sempre tratada com técnica asséptica e realizada limpeza apenas com Soro Fisiológico.

Sentimentos

O utente quando está em contexto hospitalar acaba por sentir-se sozinho e abandonado, principalmente neste momento que estamos a atravessar, devido à pandemia do covid-19, em que não são permitidas visitas hospitalares, colocando-nos a todos nós, enfermeiros, numa situação delicada, uma vez que estamos assoberbados com os trabalhos de rotina. Contudo, acresce a responsabilidade empática de tentarmos dar a maior atenção e apoio ao utente, para minimizar o sentimento de solidão, além de comunicar com os familiares que telefonam diariamente.

O contexto da pandemia do covid-19 ensinou-me sobre aprendizagem significativa, contribuiu para o delineamento da minha postura como profissional de uma forma reflexiva, que aproveita as próprias experiências pessoais e profissionais para aperfeiçoar a prática.

Canário (2007) discorre sobre tal característica, quando relata que o profissional *“precisa de investir toda a sua personalidade e tem que fazer apelo a todos os seus recursos cognitivos e afetivos, para poder ter um bom desempenho profissional. Isso obriga-o, permanentemente, a contextualizar e a fazer apelo a saberes anteriores, mas recriando-os”* (p.10).

É certo que existem habilidades e competências que são aprendidas e desenvolvidas em ambiente académico e na prática profissional, mas a minha experiência, ao atravessar esta pandemia, é um exemplo de uma responsabilidade cidadã que somente o meu trabalho me pode dar.

Com este utente, devido ao prolongamento do seu internamento por várias complicações como: pseudomeningocelo, infeção no trato urinário, hiponatremia e agravamento neurológico, senti uma maior dificuldade na comunicação e na forma de

lhe dar conforto ou de o ajudar a sentir-se mais confortável. Sempre tive empatia pelos utentes, lido com pessoas em situações críticas diariamente, mas a proximidade resultante de se tratar de um familiar de um amigo tocou-me de maneira diferente, provavelmente por refletir a possibilidade de um dia eu poder vir a precisar de assistir a um familiar meu.

Após vários dias ausentes do estágio, regresssei e este utente ainda estava ali, já sem pontos, apenas com a cicatriz exposta, com uma ligeira deiscência no terço inferior da sutura, sem exsudado, sem febre e com culturas negativas, ou seja, não era infeção, apenas um local sob forte tensão nos pontos por ter sido uma abertura cirúrgica muito extensa. Mantive os cuidados à cicatriz até o doente ser transferido para o hospital de área de residência.

Esta experiência motivou-me para dar continuidade às minhas pesquisas, continuando a ler vários artigos para uma melhor prestação de cuidados. Isto fez-me ver que, enquanto profissional, devo estar sempre preparado para um agir eficaz no tratamento e prevenção da infeção da ferida cirúrgica do utente neuro-oncológico.

Avaliação

Os colegas enfermeiros que trabalham no serviço de neurocirurgia, sempre estiveram abertos e recetivos enquanto lá estive a estagiar, chamavam-me para observar as feridas cirúrgicas, pediam opinião, sentia-me totalmente integrado, como se fizesse parte daquela equipa. O facto de ter experiência e trabalhar na Neurocirurgia de outro hospital obviamente contribuiu para tal comportamento.

Os enfermeiros do serviço utilizavam um protocolo diferente daquele a que eu estava habituado no meu serviço, abriam os pensos operatórios após 24 horas da cirurgia e não após 48 horas como preconiza a Direção Geral de Saúde, (2013). Enquanto lá estive sugeri que abrissem os pensos operatórios após 48 horas, de forma a diminuir os riscos de infeção, argumentei com o respaldo científico somado à minha experiência na área. Quando realizavam o primeiro levante para os cuidados de higiene na casa de banho, eu impermeabilizava os pensos operatórios, de forma que continuassem secos após o banho, mantendo-os fechados por 48 horas. Eram trocados apenas quando estavam repassados com repasse de sangue vivo, ou seja, se a ferida se apresentasse sangrante.

A troca de experiências com os colegas enfermeiros foi de extrema importância. Como profissional da área da saúde, estou em constante procura de

conhecimento e aprendizagem, de que este relato supracitado é um exemplo, já que partilhar conhecimento enriquece o saber académico e prático. Cada campo de estágio, cada local de trabalho diferente daquele a que se está habituado a trabalhar é sempre um ganho de aprendizagem e conhecimento, desenvolvendo as competências anteriores, num constante aperfeiçoamento.

A enfermagem enquanto ciência, disciplina e profissão tem procurado responder às constantes mudanças e desafios, numa sociedade em que se assiste a uma crescente exigência e complexidade dos cuidados de saúde. Neste sentido, e como resposta às novas exigências, tem-se assistido a uma alteração das competências e funções dos enfermeiros, quer pela influência das mudanças nas necessidades de cuidados, quer pelas alterações nas disposições legais que orientam o exercício profissional, quer pela evolução do ensino da Enfermagem (Sousa, 2016).

O objetivo do estágio vai de encontro às disposições legais que regem a profissão, uma vez que pretende formar enfermeiros com uma visão holística e com capacidade transformadora, capazes de investir na Enfermagem, e é isso mesmo que se pretende com esta reflexão: um olhar transformador sobre a prática e que permite o desenvolvimento pessoal e conseqüentemente o desenvolvimento da profissão, até porque ter aliadas a reflexão e a prática baseada na evidência confere identidade e rigor científico à enfermagem enquanto ciência.

Análise

O enfermeiro tem um papel crucial na recuperação dos utentes. No universo dos profissionais de saúde, é o enfermeiro quem passa mais tempo com o doente, desde os primórdios da era moderna da enfermagem, inaugurada por Florence Nightingale, por isso desempenha um papel tão ativo na prevenção e nos despistes das infeções cirúrgicas.

Tentei avaliar as feridas cirúrgicas de forma constante e incentivava toda equipa de enfermagem a fazer o mesmo enquanto lá estive. Menoita (2015), afirma que é a avaliação da ferida que permite definir um plano terapêutico individualizado, sendo que esta avaliação, feita de uma forma regular e sistematizada, permite acompanhar a evolução da ferida e a adequar um plano terapêutico.

A evolução do exercício profissional dos enfermeiros de uma lógica inicial de cuidados de enfermagem centrada na gestão de sinais e sintomas para uma lógica progressivamente mais conceptual aponta para a necessidade de os enfermeiros

direcionarem as suas práticas em função das necessidades efetivas dos seus clientes (Sousa, 2016), o que remete para a temática por mim escolhida a ser abordada nesta reflexão, a prevenção da infeção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico.

Como afirma (Sousa e Santos 2007), no contexto profissional de um enfermeiro, o utente cirúrgico é na maioria das vezes o centro dos nossos cuidados, pelo que uma das áreas que o enfermeiro é responsável é o utente com ferida cirúrgica, necessitando encontrar estratégias, técnicas e métodos que permitam cuidar do utente de forma eficaz, rápida e menos dolorosa de modo a diminuir as complicações a longo prazo.

Uma das teorias de Enfermagem que pode ser utilizada para nortear esta análise, é o modelo do autocuidado proposto por Dorothea Orem em 1950. Vitor, Lopes e Araújo (2010) detalham que *“em linhas gerais, a teoria dos sistemas de enfermagem engloba a teoria do défice de autocuidado e esta, por sua vez, contém a teoria do autocuidado. Quando uma exigência por cuidado de enfermagem é ativada, um sistema de enfermagem é produzido. Por isso, sistema de enfermagem é o conjunto de ações e interações dos enfermeiros e dos pacientes, classificado em totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio educativo”* (p.612).

Especificamente para este utente, esta teoria consiste num bom pilar de estudo, uma vez que a teoria de enfermagem do défice de autocuidado, que é o núcleo central da teoria geral de Orem, é descrita, primeiro, em termos das suas funções, como uma teoria geral de enfermagem. *“Ela determina quando a enfermagem é necessária: sempre que um adulto ou pai/responsável (no caso de um dependente) é inábil ou se encontra limitado no suprimento de autocuidado eficaz continuado”* (Vitor, Lopes e Araújo, 2010, p.613), situação que podemos incluir este doente.

A cirurgia é um método terapêutico que engloba riscos e com o passar dos anos evoluiu muito. A Direção Geral de saúde (DGS) faz constantes atualizações no que diz respeito a boas práticas, pois os níveis de infeções das feridas cirúrgicas ainda são elevados. Há ainda uma necessidade de maior vigilância epidemiológica nas cirurgias mais frequentes e, mais importante ainda, partilhar esses dados com os profissionais de saúde envolvidos nos processos de prevenção de infeção das feridas cirúrgica. A normativa técnica da DGS aponta uma ferramenta importante da

vigilância epidemiológica: Divulgar os resultados a todos os profissionais que integram as equipas cirúrgicas.

Sem dúvida, a divulgação dos resultados da vigilância epidemiológica, ajudaria a contemplar outro ponto sensível da vigilância, que é garantir comunicação/articulação entre os diferentes serviços de saúde (Agrupamentos de Centros de Saúde, Hospital, Unidade de Cuidados Continuados Integrados) e as Comissões de Controlo de Infecção Unidades de Saúde Familiar, propiciando uma maior qualidade e eficácia na identificação das principais causas de infeção e, conseqüentemente, promover a prevenção de maneira mais incisiva.

A DGS (2009) afirma que a ferida cirúrgica é um dos principais fatores de infeção hospitalar, concludentemente estendendo o internamento, neste sentido torna-se importante gerir estratégias sobre as práticas de enfermagem que possam prevenir estas infeções. É certo que as boas práticas devem permear o pré, o intra e o pós-operatório. A evidência acerca de cuidados antissépticos, profilaxia antimicrobiana, os cuidados com a esterilização dos instrumentos e roupas cirúrgicas, e a vigilância no pós-operatório acompanhada de um poderoso aporte de ensino ao utente e a família.

Contudo, destaca-se a importância de um conjunto de ferramentas conceptuais, como um marco referencial que contempla uma compilação de esforços para diminuir a infeção hospitalar, incluindo as infeções da ferida cirúrgica, destaque, portanto, a segurança do utente como um resumo das boas práticas no combate a infeções.

Para ilustrar a relevância deste dado, no que se refere à assistência do utente no período perioperatório, a OMS refere que alguns dados apontam que cerca de 234 milhões de intervenções cirúrgicas são realizadas por ano, no mundo, equivalente a uma cirurgia para cada 25 pessoas. Especificam, ainda, que aproximadamente sete milhões de utentes sofrem com alguma complicação pós-operatória, aumentando as taxas de mortalidade em torno de 0,4 a 10%. A Aliança Mundial para a Segurança do Utente procura alterações a esse cenário, instituindo no período de 2007-2008, o programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Dentre os objetivos desse programa, destaca-se a prevenção de IFC (OMS, 2015).

Gebrim et al. (2016), no seu estudo, mencionam os *“diferentes papéis exercidos pelo enfermeiro no perioperatório que inclui a análise dos indicadores de qualidade de atendimento, subsídio para melhorias no funcionamento dos serviços.*

Os indicadores podem sinalizar lacunas no processo, necessidade de reavaliações, modificações e/ou melhoramentos. Assim, no exercício de sua função, o gestor pode intervir com ações efetivas em todas as etapas que envolvem a cirurgia e, por consequência, a avaliação dos indicadores relacionados às infeções” (p.277).

Podemos destacar, mais uma vez, a importância da vigilância epidemiológica neste cenário, o registo das atividades de cada membro da equipa cirúrgica resultando em indicadores que possibilitam aos enfermeiros, monitorizar e avaliar os eventos adversos (EA) que acometem os utentes, os trabalhadores e as organizações. Logo, apontam, como consequência, a eficácia dos processos e dos resultados organizacionais, em atendimento às necessidades e expectativas dos utentes (Tronchin, Melleiro e Takahashi, 2010).

A literatura também é taxativa acerca da importância da classificação cirúrgica para a escolha dos melhores de tipos de pensos que tenham o melhor resultado na prevenção de infeções da ferida cirúrgica. Merece destaque também os benefícios trazidos pelo avanço tecnológico dos tipos de cobertura da ferida operatória.

Apesar de razoável número de publicações apontando para as boas práticas para a prevenção de infeção da ferida cirúrgica, o que se observou é que muito ainda precisa ser investigado e publicado para conclusões mais contundentes. Dependendo de cada tipo de especialidade cirúrgica, o que temos hoje em protocolos, e como recomendações para a segurança do utente, é o suficiente para continuarmos na pesquisa, a fim de conseguir sempre os melhores resultados científicos aplicados em busca de um cuidado mais holístico para os utentes.

Conclusão

Os utentes diagnosticados com Glioblastoma sofrem um grande impacto emocional, tanto a nível do utente como a nível familiar. As incertezas e medos são grandes para ambas as partes. Os tratamentos desses tumores por vezes necessitam de uma abordagem muito invasiva deixando sequelas por vezes irreversíveis, tanto físicas como psicológicas.

Faço uma avaliação positiva desta situação que descrevi e que também contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências de enfermeiro especialista e mestre: agi sempre de forma atempada, com responsabilidade e ética, profissional e legal, para uma melhor prestação de cuidados e desenvolvimento de

aprendizagens, na prestação de cuidados ao doente neuro-oncológico com ferida cirúrgica.

Na nossa prática profissional, promover o conforto, a qualidade de vida e o bem-estar dos utentes são princípios básicos para uma melhor promoção de cuidados. Como futuro enfermeiro especialista, irei procurar sempre identificar e avaliar as intervenções por mim realizadas, com objetivo de diminuir as infeções da ferida cirúrgica.

Plano de Ação

Na análise definida neste evento crítico, apresentamos a teoria dos sistemas de Dorothea Orem, como um marco norteador dos cuidados de enfermagem. Desta forma, o plano de ação deve contemplar as funções do enfermeiro para utentes com défice do seu autocuidado.

São oito as funções da teoria de enfermagem do défice de autocuidado, segundo Vítor, Lopes e Araújo (2010, p.613):

- *“Definir que termos referentes ao ser humano são mais adequados à enfermagem;*
- *Destacar o enfoque de enfermagem mais adequado;*
- *Estabelecer uma linguagem própria;*
- *Definir limites para orientar o pensamento, a prática, a investigação e a educação;*
- *Reduzir a carga cognitiva, proporcionando subsídios à razão para receber informações*
- *Permitir às pessoas categorizar conceitos de forma a relacionar insights sobre características de situações concretas de enfermagem;*
- *Permitir inferências sobre as articulações da enfermagem com outros domínios da atividade humana; gerar nos estudantes e nos enfermeiros um estilo de pensamento e com unificação padronizados;*
- *Inserir os enfermeiros no âmbito académico”.*

Com base nas funções elencadas pelos autores, a procura de compensar o défice do autocuidado foi o foco das minhas intervenções. Ambientar as funções da teoria de enfermagem em questão foi o maior desafio, considerando a complexidade do défice de autocuidado demonstrado pelo utente, e as grandes interrogações sobre sua evolução, dada a gravidade da sua patologia e o tipo de cirurgia realizada.

Para tanto, mesmo com as limitações de comunicação, prestei cuidados ao

utente da mesma forma, explicando cada procedimento, buscando sinais das suas respostas com gestos, incentivando-o a piscar os olhos, caso me conseguisse ouvir, descrevendo os cuidados com a ferida operatória que eu e os demais colegas da equipe realizávamos e explicando a razão de cada cuidado.

Em todas as ocasiões em que o encontrava, falava-lhe sobre o seu filho, sobre a nossa amizade, relatava-lhe como o mantinha informado da sua condição por contato telefónico, com o objetivo de demonstrar minha empatia a fim de que ele não se sentisse tão solitário no leito.

Um elemento importante nas intervenções era as visitas ao utente, sem necessariamente executar algum procedimento, eram visitas com o intuito de conversar com ele sobre outros assuntos que não fossem a sua condição de saúde, transmitindo-lhe recados do seu filho, procurando que sentisse um maior conforto no leito, entendendo que a condição do utente englobava cuidados que iam além do que estava registado no seu processo clínico.

Eu agi de forma segura, incentivando o utente a se comunicar, prestando cuidados de enfermagem de uma forma holística. Em uma outra situação semelhante, agirei da mesma forma, sinto que o utente se sentiu acolhido e bem cuidado e que não estava sozinho apesar de não haver visitas.

Referências Bibliográficas

Canário, R. (2007). Aprendizagens e quotidianos profissionais. A. Rodrigues, et al., Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. 4(3):443-8.

Direção-Geral da Saúde (2009). Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/inquerito-de-prevalencia-de-infeccao2009/protocolo/protocolo-do-inquerito-deprevalencia-deinfeccao-2009-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2013). Norma de Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido 12/12/2020. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norman0242013-de-23122013-pdf.aspx>

- Gebirim, C. F. L., dos Santos, J. C. C., Barreto, R. A. S. S., Barbosa, M. A., & do Prado, M. A. (2016). Indicadores de processo para prevenção da infecção do sítio cirúrgico sob a ótica da segurança do paciente. *Enfermería Global*, 15(4), 264-287.
- Menoita, E., Fonseca, C., Ramos, A., & Gaspar, L. (2015). Prática de Enfermagem Baseada na Evidência: O Caso das Feridas. In: *Gestão de Feridas Complexas*. Lisboa: Lusoditacta (217-300).
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)*. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Smole, K. C. S. (2000). Aprendizagem significativa: o lugar do conhecimento e da inteligência. *Revista Aprendiz/Aprender online*. Consultado em 12/12/21. Disponível em: <https://www.construirnoticias.com.br/aprendizagem-significativa-o-lugar-do-conhecimento-e-da-inteligencia/>
- Sousa, P. M. L., e Santos, I. M. S. C. (2007). Cuidando da pessoa com ferida cirúrgica: estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(4), 25-43. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=14&id_revista=4&id_edicao=4
- Sousa, P. (2016). Do conceito de Enfermagem de Prática Avançada à Enfermagem Avançada. In Silva, R.; Bittencourt, I.; Paixão, G. *Enfermagem Avançada: um guia para a prática*. Salvador: Editora Sanar.
- Tronchin, D. M. R., Melleiro, M. M., & Takahashi, R. T. (2010). A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 75-88.
- Vitor, A. F., Lopes, M. V. D. O., & Araujo, T. L. D. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 14, 611-616. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300025>

APÊNDICE VIII: Poster criado para o Congresso Internacional de Controlo de Infeção (CICI 2021)

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL NEUROCIRURGICO

As infecções do local cirúrgico representam, em todo o mundo, a complicação mais comum que coloca em causa a segurança do doente ². Apesar de a incidência das ILC, em contexto de neurocirurgia, aparentemente ser mais baixa quando em comparação com outros tipos de cirurgias, as suas consequências podem ser catastróficas.

Autores: Andreia Silvério e Maiko Barboza

Pré-Operatório ³

- ✓ Identificar e tratar infeções existentes antes de cirurgia efetiva
- ✓ Evitar a tricotomia e, se necessário, efetuá-la com máquina elétrica, o mais próximo possível da intervenção
- ✓ Evitar internamento pré-operatório prolongado
- ✓ Identificar situações de risco acrescido para o surgimento de uma ILC e/ou profilaxia antibiótica
- ✓ Controlar a glicemia, principalmente dos diabéticos
- ✓ Promover o banho do doente, na véspera da cirurgia, com solução antisséptica e no dia da cirurgia

Intra-Operatório ³

- ✓ Garantir adequada ventilação do Bloco Operatório,
- ✓ Garantir a desinfecção das superfícies e esterilização de instrumentos cirúrgicos,
- ✓ Garantir utilização adequada de vestuário e campos cirúrgicos,
- ✓ Manter Normotermia peri e pós operatória (temperatura central 35,5°C)

Pós-Operatório ³

- ✓ Proteger a incisão encerrada primariamente com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48h
- ✓ Lavar as mãos antes e após as mudanças de penso ou de qualquer contacto com o local da incisão
- ✓ Otimização do suporte nutricional e Uso de protocolos de monitorização de glicose
- ✓ Fazer ensino ao doente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas/sinais de infeção e a necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento quer após a alta).

1. Associação Portuguesa de Neurocirurgia (APN) - Associação Portuguesa de Neurocirurgia, 2015. 2. World Health Organization (WHO) - World Health Organization, 2016. 3. Associação Portuguesa de Neurocirurgia (APN) - Associação Portuguesa de Neurocirurgia, 2015. 4. Associação Portuguesa de Neurocirurgia (APN) - Associação Portuguesa de Neurocirurgia, 2015. 5. Associação Portuguesa de Neurocirurgia (APN) - Associação Portuguesa de Neurocirurgia, 2015. 6. Associação Portuguesa de Neurocirurgia (APN) - Associação Portuguesa de Neurocirurgia, 2015. 7. Associação Portuguesa de Neurocirurgia (APN) - Associação Portuguesa de Neurocirurgia, 2015.

Prevenção da Infeção

SINAIS CLÍNICOS DE INFEÇÃO ⁶

Compartmento superficial:

- ✓ Não cicatrização da ferida,
- ✓ Exsudado,
- ✓ Detritos amarelos ou tecido necrótico,
- ✓ Cheiro/ odor desagradável.

Compartmento profundo:

- ✓ Aumento do tamanho da ferida,
- ✓ Aumento da temperatura no leito da ferida,
- ✓ Extensão da ferida até à proeminência óssea,
- ✓ Exsudado,
- ✓ Edema/ Eritema.



Avaliação

Fatores de risco ⁴:

- ✓ Tabagismo
- ✓ Diabetes
- ✓ Local e complexidade do procedimento
- ✓ Presença de dreno cirúrgicos
- ✓ Ambiente do bloco operatório
- ✓ Terapeutica imunossupressora
- ✓ Intervenções cirúrgicas recentes
- ✓ Desnutrição ou obesidade
- ✓ Terapias neoadjuvantes
- ✓ Terapeutica com corticoides



Classificação ³

- ✓ Limpa
- ✓ Limpa-contaminada
- ✓ Contaminada
- ✓ Suja ou Infetada



Tipo ³

A infeção do local cirúrgico classifica-se em:

- ✓ Incisional superficial;
- ✓ Incisional profunda;
- ✓ Órgão / Espaço.



Prevenção

A vigilância da ferida cirúrgica é um componente-chave da prevenção e controle de infeção, pois a vigilância sustentada demonstrou reduzir as taxas de infeção. O risco da Infeção da Ferida Cirúrgica deve ser monitorizado, orientar a identificação de ações de melhoria e avaliar a eficácia dessas intervenções. Estima-se que as ILC estejam associadas a um maior de internamento, com uma morbilidade significativa, com possível readmissão e reintervenção cirúrgica e ao aumento do risco de internamento, agravando o risco de sépsis, o que pode provocar uma diminuição na capacidade funcional e uma subida na taxa de mortalidade ^{2, 3, 6, 7}.

APÊNDICE IX: Certificados de participação e apresentação CICI 2021



Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Maiko Barreto Barboza

Participou no **Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2021**

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 25 e 26 de março de 2021,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 29 de março de 2021

Handwritten signature of Margarida Ferreira in blue ink.

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

Handwritten signature of Josué Morais in blue ink.

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



Congresso Internacional de Controlo de Infeção

25 e 26 de março

2021

ORGANIZAÇÃO
ixus
formação e consultadoria, lda.

Certificado

Certifica-se que **Andreia Silvério e Maiko Barboza**, apresentaram a **Comunicação Livre em forma de Poster, PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL NEUROCIRÚRGICO**, no Congresso Internacional de Controlo de Infeção, CICI2021, que se realizou On-Line, nos dias 25 e 26 de março de 2021.

Porto, 29 de março de 2021



A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira



O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



APÊNDICE X: Caracterização do CMETF do Hospital B

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO - CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE ESTUDO E TRATAMENTO DE FERIDAS (CMETF)

A CMETF está situada no gabinete 10, no segundo piso de um edifício do Hospital B.

O horário de funcionamento das consultas é entre as 8:30h e as 15:30h, todos os dias úteis. Abrange todos os utentes inscritos no Hospital B em regime de internamento ou ambulatório com necessidade de intervenções especializadas na fase de diagnóstico e/ou tratamento, nomeadamente:

- ◆ Com feridas complexas - com sinais e sintomas associados à ferida não controlados;
- ◆ Evolução cicatricial negativa;
- ◆ Com necessidade de recursos a técnicas, e materiais específicos ou de elevado custo financeiro;
- ◆ Que estejam incluídos em estudos de investigação ou de apreciação de outras técnicas ou materiais.

“Define-se por ferida complexa toda ferida que está estagnada em qualquer uma das fases do processo de cicatrização por um período de seis semanas ou mais” (Gouveia 2003, p.17).

A CMETF dispõe de dois gabinetes um para consulta externa dos utentes e outro para consultadoria de profissionais e também funciona como sala de reuniões. Além deste gabinete de consultas a equipa da CMETF, circula por todo o hospital avaliando, dando assistência e indicando o melhor tratamento para os utentes com feridas complexas quando são solicitados, em regime de consultadoria, por exemplo, quando precisam acelerar a cicatrização quando a radioterapia e a quimioterapia estão próximas, atraso na cicatrização, feridas de grandes dimensões ou sinais e sintomas não controlados, com riscos associados, etiologias não esclarecidas ou pouco frequentes

A referenciação para consulta poderá ser feita por médicos ou enfermeiros, pessoalmente ou através do telefone. Para conseguir dar assistência a todas solicitações recebidas, utiliza-se com regularidade o envio de imagens por *WhatsApp* ou emails entre os profissionais do Hospital B e profissionais dos centros de saúde (quando os utentes já são seguidos no Hospital B), assegurando-se a proteção de

dados com consentimento informado. Ou ainda após a consulta presencial, sendo os doentes seguidos à distância e comparecendo mensalmente ou quinzenalmente de acordo com a necessidade de cada um.

Após a referenciação à CMETF cada situação é previamente avaliada através de uma triagem executada pelos elementos da consulta. A marcação e o atendimento são concretizados de acordo com o grau de urgência de cada utente. O tempo de resposta geralmente é no máximo de 48 horas para marcação da primeira consulta.

A CMETF tem como missão (CMETF, 2020):

Proporcionar cuidados ativos e coordenados a doentes com feridas, recorrendo a metodologias de intervenção integradas, através da aplicação de conhecimentos especializados e prestação de cuidado de excelência, numa associada e beneficiada relação custo/qualidade.

A CMETF tem como objetivos (CMETF, 2020):

- ◆ Prestar cuidados diferenciados e de qualidade no tratamento de feridas a doentes oncológicos;
- ◆ Articular os cuidados prestados ao doente com os demais serviços e recursos existentes na comunidade;
- ◆ Disponibilizar consultadoria e/ou orientação do plano de cuidados;
- ◆ Aumentar a eficiência dos recursos humanos e materiais na área de prevenção e tratamento de feridas através de uma gestão mais centralizada e racional;
- ◆ Assegurar o desenvolvimento de competências de intervenções dos profissionais de saúde;
- ◆ Promover e participar em estudos de investigação na sua área de interesse;
- ◆ Participar em projetos institucionais de acordo com a sua área de atuação.

A criação desta consulta resulta de um trabalho anterior, impulsionado e liderado pela enfermagem, que de uma forma bem consistente, desde 2005, investe na área de prevenção e tratamento de feridas, decidindo apostar na formação interna, e organização de elos de ligação aos serviços para que disseminem os conhecimentos adquiridos.

O conseqüente melhor domínio e eficiência da prática clínica, refletiram-se em melhores resultados, o que levou à solicitação de apoio para resolução de mais

situações. Foi a génese da consultoria em feridas, cuja procura foi progressivamente aumentando.

Esta equipa na altura contava unicamente com enfermeiros, passou a envolver outras disciplinas, e encontrando os profissionais motivados para a área em 2008. Assim o Conselho de Administração, nomeou a Equipa Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas (EMETF) e em 2014 a decorrente Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas (CMETF). Atualmente é constituída por três enfermeiras especialistas, sendo uma delas coordenadora, uma cirurgiã otorrino, uma dermatologista, uma médica da cirurgia geral, uma farmacêutica e uma nutricionista.

A multidisciplinaridade dá mais consistência e maior abrangência à missão deste grupo. A formação, a consultadoria e a prática clínica são fundamentais para a visibilidade da dimensão no trabalho desta equipa na instituição.

A atividade assistencial e a formação têm dominado a atividade dos elementos desta consulta, no entanto, entre outras, relevam-se:

- ◆ Atualização das normas orientadoras para a prevenção e tratamento de úlceras por pressão;
- ◆ Levantamento sobre a cicatrização de feridas dadoras de pele;
- ◆ Participação regular em comissões de escolha de material e dispositivos médicos;
- ◆ Participação regular em eventos científicos nesta área;
- ◆ Estudos de apreciação de outras técnicas ou materiais;
- ◆ Estudos de investigação (como responsáveis ou colaboradores);
- ◆ Acompanhamento dos profissionais que os procuram nos diversos estágios.

A equipa de enfermagem tem um papel crucial no funcionamento da CMETF. Está em constante atualização científica para dar a melhor resposta na prestação de cuidados no dia-a-dia. Dessa atualização emerge o conhecimento de novos produtos, no mercado, em relação à abordagem da ferida complexa. Face a este fato são por vezes solicitadas amostras à indústria no sentido de utilização das mesmas e perceção da sua eficácia. Da análise do custo versus benefício resultam muitas vezes propostas de aquisição de materiais que são apresentados e discutidas com a comissão de farmácia. Esta possibilidade, na avaliação fundamentada dos resultados, tem permitido a introdução de materiais mais diferenciados e efetivos na

cicatrização e conseqüentemente no incremento da qualidade de vida da Pessoa com ferida.

Reitero que o papel das enfermeiras nesta consulta sobressai na génese da mesma, na liderança, nas escolhas de materiais, mas sobretudo na abordagem que fazem do doente com ferida e/ou pessoa de referência. Significa isto que estas assumem o papel de gestoras de cuidados, também designado na literatura como “*wound navigator*”. A restante equipa multidisciplinar incrementa e complementa as suas ações, mas está na enfermagem o poder de decisão e a gestão do processo do doente.

Referências Bibliográficas

EMETF (2020). *Manual de integração à consulta multidisciplinar de estudo e tratamento de feridas*. IPO de Lisboa FG EPE. Lisboa.

Gouveia, J. (2003). *Preparação do leito da ferida: Porquê. Para quê*. 17. São Paulo: Gaif.

APÊNDICE XI: Estudo de Caso do CMETF

1. Introdução

O doente oncológico está suscetível a crises de caráter psicológico, biológico, social ou espiritual que podem ser desencadeadas pelo diagnóstico, prognóstico e efeitos colaterais do tratamento, exigindo do enfermeiro um papel fundamental no cuidado.

A assistência de enfermagem ao doente oncológico é abrangente, estende-se a diferentes aspetos e demanda dos profissionais e a atuação não só ao cuidado direto com o paciente, se estende na relação com a família e/ou cuidadores. Em ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem é a responsável pelo cuidado direto aumentando a complexidade das intervenções, por se tornarem mais frequentes, as situações clínicas se intensificam, e por muitas vezes, a dependência do paciente se acentua, exigindo do enfermeiro maior atenção.

O enfermeiro é direcionado a envolver-se plenamente com o cuidado, considerando não só as necessidades psicobiológicas, mas também as necessidades psicossociais e psico-espirituais. As necessidades psicobiológicas referem-se a oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, cuidado corporal, motilidade, locomoção, integridade física, integridade cutâneo-mucosa, abrigo, sexualidade, regulação (térmica, hormonal, neurológica, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular), percepção (visual, olfativa, gustativa, auditiva, tátil e dolorosa), ambiente e terapêutica (Ribeiro, Cardoso, Pereira, Silva, Bulboiz e Castro, 2016).

As necessidades psicossociais incluem segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem (educação à saúde), gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem e atenção. As necessidades psico-espirituais são de ordem religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida (Horta, 1979).

Racionalmente, as características do cancro e seu prognóstico orientam a atuação clínica e, por consequência, a atuação da enfermagem. As necessidades mudam, de acordo com a patologia e o estágio da neoplasia, bem como o contexto social, familiar e psicológico do doente oncológico.

O caso aqui apresentado trata-se de uma utente com o diagnóstico de Sarcoma dérmico pleomórfico. São denominados sarcomas os tumores malignos de partes moles, que constituem um grupo altamente heterogêneo de neoplasias

classificadas histologicamente de acordo com o tecido maduro com que se assemelham. Entre as várias categorias histológicas, os tumores de partes moles são usualmente divididos em benignos e malignos (Enzinger e Weiss, 2001).

O sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grau é também conhecido como histiocitoma fibroso maligno (HFM), um dos sarcomas de partes moles mais comuns e surge no fim da idade adulta, representa 20%-30% de todos os sarcomas de partes moles (Park, Kim, Lee & Ko, 2009).

A maior incidência ocorre nas regiões da cabeça e pescoço, e são sarcomas raros. Logo este caso é ainda mais raro porque se trata de um sarcoma pleomórfico dermatológico da perna.

A história descrita a seguir, evidencia a necessidade de aproximar as teorias da Enfermagem com a prática assistencial. Para o caso em questão, ressaltou-se a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, a qual engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. “O autocuidado, é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar” (Orem, 2001, p.51).

São três os requisitos de autocuidado ou exigências, apresentados por Orem: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os universais estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano, como por exemplo, as atividades do cotidiano. Os requisitos de desenvolvimento são as expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum evento; por exemplo, a adaptação a um novo trabalho ou adaptação a mudanças físicas. O de desvio de saúde é exigido em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou pode ser consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição.

Para aplicar a Teoria do Autocuidado no estudo de caso a seguir, a utente foi contextualizada no déficit de autocuidado. Nessa situação, constitui a essência da teoria de Orem, quando a enfermagem passa a ser uma exigência a partir das necessidades de um adulto, e quando o mesmo se sente incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz (Vitor, Lopez e Araújo, 2010, p.612).

2. Descrição do Caso

A realização deste estudo de caso refere-se à Sra. G. A., género feminino, natural de Castelo Branco e residente em Lisboa. Reformada, era costureira. Nascida a 17 de outubro de 1950, atualmente com 70 anos.

A Sra. G. A. é casada há 47 anos e vive com o marido o Sr. J. A. português, com 72 anos. Também reformado, trabalhava no aeroporto. Tem dois filhos um com 46 anos, que geralmente a acompanha às consultas e em tudo o que necessita e o outro com 43 anos, trabalha no hospital dos Lusíadas e tem menos disponibilidade. Tem 3 netos. Refere ser muito próxima aos filhos e netos.

A doente reside no 5º piso. O prédio, tem elevador até ao 4º piso e o último lanço de escadas não tem elevador. A doente manifestou que tem muita dificuldade na mobilidade devido à situação atual da doença, e também devido à sua obesidade. O seu potencial cuidador é o cônjuge que, antes do seu internamento era quem a ajudava na higiene pessoal e nas atividades domésticas.

É católica praticante, gosta de ir à missa todos os domingos, mas de vez em quando vai durante a semana “acender uma velinha” (sic). Também gosta de passear no campo, ver o mar, ler.

Tem como antecedentes pessoais: Obesidade, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), cardiopatia isquémica, Hipertensão arterial (HTA), Dislipidémia, Hiperuricemia, provável esteatose hepática não alcoólica (ecografia abdominal com esteatose hepática), Insuficiência cardíaca diastólica+ cardiopatia hipertensiva, síndrome depressivo, ferida maligna no membro inferior esquerdo (MIE) e uma úlcera de pressão (inclassificável/não graduável com perda total da espessura da pele ou dos tecidos – profundidade indeterminada).

A história da doença oncológica da Sra. G. A. iniciou-se há 4 anos. Referiu que foi picada por mosquitos e ficou com nódulos na perna. Depois de algum tempo foi ao dermatologista, realizou uma biopsia com resultado negativo. E continuou com os pequenos nódulos cutâneos e subcutâneos, com aumento de volume no 1/3 inferior da perna (sic). Foi novamente ao dermatologista, realizou outra biopsia dia 19/06/20 e outros exames complementares de diagnósticos que revelaram um Sarcoma dérmico pleomórfico da perna esquerda.

Exames realizados:

- Tomografia Axial Computadorizada (TAC) TORÁCICA: Árvore traqueobrônquica com normal morfologia até à sua divisão segmentar. Múltiplas micronodularidades dispersas em ambos os pulmões, que se mantêm sensivelmente estáveis, e um nódulo localizado no segmento externo do lobo inferior esquerdo, com 4 mm, também estável. Sem nodularidades de novo ou consolidações. Sem derrame ou espessamentos pleurais. Não se identificam adenomegalias em topografia supraclavicular, axilar, mediastínica, hilar pulmonar, cardiofrénica ou retrocruval. Coração normodimensionado, sem derrame pericárdico. Grandes vasos mediastínicos de calibre habitual. No andar abdominal superior intercetado por este estudo não dirigido, não se encontram alterações valorizáveis. Quisto simples parcialmente intercetado no rim esquerdo com 17mm. Fígado globoso, à custa do lobo esquerdo. Alterações osteodegenerativas na coluna vertebral. Sem lesões ósseas suspeitas. Conclusão: Estabilidade do nódulo e múltiplas micronodularidades pulmonares. Cintigrafia cardíaca: Isquemia a nível antero-apical e septo-basal. Função ventricular esquerda mantida.

Foi intervencionada a primeira vez a 16 de Novembro e realizou: Incisão longitudinal na região inguinal esquerda; Linfadenectomia inguinal; Identificação e isolamento de vasos colaterais arteriais e venosos (ramos profundos arteriais e venosos); Clampagem seletiva com torniquetes dos ramos profundos e das artérias e veias femorais comuns (proximalmente) e superficiais (distalmente); Canulação da artéria (cânula 10) e veia (cânula 12) femorais superficiais; Colocação de banda de Esmarch; Colocação de termómetros cutâneos: proximal, distal e intramuscular gemelar; Controlo de fugas; Hipertermia 39,5/40,5°C; Administração de melfalan; Perfusão de citostático durante 60 minutos; Lavagem do membro; Remoção dos termómetros e encerramento da pele com nylon 3/0; Remoção das cânulas e rafia arterial e venosa; Rotação/transposição do músculo costureiro; Dreno aspirativo; Encerramento da pele com nylon.

Ficou hospitalizada por 10 dias. Foram realizados ensinamentos sobre sinais de alerta; febre, dor, persistentes, saída accidental do dreno, aumento do volume da perna, saída de sangue em quantidade significativa pelo dreno ou penso. Feito ensinamento sobre importância da mobilidade e controlo algico.

Teve alta a 25/11, vinha ao Hospital B duas vezes por semana realizar os pensos (enquanto tinha os drenos) e posteriormente teve apoio domiciliar para realização de pensos.

Em seguida, começou a verificar-se uma pequena deiscência na sutura e no dia 26 de dezembro, a sutura apresentou uma deiscência com hemorragia ativa pelo que foi levada ao serviço de urgência do Hospital C e posteriormente transferida para o Hospital B.

Foi novamente intervencionada no dia 30 de Dezembro para exploração e desbridamento cirúrgico da loca cirúrgica na região inguinal esquerda. Constatou-se hemorragia ativa tamponada com extenso coágulo da artéria femoral comum. Controlo vascular proximal ao nível da artéria ilíaca externa e distal na femoral superficial. Interposição de prótese vascular 5mm com anastomose T-T iliaca ext-femoral superficial com prolene 5-0. Laqueação da região interposta de artéria femoral com seda 0. Avivamento dos bordos. Colocação de dreno por contra incisão; Revisão da hemóstase. Aplicação de hemostático local; Encerramento por planos.

Foi mais uma vez intervencionada a 18 de janeiro para remoção de prótese vascular iliofemoral esquerda com laqueação distal e proximal; Desbridamento cirúrgico do local da região inguinal esquerda; Retalho antero-lateral da coxa esquerda; Colocação de 2 drenos aspirativos; Revisão de hemóstase; Fixação de retalhos.

Foi solicitado apoio da equipa multidisciplinar de feridas complexas para iniciar um tratamento com terapia de pressão negativa (TPN), com o intuito de conseguirem encerrar a ferida com deiscência da perna da utente (ver figura 1 e 2).



Figura 1. (Membro inferior esquerdo antes da TPN) consentimento informado no **apêndice XII**.



Figura 2. (Membro inferior esquerdo durante TPN)

3. Planos de cuidado

Para a elaboração do plano de cuidados para a utente, foram consideradas as principais necessidades afetadas durante o internamento e a preparação para a alta para o cuidado no domicílio, destacando os Diagnósticos de Enfermagem mais relevantes.

Considera-se o diagnóstico de enfermagem um processo de interpretação e agrupamento dos dados recolhidos que orientam o enfermeiro na tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos que representam as respostas da pessoa, família ou constitui a base para a seleção das ações ou intervenções para alcançar os resultados esperados (Herdman & Kamitsuru, 2015).

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Dor por deiscência na ferida cirúrgica do membro inferior esquerdo.	Que a doente apresente ausência de dor a longo prazo.	<p>Promover uma relação terapêutica com base na empatia, mostrando que o centro dos cuidados é ela como ser humano e não a sua dor;</p> <p>Escutar a doente (para lhe permitir exprimir a dor e sentimentos associados);</p> <p>Incentivar a doente a executar atividades de distração (música, cartas, leitura, televisão.);</p> <p>Monitorizar sinais vitais;</p> <p>Avaliar a dor (através da escala de avaliação da dor – VAS);</p> <p>Colaborar na gestão da terapêutica;</p> <p>Avaliar o controlo da Dor;</p> <p>Realizar ensinios sobre gestão da Dor;</p> <p>Identificar a atitude face à dor;</p> <p>Posicionar a doente numa posição corporal com conforto (se possível antiálgica);</p> <p>Avaliar ansiedade (que pode acompanhar a dor) – termómetro emocional anexo;</p> <p>Assistir a doente nas atividades diárias;</p> <p>Conversar com a doente (esclarecendo as suas dúvidas e preocupações);</p> <p>Promover técnicas de relaxamento (como exercícios, repouso, técnicas respiratórias);</p>
Mobilidade comprometida por	Que o doente mantenha atividade máxima possível;	<p>Promover a sua participação na realização de tarefas, utilizando reforço positivo;</p>

<p>Deiscência da ferida Cirúrgica</p> <p>Conhecimento sobre Mobilidade comprometido</p>	<p>Que o doente adquira os conhecimentos necessários sobre mobilização adequada;</p>	<p>Avaliar sinais e sintomas do processo Neurovascular comprometido (no membro lesado em comparação com o simétrico: sensibilidade do membro/extremidade, cor, temperatura, edema e dor à extensão/flexão do membro);</p> <p>Ensinar sobre as complicações da mobilidade diminuída (atrofia, rigidez articular);</p> <p>Assegurar que executa a técnica de exercício muscular ou articular (é um procedimento seguro e promotor de qualidade de vida);</p> <p>Instruir sobre a necessidade de executar movimentos corporais de técnica de exercício muscular ou articular;</p> <p>Instruir sobre movimentos corporais de técnica de exercício muscular ou articular;</p> <p>Demonstrar como executar os movimentos corporais/técnica de exercícios;</p> <p>Incentivar a doente a ajudar nas transferências e mobilização no leito;</p>
<p>Défice de conhecimento sobre o tratamento da ferida cirúrgica (terapia por pressão negativa)</p> <p>Ansiedade (pela duração do tratamento)</p>	<p>Que a doente adquira conhecimentos sobre os objetivos e finalidades da terapia por pressão negativa (TPN);</p> <p>Que a doente colabore na realização do tratamento</p> <p>Que a doente exprima as suas emoções a curto prazo</p>	<p>Determinar disponibilidade para aprender;</p> <p>Ensinar sobre o objetivo da utilização de TPN</p> <p>Ensinar estratégias de manuseamento de dispositivo/carregador</p> <p>Explicar sinais de alerta e necessidade de solicitar ajuda imediata (i.e., hemorragia, dor intensa);</p> <p>Estar disponível para esclarecimento de dúvidas, medos e receios.</p> <p>Avaliar ansiedade;</p> <p>Identificar sinais e sintomas de ansiedade;</p> <p>incentivar o autocontrolo da ansiedade;</p> <p>Encorajar a comunicação das emoções;</p> <p>Facilitar processo de <i> coping</i>;</p>

<p><i>Coping</i> ineficaz manifestado por “medo do tratamento não resultar”</p>	<p>Que a doente desenvolva estratégias de <i>coping</i>;</p>	<p>Incentivar o autocontrolo do medo; Tranquilizar a doente. Assegurar conforto da doente; Facilitar processo de <i>coping</i>; Verificar (com a doente o que a mesma gosta de fazer); Providenciar (revistas, televisão – se possível – para a doente se distrair); Estabelecer ligação de confiança com a doente; Encorajar a comunicação das emoções; Assistir a doente a melhorar a autoconsciência e identidade pessoal; Elogiar a doente;</p>
<p>Défice de conhecimento sobre medidas de prevenção de queda</p>	<p>Que a doente demonstre conhecimento sobre o risco de queda e medidas preventivas.</p>	<p>Informar e demonstrar como prevenir quedas; Implementar ações para diminuir o risco de queda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar a doente nas técnicas de transferência e deambulação, • Promover a realização de exercícios para melhorar a força muscular;
<p>Risco de infeção presente</p>	<p>Reduzir o risco de infeção</p>	<p>Usar técnica asséptica; Vigiar sinais inflamatórios: calor, rubor, eritema, dor;</p>
<p>Risco de hemorragia presente</p>	<p>Reduzir o risco hemorragia associado à ferida cirúrgica</p>	<p>Vigiar/ identificar sinais de hemorragia na ferida operatória; Utilizar espuma de TPN com baixo risco de adesão ao leito da ferida cirúrgica, evitando traumatismo; Monitorizar pressão exercida pelo dispositivo;</p>
<p>Úlcera por pressão (UPP) de profundidade desconhecida no calcâneo esquerdo</p>	<p>Favorecer a cicatrização da UPP</p>	<p>Ensinos sobre a importância de evitar friccionar a pele nos posicionamentos; Ensinos sobre a importância da mobilização; Observar a pele de forma frequente; Manter a pele hidratada; Aliviar zonas de pressão; Usar espuma de cinco camadas na UPP;</p>

<p>Ferida neoplásica localizada no 1/3 inferior da perna esquerda</p>	<p>Controlar os sintomas associados à ferida neoplásica (exsudado, dor, hemorragia)</p>	<p>Avaliar dor na UPP; Avaliar dimensão da UPP; Realizar penso/tratamento;</p> <p>Sugerir realização de penso com material atraumático que promova o desbridamento autolítico e a absorção correta de exsudado; Proteger pele peri-lesional com copolimero; Monitorizar limpeza de tecido morto tumoral; Vigiar ferida neoplásica 1x por semana; Avaliar dor da ferida neoplásica; Avaliar dimensão da ferida; Ensino sobre sinais de alerta.</p>
---	---	---

4. Avaliação

Inicialmente busquei estabelecer uma relação terapêutica com a utente, o que acaba por refletir na mobilização de cuidados. Para ajudar no tratamento, as intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos apresentados, foram eleitas como prioritárias, uma vez que, a complicação pós-operatória ocasionou um novo internamento prolongado.

A interação foi realizada por meio de conversas realizadas com a utente e explicando os procedimentos utilizados, no intuito de esclarecer dúvidas relacionadas com os procedimentos e diminuir a sua ansiedade e o medo do tratamento não resultar. Cada vez que tinha que realizar a mudança do penso, solicitávamos aos enfermeiros do serviço que ela estava internada que administrassem analgésicos 30 minutos antes de iniciar o tratamento com o intuito de reduzir a dor durante o tratamento, o qual resultou de forma positiva. A utente referiu que as dores passaram a diminuir durante o tratamento.

Prevenir a infeção da ferida cirúrgica é fundamental em todos os processos pós-operatórios, no caso desta utente em específico, o próprio processo de cicatrização apresentava debilidades consequentes das suas comorbilidades (obesidade e DM2). Por isso, ocorreram intervenções para a realização de ensinamentos à utente e ao seu cuidador, acerca dos cuidados com os pensos, à periodicidade de mudanças de pensos e observação de sinais inflamatórios, quando ele teve alta logo após a primeira intervenção cirúrgica.

A integridade da pele evidenciada não só pela patologia, mas também pela úlcera de pressão e ferida neoplásica no membro inferior esquerdo, acentuou a necessidade de uma abordagem mais especializada na realização de pensos e posicionamentos, inclusive, a utilização de técnicas mais avançadas para contribuir com uma melhor cicatrização. Por isso, foi introduzida a terapia por pressão negativa.

A úlcera de pressão necessitava também de grande atenção. A utente apresentava deambulação e mobilização também comprometida, o que comprometia o processo de cicatrização.

Como se tratava de uma utente com défice para o autocuidado, a comunicação com a mesma era primordial, envolvendo o ensino como ferramenta em consonância com a Teoria de Dorothea Orem.

Conclusão

Em suma, e realçando os pontos mais importantes do presente estudo de caso, podemos concluir que a utente com Sarcoma dérmico pleomórfico no membro inferior esquerdo, que lhe trouxe dor, alterações na mobilidade e ao nível da satisfação de várias necessidades humanas fundamentais, a levou à realização de uma cirurgia a qual lhe trouxe diversas complicações. Para além das alterações a nível físico, também ocorreram alterações ao nível psicológico, que levaram a doente a um estado de ansiedade e medo perante o tratamento. Todos estes parâmetros foram focos na elaboração do plano de cuidados.

O principal objetivo, enquanto enfermeiro, deve ser planejar e prestar os cuidados de excelência à pessoa tendo em vista a melhor recuperação para a doente e tendo em conta que a pessoa é um ser holístico, e deste modo intervir em todas as dimensões da pessoa.

Quanto ao objetivo estipulado (plano de cuidados) considero que foi atingido, pois tive a capacidade de aplicar o processo de enfermagem; pesquisar informação em fontes idóneas; analisar, interpretar, relacionar, selecionar e sintetizar dados pertinentes; reforçar e aplicar conhecimentos teóricos, de modo a fundamentar os cuidados de enfermagem ao doente, que podem fazer a diferença; aperfeiçoar técnicas para realização TPN, pensos em feridas com maior complexidade, permitindo que em contexto prático expussemos maiores aptidões em relação aos mesmos; capacidade de argumentação e tomada de decisão, bem como saber trabalhar em equipa e partilhar conhecimentos.

Referências Bibliográficas

- Enzinger, F. M., Weiss, S. W. (2001). General considerations. In: Weis. S. W., Goldblum. (4th ed.), *Soft tissue tumors*, 1-16. St Louis, Missouri: Mosby.
- Herdman T. H., Kamitsuru, S. (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017*. Porto Alegre: Artmed.
- Horta, W. D. A. (1979). *Processo de enfermagem (13ª ed.)*. São Paulo, SP: EPU.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. St. Louis, MO: Mosby.
- Park, S. W., Kim, H. J., Lee, J. H., & Ko, Y. H. (2009). Malignant fibrous histiocytoma of the head and neck: CT and MR imaging findings. *American Journal of Neuroradiology*, 30(1), 71-76.
- Ribeiro, J. P., Cardoso, L. S., Pereira, C. M. S., Silva, B. T., Bubolz, B. K., & Castro, C. K. (2016). Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(4), 5136-5142.
- Santos, B. et al. (2017) Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (1): 51.
- Vitor, A. F., Lopes, M. V. D. O., & Araujo, T. L. D. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 14, 611-616. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300025>

APÊNDICE XII: Consentimento informado para utilização da imagem da ferida.

CONSENTIMENTO INFORMADO

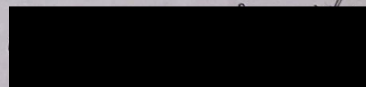
Foi-me explicada a finalidade da utilização do registo fotográfico da (s) minha (s) ferida (s) em âmbito académico, nomeadamente na realização de estudo de caso integrado na especialidade e mestrado em enfermagem médico-cirúrgica.

Foi-me explicado que estas fotografias não serão utilizadas para fins comerciais.

Foi-me assegurado que a imagem recolhida cinge-se apenas à ferida, não possibilitando qualquer identificação visual, e ainda que qualquer informação sobre a ferida ou com ela relacionada, a ser divulgada, nunca revelará a identidade do seu portador nem outros dados que o identifique, pelo que a minha privacidade será respeitada.

Após ter sido esclarecido (a) pelo enfermeiro/aluno de ensino pós-graduado, sobre estas questões, autorizo que a minha ferida seja por ele (a) fotografada e utilizada em contexto de estudo de caso.

Lisboa, Fevereiro 2021



APÊNDICE XIII: Incidente crítico - CMETF

Incidente Crítico II – Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

O incidente aqui exposto foi desafiante em diversos sentidos. Cada utente que recorre a consulta multidisciplinar de tratamento de feridas exige uma série de competências humanas e relacionais, muitas vezes inéditas, independente da competência técnica obtida ao longo dos anos. Este caso em especial foi disso um exemplo, obrigando a uma abordagem até então inédita para mim, pela complexidade de recursos e técnicas aplicadas na utente envolvida.

A consulta multidisciplinar de estudo e tratamento de feridas atua com centro de custos próprio, em rede, numa prática pluridisciplinar e integrada na área de ambulatório do Hospital B. Contempla cuidados assistenciais, em espaço próprio, bem como apoio nos mais diversos serviços de internamento. A intervenção clínica, programada mediante agendamento, é assegurada pela equipa de enfermagem. Os restantes elementos intervêm de acordo com a avaliação realizada pela equipa.

Os utentes que necessitam da intervenção desta equipa advêm de inúmeros serviços, sendo a dor e a complexidade da situação clínica, pontos comuns. Não obstante o foco inicial da referenciação estar centrado na ferida complexa que possui o doente, a abordagem acaba por ser a de gestão de caso, “*wound navigator*”, cuja ação recai sobre a Pessoa e sobre as suas múltiplas necessidades.

No caso que descrevo trata-se de uma utente com uma ferida na região dadora de pele para enxerto no rosto, no qual a extração foi da região da face anterior da coxa esquerda, cuja dor está associada a um processo de sofrimento que irei descrever neste incidente crítico, sendo essencial ressaltar o papel da atuação da equipa multidisciplinar para o sucesso do tratamento.

Se os utentes têm a dor como fator em comum, esta equipa tem como principal objetivo o alívio dessa dor e outros sintomas, por mais complexos que pareçam.

Descrição

Ao longo da minha atividade profissional tenho cuidado de vários utentes com histórias clínicas e diferentes tipos de feridas, mais ou menos complicadas, associadas a patologias com maior ou menor complexidade.

Esta experiência clínica marcou-me, quer pelo contributo à percepção de diferentes sentimentos e técnicas de aprendizagem, quer pelo desafio e complexidade associados desde o início até ao desenvolvimento do tratamento.

A utente J. M. C., de 25 anos, solteira, estudante, com dois filhos, natural e residente na Guiné-Bissau, terá sido encaminhada ao IPO com o apoio da Organização Não Governamental (ONG) “Mundo a Sorrir”, com diagnóstico de dor e aumento de volume no maxilar superior esquerdo com cerca de um ano de evolução.

O historial atual da utente tem por base um emaranhado de histórias clínicas complexas, com passagem por alguns serviços e procedimentos anteriores. Segundo a utente, a patologia terá tido o seu início com a extração de um dente em agosto de 2019. Após duas semanas, notou o aumento de volume, tendo voltado à clínica onde fez a extração, e na qual a informaram que teria uma infeção localizada.

Passado um mês e com persistência de dor e aumento de volume, a utente voltou à clínica. O técnico que a seguia, ao constatar que a infeção se mantinha, submeteu a doente a uma pequena cirurgia, com a extração de algo semelhante a “um pedaço de carne”. Seguiu-se um período de melhoria, no entanto, e após algumas semanas, volta a piorar o quadro. Recorrendo novamente aos serviços da clínica, foi-lhe sugerida uma nova cirurgia, a qual se terá recusado. O médico que a observava, terá então executado um exame mais minucioso, e dessa forma percecionado a existência de um tumor benigno.

A utente apresentava “uma massa tumoral no maxilar superior esquerdo com cerca de 10 cm de maior eixo, com uma consistência dura e bordos regulares, normotérmica, dor à palpação, hiper-vascularizada e com integridade da pele suprajacente. Existia obstrução da fossa nasal esquerda, e desvio do globo ocular esquerdo, dor e odontalgias com mobilidade de algumas peças dentárias.”

É imprescindível descrever este contexto “clínico” bem como o contexto social e familiar da utente, considerando que estes determinam a complexidade deste incidente crítico. A utente foi encaminhada da Guiné-Bissau por uma ONG, sendo que para este processo, seria necessário algum familiar assinar um termo de responsabilidade pela utente, caso houvesse algum problema saberiam onde encontrar a utente.

Tal documento terá sido assinado por uma prima, que não se prestou a fornecer qualquer outra ajuda, sequer a esperar no aeroporto, ou mesmo disponibilidade em recebê-la em sua casa, por ser “muito pequena”.

A tomografia axial computadorizada (TAC) realizada no Hospital B, em 18/09/20 constatou: “Lesão expansiva, centrada à região maxilar esquerda, com preenchimento do seio maxilar; o tumor condiciona compressão extrínseca do pavimento da órbita esquerda e desvio anterior do globo ocular. Há erosão da lâmina papirácea, sinais de invasão etmoidal e da fossa nasal, à esquerda, com desvio contralateral do septo nasal. Erosão do palato duro à esquerda, aconselhando-se integração com a observação clínica, para avaliação de lesão da mucosa oral. Preenchimento dos seios frontal e esfenoidal esquerdos (alterações inflamatórias/obstrutivas?).”

A 28/9/2020, a doente foi submetida a biópsia óssea do II quadrante sob anestesia local, sem intercorrências, que revelou o diagnóstico de fibroma ossificante.

Em 02/11/2020 foi submetida a abordagem de Weber Ferguson combinada com laterocervical esquerda com lipsplit inferior; Maxilectomia subtotal esquerda em bloco com partes moles adjacentes, pavimento da órbita e nervo infraorbitário esquerda; Excisão de ilha cutânea do canto interno da pálpebra inferior esquerda; Exploração cervical com esvaziamento dos níveis II, III e 1/3 superior do nível V; Reconstrução do defeito oral com retalho livre do perónio; Reconstrução do pavimento com enxerto ósseo do perónio; Canalização dos canálculos lacrimais com tubo de gibor; Retalho cutâneo desepidermizado de avanço para reconstrução da parede lateral, pavimento da fossa nasal esquerda e porção antero-interna do pavimento da órbita esquerda; Colocação de silastic cervicofacial; Colocação de merocell em ambas as narinas; Colocação de dreno na perna esquerda; Encerramento da área dadora com enxerto de pele colhido da coxa esquerda + tie over + penso reforçado; Suturas com nylon e agrafes. Foi uma longa cirurgia, implicando um processo extenso de excisão do tumor e reparos nas áreas afetadas, que decorreu sem intercorrências.

A anatomia patológica revelou: “Fibroma ossificante. Está contido na peça operatória. Não há tecido tumoral nos fragmentos G e H. Gânglios linfáticos reativos.”

A TAC pós-operatória evidenciou: No intervalo entre observações a examinada foi submetida a maxilectomia e turbinectomias esquerdas com ressecção macroscópica completa da volumosa lesão expansiva da hemi-maxila esquerda com diagnóstico histológico de fibroma ossificante. Observa-se retalho reconstutivo de perónio ao nível do pavimento da órbita, cuja extremidade interna contata a vertente superior do septo nasal ósseo e, a vertente externa, que se encontra fixada por um

parafuso à arcada zigomática. Este retalho encontra-se ligeiramente supradesnivelado comparativamente ao pavimento da órbita contralateral não se observando sinais de proptose.

Observa-se também retalho reconstrutivo ósseo do perónio, reconstruindo o palato duro deste lado esquerdo, cuja extremidade mesial vai ao contato do rebordo alveolar da maxila direita e, a extremidade póstero-externa, encontra-se fixada à apófise pterigóidea por um parafuso. Há ainda um retalho reconstrutivo de partes moles, predominantemente constituído por gordura, que faz ligeira proclividade no teto da cavidade oral e vertente inferior da fossa nasal esquerda. Não foi identificadas áreas de densificação ou calcificações nos bordos dos retalhos reconstrutivos que sugiram persistência ou recidiva da lesão operada.

A utente fala e entende português, embora com alguma dificuldade. Terá sido referenciada da Guiné-Bissau com o propósito de ser tratada, tendo indicação clínica para regressar ao País de Origem após a cirurgia. A utente terá explicitado que não aceitaria regressar.

A utente manifestou comportamento hostil e recorrente aos tratamentos, sendo resistente a qualquer intervenção, recusando o tratamento indicado, o que veio a interferir diretamente na cicatrização da ferida pós-operatória, tendo também este sido um dos motivos pelo qual esta doente foi referenciada à equipa de feridas, a par com a complexidade da ferida e dor associada. Pedido de consultadoria surge como “doente muito renitente aos tratamentos, com dor e ferida complexa”.

Destaca-se neste caso o desafio de lidar com uma utente sem apoio familiar, com um comportamento imaturo e hostil, dificultado por um complexo padrão de comunicação.

Neste caso em específico, o esforço da equipa teve como prioridade o desenvolvimento de técnicas e competências que se tornaram imprescindíveis para as intervenções necessárias, como são as relacionadas com a comunicação e a relação empática.

Sentimentos

A participação do enfermeiro no tratamento multidisciplinar obriga ao envolvimento de todas as partes, com destaque no ensino dos cuidados autónomos,

e através de uma boa comunicação, se tenha em vista que o utente seja cooperante do seu próprio tratamento.

Neste caso, a comunicação complicada e difícil com a utente, por todos os fatores descritos anteriormente, provocou em mim um sentimento de impotência. Todas as tentativas de estabelecer uma boa relação com a Sra. J. M. C. saíram frustradas, pela recorrente hostilidade demonstrada.

Os cuidados de enfermagem consistiam também e sobretudo em convencer a utente a colaborar com o seu próprio tratamento, tendo em vista facilitar a uma melhor e eficiente cicatrização. Ela tinha indicação para realização de pensos três vezes por semana, faltava algumas vezes, não permitia que aplicasse os produtos antissépticos porque dizia que “ardia muito” (sic),

Os sentimentos de impotência e frustração acentuaram-se com a resistência verificada em cada abordagem. A resposta pouco recetiva às minhas tentativas na colaboração/participação no tratamento, levaram-me a uma reflexão sobre a necessidade de uma avaliação adicional acerca de algum défice e cognitivo, não citado no seu processo.

Pese essa impotência, o meu intuito em ajudar a doente motivou-me em procurar mais recursos, assim como reforçar os mecanismos de adaptação, regulação e capacitação, reconhecendo a necessidade de intervenção holística tendo em vista facilitar a comunicação.

Avaliação

Para que a comunicação terapêutica seja efetiva, mais do que qualquer conhecimento prévio ou tempo de experiência, o comportamento empático aliado à disponibilidade ou complacência, configura-se como principal elemento tendo em vista o sucesso.

Nesta fase do estágio, o estabelecimento de linguagem verbal e não verbal, para comunicar e assim estabelecer a relação de confiança com a utente, foi fundamental. As tentativas insistentes, mas infrutíferas em construir uma relação terapêutica, geraram em mim um sentimento de impotência e frustração, mas ao mesmo tempo, a persistência com a linguagem não verbal contribuiu na procura de formas alternativas em criar um vínculo com a Sra. J. M. C. Ela gostava muito de ouvir músicas, e eu por vezes incentivava ela a pôr música no telemóvel no decorrer no tratamento.

“A assistência à saúde, como bem maior à vida e direito universal do ser humano, tem exigido que o enfermeiro que não compreender o idioma falado pelo cliente, busque conhecer estratégias que favoreçam a comunicação a fim de favorecer uma assistência holística, humanizada e de qualidade.” (Silva, Possas, Barbosa, Araújo e Santos, 2016, p.146).

A barreira linguística era um problema, visto que em alguns momentos, a utente parecia não compreender as orientações fornecidas, era complicado a troca de informações verbais, exacerbando a hostilidade da utente, demonstrando, em algumas ocasiões, um comportamento desregulado, quase infantilizado, como por exemplo, gritar antes de começar a tirar o adesivo do penso ou até mesmo segurar a minha mão para não tocar no penso.

Análise

*“Proveniente do latim *communicare*, o termo comunicar significa colocar em comum. A partir da etimologia da palavra, entende-se que comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal”* (Martinho, 2010, p.11).

Silva et al. (2000) afirma que comunicação pode ser definida como um processo por meio do qual se compartilham mensagens enviadas e recebidas, ideias, sentimentos e diversos tipos de emoções. Ocorre mediante o uso da palavra escrita e falada, além de mecanismos não-verbais que podem ou não influenciar no comportamento das pessoas que por sua vez, reagirão a partir de suas crenças, valores, história de vida e cultura.

Apesar de não se tratar de uma barreira dos sentidos de fala ou audição, a comunicação exige um processo de troca de mensagens, influenciada pelo comportamento de quem envia e quem recebe as mensagens e emoções.

A confiança nos profissionais de saúde poderia ter sido abalada, pela forma como o seu problema de saúde foi tratado desde o seu primeiro procedimento a trajetória que percorreu por outros serviços antes do tratamento adequado nos cuidados de enfermagem. A hostilidade às nossas intervenções não poderia ser minimizada, exceto pela comunicação reestabelecida com base numa relação de confiança.

“Para os enfermeiros, a comunicação com os utentes é considerada um processo fundamental não apenas para a identificação de sinais, sintomas e problemas que o acometem, mas também para o desenvolvimento da comunicação terapêutica, a qual mostra o comprometimento dos profissionais com os utentes.” (Torres, 2007, p.369).

A comunicação terapêutica implica precisamente na credibilidade e sensibilidade para compreender o contexto no qual cada utente está inserido.

“Uma comunicação efetiva implica o reconhecimento mútuo. Diz respeito à conceção de cada um sobre si e sobre o outro. Envolve, portanto, uma relação entre dois sujeitos” (Armenlin, Wallau, Sarti e Pereira, 2005, p.45), e neste caso em especial, da equipa, destacando-se que o enfermeiro necessitava da colaboração da utente para aderir e aceitar o tratamento.

Conclusão

O longo e doloroso tratamento enfrentado pela Sra. J. M. C., associado à sua busca incessante pela melhora do seu quadro, pode ter interferido diretamente no seu comportamento hostil às intervenções dos cuidados de enfermagem.

Muitas conclusões poderiam simplificar ou unificar esta análise, como um diagnóstico psiquiátrico que justificasse a resistência da utente em concordar com a terapêutica e colaborar com sua administração. Todavia, seria precoce atribuir, a uma única causa, as dificuldades encontradas para estabelecer uma comunicação terapêutica com esta utente.

A enfermagem deve orientar os utentes de maneira holística, considerar os seus valores, crenças e a história de vida de cada indivíduo e de como essas relações terão impacto nos cuidados prestados.

Assim, ao tomar consciência dos aspetos da retrospectiva da doença da utente e da sua escassa rede de apoio, procurei criar empatia com a situação, envolvendo-a, mas ao mesmo tempo inspirando-me numa maior disponibilidade na assistência e cuidados de enfermagem.

Além da empatia, a assertividade, clarificação dos objetivos e o reforço do papel ativo da utente na resolução dos problemas foram atitudes de ajuda utilizadas. Também a utilização de uma comunicação não verbal para aproximar a utente da realidade do tratamento, revelou-se uma alternativa eficaz, permitindo à equipa multidisciplinar alcançar o objetivo terapêutico.

Plano de ação

Face aos detalhes descritos neste incidente crítico, a atuação da enfermagem foi ampla, seja através dos recursos científicos (pesquisas, quer do conhecimento acadêmico obtido através do reconhecimento da necessidade de utilização de comunicação verbal e não-verbal. A comunicação verbal e não verbal processa-se basicamente em três níveis: conteúdo, expressão emocional e relação emissor/recetor, que são alicerces de todo o processo. As dificuldades e erros de comunicação ocorrem nos três níveis (Kristijanson, 2001).

As intervenções de enfermagem desenvolvidas giraram em torno de otimizar a comunicação, principal fator que dificultava a adesão ao tratamento por parte da utente. Isto foi a chave para a adesão ao tratamento.

Tive a oportunidade de aplicar de forma complacente e assertiva, meios de comunicação não verbal, especialmente pelo toque, olhar, em virtude do rigoroso cumprimento dos protocolos exigidos pelas autoridades de saúde, em razão da pandemia atual, que não permitiam não usar a máscara para demonstrar expressões de afeto como por exemplo, um sorriso, recurso que poderia ter minimizado a ansiedade da utente.

Sempre que necessitei realizar algum procedimento, questionava a utente acerca do seu conforto, de eventual dor, aproveitando para explicar quais comportamentos ou terapias que poderiam diminuir o desconforto no tratamento. A escuta ativa é um processo com quatro etapas (ouvir, codificar, interpretar, responder) que requer uma preocupação do contexto (socio/emocional) de todo o processo e o criar um ambiente físico/emocional (postura, atitude, linguagem corporal, foco...) que sintonize e implique responder empaticamente ao utente (Suchman, 1997; Maguire, 1996).

O tom de voz utilizado também terá sido outro recurso importante, procurando dialogar em tom ameno, pausadamente, de modo a evitar conflitos na comunicação. Não obstante fui, à semelhança da enfermeira orientadora, assertivo, utilizando a confrontação com as consequências da não adesão ao tratamento (i.e., infeção, dor), clarificando o benefício versus malefício das (não) intervenções mais diferenciadas.

A referir ainda o reforço positivo das preferências da utente. Tendo percebido o seu interesse por música, estimei a colocação da mesma durante a realização do tratamento, com redução da ansiedade, “fico melhor assim” (sic).

Todos os recursos disponíveis foram compartilhados entre toda a equipa, tendo assim em vista diminuir o comportamento hostil da utente, fato que interferiu no seu tratamento, atrasando a cicatrização da ferida pós-operatória.

Em conclusão, o objetivo comum da equipa multidisciplinar, com recurso à história de partilha, planeamento e comunicação, gerou cooperação do lado da utente, que desta forma também demonstrou uma maior intervenção no seu cuidado individual e aceitação do tratamento proposto.

Desde modo sinto-me preparado se me deparar com situações semelhantes no futuro. Por vezes a comunicação não-verbal é a chave para estas situações, criar um ambiente mais empático, irá tornar o ambiente mais leve e facilitará o tratamento.

Referências Bibliográficas

Armelin, C. B., Wallau, R. A., Sarti, C. A., & Pereira, S. R. (2005). A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Journal of Human Growth and Development*, 15(2), 45-54.

Hofling CK et al (1970) *Enfermaria psiquiátrica*. 2ª ed. México: Interamericana.

Kristjanson L.J. (2001) Establishing goals: communication traps and treatment lane changes. In: Ferrel BR, et al *textbook of palliative nursing*. Oxford: Oxford University Press.

Maguire, P., Booth, K., Elliott, C., & Hillier, V. (1996). Helping cancer patients disclose their concerns. *European Journal of Cancer*, 32(1), 78-81.

Martino, L. C., França, V. V., & Hohlfeldt, A. (2001). *Teorias da comunicação: conceitos, escolas e tendências*. Rio de Janeiro: Vozes.

Silva, L. M. G. D., Brasil, V. V., Guimarães, H. C. Q. C. P., Savonitti, B. H. R. D. A., & Silva, M. J. P. D. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista latino-americana de enfermagem*, 8(4), 52-58.

- Silva, R. G. M., Possas, C. R. D. S. S., Barbosa, M. R., Araújo, H. F., & Santos, M. S. C. (2016). Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 20(2), 145-148.
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B., & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *Jama*, 277(8), 678-682.
- Torres, E. F., Mazzoni, A. A., & Mello, A. G. D. (2007). Nem toda pessoa cega lê em Braille nem toda pessoa surda se comunica em língua de sinais. *Educação e Pesquisa*, 33(2), 369-386.

APÊNDICE XIV: Poster criado para CMETF

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA

São complicações da ferida cirúrgica: infecção, hemorragia, deiscência e dor⁵. Destas as infecções da ferida cirúrgica, são umas das complicações pós-cirúrgicas mais relevantes. Cerca de 5% dos pacientes submetidos a cirurgias desenvolvem infecção da ferida cirúrgica¹. São consideradas infecções da ferida cirúrgica todas as infecções do local operado que ocorrem nos primeiros 30 dias após a cirurgia³.

Autor: Maiko Barboza

Pré-Operatório³

- Identificar e tratar infecções existentes antes de cirurgia eletiva
- Evitar internamento pré-operatório prolongado
- Controlar a glicemia, principalmente dos diabéticos
- Evitar a tricotomia e, se necessário, efetuá-la com máquina elétrica, o mais próximo possível da intervenção
- Preparação intestinal (se for indicada)
- Promover o banho do doente, na véspera da cirurgia, com solução antisséptica e no dia da cirurgia

Intra-Operatório³

- Garantir adequada ventilação do Bloco Operatório,
- Realizar limpeza e desinfecção das superfícies do Bloco,
- Garantir esterilização de instrumentos cirúrgicos,
- Garantir utilização adequada de vestuário e campos cirúrgicos,
- Manter assepsia durante a cirurgia e adequar técnica
- Fazer avaliação microbiológica apenas quando se justificar e não por rotina.

Pós-Operatório³

- Proteger a incisão encerrada primariamente com penso estéril e técnica assética, durante as primeiras 48h,
- Lavar as mãos antes e após as mudanças de penso ou de qualquer contacto com o local da incisão,
- Quando for necessário substituir o penso e fazê-lo com técnica assética,
- Fazer ensino ao doente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas de infecção e a necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento quer após a alta).

Avaliação

Fatores de risco⁴:

- Tabagismo,
- Diabetes,
- Local e complexidade do procedimento,
- Presença de dreno cirúrgicos,
- Ambiente do bloco operatório,
- Terapêutica imunossupressora
- Intervenções cirúrgicas recentes
- Desnutrição e obesidade
- Terapias neoadjuvantes
- Terapêutica com corticóides.

Classificação³

- Limpa
- Limpa-contaminada
- Contaminada
- Suja ou infetada

Tipo

A infecção do local cirúrgico classifica-se em³:

- Incisional superficial;
- Incisional profunda;
- Órgão / Espaço.

Prevenção

A vigilância da ferida cirúrgica é um componente-chave dos programas de prevenção e controle de infecção, pois a vigilância sustentada demonstrou reduzir as taxas de infecção. O risco da Infecção da Ferida Cirúrgica deve ser monitorado usando metodologia de vigilância padronizada para identificar e investigar tendências, orientar a identificação de ações de melhoria e avaliar a eficácia dessas intervenções^{2, 3, 6, 7}.



SINAIS CLÍNICOS DE INFEÇÃO⁷

Compartmento superficial:

- Não cicatrização da ferida,
- Exsudado,
- Detritos amarelos ou tecido necrótico,
- Cheiro/ odor desagradável.

Compartmento profundo:

- Aumento do tamanho da ferida,
- Aumento da temperatura no leito da ferida,
- Extensão da ferida até ao osso,,
- Exsudado,
- Edema/ Eritema.

Referências Bibliográficas:

- 1- Soga, SM. (2019). Nursing Practices in the Prevention of Post-Operative Woundinfection in Accordance with Evidence-Based Approach. International Journal of Caring Sciences, 12(2):1228-1234.
- 2- Direção-Geral da Saúde. (2009). Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção. Lisboa: DGS.
- 3- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma de Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido 15/02/2021. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/prevencao-da-infecao-do-local-cirurgico.pdf>
- 4- Gillespie, B. et al. (2014). Postsurgery wound assessment and management practices: a chart Audit. J Clin Nurs, 25(21-22): 3250-61
- 5- Gillespie, B. et al. (2019). Preoperative and postoperative recommendations to surgical wound care interventions: A systematic meta-review of Cochrane reviews. International Journal of Nursing Studies, 102: 103466
- 6- Menonta, S., Fonseca, C., Ramos, A., & Gaspar, L. (2015). Prática de Enfermagem Baseada na Evidência: O Caso das Feridas. In: Gestão de Feridas Complexas. Lisboa: Lusodictacta (217-300).
- 7- Organização Mundial de Saúde (2010). Orientações do OMS para a cirurgia segura 2009. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

**APÊNDICE XV: Caracterização do Serviço de Neurocirurgia -
Hospital C**

Caracterização do serviço de Neurocirurgia - Hospital C

Após 14 anos de construção, o Hospital C foi inaugurado oficialmente em dezembro de 1954. Com mais de 1300 camas disponíveis é considerado o maior hospital do país. Oferece um conjunto de várias áreas e especialidades médicas, nomeadamente: ambulatório; cirurgia central; bloco operatório central; anestesia; serviço de cirurgia cardiotorácica; cirurgia plástica; cirurgia vascular; serviço de estomatologia; serviço de neurocirurgia; serviço de neurologia; serviço de obstetrícia; serviço de ginecologia e genética; serviço de pediatria; serviço de psiquiatria e saúde mental; serviço de urgência; serviço de oftalmologia; serviço de ortopedia; serviço de otorrinolaringologia; serviço de urologia; serviço de cardiologia, serviço de dermatologia, serviço de endocrinologia; serviço de gastroenterologia; serviço hematologia, serviço de infeciologia, serviço de nefrologia; serviço de oncologia; serviço de pneumologia; serviço da anatomia patológica; serviço de imagiologia; serviço de patologia clínica; serviço de imuno-hemoterapia; serviço de medicina física e reabilitação; serviço de radioterapia; unidades de cuidados intensivo, entre outros.

A neurocirurgia é uma especialidade que assegura o diagnóstico e tratamento de doenças do sistema nervoso central, periférico e autónomo, incluindo doenças de natureza traumática, degenerativa, infecciosa, malformativa ou tumoral, que envolvam crânio, medula espinhal, nervos periféricos e ráquis ósseos.

De realçar que a Neurocirurgia tem, nos últimos anos, aumentado a sua atividade cirúrgica, através do aumento da cirurgia ambulatória, estendida também ao Hospital D, e também pelas cirurgias realizadas, no Serviço de Urgência Central do Hospital C. Outro dado positivo a evidenciar é que esta Especialidade apresenta, em termos de internamento, uma demora média baixa, comparativamente à média global do CH e aos Serviços homólogos de outras instituições hospitalares, embora seja uma especialidade que pode ter sempre casos de internamentos prolongados. Por ser um serviço cirúrgico, a duração média do internamento do internamento varia entre 2-5 dias, quando não há intercorrências. Em termos de consultas, os números estão estabilizados, embora seja de realçar o aumento de consultas por médico, o que ilustra o esforço dos recursos humanos para dotar o serviço de capacidade de resposta adequada às necessidades vigentes (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E., 2020).

O serviço de Neurocirurgia está situado no oitavo piso da torre esquerda e tem como diretor de serviço o doutor J. M.

No serviço de Neurocirurgia a maioria das intervenções cirúrgicas são eletivas e os internamentos são realizados no dia anterior à cirurgia. As admissões dos utentes são efetuadas através da consulta externa ou pelo Serviço de urgência.

As principais cirurgias realizadas no serviço de neurocirurgia do Hospital C: Hérnia discal lombar, hérnia cervical, mielopatia espondilótica cervical, síndrome do túnel cárpico, nevralgia do trigémeo, tumores da órbita, tumores crânio-encefálicos tumores da coluna, Parkinson (implante de neuroestimulador), aneurismas cerebrais e epilepsia.

O serviço de neurocirurgia tem como uma das suas missões: a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade, aos utentes com patologia do foro neurológico admitidos no serviço, no pré, pós-operatório e traumatizados, nomeadamente traumatismo crânio encefálico, dando resposta às necessidades dos utentes e sua respetivas famílias ou cuidadores, garantia da continuidade de cuidados, em articulação com os recursos da comunidade (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E. 2020).

O objetivo principal do serviço de neurocirurgia é: Assegurar o cuidado da pessoa e família em processo de doença e com patologia do foro neurológico visando promover o bem-estar, a qualidade de vida e o restabelecer da funcionalidade através da adaptação aos défices, garantindo a continuidade dos cuidados na articulação com outros serviços ou recursos da comunidade, tendo em vista a sua reintegração sócio familiar (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E. 2020).

Os internamentos geralmente são de curta duração, salvo algumas exceções, nomeadamente quando existem complicações cirúrgicas ou utentes previamente autónomos que não tenham família e que ficam com sequelas devido a patologia ou cirurgia realizada, necessitando, entretanto, de apoio e encaminhamento social, que é iniciado o mais precocemente possível.

O serviço de neurocirurgia é composto por 27 camas, divididas em 6 quartos com 4 camas cada um e 3 quartos individuais.

O serviço tem 2 casas de banho com duche para os utentes e 1 para os profissionais de saúde; 1 sala para os médicos; 1 sala de tratamento; 1 gabinete para a assistente social; 1 sala para os resíduos sujos; 1 copa; 1 arrecadação para material hospitalar e outra para espólio dos utentes e roupa; 1 gabinete de enfermagem e 1

sala de pausa. Alocado ao serviço existe um bloco operatório próprio no nono piso com duas salas de bloco e uma sala de recobro.

A equipa de enfermagem é constituída por 21 elementos, dos quais 7 enfermeiros com horário fixo, incluindo a enfermeira chefe e os restantes com horário rotativo. Incluem-se 3 Enfermeiros Especialistas: 2 Especialistas na área de Reabilitação, 1 Enfermeiro Especialista na área médico-cirúrgica.

A equipa multidisciplinar é composta, para além de médicos, enfermeiros, enfermeiros especialistas e assistentes operacionais, por uma assistente social, 1 dietista, 1 fisiatra e 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo e 1 terapeuta da fala. Quando é solicitado apoio espiritual, vem um padre ao serviço.

O turno da manhã tem início às 8h00 e fim às 15h30. O turno da tarde inicia-se às 15h00 e a saída é às 23h00. O turno da noite inicia-se às 22h30 e a saída é às 8h30. No turno da manhã estão escalados normalmente 5 enfermeiros. No turno da tarde estão escalados 3 enfermeiros e na noite estão escalados 3 enfermeiros.

Devido à pandemia as visitas estão suspensas e por esse motivo as informações fornecidas aos familiares de referência são realizadas via telefone, salvo pequenas exceções, quando o utente se encontra submetido apenas a medidas de conforto, em que a família é contactada para se despedir do seu familiar. O serviço dispõe de um telemóvel (*smartphone*) no qual, por vezes, o enfermeiro disponibiliza alguns dados moveis, através de *Hotspot* pessoal, para que o utente estabeleça contato com a família através de videochamada após marcação prévia.

Os cuidados de enfermagem no turno da manhã iniciam-se logo após a passagem de turno. Os enfermeiros preparam a medicação do seu turno para cada doente, avaliam os sinais vitais e iniciam os cuidados de higiene e conforto aos doentes, tanto os que estão no leito, quanto os que têm capacidade para ir à casa de banho e realizam os levantes para o cadeirão. A medicação é administrada no horário prescrito, são avaliadas as feridas cirúrgicas, as úlceras por pressão e os pensos são refeitos sempre que necessário. Os utentes são posicionados, no mínimo, duas vezes por turno, de acordo com as suas necessidades. Os registos de enfermagem são realizados por cada enfermeiro no sistema informático PICIS.

Os cuidados de enfermagem no turno da tarde e da noite são semelhantes. A medicação dos turnos é preparada, promove-se o conforto e posicionamentos dos utentes, auxilia-se e vigia-se a alimentação, é administrada a terapêutica e efetuados os respetivos registos de enfermagem. O horário de administração terapêutica

normalmente é às 8h, 16h e 00h, salvo algumas exceções, quando são administrados de 4 em 4 horas.

O pequeno-almoço é servido às 8:30h; o almoço entre as 12h e as 13h; o lanche entre as 16h e as 16:30h; o jantar entre as 19h e as 19h30 e a ceia das 22h30 às 23h.

Normalmente, os utentes são admitidos no dia anterior à cirurgia para realização das rotinas pré-operatórias, tais como, colheita de sangue para análises, pesquisa de Sars-cov-2, Tomografia Axial Computadorizada (TAC) ou Ressonância Magnética por Neuronavegação (RMN) se necessário. O enfermeiro é responsável pela admissão do utente. A preparação do utente se inicia no momento da colheita de dados, onde o enfermeiro recolhe informações para realizar a nota inicial de enfermagem, é fornecida informações para o utente, relativamente ao funcionamento do serviço, banho pré-operatório e horário a que se inicia o jejum para a cirurgia.

O enfermeiro é responsável por acompanhar o utente até o bloco operatório e por buscá-lo posteriormente ao recobro. A preparação para alta se inicia logo no primeiro levante, é realizado ensinamentos relativamente aos cuidados pós-operatórios com a ferida cirúrgica, por explicar os sinais clínicos de infeção e o que deve-se fazer caso ocorra sinais infeção da ferida cirúrgica. Também é realizado ensinamentos ao familiar que vem buscar o utente e fornecido o telefone direto do serviço caso ocorra alguma dúvida após a alta.

O serviço não apresenta um protocolo específico de cuidados pré e pós-operatório para seguir. No pré-operatório é realizado o controle de glicemia, banho pré-operatório na véspera e no dia da cirurgia com cloro-hexidina a 2%, mas não existe nenhum protocolo no serviço para o pós-operatório. Por isto, acredito que a *check-list* é uma mais-valia para melhorar a prestação de cuidados ao utente recém operado.

Neste momento porque foram cedidos dois enfermeiros a outros serviços para responder às necessidades dos utentes aí internados relacionados com a situação pandémica e porque existe uma constante falta de assistentes operacionais, existe uma sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, o que aumenta o desgaste físico e psicológico destes profissionais.

Referências Bibliográficas

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E. (2020). Consultado em 15/03/21.
Disponível em: <http://www.chln.pt/index.php/contactos/item/509-conselho-de-administracao-visita-o-servico-de-neurocirurgia>.

APÊNDICE XVI: Incidente Crítico Hospital C

Incidente Crítico III - Neurocirurgia Hospital C

Descrição

O relato de caso do último estágio ocorrido no serviço de neurocirurgia do Hospital C, refere-se a uma utente de 50 anos que foi submetida a uma intervenção cirúrgica devido a complicações derivadas do cavernoma que já tinha sido diagnosticado em 2008. A utente recebeu diagnóstico em 2008 de cavernoma frontal esquerdo na sequência de hemorragia intracerebral que se manifestou clinicamente por hemiparésia direita de predomínio braquial. Na altura optou-se por tratamento conservador, tendo a utente apresentado uma melhoria gradual e estabilidade do quadro neurológico até 2011. Em 2018 com 2 novas hemorragias com agravamento motor, decidiu-se intervir com cirurgia eletiva por agravamento da hemiparésia direita com repercussão funcional.

A utente tinha como antecedentes pessoais Paralisia cerebral diagnosticada aos 5 anos de idade (de acordo com os familiares com desenvolvimento psicomotor normal até essa idade) por distonia generalizada e disartria, sífilis congénita e sarampo com crises convulsivas aos 5 anos.

Foi realizado o acolhimento ao serviço no dia 09 de março de 2021 e a cirurgia foi realizada no dia seguinte com o diagnóstico de Cavernoma rolândico esquerdo.

Tive a oportunidade de acompanhar esta utente no pré, intra e pós-operatório, aplicando a *check-list* para prevenção de infeção de ferida cirúrgica, tomando todas as medidas de prevenção preconizadas pela Direção Geral de Saúde e instituídas no serviço. Pelo fato de acompanhá-la em todas as etapas, desde que ela foi internada, foi estabelecida uma relação de confiança, o que se revelou de extrema importância uma vez que era uma utente com grande labilidade emocional e necessitava de maior atenção dado o seu grau de dependência pelo quadro de paralisia cerebral. É importante salientar que toda a equipa de enfermagem que prestou cuidados à utente observava a minha empatia com a mesma. Criámos uma relação empática por estar a estagiar e trabalhar no mesmo serviço o que me possibilitava também contato com os demais colegas que a assistiam e compartilhavam informações e explicações sobre cada procedimento realizado.

A cirurgia decorreu sem intercorrências. Durante a mesma a utente foi posicionada em decúbito dorsal com cabeça centrada e fixa em apoio de Mayfield. Foi realizada incisão linear frontal esquerda; Craniotomia frontoparietal; Abertura

cruciforme da dura; Remoção macroscopicamente total de cavernoma; Hemóstase testada com subida tensional; Durarrafia, duraplastia com substituto dural sintético e suspensão dural periférica e central; Recolocação de retalho ósseo com 3 craniofix; Encerramento por planos. Procedimento realizado com apoio de neuronavegação e controlo electromiográfico. A utente ficou em vigilância numa unidade de cuidados intensivos durante 24 horas e após esse período regressou ao internamento de neurocirurgia.

Durante o internamento, a utente apresentou fácies triste, e labilidade emocional, sempre a chorar, passei muito tempo com ela, podendo confortá-la em diversos momentos uma vez que necessitava de apoio nas atividades de vida diária, eu tentava sempre fazê-la sorrir, e na maioria das vezes resultava. Apresentava disartria marcada e disfagia a líquidos prévia à cirurgia, necessitando assim de maiores cuidados. A ferida cirúrgica teve boa evolução cicatricial e a utente teve alta com a sutura craniana exposta e sem sinais inflamatórios. Teve alta para domicílio com apoio domiciliário dia 19/03 (utente vive com a irmã). Saiu acompanhada da irmã, foram realizados ensinamentos referentes aos cuidados pós-operatórios, nomeadamente, cuidados com a ferida cirúrgica, sinais de infeção, alterações neurológicas, controle algico.

Sentimentos

A princípio a curiosidade sobre a história de vida da utente chamou-me bastante a atenção, o cavernoma é uma doença rara, especialmente pela sua localização no lobo esquerdo do cérebro. A malformação vascular é mais frequente no hemisfério direito (Andrade, Prandini e Braga, 2002).

Contudo, no contato com a utente, ao ouvi-la sobre seu histórico de sofrimento desde a infância, a empatia foi-se desenvolvendo. Durante toda a nossa relação a troca de confiança foi crescente, e a sua ansiedade antes de procedimentos simples foi amenizada com informações claras. O fato de poder acolhê-la desde o primeiro dia do internamento e ajudá-la nas atividades diárias, possibilitou esse elo entre nós.

A delicadeza do quadro clínico da utente, somada às suas fortes emoções, demonstravam a sua vulnerabilidade no internamento, olhar esse que era compartilhado por toda a equipa de enfermagem que se revezava na atenção à utente, o que despertou o meu orgulho no valor da nossa profissão.

Logicamente com o olhar científico, um caso com uma patologia rara inspira a estudar mais, a compreender mais sobre a doença e suas complicações, todavia, com esta utente, a empatia pelo sofrimento e pela sua fragilidade emocional, o forte relato de uma vida de sofrimento consequentes dos seus antecedentes, inspiraram com mais intensidade o lado da humanização do ser enfermeiro.

Ao longo do internamento dela, vivenciei com grande entusiasmo o ser enfermeiro como extensão da utente, o fazer pela utente quando ela é incapaz de fazê-lo, captar emoções e acolhê-las, transformar a sua ansiedade e dúvidas em questões para esclarecimentos através da informação.

Avaliação

A experiência foi no geral extremamente interessante, do ponto de vista clínico, porque me inspirou a estudar mais, era uma doença que não me lembrava de ter tido muito contato nos meus 5 anos de neurocirurgia, o que fez aumentar a minha curiosidade científica. Pelo olhar afetivo, tão próprio da característica do enfermeiro na sua formação humanística, foi uma grande inspiração.

Estar tão próximo de uma utente com um longo histórico de luta para desenvolver atividades diárias e lidar com uma malformação tão severa fez-me refletir o que há muito questionava sobre o valor da minha profissão. Ver os meus colegas atuar com a mesma empatia que eu com esta utente em especial, dispostos a compartilhar conhecimento, foi uma grande mais-valia pessoal.

Contudo, da mesma forma que me fez orgulhar da profissão, também contribuiu para a reflexão sobre o quanto a nossa profissão é desvalorizada pelo mercado pelo lado económico. É duro constatar que somos imprescindíveis, somos a diferença no cuidado dos doentes, e tão mal remunerados a exercer este papel.

Análise

Para orientar a minha conduta para as intervenções de enfermagem desenvolvidas foi necessária uma análise a fim de aproximar a teoria da prática. Entre as Teorias de Enfermagem mais conhecidas e abordadas durante o meu percurso nos campos de estágio percebi que precisava ampliar a minha visão para outras teóricas. É fato que as teorias de enfermagem têm como objetivo orientar a

assistência sistematizada, organizada e documentada, permitindo a formalização das ações realizadas pelos enfermeiros. Ao relacionar as teorias com a prática, constroem-se modelos assistenciais de enfermagem (Rodrigues e Maria, 2009).

O fazer dos enfermeiros já não encontra mais sustentação em ações apenas de ordem técnica ou instrumental, mas a teoria escolhida deve ser de fácil aplicabilidade e auxiliar na compreensão e estabelecimento dos conceitos que vão permear uma determinada prática (Brandalize e Zagonel, 2006). Além da dimensão técnica, o conceito de boas práticas requer a incorporação da dimensão teórica para descrever, explicar, predizer ou prescrever realidades contextuais. Teoria e prática caminham lado a lado e estão sustentadas pelas evidências da pesquisa científica (Brandão, Barros, Primo, Bispo e Lopes, 2020).

O Modelo de Adaptação de Roy em enfermagem é uma das estruturas conceituais mais amplamente utilizadas para orientar a pesquisa, a prática de enfermagem e o treinamento. Este modelo possui os principais conceitos da teoria de enfermagem, incluindo saúde, pessoa, enfermeiro e meio ambiente. Nesse modelo conceitual, a pessoa é vista de maneira holística. O principal conceito neste modelo é a adaptação. A adaptação é considerada um processo e um resultado com 3 níveis integrados (estímulos focais, estímulos contextuais e estímulos residuais), comprometidos e compensatórios (Shariatpanahi, Farahani, Rafii, Rassouli e Kavousi, 2019).

Nessa perspectiva, percebi que essa teoria se aplicava perfeitamente no incidente aqui descrito. A utente necessitava de muita atenção, e nesse cenário, uma constante necessidade de adaptação ao seu grau de dependência. Ajudei na adaptação, de modo a compensar aquilo que ela não podia fazer sozinha, assim como os demais membros da equipa. O objetivo comum de quem lhe prestou cuidados contribuiu para o bom resultado e boa evolução da utente sem intercorrências. Aplicar a Check-list de prevenção de infeção de ferida cirúrgica foi um instrumento para validar intervenções de forma a garantir um pós-operatório sem intercorrências no que à infeção da ferida cirúrgica dizia respeito.

Conclusão

A assistência de Enfermagem guiada pelas boas práticas alicerçadas na evidência científica, propicia o atendimento holístico das necessidades humanas básicas de maneira individualizada e amplia o valor da atuação do enfermeiro quando este se propõe a unir o conhecimento acadêmico e a empatia para qualificar um melhor atendimento.

As intervenções de enfermagem devem permear todo o percurso do utente, especialmente no internamento hospitalar, no qual, há um aumento da necessidade de cuidados de enfermagem. Auxiliar o utente nas suas atividades diárias, quando ele não é capaz de fazê-lo, compõe uma das mais importantes missões da enfermagem, uma vez que promove o conforto e minimiza a ansiedade e apreensão sobre a sua própria doença e limitações.

Infelizmente, pelo cenário criado pela pandemia, algumas intervenções de enfermagem na promoção do ensino para o autocuidado junto dos cuidadores e/ou familiares dos utentes têm sido afetadas pelas medidas dos protocolos com vista à prevenção da transmissão do Sars-Cov-2. No caso aqui descrito, o ensino mais detalhado destinado à irmã da utente, que é a responsável pelos cuidados domiciliares, poderia ter sido mais bem trabalhado, se a familiar em questão pudesse acompanhá-la em todos os momentos do internamento.

As orientações no momento da alta, foram sucintas, apesar de claras. Contudo, demonstrar por exemplo os cuidados com a ferida cirúrgica, seria muito útil e preveniria com mais eficácia uma possível infeção da ferida cirúrgica.

Plano de ação futuro

Com base na experiência adquirida neste incidente crítico foi possível identificar a complexidade das ações de enfermagem em doentes que apresentam alto grau de dependência para o desenvolvimento das suas atividades diárias.

A utente lidou praticamente toda sua vida com limitações, colocando-a constantemente num ciclo de necessidade de adaptação, o que me remeteu ao Modelo de Adaptação de Calista Roy, o qual “considera o objetivo da enfermagem a promoção da adaptação dos indivíduos e grupos nos quatro modos de adaptação (modo adaptativo: físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e

desempenho de papel), contribuindo assim para a saúde, a qualidade de vida e a morte com dignidade” (Coelho e Mendes, 2011, p.846).

Os modelos de adaptação descritos por Calista Roy foram vivenciados pela sra. C.S ao longo dos anos, o modelo fisiológico aplica-se ao conjunto de limitações provenientes da paralisia cerebral desde seus 5 anos de idade, demandando à utente alterações nas suas funções básicas de oxigenação, nutrição, eliminação, atividade, repouso e proteção.

Contudo, durante o acompanhamento da utente no internamento, posso destacar a necessidade de adaptação ao novo estímulo ambiental: o processo cirúrgico. A apreensão, o medo do procedimento, adicionados ao seu histórico de luta para desenvolver atividades mínimas, como deambular, comunicar-se ou ter algum controlo sobre o seu autocuidado, foi substancialmente reduzido a partir do momento em que ela se sentiu acolhida pela equipa de enfermagem.

Os outros modos de adaptação, propostos por Calista Roy, são os psicossociais: autoconceito, interdependência e desempenho de papel.

O autoconceito envolve especificamente os aspetos psicológicos e espirituais do sistema humano. É composto pelo ser físico, que envolve a imagem corporal, pelo ser pessoal, que engloba a autoconsciência, expectativa, e pelo ser ético, moral e espiritual. O modo de adaptação desempenho de papel refere-se aos papéis que cada pessoa desempenha na sociedade no sentido da preservação da integridade social, isto é, saber quem se é em relação aos outros (Coelho e Mendes, 2011, p.846).

Inspirado pelo modelo de Roy (2000), ajudei a utente nos modos de adaptação, reconhecendo suas capacidades e limitações. Na nossa interação, ao mesmo tempo que a acolhia em suas angústias, motivei-a a pensar com mais otimismo sobre sua recuperação, convidando-a a participar mais ativamente no seu autocuidado.

Aproveitei a confiança que se estabeleceu para estimulá-la e expressar as suas dúvidas. Este fato, eu compartilhava com a orientadora, alinhando a nossa linguagem, destacando quais as vulnerabilidades às quais precisávamos de ficar mais atentos na prestação dos cuidados à sra. C.S.

Acredito que desta forma, tornando o utente responsável pelo seu próprio cuidado, promovendo a sua melhor adaptação, as intervenções de enfermagem, especialmente o ensino e o autocuidado foram potencializados, dando mais segurança para a alta e cuidados domiciliares. Esta foi a maior aprendizagem, que pretendo aplicar a outros utentes no futuro.

As visitas estando suspensas pela situação da pandemia, dificulta a realização de ensinamentos à irmã da utente sobre os cuidados a ter com a ferida cirúrgica e os sinais de infeção. Os ensinamentos foram realizados verbalmente e de forma breve durante o momento da alta, pelo fato, do serviço se encontrar com o número mínimo de enfermeiros a realizar funções. Disponibilizei o telefone direto do serviço, caso houvesse alguma dúvida para ser esclarecida, já que a irmã da utente não pode acompanhá-la durante o internamento.

Nesta situação, vejo a pertinência do projeto para o serviço, havendo assim um acompanhamento telefónico posterior à alta, para esclarecimento de dúvidas, tanto do utente quando do seu cuidador.

Referências Bibliográficas

Andrade, Guilherme Cabral de, Prandini, Mirto Nelso, & Braga, Fernando Menezes. (2002). Cavernoma gigante: relato de dois casos. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 60(2B),481-486. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2002000300027>

Brandalize, D. L., & Zagonel, I. P. S. (2006). Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da teoria de Roy. *Cogitare Enfermagem*, 11(3). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v11i3.7315>

Brandão, Marcos Antônio Gomes, Barros, Alba Lucia Bottura Leite de, Caniçali Primo, Cândida, Bispo, Gisele Saraiva, & Lopes, Rafael Oliveira Pitta. (2019). Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 577-581. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>

Whittemore, R., & Roy, S. C. (2002). Adapting to diabetes mellitus: a theory synthesis. *Nursing Science Quarterly*, 15(4), 311-317.

Shariatpanahi, S., Ashghali Farahani, M., Rafii, F., Rassouli, M., & Kavousi, A. (2019). Designing and Testing a Treatment Adherence Model Based on the Roy

Adaptation Model in Patients with Heart Failure: Protocol for a Mixed Methods Study. *Protocolos de pesquisa JMIR*, 8 (7), e13317. <https://doi.org/10.2196/13317>

Rodrigues, A. L., & Maria, V. L. R. (2009). Teoria das necessidades humanas básicas: conceitos centrais descritos em um manual de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 14(2), 353-359.

Roy, C. (2000). El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. *Cultura de los cuidados*, Año IV, n. 7-8), 139-159.

Coelho, S. M. S., & Mendes, I. M. D. M. (2011). From research to nursing practice applying the Roy adaptation model. *Escola Anna Nery*, 15(4), 845-850. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>

APÊNDICE XVII: Plano de sessão da apresentação do Projeto

Plano de sessão

Local: Sala de Enfermagem de Neurocirurgia do Hospital C

Data: 18 de março de 2021

Hora: 8h

Formador: Enfermeiro Maiko Barboza

1. Tema da sessão

- Apresentação do projeto de estágio: “Prevenção da infeção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico: Intervenção Especializada de Enfermagem”.
- Apresentação da *Check-list* para a prevenção de infeção da ferida cirúrgica.

2. Formandos

- Enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia do Hospital C

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do papel do enfermeiro na prevenção da infeção da ferida cirúrgica.

3.2. Objetivos específicos

- Apresentar o projeto de estágio;
- Apresentar e clarificar a *check-list*;
- Refletir sobre a importância da implementação do projeto;
- Esclarecimento de dúvidas sobre a *check-list*.

4. Duração da sessão

5. 20 minutos, mais esclarecimentos de dúvidas

6. Material a utilizar

- Dispositivos PowerPoint

7. Documentos distribuídos

- *Check-list.*
- Documento de avaliação da sessão.

APÊNDICE XVIII: Slides do PowerPoint da Sessão

11º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Opção em Enfermagem Oncológica

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA NO DOENTE NEURO-ONCOLÓGICO: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

MAIKO BARBOZA N.º 9552

Sumário

- Introdução
- Definição da problemática;
- Classificação do local cirúrgico;
- Classificação da ferida cirúrgica;
- Recomendações dos cuidados pré-operatório;
- Recomendações dos cuidados no pós-operatório;
- *Check-list*;
- Conclusão;
- Referências Bibliográficas.

Introdução

Complicações
da ferida
cirúrgica

Infeção é a
complicação
mais comum

Cuidados e
prevenção

Prevenção da Infeção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico

- A cirurgia é um método terapêutico que engloba riscos, nomeadamente o risco de infeção da ferida cirúrgica, um dos principais fatores de infeção hospitalar (DGS, 2009).
- A IFC é considerada uma das infeções mais comuns, sendo a terceira mais frequente em Portugal e na Europa, com taxas variáveis consoante o procedimento cirúrgico (DGS, 2013).
- As IFC são seguramente evitáveis em cerca de um terço das infeções, através de práticas seguras durante o período peri-operatório (OMS, 2009; CDC, 2017).

Prevenção da Infeção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico

- As infeções da ferida cirúrgica, são umas das complicações pós-cirúrgicas mais relevantes. Cerca de 5% dos pacientes submetidos às cirurgias desenvolvem infeção da ferida cirúrgica (Boga, 2019).
- Pode-se definir uma IFC como “uma infeção relacionada com o procedimento cirúrgico que ocorre no local da incisão ou próximo dela, em até 30 dias após a intervenção cirúrgica ou em até um ano após uma prótese ou transplante” (DGS, 2013).

Prevenção da Infecção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico

- A neurocirurgia assegura o diagnóstico e tratamento de doenças do sistema nervoso central (SNC) de natureza traumática, degenerativa, infecciosa, malformativa ou tumoral, que envolvam crânio, medula espinhal, nervos periféricos e ráquis ósseos. Apesar de a incidência das IFC, em contexto de neurocirurgia, aparentemente ser mais baixa quando em comparação com outros tipos de cirurgias, as suas consequências podem ser catastróficas.
- Uma IFC, em contexto neurocirúrgico, em geral manifesta-se através de feridas, meningite, empiema subdural, infecção óssea, cerebral e abscessos (Sturm, 2009). Sem um diagnóstico e tratamento eficaz, pode evoluir e provocar défices neurológicos graves ou mesmo a morte (Jalai et al., 2016).

Prevenção da Infecção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico

- Os cuidados de enfermagem à ferida cirúrgica dependem do conhecimento e compreensão do enfermeiro sobre a fisiologia normal da cicatrização de feridas, o tipo de cirurgia realizada, o método de encerramento e tratamento ideal da ferida resultante. A utilização desses conhecimentos permite aos enfermeiros uma avaliação sistemática e holística do paciente e assim prevenir quaisquer complicações associadas à ferida cirúrgica (Vuolo, 2006).

Fatores relacionados que podem aumentar o risco de infeções

- Tabagismo;
- Diabetes;
- Obesidade;
- Tempo de internamento hospitalar associado (Gillespie et al., 2014).

Fatores de risco associados à própria cirurgia

- Local e a complexidade do procedimento (por exemplo, tipo de cirurgia, duração do procedimento, uso de implantes);
- Presença de drenos cirúrgicos;
- Classificação das feridas (limpas/contaminadas);
- Ambiente do bloco operatório (Gillespie et al., 2014).

Classificação do Local Cirúrgico

➤ INCISIONAL SUPERFICIAL;

➤ INCISIONAL PROFUNDA;

➤ ÓRGÃO / ESPAÇO..

Incisional superficial

A infecção Incisional superficial ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia, envolve unicamente a pele e o tecido celular subcutâneo da incisão e deve apresentar pelo menos um dos seguintes critérios (DGS, 2013):

- Drenagem purulenta da incisão;
- Microrganismo isolado em cultura positiva de líquido ou tecido da incisão (colheita asséptica);
- Existência dos sintomas e sinais de infecção (dor, rubor, calor e tumefação).

Incisional profunda

A infecção Incisional profunda ocorre no período de 30 dias posteriores a cirurgia no caso de não ser utilizado nenhum implante ou, no prazo de um ano se for utilizado algum tipo de implante, envolve os planos profundos da incisão e apresenta pelo menos um dos seguintes critérios (DGS, 2013):

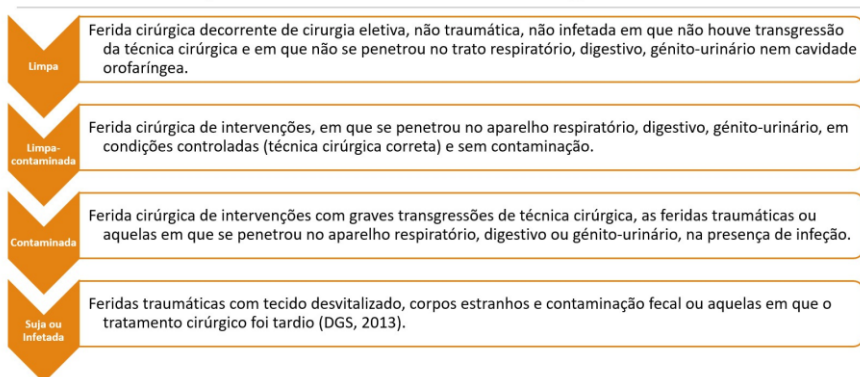
- Drenagem purulenta da incisão;
- Deiscência espontânea da incisão ou abertura deliberada ou caso se o doente apresentar pelo menos um dos seguintes sintomas: febre (>38º), dor localizada ou à palpação;
- Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo a profundidade da incisão detetada no exame clínico, em reabertura cirúrgica, por exame histológico ou estudo radiológico.

Órgão/ Espaço

A infecção do local cirúrgico Órgão/Espaço ocorre no prazo de 30 dias após a cirurgia no caso de não ser usado um implante ou, no prazo de um ano se foi utilizado um implante, envolve qualquer local que tenha sido manipulado durante a intervenção com exceção da incisão, e apresenta pelo menos um dos seguintes critérios (DGS, 2013):

- Drenagem purulenta através do dreno, colocado no Órgão/Espaço;
- Microrganismo isolado em cultura positiva mediante a colheita de líquido ou tecido do Órgão/Espaço (colheita asséptica);
- Existência de abscesso ou outra evidência envolvendo o Órgão/Espaço identificado pelo exame clínico, em reabertura cirúrgica, por exame histológico ou estudo radiológico.

Classificação da ferida cirúrgica:



Recomendações dos cuidados no pré-operatório

- Identificar e tratar todas as infeções antes de cirurgia eletiva;
- Evitar internamento pré-operatório prolongado;
- Controlar a glicemia, principalmente dos diabéticos;
- Controlar o tabagismo;
- Evitar a tricotomia e, se necessário, efetuar-la com máquina elétrica, o mais próximo possível da intervenção.

Recomendações dos cuidados no pré-operatório

- Promover o banho do doente, na véspera da cirurgia, com solução antisséptica e no dia da cirurgia;
- Preparar a área da incisão cirúrgica para que esteja livre de contaminação visível antes da desinfecção;
- Aplicar antisséptico no local cirúrgico e administrar antibiótico profilático apenas quando indicado e selecioná-lo com base na sua eficácia contra os agentes patogénicos mais frequentes para cada local e em conformidade com a política de antibióticos da instituição (DGS, 2013).

Recomendações dos cuidados no pós-operatório

- Proteger a incisão encerrada primariamente com penso estéril e técnica assética, durante as primeiras 48h;
- Lavar as mãos antes e após as mudanças de penso ou de qualquer contacto com o local da incisão;
- Quando for necessário substituir o penso e fazê-lo com técnica assética;
- Fazer ensino ao doente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas de infeção e a necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento quer após a alta) (DGS, 2013).

Checklist



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA DO DOENTE NEURO-ONCOLÓGICO

Identificação do utente: _____ NSC: _____
 Data nascimento: _____ Idade: _____ Contato: _____
 Data internamento: _____ Data cirurgia: _____
 Diagnóstico: _____ Número de dias de internamento: _____

CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA			
Limpa	<input type="checkbox"/>	Limpa-Contaminada	<input type="checkbox"/>
Contaminada	<input type="checkbox"/>	Suja ou infetada	<input type="checkbox"/>
DISPOSITIVOS			
DRENOS	<input type="checkbox"/>	Data retirada: _____	CVC
DV	<input type="checkbox"/>	Data retirada: _____	SDVP
CVP	<input type="checkbox"/>	Data retirada: _____	Prótese/implante
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA			
OBSERVAÇÃO	SIM	NÃO	NAO APLICAVEL
Banho pré-operatório (véspera)			
Lavagem local incisão			
Banho pré-operatório (dia)			
Controle de glicemia / Valor _____			

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PÓS-OPERATÓRIA			
OBSERVAÇÃO	SIM	NÃO	NAO APLICAVEL
Antibioterapia profilática (tempo > 24h)			
Lavagem das mãos para realização de penso			
Técnica assética para realização de penso			
Sinais inflamatórios			
Se sim, quais?			
Febre	<input type="checkbox"/>	Edema	<input type="checkbox"/>
Dor/hipersensibilidade	<input type="checkbox"/>	Exsudado	<input type="checkbox"/>
Calor	<input type="checkbox"/>	Rubor	<input type="checkbox"/>
Vigiar penso operatório			
Abertura de penso inferior a 48h			
Se sim, porquê?			
Repasso	<input type="checkbox"/>	Penso Descolado	<input type="checkbox"/>
Remoção do dreno	<input type="checkbox"/>	Penso Molhado	<input type="checkbox"/>
Alta com penso			
Aplicada pele plástica			

Checklist



INFECÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Data: _____	Microorganismo: _____
Agrafos <input type="checkbox"/> Pontos <input type="checkbox"/> Sten Stripes <input type="checkbox"/>	Local cirúrgico: _____
Data abertura do penso: _____	Data da alta: _____

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PÓS-ALTA
Data retirada agrafos/pontos _____
Data consulta após a alta _____

Chamada Telefónica

Observações:

Enfermeiro: _____ Nº _____ Data _____

Conclusão

Tem como finalidade contribuir para prevenção da Infecção da ferida cirúrgica dos doentes neurocirúrgicos. É indispensável conhecer os fatores de risco envolvidos na IFC, e os meios através dos quais se podem repensar as práticas e desenvolver medidas para mudar a nossa realidade.

Referências Bibliográficas

- > Boga, S. (2019). Nursing Practices in the Prevention of Post-Operative Wound Infection in Accordance with Evidence-Based Approach. *International Journal of Caring Sciences*, 12 (2), 1229-1236. doi: 10.12968/ijocw.2017.26.1.28
- > Centers for Disease Control and Prevention (2016). Patient safety Component Manual. National Healthcare Safety Network. Acedido 13/03/21. 1-11. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/pscCScurrent.pdf>
- > Direcção-Geral da Saúde (2013). *Portugal – Controlo da Infecção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2014*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido 18/02/2021. Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infeccao-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2014.pdf.aspx>
- > Direcção-Geral da Saúde (2013). *Estratégia Multimodal de promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infecção*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido 15/02/2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-edc-resistencia-aos-antimicrobianos/estrategiamultimodal-gbc/contro-adeter-estrategia-gbc.aspx>
- > Direcção-Geral da Saúde (2013). *Norma de Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido 15/02/2021. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/prevencao-da-infeccao-local-cirurgico.pdf>
- > Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Kang, E., Hewitt, J., Nieuwenhoven, P., & Morley, N. (2014). Postsurgery wound assessment and management practices: a chart audit. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3250-3261. doi: 10.1111/jocn.12574
- > Isalá, C.M., Worley, N., Poorman, G. W., Cruz, D.L., Vira, S. & Passlas P. G. (2016). *Surgical site infections following operative management of cervical spondylotic myelopathy: prevalence, predictors of occurrence, and influence on perioperative outcomes*. *Eur Spine J*, 25 (6), 1891-18196. DOI:10.1007/s00386016-4501-9
- > OMS (2009). *Linha de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 15-02-2021. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/6/9789241598552_por.pdf?jsessionid=...
- > Sturm, L. K. (2009). *Neurosurgical Site Infections: Rates and Prevention Strategies*. *International Federation of Infection Control*, 5(2), 1-3. Doi: 10.3396/ijc.V5i2.016.09
- > Vuolo JC. (2006). *Assessment and management of surgical wounds in clinical practice*. *Nurs Stand*, 20(52), 46-56. doi: 10.7748/ns2006.09.20.52.46.c4494
- > World Health Organization (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Geneva: WHO Library. Acedido em 05.01.2021. Disponível em: <http://www.who.int/infectionprevention/publications/ipc-componentguidelines/en/>

Questões?



APÊNDICE XIX: Questionário de avaliação da sessão

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Instituição: Hospital C

Serviço: Internamento Neurocirurgia

Objetivo do Plano de sessão: Apresentar o projeto de estágio e clarificar a *check-list*.

Formador: Maiko Barboza

Data:18/03/21

1. Os objetivos propostos foram cumpridos?

Sim () Em parte () Não () Não se aplica ()

2. A metodologia foi adequada?

Sim () Em parte () Não () Não se aplica ()

3. A linguagem utilizada foi clara e assertiva?

Sim () Em parte () Não () Não se aplica ()

4. Houve capacidade para o esclarecimento de dúvidas?

Sim () Em parte () Não () Não se aplica ()

Observações/Sugestões: _____

APÊNDICE XX: Protocolo da Prevenção da Infecção da Ferida Cirúrgica no Doente Neuro-Oncológico

PROTOCOLO

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DA INFEÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA NO DOENTE NEURO-ONCOLÓGICO

Palavras-chave – doente neurocirúrgico, ferida cirúrgica, prevenção de infeção, infeção, intervenções de enfermagem.

INTRODUÇÃO

As infeções associadas aos cuidados de saúde representam, em todo o mundo, a complicação mais comum que coloca em causa a segurança do doente, sendo que, no doente neurocirúrgico pode levar a consequências muito graves. A sua prevenção é um processo complexo, que envolve várias medidas que devem integrar o período pré, intra e pós-operatório (WHO, 2016). Atualmente, assume-se como um desafio para todos os profissionais de saúde e inerentes ao doente e ao internamento. Muitos são os fatores, que podem contribuir para o aparecimento de infeção, nomeadamente, o tabagismo, diabetes, obesidade ou até mesmo a duração do internamento (Gisellepie et al., 2014). Estes, fazem com que a prevenção da infeção da ferida cirúrgica (IFC) seja um processo complexo, que envolve uma série de medidas preventivas.

A IFC é considerada uma das infeções mais comuns, sendo a terceira mais frequente em Portugal e na Europa, com taxas variáveis consoante o procedimento cirúrgico (DGS, 2013a). Pode-se definir uma IFC como “uma infeção relacionada com o procedimento cirúrgico que ocorre no local da incisão ou próximo dela, em até 30 dias após a intervenção cirúrgica ou em até um ano após uma prótese ou transplante” (DGS, 2013b). O risco de adquirir uma IFC varia de acordo com o procedimento cirúrgico e os doentes que adquirem uma IFC têm 60% maior probabilidade de agravamento do seu estado clínico, cinco vezes maior probabilidade de serem re-internados e duas vezes maior probabilidade de morte associada (PNCI, 2012).

No serviço de neurocirurgia do Hospital C nota-se diariamente que existe um número significativo de IACS (infeções associadas aos cuidados de saúde), destacando-se de entre elas a IFC. Existem algumas medidas preventivas que se encontram em vigor no serviço, mas existem outras que podem ser implementadas. Também as que existem podem sempre ser melhoradas. Contudo no Serviço não

existe um documento orientador da melhor prática de cuidados à ferida cirúrgica razão pela qual se decidiu realizar este documento.

A neurocirurgia é uma especialidade que assegura o diagnóstico e tratamento de doenças do sistema nervoso central (SNC), periférico e autónomo, incluindo doenças de natureza traumática, degenerativa, infecciosa, malformativa ou tumoral, que envolvam crânio, medula espinhal, nervos periféricos e ráquis ósseos. Apesar da incidência das IFC, em contexto de neurocirurgia, aparentemente ser mais baixa, quando em comparação com outros tipos de cirurgias, quando existem, as suas consequências podem ser catastróficas. Uma IFC, em contexto neurocirúrgico, em geral manifesta-se através de infeção da pele, meningite, empiema, infeção óssea, cerebral e abscessos (Sturm, 2009). Um abscesso epidural, subdural ou intramedular, por exemplo, sem um diagnóstico e tratamento eficaz, pode evoluir para discite, osteomielite, meningite, sépsis e, ainda, provocar défices neurológicos graves ou mesmo a morte (Jalai et al., 2016).

OBJETIVOS

- Normalizar as práticas de cuidados de enfermagem que visam reduzir a infeção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico;
- Reduzir as taxas de infeção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico.

MATERIAL E MÉTODOS

- Referências bibliográficas atuais e pertinentes;
- Preparação de *check-list* para prevenção de infeções da ferida cirúrgica ao doente neuro-oncológico;
- Redação de protocolo para prevenção da infeção da ferida cirúrgica no doente neuro-oncológico
- Apresentação do projeto de estágio e do protocolo aos colegas do serviço;
- Implementação da teleconsulta para vigilância da ferida cirúrgica no período pós-alta.

RESULTADOS

Os resultados da implementação deste protocolo serão visíveis após implementação do mesmo, bem como da *check-list*.

É esperado que pela prevenção, aumento da vigilância bem como deteção precoce de possíveis infeções que a taxa de infeção e reinternamentos por infeção sofra uma redução de incidência.

PROCEDIMENTOS

Pretende-se iniciar o preenchimento da *check-list* no pré-operatório e finalizá-la no pós-operatório.

Pelo tempo reduzido de internamento decidiu-se complementar o projeto inicial de utilização da *check-list* com consultas telefónicas de enfermagem para obter informação relativa à evolução da ferida cirúrgica após cirurgias realizadas na Neurocirurgia, orientação do utente e esclarecimento de dúvidas.

CONCLUSÕES

A implementação da *check-list* e da teleconsulta são uma mais-valia para o serviço de Neurocirurgia tendo como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, da segurança e satisfação dos doentes neurocirúrgicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direcção-Geral da Saúde (2013). *Portugal – Controlo da Infecção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2014*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido 18/02/2021. Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticasde-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-eresistencia-aos-antimicrobianosem-numeros-2014-pdf.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2013). *Norma de Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido 15/02/2021. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norman0242013-de-23122013-pdf.aspx>

Jalai, C.M., Worley, N., Poorman, G. W., Cruz, D.L., Vira, S. & Passias P. G. (2016). Surgical site infections following operative management of cervical spondylotic myelopathy: prevalence, predictors of occurrence, and influence on perioperative outcomes. *Eur Spine J*, 25 (6), 1891-18196. DOI:10.1007/s00586016-4501-9

Gillespie, B. et al. (2014). Postsurgery wound assessment and management practices: a chart Audit. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3250–3261. doi: 10.1111/jocn.12574

OMS (2009). *Linha de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 15-02-2021. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/8/9789241598552_por.pdf?ua=

Sturm, L. K. (2009). *Neurosurgical Surgical Site Infection: Rates and Prevention Strategies*. International Federation of Infection Control, 5(2), 1-3. Doi: 10.3396/ijic.V5i2.016.09

World Health Organization (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility*

level. Geneva: WHO Library. Acedido em 05.01.2021. Disponível em:
<http://www.who.int/infectionprevention/publications/ipc-componentsguidelines/en/>

APÊNDICE XXI: Análise *SWOT*

