



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Sónia Marisa Rodrigues Lima

Lisboa, 10 de Maio de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Sónia Marisa Rodrigues Lima

Sob orientação da Prof.^a Isabel Rabiais

Lisboa, 10 de Maio de 2012

RESUMO

O presente relatório consiste numa descrição do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preconizado pelo Plano de Estudos Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na vertente de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP) / Instituto de Ciências da Saúde (ICS).

A Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica é composta por três módulos nomeadamente: o módulo I- Urgência; módulo II- Cuidados Intensivos e o módulo III- Opcional.

O módulo I – Urgência – foi-me creditado pelo conselho científico da UCP/ICS por ter desenvolvido competências nessa área desde Janeiro de 2007 até à presente data no Serviço de Urgência Central do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria.

No módulo II – Cuidados Intensivos optei pela Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital de Santa Marta. Neste módulo, desenvolvi competências e mobilizei conhecimentos inerentes à prestação de cuidados ao doente de alto risco e família/pessoa significativa submetido a cirurgia cardíaca. Tendo sido detetadas necessidades formativas inerentes à comunicação entre as equipas de enfermagem, foram desenvolvidas atividades e estratégias com o intuito de promover a mudança e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O módulo III - Opcional foi realizado no Bloco de Urgência Central do Centro Hospitalar Lisboa Norte Hospital de Santa Maria. Proporcionou a aquisição de competências especializadas na área científica, técnica e relacional e na prestação de cuidados em contexto perioperatório promovendo desta forma a comunicação e o conforto do doente e família/pessoa significativa no decurso deste processo.

Através deste relatório pretende-se documentar as aprendizagens e competências desenvolvidas ao longo do percurso de formação, bem como o seu impacto na prestação de cuidados, na formação e gestão dando visibilidade ao desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista.

Palavras - chave:

Enfermeiro Especialista, Competências Especializadas, Comunicação, Conforto

ABSTRACT

This report consists on a description of the Medical Surgical Nursing internship, in accordance with the Curricular Plan of the Nursing Masters Degree, in the area of Medical Surgical Nursing Specialization of Universidade Católica Portuguesa (UCP) /Institute of Health Sciences (ICS).

The Medical Surgical Nursing internship comprises three modules, namely: Module I- Urgency, Module II- Intensive Care and Module III-Optional.

Module I – Urgency – was certified to me by the Scientific Council of UCP/ICS acknowledging the development of skills in that area since January 2007 to the present date in the Central Urgency Unit of the Northern Lisbon Hospital Center – Hospital de Santa Maria.

In module II – Intensive Care I chose the Intensive Care Unit of Cardiothoracic Surgery of the Central Lisbon Hospital Center – Hospital de Santa Marta.

In this module, I developed skills and applied the know-how related to care provision to high-risk patients and family / significant person undergoing cardiac surgery. Training needs were detected, related to the communication between nursing teams. As such, activities and strategies were developed in order to promote change and consequently the improvement of care provision standards.

Module III (optional) was carried out in the Central Emergency Bloc of the Northern Lisbon Hospital Center – Hospital de Santa Maria. This internship allowed me to acquire expertise in scientific, technical, relational and caring in the perioperative period promoting communication and patient comfort and family / significant person during this process.

The purpose of this report is to document the learning and skills developed throughout the course of training as well as its impact on care, training and management by giving visibility to the development of skills of the Nurse Specialist.

Keywords:

Nurse Specialist, Specialized Skills, Communication, Comfort

AGRADECIMENTOS

Um muito obrigado a todos os orientadores de estágio, Enfermeiras Rosário Favita, Alda Catela, e Bruno Mestrinho pelos momentos de aprendizagem, incentivo, esclarecimento e de partilha.

À minha tutora, Professora Isabel Rabiais, um agradecimento especial por toda a orientação pedagógica ao longo da realização deste percurso, o estímulo contínuo, as indicações sempre rigorosas e necessárias, que foi sugerindo ao longo do mesmo e toda a disponibilidade.

A toda a minha equipa de enfermagem, colegas e amigos um agradecimento muito especial por todo o encorajamento e disponibilidade.

Às amigas Ana Oliveira e Susana Mendonça pelo apoio, incentivo e dedicação nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais e irmã, digo um... obrigado por tudo!

ABREVIATURAS

Enf. - Enfermeiro

Enf.^a - Enfermeira

Enf.^a Especialista - Enfermeira Especialista

Prof.^a - Professora

SIGLAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros das Salas Operatórias Portuguesas

ASA - American Society of Anestheologists

AO - Assistente Operacional

BIA - Balão intra-aórtico

BUC - Bloco Operatório de Urgência Central

CCIH - Comissão de controlo de infeção hospitalar

CIA - Comunicação interauricular

CIV - Comunicação interventricular

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHLN - Centro Hospitalar Lisboa Norte

CHLC - Centro Hospitalar Lisboa Central

EPE - Entidade Pública Empresarial

ESPS - Escola Superior Politécnica de Saúde

ESCALA SF-36 V2 – Medical Outcomes Study 36- Item Short Form SF-36, version 2

HSM - Hospital de Santa Maria

HSMarta - Hospital de Santa Marta

HPV- Hospital Pulido Valente

H1N1- Influenza A subtipo H1N1

IACS- Infecções associadas aos Cuidados de saúde

ICS - Instituto Ciências da Saúde

MRSA- Staphylococcus aureus resistente a meticilina

NC - Neurocirurgia

OE - Ordem dos Enfermeiros

ORL - Otorrinolaringologia

ORT - Ortopedia

PCR - Paragem cardiorespiratória

RASS - Escala de Richmond de Agitação Sedação

SO - Sala de Observação

SR- Sala de Reanimação

SRI - Sala de Reanimação I

SRII - Sala de Reanimação II

ST1- Sala de Tratamentos I

ST2 - Sala de Tratamentos II

ST3 - Sala de Tratamentos III

SUC - Serviço de Urgência Central

SU - Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UCICCT - Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardioracica

VAD - Via Aérea Difícil

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	2
2. JUSTIFICAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	6
2.1- MÓDULO III – BLOCO OPERATÓRIO	7
2.2- MÓDULO II- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	7
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS....	8
3.1-MÓDULO III – BLOCO OPERATÓRIO (BO)	9
3.1.1- Atividades e competências desenvolvidas	10
3.2- MÓDULO II- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	25
3.2.1- Atividades e competências desenvolvidas	25
3.3- MÓDULO I- URGÊNCIA	41
3.3.1- Atividades e competências desenvolvidas	41
4. CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO.....	50
5. CONCLUSÃO	51
6. BIBLIOGRAFIA	53
7. APÊNDICES	56
APÊNDICE I - Norma relativa às funções do Enfermeiro Circulante no BUC.....	57
APÊNDICE II- Poster de Via Aérea Difícil.....	58
APÊNDICE III - Proposta de Carro de VAD/Revisão Bibliográfica.....	59
APÊNDICE IV - Proposta de Norma inerente ao «desfibrilhador».....	60
APÊNDICE V - Cartaz inerente às novas Guidelines de SAV	61
APÊNDICE VI - Poster de sensibilização «Comunicação com a família/pessoa significativa»	62
APÊNDICE VII- Manual de acolhimento/integração do Assistente Operacional.....	63
APÊNDICE VIII - Check-list de passagem de turno individual	64
APÊNDICE IX - Check-list de passagem de turno em grupo.....	65
APÊNDICE X - «Comunicação entre as equipas de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica no Hospital de Santa Marta E.P.E» ...	66
APÊNDICE XI - Reunião informal «Comunicação na UCICCT»	67

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos tem-se verificado uma evolução tecnológica na área da Saúde. O aparecimento de novos equipamentos, tratamentos modernos, cirurgias, infra-estruturas hospitalares e o progresso na formação académica dos profissionais de saúde conduziram a uma melhoria significativa na prestação de cuidados.

A melhoria da prestação de cuidados é resultado de uma união notável entre os diferentes profissionais que constituem uma equipa multidisciplinar. Esta equipa é composta por profissionais de saúde que se articulam com os seguintes objetivos comuns: a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reinserção do doente e família/pessoa significativa.

Considerando esta perspetiva, assumi mobilizar e transferir ao longo de todo o percurso duas dimensões que considero basilares para uma prestação de cuidados diferenciada e de qualidade: a **Comunicação** e o **Conforto**.

A Comunicação tem assumido um valor fundamental aos olhos da sociedade, provavelmente pelo desenvolvimento tecnológico a que se tem assistido, aos avanços no processo de cura e aos meios de comunicação. Todos estes fatores conduziram a uma maior exigência dos indivíduos face há prestação de cuidados de saúde. A Comunicação tem-se revelado como eixo estruturante no cuidar do doente e família/pessoa significativa. No decurso de todo este processo de Cuidar, é fulcral a existência de uma comunicação eficiente e de qualidade entre os seus elementos envolventes.

Enquanto profissionais de saúde e prestadores de cuidados, a Comunicação é considerada a pedra basilar em todas as suas interações com o doente, família/pessoa significativa bem como os restantes profissionais de saúde. Permite a partilha de conhecimentos, informações, experiências, sensações, medos e sentimentos sendo que o seu valor « [...]sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente» BARBOSA et al (2010, p463).

A Enfermagem no decorrer da sua evolução e enquanto profissão devidamente regulamentada pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE)¹ e pela Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece que o Enfermeiro enquanto profissional de saúde que presta cuidados gerais e especializados ao doente e família, deve ser dotado de capacidades comunicacionais, e reconhecer estratégias que visem o estabelecimento

¹ Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

de uma comunicação eficaz contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados, e para a criação de uma relação terapêutica com o doente e família/pessoa significativa.

Neste sentido torna-se evidente a importância que as capacidades comunicacionais assumem para a Enfermagem nos seus campos de intervenção. TRAVELBEE citada por TOMEY et al. (2004) considera que a comunicação é um processo que possibilita à enfermeira criar uma relação interpessoal permitindo-lhe «[...] *assistir os indivíduos e as famílias na prevenção e lidar com a experiência da doença e sofrimento [...] ajudá-los a encontrar sentido nestas experiências*» TOMEY et al. (2004, p469).

A comunicação consiste na transmissão e interpretação de uma mensagem entre dois elementos. Implica ouvir mas sobretudo escutar o outro. O ato de escuta é voluntário e exige um envolvimento integral, sensorial e intelectual permitindo ao enfermeiro identificar as necessidades do doente/família/pessoa significativa. Para dar resposta a essas necessidades, o enfermeiro estabelece em conjunto com o doente e família/pessoa significativa uma relação de ajuda de carácter terapêutico. Tal como reforça LAZURE (1994, p16) «*em relação de ajuda a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial que o enfermeiro deve desenvolver, pois é a única via de acesso à compreensão dos clientes*».

Para PHANEUF (2005), a relação de ajuda é particular e engloba um encontro entre o enfermeiro, e o doente e família/pessoa significativa. Baseia-se numa comunicação eficaz, profunda, de partilha e exige confiança, respeito e segurança mútua.

Sob este prisma e considerando a filosofia humanista de ROGERS (2009) a relação de ajuda é primordial, interpessoal, pois é encarada não somente como um utensílio de cura, mas como uma forma de ajuda e de auto realização da pessoa cuidada.

Os enfermeiros enquanto profissionais de saúde e prestadores de cuidados, para promoverem o Conforto recorrem à relação de ajuda estabelecida com o doente e/ou família/pessoa significativa. Esta relação permite-lhe identificar as suas principais necessidades de Conforto e evocarem estratégias que contribuam para o conforto da pessoa sã ou doente.

Em Enfermagem, o Conforto não se limita a um único modelo, pela sua complexidade expressa-se em diversos modelos conceptuais defendidos por diferentes teóricos que contribuíram para a Teoria do Conforto. Salientam-se os autores tais como Florence

Nightingale, Morse, Leininger, Watson e Kolcaba que trouxeram importantes contributos para o Conforto no processo do cuidar.

Em séculos anteriores, Florence Nightingale citado por KOLCABA (2003) fazia referência ao Conforto, mencionando que a observação não procura apenas informações ou factos. É um instrumento que permite salvar a vida aumentando a saúde e o seu conforto. KOLCABA (2003) defende que a teoria do Conforto é dotada de simplicidade, valorizando os cuidados básicos de Enfermagem, que Florence Nightingale defendia nomeadamente: em controlar e valorizar o ambiente dos indivíduos e das famílias, tanto dos saudáveis como dos enfermos, NIGHTINGALE (2005).

O Conforto é considerado como uma experiência momentânea, holística e multidimensional que vai crescendo através da satisfação das necessidades humanas inerentes a cada pessoa KOLCABA (2003). A teoria do Conforto apresenta três sentidos técnicos: a tranquilidade, que representa o estar tranquilo/satisfeito; o alívio, descrito como o estado de ter um desconforto aliviado; transcendência, é o estado no qual alguém se encontra acima dos problemas ou dor. O conforto implica também quatro principais dimensões: física (sensação do corpo); psicoespiritual; ambiental; social (relações interpessoais, familiares e sociais) KOLCABA (2003).

Perante estas dimensões, a Enfermagem deve apresentar uma abordagem multidimensional proporcionando um cuidar que inclua a satisfação das necessidades individuais do doente e família/pessoa significativa minimizando o seu desconforto. A relação de interação estabelecida entre o enfermeiro e o doente/família/pessoa significativa através da comunicação permite que o enfermeiro ofereça confiança, conforto e apoio em todo o processo de cuidar, STEFANELLI (1993). Para «[...] *promover o conforto o enfermeiro tem de inspirar confiança*», WATSON (2002, p129).

O Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização Médico-cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), visa o desenvolvimento de competências especializadas para a assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com patologia grave sendo especialmente designado para a assistência ao doente em estado crítico.

O enfermeiro Especialista é detentor de:

«[...] um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde [...] demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção»

conforme o descrito no Diário da República Portuguesa (DRP)². Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2005) o enfermeiro Especialista é dotado de um curso de especialização que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar além dos cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados da sua área de especialização.

De acordo com o plano de estudos do Curso foram desenvolvidos três estágios:

- Módulo I- Urgência (SU) - Serviço de Urgência Central no CHLN - HSM que decorreu no período compreendido entre 27 de Novembro de 2011 e 24 de Janeiro de 2012;
- Módulo II- Unidade de Cuidados Intensivos UCICCT no CHLC - HSMarta que decorreu no período compreendido entre 26 de Setembro de 2011 e 24 de Novembro de 2011;
- Módulo III- Bloco Operatório - BUC no HSM que decorreu no período entre 27 de Abril e 24 de Junho de 2011. Todos estes estágios encontram-se integrados na Unidade Curricular “Estágio em Enfermagem Médico - Cirúrgica”.

O estágio do Módulo I foi creditado pela Universidade Católica Portuguesa (UCP) - Instituto de Ciências da Saúde (ICS) tendo por base a minha experiência profissional de cinco anos no serviço de urgência central (SUC). Neste serviço desempenho as seguintes funções: coordenação de equipa; gestão de recursos materiais e humanos; prestação de cuidados ao doente em situação crítica; desenvolvimento de formação no contexto laboral a estudantes de Enfermagem e colaboração na integração de enfermeiros no SUC. No capítulo seguinte serão abordadas em maior detalhe as funções por mim desempenhadas no referido serviço.

O presente relatório tem como principal objetivo descrever a análise reflexiva e crítica de todo o meu percurso de estágio enquanto estudante de Mestrado na Área de

² Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011²

Especialização Médico-Cirúrgica, contribuindo desta forma para o desenvolvimento de espírito de auto-análise, reflexão e avaliação crítica. Este processo desenvolveu-se em torno dos objetivos por mim delineados para os respetivos campos de estágio e que me possibilitaram a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira Especialista.

Este documento encontra-se estruturado em cinco capítulos: o capítulo 1 corresponde à introdução onde é descrita a temática abordada nos estágios; no capítulo 2 farei uma breve justificação dos locais de estágio. No capítulo 3, segue-se uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas, onde relato os objetivos definidos em projeto de estágio, e as situações/problemas identificados. Posteriormente será realizada uma análise crítica e serão descritas as estratégias utilizadas com o intuito de alcançar as competências definidas pelo plano de estudos da UCP/ICS, de acordo com o conteúdo funcional da Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei nº. 437/91). No capítulo 4 irei descrever os contributos do estágio para a minha prática profissional. Por último no capítulo 5 encontra-se uma conclusão deste percurso de aquisição de competências enquanto enfermeira especialista e algumas sugestões que considero importante referir neste percurso académico. Nos apêndices, encontram-se organizados os trabalhos desenvolvidos no decurso dos estágios que contribuíram de forma inequívoca para a aquisição de competências enquanto enfermeira Especialista.

2. JUSTIFICAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Os estágios a desenvolver neste curso foram realizados tendo em conta as opções do próprio estudante. Os meus estágios desenrolaram-se em duas entidades hospitalares de grande relevo a nível do Sistema Nacional de Saúde, no Centro Hospitalar Lisboa Norte-E.P.E, Hospital de Santa Maria (HSM) e Centro Hospitalar Lisboa Central-E.P.E, Hospital de Santa Marta (HSMarta).

Dos três estágios programados no plano curricular apenas realizei dois: o Módulo II - Cuidados Intensivos (UCI) e o Módulo III - Bloco Operatório (BO). Com o intuito de efetuar uma sequência nos estágios realizei inicialmente o Módulo III - Bloco Operatório de forma a adquirir e consolidar alguns conhecimentos relativos ao perioperatório. Seguidamente optei por realizar o Módulo II - Cuidados Intensivos onde são admitidos doentes submetidos a cirurgia cardíaca ou torácica. Esta sequência de

estágios permitiu-me mobilizar conhecimentos do BUC para a UCI o que me possibilitou antecipar algumas complicações que poderiam emergir no pós-operatório imediato.

2.1- MÓDULO III – BLOCO OPERATÓRIO

Neste módulo a minha preferência perante as várias opções apresentadas no plano curricular foi Bloco Operatório (BO). No serviço onde desempenho funções um dos seus setores integrantes é o BO. Como tal considero importante, desenvolver alguns conhecimentos e competências nesta área. Sempre considerei o BO como uma das áreas que me estimulou interesse em aprofundar conhecimentos sobre as funções de circulação, anestesia e instrumentação. É um serviço que exige uma integração morosa mas que possibilita a aquisição de competências numa área específica e necessária por vezes muito útil em situações de emergência.

A seleção deste estágio assentou, essencialmente na circunstância de ter enriquecido conhecimentos nesta área, permitindo-me mobilizar conhecimentos da teoria lecionados no curso de Mestrado na área Médico-Cirúrgica para a prática. A complexidade dos conhecimentos desenvolvidos tornaram-se fundamentais para desenvolver competências que perante determinados contextos complexos (situações de emergência) me possibilitaram prestar cuidados com eficácia e qualidade no respetivo setor integrante do SUC, dimensões sobre as quais irei refletir seguidamente.

2.2- MÓDULO II- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Neste módulo, optei por realizar o meu estágio no Hospital de Santa Marta (HSMarta). Este hospital é uma unidade hospitalar que se encontra inserida no Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E (CHLC), em conjunto com outras cinco unidades hospitalares nomeadamente: Hospital de São José, Hospital Dona Estefânia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Hospital Curry Cabral e Maternidade Alfredo da Costa (Portaria Nº 172/2011, de 27 de Abril DR nº 81, Série I, 27 de Abril de 2011).

É um hospital central especializado, cujo objetivo é a prestação de cuidados de saúde altamente especializados na área de cirurgia cardíaca, torácica, vascular e pneumologia. A sua área de influência abrange Lisboa, Sul e Ilhas (Açores e Madeira) e os Países

Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP's), segundo os indicadores do HSMarta³.

O HSMarta visa tratar doentes com eficiência respeitando a dignidade humana de cada indivíduo, promovendo a sua satisfação e encorajando as boas práticas contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Todos os cuidados e tratamentos, baseiam-se na ética e deontologia profissional, na utilização eficaz de recursos, na cooperação com entidades externas, no desenvolvimento e enriquecimento dos seus princípios e valores, contribuindo desta forma para o aperfeiçoamento e promoção de boas práticas médicas e de Enfermagem. Foi uma instituição para a qual tinha enorme interesse em conhecer toda a sua filosofia, missão e valores em vigor.

Relativamente ao serviço a minha preferência recaiu na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica (UCICCT). Este é um serviço de grande prestígio baseado numa filosofia de boas práticas, onde são realizadas cirurgias cardíacas, torácicas envolvendo também a transplantação pulmonar e cardíaca.

É uma área de extrema relevância para a qual sempre tive um enorme fascínio em desenvolver e consolidar conhecimentos bem como, em ampliar competências enquanto enfermeira Especialista. A meu ver, desde o início considerei que este estágio contribuiria para o enriquecimento do meu percurso profissional e pessoal. Isto porque a longo prazo um dos meus objetivos profissionais será desempenhar funções enquanto enfermeira especialista num serviço de Cirurgia Cardiorácica.

Porém, dado que me encontro a frequentar um Curso de Mestrado de Especialização na área Médico- Cirúrgica, esta foi uma oportunidade para desenvolver competências nesse contexto específico. Permitiu-me também mobilizar e aplicar todos os conhecimentos adquiridos na teoria e consolidar os já existentes.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

No decurso dos estágios previamente delineei num projeto de estágio os meus principais objetivos. Foram esboçados objetivos gerais e específicos para cada estágio com o intuito de desenvolver as competências de enfermeiro Especialista descritas pela UCP-ICS e regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pelo Diário da República Portuguesa (DRP).

³ Consultado em: <http://www.hsmarta.min-saude.pt/>

Perante cada estágio optei por realizar reflexões críticas das atividades desenvolvidas tendo por base os objetivos esboçados o que me facilitou toda a organização e estruturação do presente relatório. Em cada módulo irei descrever uma breve caracterização dos serviços e seguidamente as principais ações realizadas e competências adquiridas. Os estágios foram enriquecedores pois permitiram conciliar a experiência profissional com os conhecimentos científicos e práticos obtidos nesta formação pós graduada.

3.1-MÓDULO III – BLOCO OPERATÓRIO (BO)

Sendo este um dos setores integrantes do serviço onde desempenho funções de cuidados gerais e conhecendo toda a realidade prática, os objetivos traçados para este estágio basearam-se nas minhas necessidades individuais e nas do serviço, contribuindo desta forma para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente e família/pessoa significativa em contexto perioperatório.

Para este estágio defini como objetivo principal: Prestar cuidados de Enfermagem, que impliquem conhecimentos especializados na área de enfermagem médico-cirúrgica a doentes de médio e alto risco no perioperatório. Tendo por base este objetivo desenvolvi três objetivos específicos:

- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados especificamente na área da promoção da segurança do doente contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no perioperatório;
- Promover o conforto/comunicação do doente/família/pessoa significativa no perioperatório desenvolvendo competências na área relacional, comunicacional e técnica;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através da elaboração de um Guia de integração de assistentes operacionais (AO's) no BUC.

A concretização destes objetivos realizou-se gradualmente à medida que fui adquirindo autonomia no BUC. Toda a minha integração em parte esteve facilitada, dado que já conhecia previamente toda a equipa de enfermagem, isto porque asseguro a prestação de cuidados gerais no recbro anestésico (UCPA) sempre que necessário. Porém,

considerarei pertinente realizar a minha apresentação perante a equipa de enfermagem nesse período concreto enquanto estudante do Curso de Mestrado na área de Especialização Médico-Cirúrgica.

3.1.1- Atividades e competências desenvolvidas

A Associação dos Enfermeiros das Salas Operatórias Portuguesas (AESOP) considera que o Bloco Operatório (BO) é uma unidade autónoma que visa prestar cuidados cirúrgicos e anestésicos especializados cujo objetivo é salvar, tratar e melhorar a qualidade de vida do doente, AESOP (2006).

O BUC (Bloco de Urgência Central) encontra-se localizado no piso 1 na ala central do CHLN- HSM. É um setor integrante do SUC situado junto às Salas de Reanimação (I e II) da Urgência, em frente ao Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

É composto por 5 equipas de enfermagem cada uma delas constituída por 6 elementos (enfermeiros) existindo mais dois elementos em equipa fixa (horários das manhãs) e 7 assistentes operacionais. O BUC possui uma equipa de enfermagem específica que visa a prestação de cuidados no perioperatório ao doente cirúrgico em contexto de urgência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem específicos de qualidade, promovendo a segurança do doente e de toda a equipa cirúrgica.

Estruturalmente o BUC é constituído por duas salas operatórias, sala I - Cirurgia Geral e sala II - especialidades cirúrgicas. É composto por três áreas: livre (corredor comum á passagem de profissionais, materiais e doentes; gabinete de enfermagem, vestiários, instalações sanitárias, «Kanbam» (sala onde existe material devidamente acondicionado em armários sendo repostado diariamente por níveis pelos serviços de farmácia e armazéns); semi - restrita (sala de material esterilizado, recbro anestésico (UCPA), sala de sujos, sala de indução anestésica); restrita (duas salas operatórias e uma sala de desinfecção). Possui uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) com lotação para três doentes. Os cuidados prestados nesta unidade são assegurados pelos enfermeiros do SUC e do BUC.

A circulação dos profissionais no BUC é realizada através de um corredor central. Este corredor une as três áreas: livre; semi-restrita; restrita. Porém, estas áreas não se

encontram separadas por nenhuma barreira física. Toda esta disposição física leva a que por vezes os profissionais não cumpram as devidas precauções face às diferentes áreas de circulação.

Como tal, no percurso deste estágio mobilizei conhecimentos alcançados neste curso e na prática diária que me permitiram sensibilizar toda a equipa cirúrgica. Estas ações de sensibilização foram promovidas através de reuniões informais durante a passagem de turno. Considerei importante reforçar alguns aspetos fundamentais para o adequado cumprimento das normas inerentes a cada área do BUC tais como: uso de casacos e objetos pessoais na área restrita; calçado não adequado na área semi-restrita. Verifiquei gradualmente que muitos desses comportamentos foram sendo modificados pela equipa cirúrgica. A equipa considerou relevante a minha iniciativa, transmitindo-me reforços positivos sobre esta intervenção. A meu ver, esta ação de sensibilização foi fundamental o que levou a equipa a refletir e mudar determinados comportamentos zelando assim pela excelência dos cuidados prestados ao doente no perioperatório.

Com o avanço científico e tecnológico em alguns procedimentos cirúrgicos, o enfermeiro que desempenha funções no perioperatório também teve necessidade de melhorar e aprofundar constantemente os seus conhecimentos teóricos e práticos de forma a prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

Na enfermagem perioperatória o enfermeiro é detentor de todo um conjunto de conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais que lhe permitem avaliar as necessidades do doente cirúrgico, planear e prestar cuidados avaliando a satisfação das mesmas. É o único profissional de saúde que presta cuidados através de uma abordagem global, holística e individual, AESOP (2006). Esta foi uma das motivações que me levou a concretizar este campo de estágio, o que me permitiu atualizar e adquirir conhecimentos nesta área específica.

No BUC são realizadas cirurgias de diferentes especialidades tais como: Cirurgia Geral (CG); Neurocirurgia (NC); Urologia; Ortopedia (ORT); Cirurgia Plástica Reconstructiva e Maxilo-facial (CPRMXF); Cirurgia Pediátrica (CP); Cirurgia Vasculuar (CV); Cirurgia Cardiorácica (CCT) apenas em situações excecionais de emergência; Oftalmologia (OFT) e Otorrinolaringologia (ORL).

Perante as diversas especialidades decidi desenvolver o meu estágio neste BUC, com o intuito de adquirir competências científicas e técnicas face às diferentes especialidades

cirúrgicas em contexto de urgência. Tendo por base todos os conhecimentos alcançados neste curso, as necessidades de aprendizagem e as expectativas determinadas para este campo de estágio defini objetivos específicos que cooperassem para a aquisição de competências de enfermeira Especialista em contexto perioperatório.

Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados especificamente na área da promoção da segurança do doente contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no perioperatório.

De acordo com o objetivo específico referido anteriormente e no que respeita à prestação de cuidados, desempenhei funções de circulante e de apoio à anestesia. No decorrer do mesmo, e apesar de não ter projetado como atividade desempenhei funções na Unidade de Cuidados Pós Anestésico (UCPA) também designado por recobro anestésico. Iniciei o estágio nas funções de circulação e posteriormente na área de apoio à anestesia.

A função do enfermeiro circulante exige um elevado nível de conhecimentos científicos e técnicos. De acordo com a AESOP (2006) deve ser desempenhada por um enfermeiro com experiência, dotado de competências científicas e técnicas atualizadas, de modo a dar resposta a qualquer tipo de situação que possa emergir.

O papel do enfermeiro circulante é de extrema importância numa sala operatória. É considerado o verdadeiro «gestor» da sala operatória, valorizando a sua dimensão cognitiva «Saber», a dimensão técnica «Saber fazer» e o respeito pelos valores éticos, deontológicos e relacionais (dimensão relacional) «Saber Estar» no decurso das suas intervenções no BO. Um enfermeiro circulante tem a capacidade de «antecipar» «observar» de forma atenta e perspicaz toda a equipa cirúrgica e o doente. Fundamenta toda a sua prestação de cuidados através de um plano de cuidados humanizados face à pessoa doente. As suas funções dividem-se entre três períodos: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

Na minha prestação de cuidados de enfermagem enquanto enfermeira circulante mobilizei sempre os meus conhecimentos científicos, técnicos e relacionais. A aquisição de autonomia, conhecimentos, experiência e habilidades levaram a que este percurso fosse realizado com sucesso. Para desenvolver um adequado desempenho consultei todos os protocolos e normas existentes no serviço.

No decurso desta pesquisa constatei que seria pertinente elaborar uma atualização dessa norma de forma sucinta e clara com o intuito uniformizar os cuidados prestados e facilitar a consulta de todos os profissionais principalmente o processo de integração dos novos enfermeiros (APÊNDICE I). Tudo isto permitiu-me «*promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros*» e «*colaborar na integração de novos profissionais*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]). Desta forma adquiri as competências especializadas regulamentadas pela OE e incrementadas pela UCP/ICS tais como: «*refletir sobre as minhas ações e dos outros enfermeiros de forma crítica*», «*mantendo de forma continua o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional*»; «*demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]).

Inicialmente no período de integração as minhas funções foram realizadas com a colaboração da enfermeira orientadora e com a restante equipa de enfermagem. Gradualmente alcancei autonomia recorrendo aos conhecimentos científicos, técnicos e relacionais que mobilizei e demonstrei perante a equipa e o doente /família/pessoa significativa. O espírito de iniciativa e colaboração que demonstrei perante as diversas intervenções técnicas contribuiu para revelar «*capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]) respeitando todos os princípios de responsabilidade ética, profissional e de decisão clínica.

Foram várias as cirurgias em que tive oportunidade de prestar cuidado enquanto enfermeira circulante de forma autónoma salientam-se: NC (craniotomia; drenagem de hematoma subdural; esquirolectomia) CG (apendicetomia; colecistectomia; hemicolectomia; esplenectomia) CV (aneurisma da aorta abdominal; aneurisma radial; amputação do membro inferior) ORT (osteossíntese com colocação de próteses) Cirurgia Pediátrica (invaginação intestinal; apendicetomia) Urologia (colocação de Stent; colocação de nefrostomia).

Enquanto enfermeira circulante todas as minhas intervenções basearam-se em cuidados humanizados centrados no doente e na família/pessoa significativa desde o pré-operatório até ao pós-operatório imediato. Estes cuidados não se destinaram somente a um conjunto de ações técnicas ou a meras indicações médicas.

Toda a minha prestação de cuidados enquanto enfermeira Especialista, baseou-se num «todo» holístico valorizando todas as dimensões da pessoa humana. Assim realizei o acolhimento do doente no BUC (corredor de transferência e no interior da sala

operatória). O acolhimento é fundamental pois traduz o primeiro contato do doente com o profissional no BUC. Como tal durante o acolhimento comecei por me identificar perante o doente e família/pessoa significativa, dando o primeiro passo para estabelecer uma comunicação eficaz com o doente. Através da comunicação recorrendo não somente a técnicas verbais mas também não verbais tais como: postura, aparência, olhar, sorriso, escuta e toque permitiu-me interagir com o doente e família/pessoa significativa demonstrando uma atitude empática que me possibilitou a criação de uma relação de ajuda, PHANEUF (2005). Esta relação contribuiu para realizar uma colheita de informações, assimilar características individuais e necessidades inerentes a cada doente, no sentido de estabelecer um plano de cuidados direcionado. Este vínculo foi fundamental para minimizar os sentimentos vivenciados pelo doente tais como: receio dos efeitos da cirurgia e dor. No entanto, foram também transmitidos sentimentos de segurança e tranquilidade promovendo assim a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

Contudo, verifiquei que por vezes muitos profissionais durante o acolhimento não se identificavam perante o doente, o que em parte poderia dificultar toda a relação de interação. Muitos enfermeiros não se identificam perante o doente/família/pessoa significativa dado que dispõem de menos tempo para contactar com doente ou outras vezes porque o doente apenas observa vários profissionais com fardas semelhantes e com o uso de máscara e não memoriza o profissional. Face a esta problemática refleti sobre as minhas ações e as dos outros profissionais.

Considerei importante sensibilizar a equipa através de conversas informais e privilegiei a passagem de turno para promover essa intervenção. A passagem de turno é o momento onde são partilhadas diversas experiências e informações. Foram repartidas diferentes opiniões da equipa. Contudo reforcei a minha opinião baseando-me no facto de que somos profissionais e seres humanos, e que, momentaneamente puder-se-á vivenciar uma situação semelhante. É importante o doente conhecer o nome do profissional a quem se pretende dirigir.

Toda a minha intervenção no decurso do estágio foi importante e bem aceite por toda a equipa. Diariamente pude constatar através da escuta e observação que esse comportamento foi sendo modificado, incentivado e transmitido a todos os enfermeiros e a outros profissionais.

Uma cirurgia não é apenas um ato técnico, é uma intervenção vivenciada, caracterizada como um momento único gerador de stress/angústia não somente para o doente, mas

também para a família/pessoa significativa e por vezes até para os próprios profissionais. É importante o doente saber que existe alguém que naquele momento em que se encontra limitando, zela pelos seus valores éticos/deontológicos, sociais, espirituais e culturais.

Na minha prestação de cuidados humanizados valorizei não apenas todas as necessidades humanas básicas inerentes a cada doente mas também as de carácter singular. Sempre que possível, intervi de forma a satisfazer as mesmas através de um cuidar personalizado, respeitando todas as normas de segurança e de assépsia exigidas no BUC.

Saliento uma situação que me sensibilizou: o Sr. R deu entrada no BUC e no decurso do seu acolhimento referiu que seria importante permanecer com um objeto (colar) na sua mão esquerda pois considerava-o como o seu «amuleto de sorte». Observei que na ausência deste «amuleto» o Sr. R ficaria muito ansioso o que eventualmente poderia prejudicar a sua indução anestésica. Como tal enquanto enfermeira Especialista após escutar e demonstrar uma relação empática para com o doente consegui contornar algumas das normas definidas pelo serviço em prol do Conforto do doente. Comuniquei com a equipa anestésica e permiti que o respetivo «amuleto» o acompanhasse até à indução anestésica. Toda esta intervenção minimizou a angústia marcada pelo doente. Este episódio levou-me a refletir que por vezes, pequenos gestos são desvalorizados pelos profissionais. Esta atitude pode ser causada pela pouca disponibilidade, sensibilidade e receio de punição pelo não cumprimento de determinadas normas estipuladas pela instituição.

O meu objetivo nesta intervenção, não foi evidenciar a diferença ou «sobressair» perante a equipa, mas sensibilizá-la para este tipo de situações. A diferença entre os profissionais deve denotar-se por pequenas ações que se transformam em ações de grande qualidade.

Para além do acolhimento assegurei todos os cuidados de enfermagem tais como: o posicionamento face a cada cirurgia (um posicionamento e o material correto é o sucesso para o procedimento cirúrgico); preparei e repus todo o material inerente a cada cirurgia testando a funcionalidade de todo o equipamento necessário (aspirador, canivete elétrico); orientei novos enfermeiros em processo de integração; elaborei os registos inerentes a cada cirurgia (manuais e informáticos); contabilizei todo o material no decurso da cirurgia com o intuito de minimizar a gestão de risco e promover a segurança do doente. Vigiei atentamente a manutenção da técnica asséptica, através da

limitação de entrada de pessoas na sala prevenindo a sua proximidade a todo o campo estéril.

Acompanhei e colaborei com a enfermeira de apoio à anestesia durante a reversão anestésica do doente. A presença de ambas as enfermeiras é fundamental na medida em que previamente no acolhimento foi estabelecida uma relação de interação.

Esta relação permitiu-me reconhecer as capacidades do doente e incentivá-lo a interpretar a sua dor física, em adotar medidas de Conforto físico e psicológico. Foi importante reforçar sempre as suas idoneidades através de todo o sentimento de respeito, confiança e segurança que promovi anteriormente á cirurgia.

O período de reversão é curto e exige uma monitorização hemodinâmica constante. Como tal a presença de duas enfermeiras é fulcral para estar alerta para possíveis alterações hemodinâmicas e, para motivar o doente a «despertar». Ao reconhecer a voz não vivencia um momento tão hostil. Através destas intervenções *«desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e família/pessoa significativa»* (UCP-ICS/ESPS, [2009]).

Enquanto enfermeira de apoio à anestesia fui responsável pelo doente numa fase em que se encontrava dependente. Toda a minha prestação de cuidados de enfermagem, revelou conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais que permitiram despistar possíveis sinais/sintomas que poderiam emergir atuando em conjunto com o anestesista em situações de emergência.

Durante os turnos que realizei de apoio à anestesia, apercebi-me que existia um défice de material de entubação perante uma situação de Via Aérea Difícil (VAD). Como tal, tendo em conta os conhecimentos que adquiri em contexto académico no curso de Mestrado na área Médico-Cirúrgica, considerei fulcral para a organização do serviço a existência de um «Carro de VAD».

Recorri à pesquisa bibliográfica e solicitei também a colaboração de alguns anestesistas que são especializados em VAD, com o intuito de esclarecerem as dúvidas que foram surgindo. Toda esta pesquisa permitiu-me realizar um trabalho teórico de consulta para todos os profissionais (exposto em dossier do serviço e distribuído um exemplar para cada elemento) e um poster alusivo à temática VAD (APÊNDICE II) exposto na sala de indução anestésica num local de fácil visualização e uma proposta de organização de um «carro de VAD».

Durante as passagens de turno promovi reuniões informais com os enfermeiros e anestesistas, que me possibilitaram divulgar esta proposta, o poster e o trabalho teórico

alusivo ao tema (APÊNDICE III) o que me permitiu demonstrar, «*gerir e interpretar de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional, de vida e da minha formação pós-graduada*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]) e contribuiu para «*tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas na área de especialização*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]).

O *feedback* desta atividade foi bastante positivo quer em relação aos incentivos que me concederam, quer pela própria equipa de trabalho. A proposta foi bem recebida pela Enf.^a Responsável do BUC e pelo Sr. Enf. Chefe de serviço, que me congratularam, elogiando a pertinência e a aplicabilidade do tema. Contudo, a referida proposta ficou em análise para posterior apresentação aos Órgãos Superiores. Reconheço que apesar das inúmeras vantagens que a proposta apresenta, existem contudo desvantagens a nível de custos da própria implementação, que num contexto de crise financeira não deverão ser descurados.

Enquanto enfermeira de apoio à anestesia, incorporei competências especializadas face ao doente em situação crítica no BUC que foram fundamentais nos restantes setores do SUC onde desempenho funções. Demonstrei perante a equipa através da prestação de cuidados de qualidade e tomada de decisão, a capacidade de mobilizar conhecimentos científicos e técnicos, teóricos e práticos exigidos em situações de grande complexidade. Todas estas competências levaram-me a ser considerada uma mais-valia não somente para o BUC mas principalmente para o SUC, onde são poucos os enfermeiros detentores de competências específicas na área da anestesia. Isto possibilitou-me no decurso do estágio e diariamente no SUC uma autonomia e colaboração com toda a equipa de anestesia no SUC na resolução de problemas. Salienta-se alguns exemplos tais como: monitorização de pressão venosa central, linha arterial e capnografia que muitas vezes tem sido colocada em prática em doentes com falência orgânica e instabilidade hemodinâmica numa sala de reanimação (SR).

Na prestação de cuidados na UCPA tive sempre autonomia e dinamismo nomeadamente a exercer funções enquanto enfermeira Especialista no pós-operatório imediato. No recobro anestésico o enfermeiro tem como principal função promover a continuidade dos cuidados iniciados no período pré-operatório.

Promovi o acolhimento do doente no recobro, a avaliação do seu estado de consciência, a sua monitorização, observação e registo constante dos sinais vitais, atuando sempre

em situações de possíveis complicações que pudessem emergir. Desenvolvi atividades agindo de imediato perante possíveis alterações hemodinâmicas. Procedi também ao contato com os diferentes serviços do hospital, após a alta da anestesia, no sentido de agilizar a transferência do doente para os mesmos. Tive oportunidade de comunicar com os familiares e de servir de elo de ligação entre a família e o médico promovendo desta forma a comunicação quer antes e após a cirurgia.

Na UCPA verifiquei através da observação direta e diálogo, que alguns enfermeiros apresentavam algumas dúvidas inerentes ao manuseamento de alguns equipamentos nomeadamente o monitor «desfibrilhador». Assim, face à «*identificação de necessidades formativas*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]) da equipa de enfermagem, propus-me realizar uma norma de utilização do «desfibrilhador» em situações de emergência, para assegurar a segurança do doente e equipa promovendo desta forma o cumprimento de boas práticas de Enfermagem. Utilizando os conhecimentos adquiridos com a prática diária dos restantes setores do SUC, e a aquisição de conhecimentos académicos, elaborei uma norma relativa ao funcionamento, modalidades e modo de utilização do «desfibrilhador» existente nos carros de reanimação (APÊNDICE IV). Tudo isto permitiu-me contribuir para a «*integração e orientação dos profissionais*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]), promovendo a segurança dos profissionais e do doente.

Auscultei perante a equipa de enfermagem uma outra necessidade de formação nomeadamente sobre as novas *Guidelines* de Suporte Avançado de Vida (SAV). Para tal apelando aos conhecimentos científicos e práticos desenvolvidos no decurso da minha experiência e da consolidação de novos saberes durante o curso de Mestrado na área Médico-cirúrgica, considerei indispensável a existência de um cartaz alusivo a esse tema (APÊNDICE V). O cartaz foi colocado num local estratégico e de fácil acesso, junto ao carro de reanimação e a sua divulgação foi realizada através do diálogo em reuniões informais com todos os elementos de enfermagem, com o intuito de serem transmitidos alguns conhecimentos e partilhadas experiências. Toda esta temática foi bem aceite pela equipa o que me permitiu «*promover a formação em serviço*» e «*zelar pelos cuidados prestados*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]) em situação de emergência.

Em todos os contextos e nomeadamente no perioperatório o cuidar humanizado tem adquirido maior importância. Porém muitas vezes numa situação de urgência são

descurados de forma inconsciente. Conhecendo esta realidade a meu ver o conforto e a comunicação são duas dimensões que devem ser mobilizadas diariamente por toda a equipa multidisciplinar. Nesse sentido defini como objetivo:

Promover o conforto/comunicação do doente/família no perioperatório desenvolvendo competências na área relacional, comunicacional e técnica.

O Bloco Operatório (BO) é um serviço dotado de características físicas que constituem de imediato uma barreira á comunicação. O BUC não sendo excepção é dotado de características físicas que lhe concernem um ambiente hostil, «frio», «fechado», de acesso restrito, com vários equipamentos e profissionais, e a luz artificial são alguns dos fatores geradores de stress e angústia não somente para o doente mas também para a família/pessoa significativa que se encontra no exterior do BUC.

Enquanto profissionais de saúde, a comunicação é a pedra basilar em todas as suas interações. Sendo que a *«habilidade para comunicar com o cliente é fundamental para a prática de enfermagem em geral e também no bloco operatório»* AESOP (2006, p37) O enfermeiro no BO deve ouvir e escutar o doente e família/pessoa significativa para desta forma promover um cuidar humanizado e criar uma relação terapêutica.

No BUC dado a inexistência de condições físicas que salvaguardem um local de privacidade para comunicar com o doente (conforme o descrito pelo Artigo n.º 86 *«Do respeito pela intimidade»* da OE [2005])⁴ desenvolvi estratégias que proporcionaram o estabelecimento de uma comunicação aberta, eficaz, clara e segura que contribuíram para a criação de uma relação de interação e conforto com o doente e família/pessoa significativa. Algumas dessas estratégias utilizadas foram: o uso do biombo de forma a construir um pequeno espaço promotor de privacidade e intimidade respeitando todas as normas do bom funcionamento do BUC, utilizando sempre um tom de voz adequado à manutenção de privacidade do doente.

Esses momentos foram oportunos para através do diálogo e de uma conversa informal minimizar muitos dos seus receios à medida que fui esclarecendo muitas das suas

⁴ Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.p 121-141

dúvidas. Sendo que por vezes, considerei pertinente a colaboração do anestesista para esclarecer mitos inerentes à técnica cirúrgica/anestésica: o medo dos efeitos secundários da anestesia e da intensidade da dor.

Em contexto de urgência ao contrário do que é realizado numa cirurgia programada não existe a visita pré-anestésica. Como tal o acolhimento é o único momento em que são esclarecidas dúvidas e medos referidos pelo doente facilitando toda a sua preparação para os diferentes procedimentos cirúrgicos.

A UCPA conhecido por recobro anestésico, foi o setor onde me permitiu aplicar as minhas competências relacionais e comunicacionais não somente com o doente mas também com a família/pessoa significativa que se encontrava no exterior, proporcionando dentro das minhas competências o Conforto das suas necessidades.

FIDALGO (2003, p18) considera que no BO « [...] *todas as acções de enfermagem devem ser revestidas de atitudes cuidativas*» e o doente deve ser «*considerando [...] como um todo, mantendo uma relação de ajuda, que se deve estender à família*».

A meu ver, o acompanhamento da família/pessoa significativa no BO contribui para minimizar a ansiedade e o stress vivenciados quer pelo doente, quer pela família/pessoa significativa. Proporciona um clima de confiança, segurança e bem-estar, o que vai ao encontro do estudo realizado por FIDALGO (2003). Tendo por base este estudo considerei pertinente melhorar a minha intervenção. Neste sentido perante a equipa reforcei a importância da visita de um familiar/pessoa significativa na UCPA sempre que possível. Contudo apercebi-me que quando a visita era permitida os enfermeiros encontravam-se pouco sensibilizados para comunicar com a família/pessoa significativa. Alguns referiam pouca disponibilidade, outros consideravam que a transmissão de informações deveria ser realizada pela equipa médica. Esta situação causou-me alguma inquietação.

Enquanto enfermeiros somos detentores de competências comunicacionais que nos permitem transmitir informação de acordo com a nossa área de competência profissional. Uma comunicação eficaz em tempo útil e momento oportuno dotado de um ambiente propício (gabinete de apoio à família) desmistifica as dúvidas, medos, angústia e o sofrimento da família/pessoa significativa promovendo o seu conforto social, psicoespiritual e ambiental. Tudo isto é traduzido pelo bem-estar e tranquilidade da família/pessoa significativa. Como tal para colmatar esta situação/problema proporcionei momentos de diálogo, reflexão e de partilha de experiências não somente

com os enfermeiros mas com toda a equipa multidisciplinar. Através de reuniões informais durante a passagem de turno e após a cirurgia, fomentei que no processo de recuperação da doença e promoção da saúde, a família/pessoa significativa é um elemento motivacional para o doente. Permite também a adaptação à situação vivenciada no momento pela família/pessoa significativa. Informe também que existe um gabinete de apoio à família no SUC para promover a comunicação com a família/pessoa significativa após cada intervenção cirúrgica.

Com o intuito de reforçar esta problemática, elaborei um poster de sensibilização à comunicação com a família/pessoa significativa tendo sido colocado em dois locais estratégicos: há saída da porta do BUC e na sala de estar do BUC (APÊNDICE VI). Com o decorrer dos dias e após ter terminado o estágio verifico diariamente que existe uma maior preocupação com a família/pessoa significativa não somente em situações complexas. É utilizado várias vezes o gabinete de apoio para promover a comunicação com a família/pessoa significativa após cada ato cirúrgico. Estas ações contribuem para a excelência da qualidade dos cuidados prestados ao doente e família/pessoa significativa.

Na UCPA recorri a todas as minhas competências (científicas, técnicas e comunicacionais) já adquiridas e mobilizei conhecimentos que desenvolvi no curso de Mestrado de Especialização, permitindo-me prestar cuidados humanizados de qualidade ao doente e família/pessoa significativa. Nas diferentes situações que vivenciei através das minhas competências, promovi uma adequada relação de ajuda de caráter terapêutico através de uma comunicação eficaz e de qualidade. Observei que por vezes, o desconforto do doente não se devia à dor, nem às dúvidas pois estas eram esclarecidas há medida que me ia apercebendo. Era atribuído sobretudo à ausência da família/pessoa significativa naquele momento de maior vulnerabilidade.

Perante esses momentos, eliminei um pouco todo o clima hostil e tecnicista do BUC e dei ênfase ao clima de confiança e segurança promovido, favorecendo a expressão de emoções/sentimentos vivenciados pelo próprio doente tais como: medo/stress, sofrimento e morte. O medo das técnicas invasivas, medo de não conseguir comunicar, medo da solidão foi um dos motivos geradores de sentimentos negativos.

Foi fundamental revelar toda a minha disponibilidade, não apenas por palavras mas principalmente por um sorriso, toque, humor permitindo compensar o isolamento vivenciado pela pessoa doente. Transmitem através da minha presença que «[...] não

estava abandonado(a) e «[...] à menor necessidade [...]» PHANEUF(2005, p396) estaria disponível. Em parte a minha atuação contribuiu para minimizar toda a sua ansiedade e desmistificar muitos dos seus sentimentos.

Promovi sempre que possível a entrada de um familiar/pessoa significativa, respeitando a privacidade e individualidade de todos os doentes, mobilizando as cortinas existentes e promovendo um tom de voz adequado, em cada unidade operatória. Na ausência dos mesmos solicitei ao administrativo o seu contato, transmitindo à família/pessoa significativa a informação dada pelo doente promovendo assim o seu conforto psicológico/social.

O desconforto físico muitas vezes surge devido à dor. Porém, o medo da dor e a ansiedade são fatores desencadeantes para aumentar a sua intensidade. Como tal, recorrendo à escala de avaliação da dor em vigor no serviço, avaliei e registei a mesma. Para aliviar a dor e promover o seu conforto físico recorri não somente à administração de fármacos mas também a algumas técnicas de relaxamento e posicionamento (tendo em conta o tipo de cirurgia realizado) sugeridas muitas vezes pelo próprio doente. A instilação de esperança nas suas capacidades de recuperação bem como a valorização da sua resiliência, foram fulcrais para o doente encarar e ultrapassar o momento de dor e medo como sendo mais uma etapa do ciclo da vida.

A comunicação com a família/significativa foi também uma das minhas preocupações. Neste sentido comuniquei sempre com a família quer dentro e fora da UCPA, independentemente da idade do doente. Por vezes dado que não poderia ausentar-me do local, solicitei ao administrativo para encaminhar os familiares até junto à porta do BUC. Comuniquei através de trocas verbais e não verbais estabelecendo uma relação de confiança, empatia e compreensão. Esta relação permitiu-me transmitir informações de cariz simples tal como por exemplo, a estabilidade do doente tendo sempre em conta as minhas competências. Considero importante descrever também uma situação que me causou alguma angústia.

No dia W em que desempenhava funções de circulante deu entrada no BUC, um doente com diagnóstico de uma rutura de aneurisma da aorta abdominal tendo sido submetido a cirurgia. O prognóstico vital era muito reservado contudo dada a gravidade da situação foi transferido para a UCPA. Por decisão médica dado o seu prognóstico, apenas foi dada indicação para estabelecer medidas de conforto farmacológicas. Porém apesar da equipa médica atingir os seus limites de intervenção, enquanto enfermeira Especialista

tive a capacidade de fazer algo mais pelo próprio doente, promover o seu bem-estar e conforto perante uma situação complexa respeitando toda a sua dignidade humana, HESBEEN (1997).

Para além de prestar todos os cuidados de enfermagem humanizados necessários para proporcionar o seu conforto, considerei pertinente relembrar o médico sobre a importância da comunicação com a família que se encontrava no exterior do BUC. Inicialmente o médico encontrava-se um pouco receoso dado que teria de transmitir uma má notícia à família. Como tal demonstrei a minha sensibilidade e incentivei-o também a revelar a sua no momento da comunicação.

Acompanhei-o até ao gabinete de apoio à família para promover todo o ambiente necessário para a transmissão de uma má notícia, BARBOSA (2010). Apercebi-me que a minha presença naquele momento foi fundamental pois constituí uma fonte de segurança para o médico e para a família. Através da comunicação verbal e não verbal, consegui transmitir a minha sensibilidade e empatia apreendendo assim, os sentimentos vivenciados pela família. Demonstrei através do diálogo e comportamento uma atitude de disponibilidade, ajuda e de compreensão «[...] *estar emocionalmente presente* [...]» e «[...] *emocionalmente aberta para a realidade*[...]» da família, SWANSON(1991, p163). Instilei palavras de esperança, coragem e conforto com o intuito de proporcionar uma sensação de bem-estar, capacidade para ultrapassar esta transição e encarar o futuro WATSON (2002). Esta situação levou-me a refletir que ainda há muito a trabalhar para que alguns profissionais revelem a sua sensibilidade e total disponibilidade para sentir, escutar e olhar o doente e a família/pessoa significativa.

Promovi a entrada da família no recobro anestésico e proporcionei o conforto em todas as suas dimensões à família. Respeitei o seu silêncio, choro, o momento de dor e luto vivenciado bem como todos os seus valores sociais, culturais e espirituais. Após a visita a família agradeceu toda a minha disponibilidade e sensibilidade que demonstrei referindo uma frase «*nunca iremos esquecer o que fez por nós*». Todas estas intervenções permitiram-me «*demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e a família/pessoa significativa de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]). Foi uma situação marcante para mim, pois até à data não tinha vivenciado este tipo de situação na UCPA.

Considero que tive uma atitude correta e humanizada que me proporcionou um sentimento de bem-estar e tranquilidade, quer enquanto pessoa e profissional. A equipa

congratulei-me pelo ótimo desempenho que tive perante uma situação cirúrgica tão complexa, demonstrei «[...]uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente» e «capacidade de trabalhar de forma adequada em equipa» (UCP-ICS/ESPS, [2009]).

Um enfermeiro Especialista na área Médico-Cirúrgica não se limita apenas a prestar cuidados de qualidade ao doente e família/pessoa significativa em situação crítica. Traduz também toda a sua capacidade em inspirar e incentivar os profissionais a desenvolver competências, com o intuito de proporcionar a excelência dos cuidados prestados ao doente e família/pessoa significativa. Como tal tive o papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias para a integração de novos profissionais, suportado pelo seguinte objetivo:

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através da elaboração de um Guia de integração de assistentes operacionais (AO's) no perioperatório.

No decurso do estágio apercebi-me que devido à grande afluência de doentes em situação emergente, sendo por vezes necessário entrar em funcionamento uma terceira Sala Cirúrgica. Esta encontra-se localizada no 5º Piso do Bloco Operatório Central. Dada a inexistência de recursos humanos (assistentes operacionais no BUC) sempre que se verifique necessidade de funcionamento nesta sala operatória, todas as tarefas do AO são desempenhadas pelo AO do SUC. Os AO's do SUC, não têm uma adequada integração, preparação e conhecimento em contexto de BO. Paralelamente, muitos dos AO's que desempenhavam funções no BUC (os profissionais com maior experiência) por motivos profissionais saíram do respetivo serviço. A equipa do BUC passou a ser integrada por AO's com pouca experiência.

Como tal e para promover a integração dos assistentes operacionais no serviço considerei pertinente a elaboração e posterior divulgação a toda a equipa de um Manual de Acolhimento/Integração dos AO's, contribuindo desta forma para as boas práticas de cuidados prestados ao doente e família/pessoa significativa. Para proceder á sua elaboração, recorri a pesquisa bibliográfica, a reuniões informais com a enf.^a orientadora, Sr. Enf.º Chefe, Enf.^a responsável do BUC e com as AO's do BUC.

O manual foi divulgado em passagem de ocorrências junto da equipa de Enfermagem e dos AO's. Para facilitar a sua utilização foi distribuído um manual de acolhimento à

Enf.^a Responsável do BUC e a cada equipa de Enfermagem facilitando a sua consulta sempre que necessário (APÊNDICE VII). Desta forma foi alcançado o meu objetivo proposto, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. No dia-a-dia verifiquei que houve uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, diminuiu a possível ocorrência de «erro» promovendo desta forma a segurança do doente e dos profissionais. Os AO's esclarecem rapidamente as suas dúvidas e cumprem eficazmente as suas tarefas. Todo este manual de integração contribuiu para a integração de novos AO's e para uma supervisão adequada de todas as tarefas dos AO's por parte dos enfermeiros do BUC. Esta intervenção traduziu-se numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados resultados observados quer durante e após o estágio.

3.2- MÓDULO II- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Para este módulo desenvolvi objetivos com o intuito de adquirir e mobilizar competências gerais e especializadas na área médico-cirúrgica. Considero que foi um grande desafio profissional e pessoal este percurso perante este contexto específico. Irei inicialmente realizar uma caracterização sucinta do serviço e posteriormente analisar e refletir sobre as atividades e competências desenvolvidas.

3.2.1- Atividades e competências desenvolvidas

Para este estágio defini como objetivo principal: Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados ao doente crítico e família/pessoa significativa submetida a cirurgia cardíaca. Perante este delineei como específicos os seguintes objetivos a alcançar:

- Prestar cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados ao doente adulto/idoso submetido a cirurgia cardíaca com ou sem circulação extra corpórea (CEC) no período pós-operatório imediato;
- Definir estratégias que contribuam para a melhoria da comunicação oral e escrita dos enfermeiros durante a «passagem de turno».

Estes objetivos foram sendo alcançados gradualmente, devido à minha dedicação e à ótima receção por parte de toda a equipa multidisciplinar, principalmente por toda a

equipa de enfermagem. Todos os elementos foram fulcrais para a minha integração para além dos enfermeiros orientadores.

De facto, foi diferente ser acompanhada por dois orientadores o que me possibilitou realizar dois tipos de horário: rotativo e manhãs. No horário rotativo (rolman) acompanhei o enf.º Orientador e, desta forma pude compreender toda a dinâmica do serviço nos diferentes turnos. O horário de manhãs possibilitou-me acompanhar a enf.ª Orientadora e compreender todo o seu papel enquanto enfermeira Especialista, na prestação de cuidados, na área de gestão e investigação.

Toda esta experiência contribuiu para observar e compreender outras formas de gestão de recursos materiais e humanos. A gestão de recursos humanos (nomeadamente a distribuição de enfermeiros e AO's) é realizada pela Sr. Enf.ª Chefe, na ausência da mesma fica à responsabilidade da enf.ª Orientadora.

No que concerne ao material de consumo clínico, hoteleiro e medicação a sua requisição é feita semanalmente. A sua reposição e supervisão são da responsabilidade do enf.º Responsável do setor. Todas estas observações foram fulcrais para estabelecer diálogo através de conversas informais com a enf.ª Orientadora com o intuito de partilhar algumas das minhas competências na área da gestão.

No serviço onde desempenho funções a gestão de materiais e de recursos humanos é realizada de forma diferente. Por exemplo a distribuição dos enfermeiros e AO's é da responsabilidade do enfermeiro coordenador de equipa diariamente.

As requisições de material são efetuados através de um sistema informático que se encontra em ligação direta com os serviços de armazenamento sendo a sua reposição realizada por «níveis» consoante o consumo de material usado. O Enf.º Chefe supervisiona a sua reposição diariamente. Relativamente à medicação existe uma máquina, a «PYXIS», onde estão dispostos todos os fármacos. Esta máquina é repostada diariamente pelos serviços farmacêuticos. A «PYXIS» apenas funciona com os dados biométricos (impressão digital) de cada enfermeiro. A medicação está disposta por gavetas que abrem consoante a prescrição médica e a identificação do doente. Encontram-se em ligação direta com o sistema informático usado no serviço, o ALERT®.

Com este sistema pretende-se: racionalizar a quantidade de medicação evitando o uso excessivo e desperdícios; promover a segurança do doente e do enfermeiro, evitando o erro terapêutico potencialmente prevenível. Este é um sistema que contribui para a qualidade dos cuidados prestados no serviço e poderia também ser útil na UCICCT.

Nesta unidade a medicação é repostada pelo enf.º Responsável de setor num carro de medicação separada por gavetas devidamente identificadas com o nome do fármaco. Tendo em conta a minha experiência, este método acaba por limitar o tempo do enfermeiro e promover a ocorrência de erro medicamentoso, uma distração pode levar à disposição incorreta do fármaco na gaveta. Como tal e parafraseando FRAGATA (2004, p121) a *«prevenção do erro pode considerar-se primária quando atuamos antes de o erro acontecer [...]»*. A partilha da minha experiência diária permitiu-me criar momentos de reflexão por parte do enf.º Responsável de setor, dos enfermeiros Orientadores e da Sr.ª Enf.ª Chefe. Em parte toda a minha opinião e experiência causaram alguma «inquietação», concordando também que na UCICCT, talvez fosse útil, dado que toda a medicação prescrita se encontra informatizada e o uso de um método semelhante no serviço poderia ser útil.

Acompanhei também a enf.ª Orientadora na área de investigação/formação, nomeadamente na sua colaboração em dois trabalhos de investigação que se encontravam a decorrer no serviço: adesão terapêutica do doente e a campanha de sensibilização da lavagem das mãos.

Toda esta experiência permitiu-me para além de colaborar e observar todo o trabalho realizado compreender em que sentido o enfermeiro Especialista tem um papel fulcral na investigação e formação. Considero que o enfermeiro Especialista face às suas constantes atualizações científicas, técnicas e comunicacionais constitui um vetor de mudança na restante equipa incentivando a mudança de determinadas atitudes, conhecimentos e práticas. Esta foi uma experiência que me proporcionou um momento de aprendizagem que poderei aplicar no serviço onde desempenho funções. Pretendo desta forma promover a atualização de conhecimentos da equipa no meu contexto de trabalho através da formação em serviço e em reuniões informais levando desta forma a uma incorporação de novos conhecimentos.

Relativamente á caracterização do serviço de Cirurgia Cardiotóracica do HSMarta, este encontra-se localizado no edifício do Coração no piso 3. É constituído pela Unidade de Cuidados Intensivos (UCI - Adultos) com uma lotação de doze camas devidamente equipadas com todo o material inerente a cuidados intensivos, sendo que três dessas camas se encontram distribuídas por três quartos de isolamento que possuem um sistema de alteração de pressão, positiva ou negativa, de acordo com o tipo de isolamento pretendido. São utilizados maioritariamente em situações de transplantação

pulmonar ou cardíaca, ou em situações de processos infecciosos, nomeadamente por exemplo em situações de MSRA (*Staphylococcus aureus* resistente a meticilina).

A UCICCT é dotada de um espaço físico próprio com tecnologia de vanguarda, enriquecida por uma equipa especializada cujo seu objetivo é a prestação de cuidados de saúde de qualidade a doentes de médio e alto risco submetidos a cirurgia que se encontram em fase pré e pós operatória.

A disposição física em «open-space» permite uma observação direta e uma vigilância contínua de todos os doentes. Os doentes encontram-se separados em unidades individuais com cortinas que são utilizadas como divisórias, promovendo a privacidade e dignidade de cada doente. Todas as unidades respeitam as dimensões recomendadas pela Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH) para a promoção de um ambiente seguro prevenindo desta forma possíveis IACS (infecções associadas aos cuidados de saúde).

O serviço de Cirurgia Cardiorácica é também composto por uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPED); BO; Unidade de Cuidados Intermédios (UCIntermédios); Enfermaria; Consulta Externa (dotada de gabinetes médicos e de enfermagem); gabinete de enfermeira chefe; salas de material de consumo; salas de estar; copa; instalações sanitárias; quarto para pais; sala de reuniões e biblioteca.

Os doentes são referenciados da consulta externa, dos diferentes serviços do Hospital de Santa Marta E.P.E. e também de outras instituições hospitalares. Contudo, apesar do HSMarta não possuir um serviço de atendimento urgente, são encaminhados diretamente para a UCICCT doentes proveniente do SU do HSJ e de outros hospitais, havendo previamente um contato com o médico que se encontra de serviço de urgência interna na UCICCT.

O doente no serviço de CCT é permanentemente acompanhado desde o seu encaminhamento à consulta pré-operatória até à consulta pós alta. Previamente há cirurgia é realizado o acolhimento do doente, são colhidas informações inerentes a antecedentes pessoais e familiares. São realizados ensinamentos inerentes aos cuidados a ter na fase pré-operatória e são transmitidas todas as informações essenciais ao procedimento cirúrgico bem como a todo o circuito que o doente irá realizar. Caso se justifique, e o doente evidencie intenção em conhecer a UCICCT, é-lhe permitida a visita guiada ao serviço com o intuito de minimizar todos os medos e dúvidas. No dia

anterior à cirurgia é preenchido um questionário utilizando a Escala SF-36 V2 com o desígnio de avaliar a qualidade de vida do doente anteriormente à cirurgia.

Após a alta médica e de enfermagem o doente tem acompanhamento na consulta follow-up. Nesta consulta para além de avaliar as necessidades do doente também são aplicados questionários (com itens inerentes á qualidade de vida) presencialmente ou por via telefónica, sendo estes preenchidos pelo enfermeiro, após o 3º dia de alta hospitalar, 30 dias, 3 meses, 6 meses e 1 ano.

A meu ver é uma consulta benéfica para o doente e família/pessoa significativa pois permite um acompanhamento adequado por toda a equipa. O doente encontra-se devidamente «assistido» por toda uma vasta equipa sendo o responsável por todo o seu processo de cura. A equipa multidisciplinar através do seu acompanhamento contribui para o esclarecimento de dúvidas promovendo todo o processo de adesão terapêutica refletindo-se posteriormente na mudança de hábitos e melhoria na qualidade de vida.

Todo o serviço funciona em articulação com os diferentes setores e serviços da instituição e do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC) E.P.E. É composto por uma equipa multidisciplinar com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dietista, psicóloga, administrativos, assistentes operacionais. Desde o início do estágio que demonstrei uma atitude de colaboração e cooperação com toda a equipa multidisciplinar.

Na UCICCT os doentes permanecem em média cerca de 24-48 horas, dependendo da sua evolução clínica, sendo transferidos posteriormente para a unidade de cuidados intermédios que se encontra localizada dentro do mesmo serviço. A sua transferência é realizada com acompanhamento de um enfermeiro e um assistente operacional.

Relativamente às visitas, existem dois períodos de visita: manhã (12-13hrs) e tarde (17-19hrs). No período da manhã apenas é permitida a visita de um familiar; na tarde é permitida a entrada de três familiares.

Toda a equipa revela disponibilidade para comunicar com os familiares dando informação inerente a cada doente tendo em conta as suas competências. Por vezes a família/pessoa significativa do doente submetido o cirurgia encontra-se fragilizada, com dificuldades e em sofrimento.

Os familiares conhecem a qualidade de vida do doente até este período de transição doença/saúde. Demonstram sentimentos de receio e medo face à cirurgia referindo dúvidas relativamente à grande complexidade da cirurgia.

Na nossa sociedade ainda está enraizado o pensamento de que o coração e os pulmões são órgãos vitais para o ser humano, como tal são quase intocáveis. Qualquer abordagem cirúrgica inerente a esses órgãos acarreta medo e sofrimento não somente para o doente, bem como para toda a família/pessoa significativa. Cuidar do sofrimento daquele que não está doente é um fator essencial aos cuidados de qualidade, HESBEEN (1997).

Muitas das vezes a família apenas quer ser compreendida e esclarecida. Quantas são as vezes que os familiares realizam a visita e saem da UCICCT «a chorar?!». A esperança na melhoria da qualidade de vida do doente, o sofrimento, a observação de tantos equipamentos e variada medicação, levam o familiar a refletir de forma negativista sobre o que de facto está a ocorrer. Como enfermeira Especialista, considerei primordial revelar a capacidade de intervir, definir e planear demonstrando ações para minimizar os sentimentos negativos vivenciados pela família/pessoa significativa.

Neste sentido na hora da visita estabeleci sempre uma comunicação eficaz com a família, dado que na minha prática diária a comunicação com a família/pessoa significativa é fundamental.

Foram proporcionados vários momentos para comunicar com a família/pessoa significativa com o intuito de transmitir a informação útil e necessária para colmatar dúvidas e angústias. Para comunicar promovi sempre locais estratégicos tais como: junto da unidade do doente; nas salas de espera valorizando as características inerentes à família/pessoa significativa. Tive sempre o cuidado de me identificar, recorrendo a uma linguagem clara, simples com frases curtas evitando termos técnicos. Transmitem a informação dentro da minha área de competências enquanto enfermeira Especialista, de forma sucinta e gradual, para evitar o excesso de informação assimilada pela família/pessoa significativa podendo eventualmente causar-lhe algum esquecimento.

No decurso do diálogo através de uma conversa informal, fui evidenciando também algumas competências científicas, técnicas e comunicacionais que me permitiram transmitir um sentimento de abertura, confiança, respeito e segurança para com a família/pessoa significativa. Através de todos estes sentimentos comunicados não somente por palavras mas também por técnicas não verbais tais como: o olhar, o toque, o respeito pelas pausas e silêncios permitiram-me clarificar muitas das suas dúvidas, receios e sofrimento.

Considero que a comunicação é a base de todo o cuidar, é o instrumento para otimizar uma relação de interação com a família/pessoa significativa que permite conhecer e compreender a personalidade, as atitudes e o ambiente próprio vivido pelo doente. Facilmente pude identificar, planear e intervir face a determinadas necessidades apresentadas pelo doente e família/pessoa significativa.

Incentivei e transmiti a importância da família/pessoa significativa em comunicar com o doente e participar em todo o processo de humanização de cuidados. O enfermeiro, de acordo com o Artigo n.º 84 «Do dever de informação» da OE (2005, p109) «assume o dever de: a)informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem». Saliento uma das várias situações marcantes neste percurso de estágio: a Sr.ª T, idosa, foi submetida a duplo bypass cardíaco. Dados os seus antecedentes pessoais no pós-operatório imediato ocorreram algumas complicações causando-lhe alguma instabilidade hemodinâmica. Na hora da visita o filho encontrava-se bastante assustado, ansioso com toda a situação clínica da sua familiar dado que existia uma grande quantidade de equipamentos (monitor, ventilador, balão intra-aórtico [BIA], seringas e bombas infusoras) junto à sua mãe. Muito assustado dirigiu-se a mim, sendo nesse dia a enfermeira «responsável» pela doente e, colocou-me algumas questões inerentes à situação clínica da sua mãe. Através de uma linguagem simples, clara e adequada ao familiar, fui esclarecendo gradualmente cada uma das suas dúvidas. Utilizei uma atitude recetiva, de abertura, empatia e compreensão criando uma relação de interação. Considerei pertinente incrementar no momento, uma atividade para incentivar o familiar a colaborar também no processo de cuidar.

Para tal estimei o familiar a «segurar numa espátula» humedecida e hidratar a mucosa oral da sua mãe com o intuito de saciar uma necessidade básica da doente e a sua carência psicossocial.

Observei que ambas tinham sido satisfeitas ao verificar que a doente emitiu um «piscar de olho» e o familiar um sorriso. Através do diálogo apercebi-me que o familiar tinha receio de dialogar com a mãe, pois na sua opinião estando ventilada não poderia escutar nem falar. Demonstrou também algum receio em originar algum tipo de interferência num equipamento podendo prejudicar o tratamento da doente.

Após uma breve conversa onde foram desmistificados alguns medos, o familiar dirigiu-se novamente junto da mãe e conversou. Bastaram algumas palavras emotivas para tranquilizar a agitação vivenciada pela doente. Esta intervenção permitiu-me «demonstrar consciência crítica relacionada com o (a) doente e família», «identificar e

intervir sobre as suas necessidades» através de uma comunicação adequada recorrendo a «[...] técnicas de comunicação aprofundadas[...]relacionando-me de forma terapêutica e respeitando as suas crenças e cultura» (UCP-ICS/ESPS, [2009]). No final da visita o familiar agradeceu-me pelo esclarecimento de todas as suas dúvidas, e por todos os cuidados de qualidade que prestei à doente.

Todo desempenho profissional exige um processo de integração na equipa de saúde e num serviço. Como tal, para alcançar todas as competências especializadas considerei útil prestar cuidados humanizados e personalizados a doentes de médio e alto risco na UCICCT.

Prestar cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados ao doente adulto/idoso submetido a cirurgia cardíaca com ou sem circulação extra corpórea (CEC) no período pós-operatório imediato.

Nos primeiros dias de estágio vivenciei alguma ansiedade e receio pois toda a sua dinâmica, estrutura física e equipa eram me totalmente desconhecidas. Porém, gradualmente ultrapassei esta ansiedade à medida que me integrei na equipa de enfermagem e em toda a dinâmica do serviço. Consultei normas, protocolos médicos e de enfermagem existentes no serviço, para desta forma facilitar todo o meu processo de integração.

No decurso do estágio realizei o acolhimento do doente no pós-operatório imediato na unidade vindo do BO. Procedi aos registos de enfermagem e à passagem de ocorrências de todas as informações pertinentes e úteis, contribuindo desta forma para assegurar a continuidade dos cuidados prestados. Realizei a transferência de doentes da UCI para a UCIntermédios e Enfermaria. Todas estas atividades foram realizadas de acordo com a equipa médica e de enfermagem, o que me permitiu integrar no seio desta equipa e restante equipa multidisciplinar.

A maioria dos doentes vindos do BO encontrava-se sob ventilação assistida, dificultando por vezes a comunicação e todo o processo de colheita de dados. No entanto procedi à colheita de informação reunindo elementos provenientes do processo clínico assim como da equipa médica/enfermagem e respetiva família/pessoa significativa. Considero que este facto permitiu-me, por um lado, elaborar um plano de cuidados direcionado ao doente tendo em conta as suas necessidades e prioridades e, por outro, reforçar o trabalho em equipa com a equipa multidisciplinar. A colheita de dados

que realizei permitiu à equipa ter um maior conhecimento sobre o doente e a sua situação clínica. O trabalho em equipa não se traduz somente pela colaboração mútua entre os diferentes profissionais, saber partilhar informações é algo que enriquece todo o processo do doente e família/pessoa significativa.

No decurso do estágio foi importante saber mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais para enriquecer o meu desempenho. Porém na UCICCT tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos e competências científicas e técnicas através do manuseamento e utilização de tecnologias inerentes a uma UCI tais como: hemodiafiltração contínua (HDFVVC); cell-saver; dispositivos de assistência circulatória (balão intra-aórtico [BIA]). Todas estas novas aquisições de competências permitiram-me dar continuidade aos cuidados de enfermagem. Pude interligar os conhecimentos teóricos lecionados durante o curso com a prática, contribuindo para uma prestação de cuidados dotados de qualidade e eficiência necessários para este contexto específico.

De acordo com PHIPPS et al. (1995) uma unidade de cuidados intensivos é dotada de intervenções médicas e de enfermagem avançadas, com características peculiares que permitem aos enfermeiros o desenvolvimento de competências específicas e especializadas sendo o enfermeiro o elemento fulcral numa UCI.

Enquanto enfermeira Especialista mobilizei conhecimentos teóricos e práticos adquiridos no BUC e no serviço onde desempenho funções bem como os provenientes da formação pós-graduada, adotando-os às diferentes situações. Demonstrei através da minha atuação a capacidade de tomada de decisão, de identificar, planear e intervir na resolução de problemas de forma autónoma e em colaboração, mobilizando «[...]conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística» conforme o Artigo 4.º, DR 2.ª série N.º 35, levou-me a assumir um papel fulcral perante a equipa de enfermagem.

A relação de ajuda baseada na partilha de sentimentos, compreensão empática, respeito e segurança que constituí mutuamente com o doente e família/pessoa significativa em toda a minha prestação de cuidados, contribuiu para favorecer o seu crescimento, desenvolvimento e maturidade para incrementar capacidades e encarar as vulnerabilidades do ciclo da vida, PHANEUF (2005). Todo o espírito de abertura, disponibilidade e compreensão que demonstrei, permitiram que o doente e família/pessoa significativa expressassem sentimentos sem receio ou vergonha (por

exemplo: dor; frio; mal estar; alterações corporais) permitindo-me estar alerta face a determinados sinais/sintomas evidenciados pelo doente demonstrando assim todo o cuidar individualizado, WATSON (2002). Desta forma consegui antecipar possíveis complicações e atuar sobre as mesmas mobilizando competências alcançadas durante o estágio e no decurso da experiência profissional «*demonstrando assim uma consciência crítica face aos problemas verificados com o doente*» e «*capacidade de reagir perante situações imprevistas*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]).

Apliquei e evidenciei também competências técnicas da prática diária perante a equipa, como por exemplo: em situações de cateterização de acessos venosos periféricos dado ser uma técnica pouco usada no serviço; em situações de paragem cardiorespiratória (PCR) colaborei e mobilizei conhecimentos adquiridos na experiência profissional e no âmbito deste curso, partilhando conhecimentos e «*promovendo a atualização e desenvolvimento [...]*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]) da equipa de enfermagem, através de conversas informais.

Enquanto enfermeira Especialista, prestei cuidados de enfermagem a doentes submetidos a diversas cirurgias cardíacas tais como: colocação de próteses aórticas mecânicas ou biológicas; bypass cardíacos (CABG); valvuloplastias; correção CIA e CIV. Para além destas cirurgias também prestei cuidados de enfermagem a doentes submetidos a cirurgia torácica e transplante pulmonar.

Prestar cuidados a um doente transplantado pulmonar foi um grande desafio enquanto pessoa e profissional. Para além de recorrer a competências já interiorizadas no curso de licenciatura e da experiência profissional, dispus também conhecimentos adquiridos durante este curso de Mestrado de Especialização proveniente do âmbito académico e do estágio. A partilha de saberes da equipa multidisciplinar foi fundamental para o meu desempenho.

O doente submetido a transplante pulmonar é peculiar pois encontra-se vulnerável, na medida em que possui uma qualidade de vida diminuída. Encontra-se numa fase terminal de doença pulmonar caracterizada por inúmeros internamentos e tratamentos acarretando um afastamento do seu contexto sociocultural e familiar, causando-lhe sofrimento, angústia e medo da morte. Todos estes sentimentos vão também sendo interiorizados pela família/pessoa significativa.

Toda a minha intervenção teve por base a prestação de cuidados humanizados e individualizados, integrando a família/pessoa significativa no decurso dos mesmos,

conforme o descrito pelo Artigo n.º 86 «*Respeito pela intimidade*» e o Artigo n.º 89 «*da Excelência do Exercício*» da OE (2005)⁵.

O pós-operatório imediato exigiu um grande conhecimento científico e técnico que demonstrei através da tomada de decisão e dos cuidados de qualidade que prestei, conhecendo e identificando possíveis complicações inerentes à cirurgia. Recorri também à minha competência comunicacional, dado que o doente neste contexto específico encontra-se em isolamento físico. Assim, tive de recorrer a estratégias que facilitaram uma comunicação funcional e efetiva. Utilizei atitudes de recetividade verbal e não verbal tais como: olhar franco e direto, toque, expressão facial aberta e calorosa e uma distância adequada. Propicieei momentos de conversa, respeitei o seu silêncio e recorri por vezes ao humor para desta forma minimizar o seu sofrimento. Foi através da relação de ajuda que consegui revelar a minha sensibilidade e disponibilidade para interpretar os sentimentos vivenciados pelo doente e família/pessoa significativa, bem como identificar as suas necessidades, planear e atuar perante as mesmas promovendo o conforto do doente e da sua família/pessoa significativa. Verifiquei através de emoções e sentimentos transmitidos pelo doente, que as suas principais necessidades inerentes ao conforto físico encontravam-se satisfeitas. Porém as de carácter social (relações familiares e sociais) e ambiental não se encontravam realizadas.

Foi fulcral valorizar através da observação, escuta e assertividade toda a sensibilidade referida pelo doente e pela própria família/pessoa significativa. Esta minha intervenção levou-me a refletir sobre a importância da nossa empatia face ao doente. É fundamental que o doente compreenda a nossa empatia para se expressar, sendo que a melhor forma de a transmitir é através de gestos, palavras, toque, olhar e sorriso, PHANEUF (2005). Com a sensibilidade conseguimos apreender os sentimentos vivenciados pelo doente. Por vezes alguns sentimentos podem mudar e influenciar comportamentos colocando em risco todo o plano de cuidados. É importante que o doente e família/significativa se mantenham motivados em todo o processo de recuperação vivendo o dia-a-dia. Respeitando todas as normas e protocolos do serviço, desenvolvi algumas ações que me permitiram promover a tranquilidade do doente e da família/pessoa significativa perante essas necessidades e «*abordar questões complexas de modo sistemático e criativo,*

⁵ Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.p 121-141

relacionadas com o cliente e família» (UCP-ICS/ESPS, [2009]). Como exemplo saliente: o uso do telemóvel por breves instantes para comunicar com os seus familiares próximos; solicitei a autorização da Sr.^a Enf.^a Chefe para ser realizado um horário de visita flexível tendo em conta as necessidades da família e do doente; transmiti incentivos positivos ao doente e família/pessoa significativa, com o intuito de aumentar a sua auto-estima, auto-conceito fomentando a importância da valorização das suas capacidades e da harmonia do corpo, alma e mente, que de acordo com WATSON (2002) traduz a qualidade de vida.

Estes incentivos positivos e as alternativas dadas transmitiram um pequeno sinal de esperança. Ao usar a esperança contribuí para que o doente reconhecesse a sua situação perante aquela fase da vida e que não a interpretasse de forma negativista, mas como um obstáculo a ultrapassar na vida. Estes incentivos foram comunicados individualmente, em conjunto com a psicóloga e restante equipa multidisciplinar.

Realizei ensinamentos ao doente e família/pessoa significativa, com o intuito de prevenir possíveis complicações, promover a saúde e a sua recuperação tendo em conta as minhas intervenções autónomas e interdependentes prestadas em conjunto com a restante equipa multidisciplinar permitindo-me *«demonstrar capacidade de trabalhar em equipa de forma adequada»* (UCP-ICS/ESPS, [2009]), sublinhando alguns aspetos fundamentais tais como o cumprimento terapêutico e a aquisição de comportamentos promotores de saúde (por exemplo: atividade física, alimentação adequada, adesão terapêutica, sono e repouso [...]) alcançando o seu bem-estar e a felicidade.

Todas as minhas ações acompanharam este processo de mudança do doente e família/pessoa significativa através do desenvolvimento de *« [...] uma metodologia de trabalho eficaz na sua assistência [...]»* (UCP-ICS/ESPS, [2009]), promovendo o seu auto-cuidado e a sua auto-realização, nesta nova etapa do ciclo da vida.

Apesar de não estar inicialmente contemplado no projeto de estágio considerei pertinente realizar, um turno no BO o que me permitiu compreender as intervenções cirúrgicas realizadas no intraoperatório e toda a articulação entre a equipa do BO e da UCICCT. Possibilitou-me também apreender as alterações fisiológicas inerentes a essas intervenções, prevenindo e minimizando a ocorrência de complicações que poderiam evoluir para uma possível falência orgânica do doente.

Muitas dessas ocorrências podem ser prevenidas através da comunicação entre os enfermeiros e restante equipa multidisciplinar. Para tal é necessário existir uma

comunicação eficaz e de qualidade entre a equipa multidisciplinar e principalmente entre as diferentes equipas de enfermagem.

Dado que a equipa de enfermagem permanece mais tempo junto do doente encontra-se alerta facilmente para discernir possíveis complicações, como tal considere importante:

Definir estratégias que contribuam para a melhoria da comunicação oral e escrita dos enfermeiros durante a «passagem de turno».

No início do estágio numa reunião com a Sr.^a Enf.^a Chefe e com os enfermeiros orientadores, apresentei o meu projeto de estágio. Inicialmente eram vários os objetivos, no entanto dado o tempo ser limitado, optei por delinear como objetivo a comunicação entre as equipas de enfermagem.

Perante a auscultação da equipa apercebi-me que existiam algumas necessidades relativamente à comunicação nomeadamente: na memorização de informações inerentes ao serviço; na transmissão oral e escrita de informação durante a «passagem de turno».

A passagem de turno é considerada o momento crucial de comunicação entre os enfermeiros. É definida como o momento de transmissão da informação oral e escrita referente ao doente, sempre que um turno acaba e outro tem início. Permite desta forma assegurar a continuidade dos cuidados. É realizada entre turnos no mesmo setor do serviço, entre setores diferentes de um mesmo serviço, ou entre outras instituições em situação de transferência extra-hospitalar.

Nas passagens de turno podem ocorrer falhas na comunicação oral ou escrita que podem induzir ao «erro» colocando a segurança do doente e do profissional em risco.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ao longo dos anos, criou comissões centradas na identificação do risco e elaboração de estratégias que visam minimizar e prevenir a ocorrência do erro e promovendo a segurança do doente (Patient Safety). Perante diversas observações, constatou-se que o principal fator determinante na qualidade e segurança dos cuidados prestados é a Comunicação entre os profissionais.

Em vários países foram desenvolvidas estratégias com o intuito de minimizar o risco inerente a uma comunicação ineficaz durante a passagem de turno entre os enfermeiros e outros profissionais. A comunicação não é o único fator potencial de erro. A tomada de decisão e o trabalho em equipa também são apontados como fatores desencadeantes.

As competências comunicacionais vão sendo adquiridas no decurso do exercício profissional e encontram-se incluídas durante a formação académica. No entanto todas

as estratégias que vão sendo amplificadas, leva-nos a refletir que a qualidade do que é transmitido é fruto das capacidades, competências e conhecimentos que cada enfermeiro vai adquirindo ao longo de todo o seu percurso profissional.

As principais falhas de comunicação ocorrem devido a: excesso de carga horária (cansaço); passagem de turno longa; caligrafias ilegíveis; ruídos (telefones, alarmes; equipamentos; conversas paralelas); interrupções constantes; barreiras linguísticas; competência comunicacional (cada um comunica e utiliza estratégias de comunicação diferentes); diferentes modelos conceituais interiorizados no decurso da formação académica, OMS (2005).

Na UCICCT, dada a gravidade e complexidade dos doentes, a existência de equipamentos, tecnologias de vanguarda e impressos próprios de registos da evolução clínica do doente levam a que o enfermeiro obtenha uma panóplia de informações. Por vezes dada a excessiva quantidade de informações importantes a transmitir, os enfermeiros «inconscientemente» não transmitem a informação oral e escrita seguindo uma sequência lógica como tal, identifiquei algumas necessidades formativas por parte da equipa de enfermagem.

Tendo em conta a formação académica, na passagem de turno todas as informações transmitidas devem obedecer a uma sequência lógica, regida por um modelo concetual, obedecendo a quatro critérios fundamentais: precisão, objetividade, eficácia e complementaridade. Na transmissão de informações deve ser incluída a interação entre os elementos. No entanto, não devem existir incertezas, pois são promotoras de distração e ansiedade limitando a eficácia da comunicação. No decurso do estágio transmiti de forma adequada todas as informações pertinentes e necessárias para assegurar a continuidade dos cuidados prestados, através de uma comunicação clara e objetiva em tempo útil, tendo em conta as intervenções de enfermagem prioritárias e as necessidades do doente. A transmissão da informação relativa a prioridades implementadas, não foi difícil dado que facilmente consegui criar prioridades, tendo em conta as necessidades do doente. Toda a minha experiência na área de urgência permitiu-me facilmente determinar prioridades e face a estas, dar ênfase às informações fulcrais que deveriam ter maior relevo durante a passagem de turno. Desta forma permitiu-me transmitir e contribuir para a continuidade das prioridades estabelecidas, assegurando a qualidade dos cuidados prestados.

Na UCICCT do HSMarta a passagem de turno ocorre em três momentos fulcrais:

1) Inicialmente no gabinete da Sr.^a Enf.^a Chefe - são distribuídos os enfermeiros pelos diferentes setores do serviço enfermaria, UCI, UCIPED e consulta. São transmitidas algumas informações pontuais inerentes ao serviço; 2) num segundo momento é realizada a passagem de turno em grupo na UCI (o coordenador de equipa transmite seguindo o impresso de registos de turno, as informações de forma resumida sobre cada doente; recados do serviço ou recado pontual sobre algum doente ou família; é realizada a distribuição dos enfermeiros; 3) Num terceiro momento é realizada a passagem de turno individual. Na passagem individual o enfermeiro segue a sequência lógica tendo por base o impresso de registos de cada doente.

Esta passagem de turno inicialmente em grupo tem vantagens pois permite que os enfermeiros numa primeira abordagem conheçam todos os doentes sendo realizada uma passagem de turno relativa à cirurgia e ao estado hemodinâmico do doente. É também o momento em que são transmitidas informações pertinentes do serviço (por exemplo avarias de equipamento) ou inerentes ao doente (horário alargado de visitas).

A passagem de turno individual permite: uma observação direta do doente; proporciona a criação de uma relação de interação promovendo a humanização dos cuidados; permite que o enfermeiro através da sua responsabilidade profissional, ética e legal salvguarde a sua privacidade e confidencialidade, conforme o disposto no Artigo n.º 85 «*Do dever do sigilo*»⁶ da OE (2005); promove o Conforto/intimidade do doente pois a passagem de turno apenas é realizada entre dois enfermeiros.

Diariamente através de uma observação e auscultação da equipa de enfermagem realizei algumas notas de campo, relativamente a algumas falhas que ocorrem durante a passagem de turno: distrações; ruídos (telefone; monitores; conversas paralelas) incorreta memorização de informações pertinentes para o serviço.

Constatou-se ser uma área de maior fragilidade a transmissão de informação entre os enfermeiros e por concordar que deveriam ser criadas diretrizes ou check-list de

⁶ Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.p 115-120

passagem de turno tendo em conta a cultura organizacional e a cultura individual dos enfermeiros, avancei com a concretização do projeto. Com o intuito de sistematizar e uniformizar toda essa informação transmitida oralmente ou através de registos inerentes a cada doente considerei fundamental realizar uma pesquisa bibliográfica. Considerando que a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é consistente com os modelos teóricos e tendo em conta a minha experiência profissional e a pesquisa bibliográfica, elaborei uma proposta de check-list para a passagem de turno individual e em grupo (APÊNDICE VIII e IX). Estas checks-list basearam-se na avaliação cefalocaudal (realizada ao doente) e também no impresso de registos médicos e de enfermagem em vigor no serviço. Durante alguns turnos solicitei a colaboração de diferentes enfermeiros para proceder à aplicação destas checks-list. Para verificar a sua aplicabilidade realizei uma observação perante a equipa.

Realizei notas de campo, sobre as diferenças verificadas na transmissão de informações durante a passagem de turno, com a utilização destas checks-list. Em conjunto com a equipa de enfermagem concluiu-se que existiam lacunas durante a passagem de turno sem a utilização das checks-list. Esta foi uma das estratégias que considerei fundamental para ser implementada nesta UCI, promovendo a qualidade e eficácia da comunicação na equipa de enfermagem. A sua implementação não foi possível dado que a carga horária do estágio foi curta. No entanto, posteriormente realizei uma visita ao serviço e segundo informação da equipa em breve serão implementadas.

Uma outra lacuna verificada foi a memorização de informações inerentes ao funcionamento do serviço. Através de notas de campo verifiquei que em todos os turnos eram repetidas acabando por entrar na rotina diária do serviço durante a passagem de turno. Uma das estratégias a que recorri e que também sugeri foi a descrição dessa informação no painel de proteção «screen-save» dos computadores existentes na UCICCT. Essa estratégia foi bem aceite por toda a equipa de enfermagem contudo até à data ainda não foi possível verificar uma melhoria por parte da equipa.

Com o intuito de divulgar estas estratégias de memorização de informação, de melhoria da comunicação oral e escrita durante a passagem de turno, e revisão bibliográfica alusiva à temática (APÊNDICE X) realizei reuniões informais após a passagem de turno com a equipa de enfermagem «*promovendo desta forma a formação em serviço*» (UCP-

ICS/ESPS, [2009]) (APÊNDICE XI). Toda a formação de acordo com HESBEEN (1997, p139) contribui para «[...] *desenvolver ou atualizar competências técnicas ou instrumentais, nomeadamente com vista a uma maior destreza*[...]. As reuniões informais visam a satisfação das necessidades individuais de cada enfermeiro do serviço mas também das necessidades individuais de cada pessoa, pois permite renovar e consolidar conhecimentos. Estas checks-list e todo este trabalho realizado no âmbito da comunicação entre as equipas, foi também apresentado ao Sr. Enf.º Chefe do serviço onde desempenha funções. Foi-me proposto a longo prazo, o desenvolvimento de um trabalho na área de investigação alusivo à temática, no entanto aplicável ao SUC.

3.3- MÓDULO I- URGÊNCIA

Dado que este estágio foi creditado pela ICS-UCP, seguidamente irei relatar de forma sucinta a prestação de cuidados ao doente em estado crítico e família/pessoa significativa no SUC. Será feita uma breve caracterização do serviço seguindo-se as atividades e competências desenvolvidas através da análise e reflexão do meu percurso profissional no SUC do HSM.

3.3.1- Atividades e competências desenvolvidas

O SUC do CHLN- HSM visa prestar cuidados médicos e de enfermagem a doentes de médio e alto risco. A sua área de influência abrange cerca de +/- 300 000 habitantes da população de Lisboa nomeadamente: doentes de HSM, HPV, Serviço de Urgência básica (SUB) de Loures e a diversos Centros de Saúde da sua área de abrangência. Dá apoio a diversos Hospitais Distritais no que respeita às diversas especialidades inexistentes médicas ou cirúrgicas e por vezes também a outros hospitais centrais. Recebe uma média diária de 570 doentes de acordo com a síntese de indicadores da atividade assistencial do HSM⁷ não estando estes dados atualizados dado que a afluência de doentes atualmente é bastante superior desde o encerramento do serviço de urgência do Hospital Curry Cabral.

Estruturalmente o SUC é composto por três setores: setor ambulatório, o setor de internamento e o setor do BO. O SUC dispõe de:

⁷ Consultado em www.chln.com

- Salas de reanimação (I e II) – com todo o equipamento de monitorização, ventilação assistida e equipamento radiológico. Tem a capacidade para três doentes, dois na SRI e um na SRII. A SRI destina-se ao atendimento de doentes do foro traumatológico e a SRII ao doente do foro médico cujo objetivo é dar resposta em situação de emergência;
- Sala de tratamentos (1, 2, 3) - a ST1 dá apoio aos doentes no circuito laranja e ao pequeno e médio trauma; a ST2 dá apoio ao circuito de doentes com prioridade amarela, verde, azul; ST3 destina-se aos doentes do foro respiratório;
- Gabinetes médicos (medicina, cirurgia e ortopedia) salas de espera e duas salas destinadas a pequenas cirurgias;
- SO - constitui o setor de internamento sendo composto por dezasseis camas dotadas de equipamento de monitorização.

Os doentes permanecem em observação pela equipa médica (medicina e cirurgia) e pela equipa de enfermagem até estabilização sendo posteriormente transferidos para enfermaria ou UCI's. O tempo de permanência do doente ideal neste setor não deveria exceder 24 horas pois trata-se de um serviço de urgência. Porém, nem sempre se verifica este facto dado a inexistência de um número de camas suficientes para a população.

No SUC encontra-se em vigor o sistema de Triagem de Manchester que preconiza a atribuição de cores consoante a prioridade atribuída no decurso da triagem. As prioridades do sistema de triagem são: vermelho (emergente); laranja (muito urgente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente); azul (não urgente) e o branco (utilizada quando existe um contato prévio para transferências; indicações médicas, e tratamentos).

De acordo com a cor atribuída no momento da triagem, o doente realiza um circuito tendo em conta as cores da prioridade nomeadamente: setor vermelho; setor laranja e setor amarelo, verde e azul. Dada a enorme afluência de doentes existem outros setores com o intuito de dar apoio ao SUC, para serem minimizados os tempos de espera. Salienta-se a consulta de urgência realizada em gabinetes médicos na ala das consultas externas do HSM e o gabinete A (pavilhão pré-fabricado no exterior das instalações do SUC) anteriormente utilizado para observação de doente com suspeita de H1N1.

A triagem, bem como toda a observação médica e de enfermagem nomeadamente registos, exames complementares de diagnóstico, terapêutica e sinais vitais são realizados através de um sistema informático, o programa ALERT[®]. Este programa entra em funcionamento através dos dados biométricos de cada profissional (impressão digital). Este sistema veio facilitar todos os registos inerentes ao doente permitindo: a identificação do profissional que os executou; uniformização de registos; promove a continuidade dos cuidados; é um suporte legal dos cuidados de enfermagem (documento legal) contribuindo desta forma para a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente aos recursos humanos, o SUC é composto por uma vasta equipa de profissionais, desde equipas médicas de diferentes especialidades, equipas de enfermagem, assistentes operacionais, polícias, assistentes sociais, cardiopneumologistas, técnicos de radiologia, brigada da limpeza e voluntários que diariamente muito colaboram com toda a equipa multidisciplinar.

A equipa de enfermagem é constituída pelo Sr. Enf.º Chefe, Enf.º de coordenação do SUC (responsável pela coordenação dos três setores) e enfermeira de coordenação do BUC. Existem cinco equipas de enfermagem sendo cada uma, composta por uma equipa de assistentes operacionais. Cada equipa é dotada por 19 enfermeiros sendo dois deles o coordenador de equipa e subcoordenador. Toda a equipa utiliza um método de trabalho individual e em grupo consoante as necessidades da equipa e do serviço. Todo o meu desempenho engloba ambos os métodos de trabalho o que contribui para partilhar conhecimentos, experiências e competências com a restante equipa e melhorar a qualidade dos cuidados.

O enfermeiro que desempenha funções no SUC deve ser detentor de competências científicas, técnicas, comunicacionais que lhe permita dar uma resposta rápida, eficaz, eficiente e de qualidade em tempo útil tendo em conta as necessidades do doente. Toda a sua intervenção promove a excelência da prestação de cuidados.

Desempenho funções no SUC desde 2007. O SUC dado ser uma urgência inserida num hospital central universitário, permitiu-me ir adquirindo experiência profissional através da prática diária, tendo sempre por base conhecimentos teóricos e a partilha de conhecimentos de outros enfermeiros.

Porém, enquanto Enfermeira e Pessoa, considerei importante dar continuidade à minha formação pessoal, para desta forma adquirir e aperfeiçoar competências com o objetivo de facilitar toda a minha prestação de cuidados perante o doente em situação crítica.

Para PHANEUF (2005,p2) a «[...]aquisição da competência é um ideal a atingir, a prosseguir e mesmo a enriquecer» identificando-se «[...]muitas vezes com a excelência [...] não se forma instantaneamente».

Realizei ao longo dos anos vários cursos tais como: Suporte Avançado de Vida (SAV); Suporte Básico de Vida (SBV); Curso Avançado de Trauma; Curso de Catástrofe; Curso de Trauma Pediátrico; Curso de feridas crônicas, Curso de Triagem Manchester. Todos estes cursos permitiram-me melhorar e adequar a minha prática profissional e pessoal tendo em conta as necessidades do doente.

Todo este investimento permitiu-me «reflectir e avaliar a minha prática diária de forma crítica» através do «desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao utente» (UCP-ICS/ESPS, [2009]). As diferentes formações contribuíram para uma melhoria contínua da minha prestação de cuidados «promovendo, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional» (UCP-ICS/ESPS, [2009]).

Diariamente o enfermeiro no SUC, encontra-se sob um enorme stress acabando por desenvolver estratégias que permitem lidar de forma positiva com toda essa tensão. A grande afluência de doentes e família/pessoa significativa, os tempos de espera, a gravidade das patologias e o «trabalhar» com algo imprevisível são sempre alguns dos fatores desencadeantes de grande nível de stress.

Por vezes todos estes fatores levam a que o enfermeiro, por vezes não consiga dar uma resposta adequada a algumas necessidades do doente e, por vezes pode causar uma influência negativa perante o próprio profissional.

No SUC a rotatividade diária de setores e a partilha de experiências e opiniões perante a equipa, dentro e fora do serviço é o método mais utilizado para além das estratégias de Coping que cada enfermeiro é detentor. Estas são algumas estratégias que permitem lidar com o elevado grau de stress vivenciado diariamente neste contexto evitando a desmotivação, a insatisfação profissional, a desumanização e o absentismo.

Muitos consideram que a urgência é um local propício para a desumanização de cuidados dado todos os fatores referidos anteriormente.

Tendo em conta BERMEJO (2008) a desumanização consiste na ausência de relação pessoal para com o doente, pois este passa a ser considerado como um objeto alvo de cuidados e manipulável.

Desde que iniciei as minhas funções no SUC, demonstrei uma constante preocupação em evitar a prestação de cuidados desumanizados. Para tal, recorri às minhas

competências comunicacionais e incentivei desde sempre os outros enfermeiros a aplicarem também as suas competências nesta área.

Em urgência a competência científica e técnica tem extrema relevância, contudo a comunicacional nunca deve ser colocada em segundo plano. Desde sempre que me identifico perante o doente e família/pessoa significativa, antes de realizar qualquer intervenção, utilizo uma linguagem simples tendo em conta a pessoa, estabelecendo uma relação terapêutica.

Enquanto enfermeira Especialista, mobilizei conhecimentos do curso de Mestrado de Especialização que contribuíram para aperfeiçoar neste contexto o contato com o sofrimento do doente e da família/pessoa significativa. Proporciono uma comunicação de abertura dotada de atitudes recetivas que permitem promover o conforto da pessoa sã ou doente.

Tudo isto contribui para a satisfação do doente e família e para a minha própria satisfação pessoal e profissional. Um simples obrigado, um sorriso, um abraço, um louvor por parte do doente e família/pessoa significativa, traduzem muitas das minhas competências comunicacionais. Todas estas intervenções permitem-me demonstrar *«conhecimentos aprofundados de técnicas de comunicação com o doente e família tendo em conta as suas crenças e cultura»* (UCP-ICS/ESPS, [2009]).

Ao longo dos anos dada a formação que realizei sobre Catástrofe, levou-me a integrar num grupo de trabalho, em conjunto com outros enfermeiros e com o Sr. Enf.º Chefe cujo objetivo foi realizar uma revisão do plano de emergência e catástrofe do SUC e quais as intervenções perante situação de catástrofe interna ou externa.

Para tal, foram realizadas reuniões informais com as diferentes equipas de forma a divulgar o plano de emergência e catástrofe, dando conhecimento aos elementos mais novos sobre o local onde se encontra disponível todo o material necessário perante uma situação de catástrofe e qual o circuito a realizar. Elaborei, em conjunto com os colegas do grupo, um poster elucidativo ao tema, sendo este exposto no SUC. Com este curso adquiri competências que me permitem *«reagir perante situações imprevistas e complexas»* (UCP-ICS/ESPS, [2009]) na área da catástrofe, atuando de acordo com os protocolos e normas implementados colaborando desta forma com a Direção dos Serviços de Enfermagem e do SUC em situação de catástrofe interna ou externa.

Colaborei com grupos de trabalho, cujo intuito foi resolver situações/problemas detetados para desta forma proceder a uma atualização de conhecimentos de toda a equipa de enfermagem. Em conjunto com alguns colegas, realizei reuniões informais

sobre as novas Guidelines de SAV e Trauma, para desta forma melhorar toda a atuação perante o doente o que me permitiu *«promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros»* (UCP-ICS/ESPS, [2009]).

Diariamente tendo em conta a minha experiência e formação pós-graduada no Curso de Mestrado na área Médico-Cirúrgica, esclareço dúvidas de enfermeiros através de conversas informais, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Atualmente, o SUC encontra-se em remodelação o que causa alguma desordem nos doentes, acompanhantes e até mesmo nos próprios profissionais. Como tal perante esta situação *«demonstro consciência crítica na resolução de problemas»* (UCP-ICS/ESPS, [2009]) e realizo através de conversas informais quer com enfermeiros, médicos, bombeiros, doentes e família/pessoa significativa todo o esclarecimento de dúvidas dando alternativas fiáveis sobre os novos circuitos do doente e família/pessoa significativa no SUC.

Outro tema em que tenho dedicado particular atenção e que *«detectei necessidades formativas»* (UCP-ICS/ESPS, [2009]) individuais e de toda a equipa, foi na temática de «VAD». Muitas situações de VAD criam um determinado nível de stress devido à inexistência de formação por parte de enfermeiros, médicos e recursos materiais.

Como tal, procedi à elaboração de uma pesquisa bibliográfica de toda a temática e realizei uma proposta de organização de um carro de VAD, no BUC e para ambas as salas de reanimação. Realizei algumas reuniões informais com enfermeiros e médicos e divulguei o respetivo projeto inerente à VAD.

Estas propostas foram muito bem recebidas quer pelo Sr. Enf.º Chefe quer pelos restantes enfermeiros e equipa médica congratulando-me pela pertinência da temática. Este trabalho foi realizado num âmbito do Módulo III- BO tendo adaptado o mesmo para os restantes setores do SUC. Considero que no decurso dos anos tenho *«promovido a formação em serviço ao comunicar aspetos complexos de âmbito profissional a outros enfermeiros»* contribuindo desta forma para a promoção de boas práticas *«zelando pela qualidade dos cuidados prestados»* (UCP-ICS/ESPS, [2009]).

No decurso do meu percurso profissional no SUC *«integrei novos profissionais»* (UCP-ICS/ESPS, [2009]) nomeadamente: enfermeiros provenientes de outros serviços do HSM; e recém-licenciados. Realizei toda a sua integração transmitindo conhecimentos científicos, técnicos e comunicacionais, necessários para promover a qualidade dos

cuidados prestados. Transmiti toda a filosofia e missão do SUC dando ênfase à colaboração/cooperação em equipa.

Orientei, supervisionei, e avaliei vários estudantes da Licenciatura em Enfermagem, durante os ensinamentos clínicos VI - integração vida profissional transmitindo-lhes os meus conhecimentos impulsionando o seu desenvolvimento profissional e pessoal. Na minha opinião o momento de integração e de orientação do profissional ou estudante define por vezes, o trajeto profissional do enfermeiro no decurso das suas funções através da aprendizagem por modelos.

Desde 2009 que, para além da prestação de cuidados gerais, a convite do Sr. Enf.º Chefe comecei a desempenhar funções na área de gestão de recursos humanos e de materiais e liderança de equipa. Foram valorizadas as minhas competências e todo o meu desempenho por parte do Sr. Enfermeiro Chefe e restante equipa.

Tal como anteriormente mencionei, no SUC todos os enfermeiros encontram-se distribuídos por equipas, sendo cada uma delas constituída por 19 elementos. Em cada equipa existe um coordenador (chefe de equipa) e um subcoordenador.

O coordenador assume o papel de líder da equipa. De acordo com a OMS (2005) uma equipa, é um conjunto de duas ou mais pessoas que interagem de forma dinâmica, interdependente com características específicas que a diferenciam e lhe permitem obter níveis de qualidade e eficácia, nos diferentes processos de comunicação trabalhando para um objetivo comum.

Saliento o pensamento de COSTA (2004) ao descrever que, o líder da equipa é responsável pela prestação de cuidados. Deve demonstrar conhecimentos e competências aprofundadas na área da liderança, controlo e técnicas de supervisão, e ter um conhecimento e compreensão de todas as suas obrigações perante a equipa e o serviço executando-as da melhor forma. Deve também desenvolver as suas capacidades de liderança, controlo e técnicas de supervisão.

Enquanto líder de equipa, motivo diariamente os enfermeiros, comunicando de forma eficaz com todos os elementos da equipa, reconhecendo as suas dificuldades, bem como as suas competências. Atribuo determinadas responsabilidades, tendo em conta não somente as suas capacidades mas também os seus conhecimentos e o seu desenvolvimento profissional.

Diariamente enquanto coordenadora de equipa assumindo esse papel, faço o planeamento, a supervisão e avaliação dos cuidados prestados aos doentes dando incentivos aos enfermeiros.

Estabeleço prioridades de intervenção, presto cuidados e colaboro também na prestação dos mesmos em «*conjunto com toda a equipa multidisciplinar*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]) tendo sempre em conta as minhas intervenções autónomas e interdependentes enquanto enfermeira. Todo este trabalho em equipa contribui para a minha «*tomada de decisão fundamentada tendo em conta as minhas responsabilidades sociais e éticas*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]).

O líder de equipa coordena os três setores do SUC e adota a responsabilidade de assegurar o bom funcionamento de todo o HSM, nos turnos da tarde (15-23hrs) e da noite (22h30-8h30), dado atualmente ter sido extinta a função do (a) enfermeiro(a) de ronda cuja sua função era a resolução de situações pontuais que poderiam ocorrer no HSM.

Realizo diariamente a distribuição de todos os enfermeiros e assistentes operacionais atendendo às suas capacidades, competências e conhecimentos.

Sempre que necessário realizo reuniões informais com a equipa com o intuito de transmitir conhecimentos, partilha de experiências e informações de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados. São referidos incentivos positivos com o intuito de melhorar ou dar continuidade à qualidade da prestação de cada enfermeiro e da equipa. São analisados e refletidos os erros e apreendidos como fontes de aprendizagem e não como atitudes recriminatórias, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Incito a equipa (enfermeiros e AO's) a fomentar o seu desenvolvimento pessoal e profissional, tendo em conta as suas fragilidades. Desta forma vou «*formulando e analisando questões relacionadas com a sua formação*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]). Sempre que possível, colaboro também na sua formação, atendendo aos meus conhecimentos e competências adquiridas no decurso do meu percurso profissional, o que me tem permitido «*demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos*» (UCP-ICS/ESPS, [2009]) na área de urgência/emergência perante toda a equipa multidisciplinar.

Todos os elementos da equipa, aceitam a responsabilidade individual e partilhada, a delegação de tarefas e o poder de decisão por parte do líder. É fundamental que a equipa reúna para avaliar entre si o desempenho da equipa, analise situações de stress e estabeleça estratégias para as ultrapassar. Na minha opinião uma comunicação eficaz e de qualidade, contribui para o bom funcionamento da equipa e para uma adequada gestão de stress.

Para além dos enfermeiros também supervisiono, oriento e coordeno os assistentes operacionais (AO's) da equipa, promovendo também o seu trabalho com a restante equipa multidisciplinar, assegurando o bom funcionamento do serviço e a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família/pessoa significativa.

Coordeno toda a articulação entre os restantes grupos profissionais nomeadamente: transportes (transferências intra-hospitalar e extra hospitalar atendendo ao seu grau de prioridade, ao número de utentes a transferir); serviço de alimentação; serviços de segurança e polícia (de forma a manter a segurança dos profissionais e utentes); serviços farmacêuticos; rouparia; serviço de apoio técnico ao hospital (canalizadores, eletricista, serralheiro, informática, telefonista) contribuindo desta forma para um adequado funcionamento de todo o serviço.

Tenho a responsabilidade de antes de ser realizada uma transferência avaliar as necessidades do doente, e perante isto assegurar o acompanhamento de enfermagem e disponibilizar todo o equipamento necessário para uma transferência adequada e segura. Para além da gestão de recursos humanos, tenho também a responsabilidade pela gestão de recursos materiais no decurso dos turnos. Realizo a gestão do número de macas necessárias para os doentes em circulação. Atualmente, esta gestão é difícil pois dada a grande afluência de doentes, a gestão destas macas tem de ser feita em articulação também com os restantes serviços do hospital. Solicito muitas vezes o empréstimo de macas a outros serviços quando existem, para desta forma assegurar o circuito atribuído ao doente durante a triagem. A mobilização das macas fica a cargo dos AO's sendo também essa função delegada por mim.

Verifico, colaboro e supervisiono diariamente na reposição de material e fármacos nos vários setores do SUC. Averiguo e avalio a funcionalidade de todo o material e equipamento e disponibilizo-o a outros serviços (ventilação não invasiva, ecógrafo, ventilador portátil), em caso de avaria promovo a sua substituição e recuperação registando no respetivo formulário o tipo de dano. Todas estas competências que venho adquirindo ao longo dos anos, tem contribuído de forma positiva para o meu crescimento pessoal e profissional.

4. CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO

Toda a componente prática desenvolvida assumiu um papel fundamental na aquisição de competências, enquanto estudante do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área Médico - Cirúrgica sendo preponderante no meu percurso profissional enquanto Enfermeira Especialista. Desenvolvi e aprofundei competências científicas, técnicas, relacionais e comunicacionais que trouxeram um grande benefício para todo o meu desenvolvimento profissional contribuindo desta forma para excelência dos cuidados prestados.

No estágio que realizei no BUC, dado que já tinha um contato próximo com toda a equipa que lhe é específica, a minha integração foi facilitada. Esta oportunidade permitiu-me estabelecer uma relação de convivência profunda com toda a equipa do BUC e com os restantes profissionais. Inicialmente senti-me um pouco ansiosa dado que o BUC é um serviço que exige uma integração morosa. Contudo com a cooperação de toda a equipa e com todo o meu empenho consegui ultrapassar esse obstáculo. Atualmente dado que desenvolvi competências no perioperatório sempre que necessário desempenho funções não somente na UCPA mas também na sala operatória. É com grande satisfação que desempenho essas funções pois traduz que toda a equipa reconheceu o meu desempenho durante o estágio.

Na UCICCT inicialmente senti uma grande ansiedade que foi sendo minimizada à medida que me fui integrando. O serviço e toda a equipa eram totalmente desconhecidos. Inicialmente vivenciei sentimentos que me lembraram os momentos de ensino clínico na Licenciatura, no entanto foram ultrapassados facilmente pois toda a equipa da UCICCT demonstrou uma enorme receptividade, empatia e espírito de abertura, transformando os sentimentos por mim vivenciados. Facilmente integrei-me na equipa. Toda a equipa revelou espírito de partilha de experiências e conhecimentos. Ao longo dos vários turnos desmistifiquei o mito inerente às UCI e a equipa em relação ao SUC. Esta partilha de experiências permitiu-me crescer enquanto pessoa e profissional. Atualmente mobilizo muitos dos conhecimentos adquiridos na UCICCT na abordagem ao doente com patologia cardíaca e torácica. Relativamente a um dos objetivos que delinee e alcancei na UCICCT inerente à comunicação nas equipas de enfermagem constituiu um desafio na medida em que me foi proposto pelo Sr. Enf.º Chefe do SUC a realização de um trabalho de investigação inerente à temática no SUC.

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório contribuiu para descrever e analisar de forma reflexiva e retrospectiva todo o percurso realizado e a importância que este trouxe para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Permitiu-me desta forma, refletir sobre as intervenções que desenvolvi com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e os resultados que obtive. Para cada estágio desenvolvi atividades que me permitiram alcançar os objetivos delineados em projeto de estágio bem como outros que fui projetando no decurso dos estágios, face às situações/problemas que identifiquei e considerei pertinente atuar. O meu desempenho baseou-se na minha motivação, empenho, iniciativa, adaptação e segurança, o que contribuiu para alcançar um percurso de sucesso ao longo destes três estágios.

Optei por realizar os estágios em instituições diferentes o que me permitiu partilhar saberes, práticas, experiências com outros enfermeiros e profissionais. Conheci uma realidade, filosofia e missão de uma outra instituição o que para mim teve enorme relevância. Considero que proporcionei uma partilha enriquecedora perante realidades tão semelhantes e com características diferentes. Este percurso proporcionou-me a aquisição e aperfeiçoamento de competências que contribuíram para potenciar, melhorar a qualidade dos cuidados prestados no SUC perante doentes do foro cirúrgico de diferentes especialidades e melhorei também toda a minha abordagem a doentes com patologias do foro cardíaco e torácico.

Prestar cuidados de qualidade ao doente e família/pessoa significativa no BUC revelou-se uma grande experiência no meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Consegui mobilizar, aperfeiçoar e desenvolver conhecimentos inerentes à comunicação, conforto e acolhimento ao doente e família/pessoa significativa no período perioperatório desenvolvendo e proporcionando uma melhoria da qualidade de cuidados prestados. No período intra-operatório, desenvolvi conhecimentos científicos, técnicos e relacionais inerentes a diferentes cirurgias promovendo a segurança do doente e equipa. A aquisição destas competências em contexto perioperatório foi fundamental pois em situação de emergência consigo de forma segura e eficaz prestar cuidados de qualidade.

A prestação de cuidados na UCICCT, permitiu-me desenvolver uma multiplicidade de experiências científicas, técnicas, humanas, sociais, culturais que contribuíram para valorizar todo este meu percurso.

A equipa multidisciplinar foi muito recetiva à minha presença. Procurei sempre no decurso do estágio, prestar cuidados individualizados ao doente e família/pessoa significativa, valorizando sempre a relação de ajuda, o conforto e a comunicação com o doente, família/pessoa significativa e com os profissionais. Apercebi-me de uma necessidade formativa inerente à comunicação entre os profissionais nomeadamente enfermeiros durante a passagem de turno, elaborei e divulguei através de reuniões informais, uma check-list com o intuito de uniformizar toda a informação durante a passagem de turno. Pretendi desta forma prevenir a ocorrência de erro, promover a segurança do doente e profissional bem como garantir uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados neste contexto específico.

Os conhecimentos adquiridos neste curso de Mestrado de Especialização durante o período teórico e prático, em conjunto com toda a pesquisa bibliográfica, leitura, análise e reflexão associados a toda a minha experiência profissional foram fundamentais para melhorar o meu processo de tomada de decisão. Possibilitou-me a mudança de algumas intervenções com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados em todos os estágios.

Este percurso foi composto por momentos que nem sempre foram fáceis de ultrapassar por exemplo conciliar o horário de exercício profissional e os estágios, a família, contudo a motivação e persistência motivaram-me a superar esses momentos.

Este curso de Mestrado de Especialização contribuiu para a aquisição de conhecimentos e competências com o intuito de promover a excelência dos cuidados prestados ao doente em situação crítica e família/pessoa significativa.

A meu ver considero que atingi na plenitude os objetivos definidos pela ICS-UCP bem como os delimitados ao longo dos estágios. Tudo isto permitiu-me aperfeiçoar de forma positiva o meu percurso enquanto pessoa e enfermeira. Como sugestões considero que os estágios deveriam possuir uma carga horária superior para implementar por vezes mais objetivos na medida em que, ao serem alcançados são adquiridos mais conhecimentos que permitem ao Enfermeiro atuar nos diferentes contextos preconizados pela UCP/ICS. Para além disso deveriam ser criadas bolsas de estudo, para que desta forma o enfermeiro Especialista pudesse apreender realidades, experiência e partilha de conhecimentos através de outros profissionais e instituições não somente a nível nacional mas também internacional.

6. BIBLIOGRAFIA

AESOP – *Enfermagem Perioperatória – Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta, 2006. 374p ISBN: 972-89-16-X.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS – Practice guidelines for postanesthetic care. *Revista Anesthesiology* [em linha]. vol 96 nº3 (Março 2002), p.742-752. [consult.10-05-2011] disponível na internet: <http://www.asahq.org/publicationsAndServices/postanes.pdf>

Australian Commission on Safety and Quality in health care [em linha].Lisboa.[consult.15-10-11] disponível em: <http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf>

BARBOSA, António; NETO, Isabel - *Manual de Cuidados Paliativos*.2ªed.Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. 814 p ISBN 978-972-9349-22-5.

BERMEJO, José – *Humanizar a Saúde – Cuidado, Relações e Valores* – Petrópolis: editora Vozes, 2008. 120p ISBN 978-85-326-3713-0.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL. [em linha]. Lisboa. [consult. 20-11-2011] Disponível em : http://www.chlc.minsaude.pt/Centro_Hosp/RelatorioContas/?sm=1

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. [em linha]. Lisboa. [consult 20-02-2012] disponível em : <http://www.hsm.min-saude.pt/>

COSTA, José - Métodos de prestação de cuidados. Millenium. Viseu. ISSN 0873-3015. Nº30 (Outubro 2004), p.234-251.

DIÁRIO DA REPÚBLICA PORTUGUESA 2ª Série - N.º 35- 18 Fevereiro 2011

DECRETO-LEI n.º 437/91. D:R: SÉRIE A.257 (8-11-91) 5723-6960

FRAGATA, José; MARTINS, Luís - *O erro em medicina: perspectivas do individuo, da organização e da sociedade*.Coimbra: Almedina, 2004. 327p ISBN 972-40-2347-8

FIDALGO, Alexandra. – O papel do enfermeiro face ao doente e/ou família/ pessoas significativas no período perioperatório – Revista AESOP. Lisboa. ISSN 0874-8128. Vol. IV, nº 12 (Dezembro 2003) p.15-22.

FILDALGO, A. Et al – A arte de comunicar em bloco operatório - *Boletim HPV*. Lisboa. ISSN 0870-8363. Vol. XVIII nº 4 (Outubro - Novembro 2005) p.109-110.

HESBEEN, W. - *Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência. 1997.197p ISBN 972-8383-11-8

HOSPITAL DE SANTA MARTA [em linha]. Lisboa. [consult. 03-11-2011] disponível em: [Http://www.hsmarta.min-saude.pt/](http://www.hsmarta.min-saude.pt/)

KURTZ, Suzanne; SILVERMAN, Jonathan et al. - *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. 2ª Edição. Oxford, 2005 ISBN 1857756584

KOLCABA, Katharine - *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company. 2003. ISBN: 0-8261-1633-7.

LAZURE, Hélène – *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 201p ISBN972-95399-5-2.

MARQUIS, Bessie; HUSTON, Carol - *Administração e liderança em enfermagem teoria e prática*. 4ª Edição. Porto: Artmed, 2005. 197p ISBN 85-363-0375-1

MARTINS, Catarina; FRANCO, Maria - O papel formativo do enfermeiro especialista. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196

MENDONÇA, Susana - *Competências profissionais dos Enfermeiros: a excelência do cuidar*. 1ªed. Lisboa: Editorial Novembro, 2009. 164p ISBN 978-989-8136-34-3

NIGHTINGALE, Florence – *Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência, 2005. 204p ISBN: 972-8383-92-4.

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. - *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 454p ISBN 972-99646-0-2

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. [em linha] Lisboa. [consult. 22-10-2011] disponível em:

http://www.who.int/patientsafety/events/08/05_11_08/en/

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Tomada de posição relativa à segurança do cliente [em linha]. Lisboa. [consult.01-06-2010] disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

PHANEUF, Margot- *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005. 633p ISBN 972-8383-84-3

PHIPPS, Wilma; LONG, Barbara; CASSMEYER, Virginia - *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Loures: Lusociência, 1995.2411p ISBN 972-96610-0-6

ROGERS, Carl- *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Climepsi editores PC, 2009. 480p ISBN 9789898160461

SWASON, Kristen M.- Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. Philadelphia. ISSN 0029-6562.vol. 40, nº 3 (May/June)

STEFANELLI, M.C. – *Comunicação com o paciente: teoria e ensino*. S.Paulo: Robe Editorial, 1993

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha- *Teorias de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de Enfermagem*.5ªed.Loures: Lusociência, 2004. 726p ISBN 972-8383-74-6.p469

WATSON, Jean- *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002. 182p ISBN 972-83-83-33-9

7. APÊNDICES

APÊNDICE I - Norma relativa às funções do Enfermeiro Circulante no BUC

Norma nº I: Funções do Enfermeiro Circulante (revisão de Norma)

Objectivo

- ✚ Facilitar a integração de novos elementos;
- ✚ Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao doente e família/pessoa significativa.
- ✚ Contribuir para a uniformização das funções de Enfermeira Circulante

Âmbito

- ✚ Aplica-se a todas as actividades desempenhadas pelos Enfermeiros do Bloco Operatório do SUC (BUC) com funções de Circulante.

Descrição

O Enfermeiro perioperatório com funções de Circulante cuida do doente cirúrgico de forma holística valorizando todas as suas componentes individuais. Tem como função também planear, implementar e realizar cuidados individualizados e globais ao doente/família/pessoa significativa, submetido a procedimentos cirúrgicos.

Desta forma pretende-se contribuir para a minimização do risco de segurança do doente/equipa gerindo os recursos disponíveis, e aplicando os conhecimentos técnico-científicos e relacionais.

O plano de cuidados formulado pelo Enfermeiro perioperatório com funções de Circulante é composto por várias etapas que permitem:

- ✚ O estabelecimento de uma relação de ajuda entre doente/família;
- ✚ Uma colheita de dados personalizada;

- ✚ Transmissão de segurança e conforto ao doente, reforçando a confiança na equipa;
- ✚ A verificação atempada da operacionalidade do equipamento necessário à intervenção;
- ✚ O controlo dos recursos materiais, evitando desperdícios;
- ✚ A segurança da técnica asséptica;
- ✚ Evitar a ocorrência de complicações e perda de tempo.

Tem também como responsabilidade a:

- ✚ Segurança do doente e equipa cirúrgica;
- ✚ Segurança do ambiente;
- ✚ Controlo da infecção;
- ✚ Gestão de riscos inerentes a um bloco operatório;
- ✚ Gestão organizacional na sala de operações.

Actividades

Antes de cada Cirurgia:

- ✚ Equipar-se segundo as normas do Bloco Operatório;
- ✚ Reunir todos os dispositivos médicos necessários para o acto cirúrgico, em conjunto com a Enfermeira Instrumentista;
- ✚ Verificar a integridade e esterilidade dos dispositivos médicos;
- ✚ Verificar todos os aparelhos e material a utilizar;
- ✚ Providenciar a limpeza das superfícies lisas (tampos);
- ✚ Verificar as condições ambientais da sala operatória;
- ✚ Preparar a sala e verificar o funcionamento dos equipamentos necessários:
 - Testar aspirador;
 - Testar canivete eléctrico (se necessário);
 - Preparar e testar câmara em colaboração com o cirurgião (se necessário);
 - Testar garrote pneumático (se necessário);

- ✚ Efectuar acolhimento do doente:
 - Apresentar-se ao doente (sem máscara), avaliando o seu grau de consciência;
 - Confirmar identificação do doente;
 - Confirmar com o doente cirurgia a efectuar;
 - Confirmar inexistência de próteses, anéis ou outros adornos;
 - Confirmar jejum, grupagem, antecedentes, exames complementares de diagnóstico, alergias.
 - Promover a informação necessária ao doente de forma a diminuir a sua angústia/medo referente ao perioperatório;
 - Garantir que o doente e/ou cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento informado;
 - Colaborar na transferência do doente para a marquesa operatória;
 - Acompanhar o doente à sala;
 - Colaborar no posicionamento do doente na marquesa operatória;
-
- ✚ Colocar placa neutra do equipamento de electrocirurgia (quando necessário) e testar;
 - ✚ Algiar o doente (se necessário);
 - ✚ Providenciar tricotomia (se necessário);
 - ✚ Colaborar com a equipa cirúrgica enquanto se equipam com roupa estéril;
 - ✚ Efectuar desinfectão prévia do campo operatório;
 - ✚ Colaborar na colocação das mesas cirúrgicas, tendo em conta a contagem de compressas (se necessário);
 - ✚ Conectar os vários materiais estéreis a unidades não estéreis;

Durante a cirurgia:

- ✚ Providenciar dispositivos médicos necessários ao decorrer da cirurgia;
- ✚ Verificar a integridade e esterilidade dos dispositivos médicos;
- ✚ Colaborar com o Enfermeiro Instrumentista na contagem de compressas e outro instrumental;
- ✚ Manter a disciplina na sala;
- ✚ Adequar os gastos tendo em conta a necessidade do procedimento cirúrgico;
- ✚ Manter a sala limpa e organizada;
- ✚ Prevenir riscos para o doente e equipa cirúrgica;
- ✚ Cumprir e fazer cumprir regras de assepsia;
- ✚ Actuar em situações de emergência;
- ✚ Acondicionar adequadamente produtos biológicos para exames;
- ✚ Desligar equipamentos que já não vão ser utilizados;
- ✚ Realizar triagem de resíduos;
- ✚ Proceder aos registos de enfermagem em folha própria e aplicação informática;
- ✚ Colaborar na realização do penso cirúrgico;

Final da cirurgia:

- ✚ Proporcionar um acordar confortável ao doente;
- ✚ Colaborar na transferência do doente para o recobro anestésico (UCPA);
- ✚ Cumprir o protocolo de higienização, montagem e verificação dos equipamentos;
- ✚ Efectuar reposição de dispositivos médicos e fármacos;
- ✚ Preparar a sala para o próximo doente.

REGISTOS

São efectuados os seguintes registos perioperatórios de Enfermagem:

- Registos de enfermagem em impresso próprio (folha de circulante);
- Registos relativos ao consumo de determinados dispositivos médicos;
- Registos relativos a produtos para análise;
- Registos em aplicação informática (CPC-Hs).

BIBLIOGRAFIA

- ✚ Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa- *Enfermagem perioperatória – Da Filosofia à prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta, 2006
ISBN 972-89-16-X
- ✚ Fonseca, R. (2011). *Apontamentos das aulas de Enfermagem Perioperatória*. Lisboa

APÊNDICE II- Poster de Via Aérea Difícil

VIA AÉREA DIFÍCIL

Definição

- *Dificuldade na ventilação com máscara facial* (quando os sinais de ventilação inadequada não revertem ou a SpO₂ <90% com FiO₂ a 100% com ausência de expansibilidade torácica ou distensão gástrica durante a ventilação com pressão positiva)
- *Dificuldade na laringoscopia* (impossibilidade de visualizar a glote)
- *Dificuldade na intubação endotraqueal* (quando efectuadas >3 tentativas/procedimentos >10 min)

(American Association of the Anesthesiologists (ASA) 2003)

Classificação de Mallampati



- Classe I - palato mole, úvula visível e amigdalino visível
- Classe II - palato mole e úvula visível
- Classe III - palato mole e base da úvula visível
- Classe IV - palato mole mas totalmente invisível

Escala de Cormack- Lehane



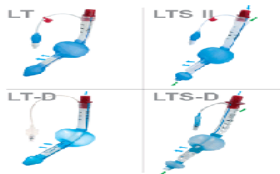
- Grau I - visão total
- Grau II - visão parcial da glote e aritenóides
- Grau III - visível a epiglote
- Grau IV - não é visível a glote e a epiglote

Dispositivos supra glóticos

Máscara laríngea (clássica, I-Gel, Suprime, Fastrach)



Tubo laríngeo (1ª, 2ª e 3ª geração)



Laringoscópio óptico (AIRTRAO)



APÊNDICE III - Proposta de Carro de VAD/Revisão Bibliográfica



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



Via Aérea Difícil (VAD) No Bloco Operatório



Elaborado por:
Aluna Sónia Lima
Mestrado de Natureza Profissional na
Área Médico Cirúrgica da
Universidade Católica Portuguesa (UCP)
Instituto de Ciências da Saúde,
Sob orientação da
Enf.^a Esp. Rosário Favita
Docente Isabel Rabiais

Lisboa, Junho 2011

Índice

1. Nota Introdutória	3
2. Via Aérea Difícil (VAD)	4
3. Dispositivo supra glóticos	10
4. Carro de Via Aérea Difícil	20
5. Algoritmo da VAD	23
6. Referências Bibliográficas.....	24

1. Nota Introdutória

Com o evoluir das décadas, na área da saúde foram surgindo novas tecnologias que contribuíram para uma melhoria do tratamento e dos cuidados prestados ao doente.

Na área da Anestesia gradualmente têm vindo a surgir novos equipamentos e técnicas que facilitam a entubação orotraqueal (EOT) do doente. A segurança do doente bem como a permeabilização da via aérea, a adequada manutenção da mesma, constitui uma das maiores preocupações e podem criar a diferença entre a vida e morte.

Este trabalho visa, abordar de uma forma resumida a definição de via aérea difícil (VAD) bem como os equipamentos necessários ou idealmente úteis de forma a facilitar a entubação do doente com VAD, contribuir para uma crescente preparação dos profissionais e dos serviços na abordagem da VAD e garantir a resposta mais eficaz no menor tempo possível.

Muitos destes equipamentos são de elevado custo, no entanto atendendo aos existentes na instituição do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) - Hospital de Santa Maria E.P.E segue uma proposta de orientação para organização de um carro de VAD para o serviço de Urgência Central- Bloco de Urgencia Central (BUC).

2. Via Aérea Difícil (VAD)

A incapacidade de manter a permeabilidade das vias aéreas impede uma correcta oxigenação tecidual causando consequências graves e dramáticas ao doente.

De acordo com a American Society of Anesthesiologists (ASA) a via aérea difícil é definida como uma situação clínica na qual o Anestesiologista treinado tem dificuldade em entubar um doente e manter a ventilação manual sob máscara facial ou ambos.

Sempre que estamos perante uma via aérea difícil (VAD) a segurança do doente deve ser preservada. Como tal o enfermeiro de apoio à anestesia deverá ter competências e conhecimento para identificar e efectuar uma avaliação imediata, bem como reconhecer a situação de obstrução e permeabilização da via aérea. Devem também conhecer todo o algoritmo da VAD, fornecer precocemente a ventilação artificial e conhecer/compreender os dispositivos supraglóticos existentes bem como o seu modo de utilização.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) o Enfermeiro Especialista tem competências comuns e específicas nomeadamente na gestão da qualidade, dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais que visam uma resposta adequada perante a VAD.

De acordo com a ASA a via aérea difícil (VAD) define-se como:

- ✱ Dificuldade na ventilação com máscara facial - quando os sinais de ventilação inadequada não revertem ou a $SpO_2 < 90\%$ com FiO_2 a 100% com ausência de expansibilidade torácica ou distensão gástrica durante a ventilação com pressão positiva;
- ✱ Dificuldade na laringoscopia- impossibilidade de visualizar a glote;
- ✱ Dificuldade na intubação endotraqueal- quando são efectuadas mais do que 3 tentativas ou procedimento superior a 10 minutos.

Existem determinados factores que contribuem para a VAD nomeadamente: tumores, infecções a nível da cavidade oral e estruturas anatómicas, corpos estranhos, mal formações congénitas, traumatismo facial ou lesão da coluna cervical, obesidade, e

alterações anatómicas (pescoço curto, micrognatismo, prognatismo, língua volumosa, ausência de dentes).

Primariamente deve ser realizada uma avaliação geral do doente e dos seus antecedentes pessoais nomeadamente:

- ✱ História clínica do doente- registo de entubações ou ventilações difíceis
- ✱ Existência de traumatismo da face, vias aéreas, história de queimadura das vias aéreas e sequelas das mesmas, síndromes congénitas entre outros.
- ✱ Avaliação da articulação temporomandibular e extensão cervical.

CrITÉRIOS de reconhecimento de VAD:

- ✱ Articulação temporomandibular capacidade de deslocamento anterior da mandíbula
- ✱ Abertura da boca- esta deve ser sempre superior a 3cm
- ✱ Movimento de flexão do pescoço e extensão da cabeça:
 - ✓ Flexão do pescoço sobre o tórax-> a 35%
 - ✓ Extensão da cabeça sobre o pescoço-> 80%
- ✱ Distância tireo- mentoniana- deverá ser igual ou superior a 5cm= 3 dedos

Paralelamente a estes critérios são utilizados dois tipos de classificações:

1. Classificação de Mallampati

2. Escala de Cormack-Lehane.

Classificação de Mallampati

Esta classificação consiste na observação perioperatoria da orofaringe do doente sentado.

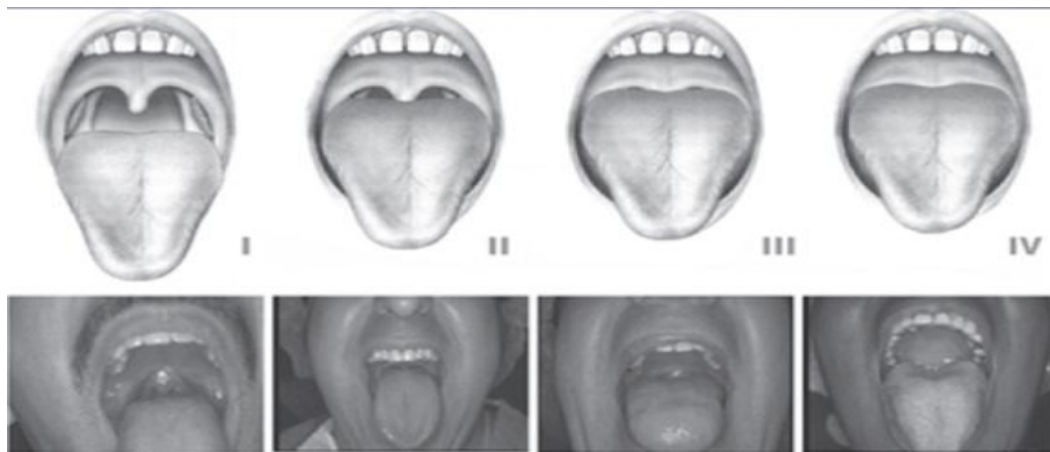


Figura nº1: Classificação de Mallampati (fonte: www.sistemanervoso.com/.../084.jpg)

È classificada em 4 classes sendo:

- ✦ Classe I – palato mole, úvula visível e amigdalino visível
- ✦ Classe II – palato mole e úvula visível
- ✦ Classe III – palato mole e base da úvula visível
- ✦ Classe IV – palato mole mas totalmente invisível

Escala de Cormack- Lehane

Consiste na visualização da região supraglótica através da laringoscopia directa de acordo com as estruturas visíveis.

Encontra-se classificada em 4 graus:

- ✦ Grau I- visão total
- ✦ Grau II- visão parcial da glote e aritenóides
- ✦ Grau III- visível a epiglote
- ✦ Grau IV- não são visíveis nem a glote nem a epiglote

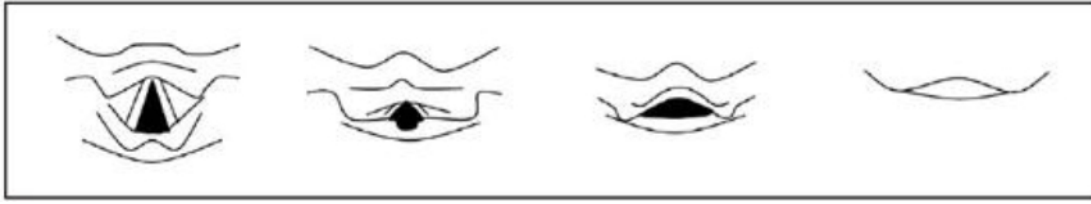


Figura nº 2: Escala de Cormack-Lehane (fonte: www.fmca.org.mx)

Existem determinadas características anatómicas no doente que têm elevada previsibilidade de entubação difícil nomeadamente:

- ✦ Abertura bucal- <a 4cm
- ✦ Mallampati III ou IV
- ✦ Extensão cefálica <80%
- ✦ Incapacidade deslocamento anterior da mandíbula
- ✦ Distância tireomentoniana – <6cm
- ✦ Distância esternomentoniana- <12.5cm

Contudo existem **manobras facilitadoras** para a ventilação e entubação tais como:

- ✦ **Posição olfactiva correcta** – o posicionamento com uma almofada occipital associada à extensão da cabeça e o alinhamento dos eixos oral, laringeo e faríngeo.

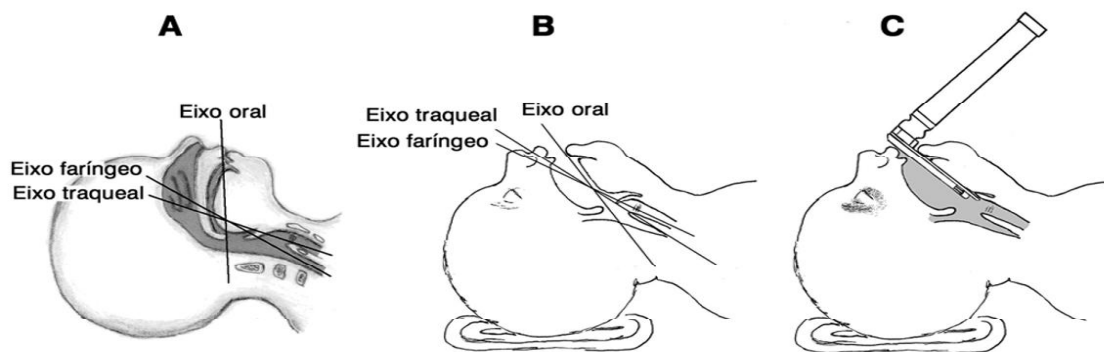


Figura nº 3: Posição olfactiva do doente (fonte: www.jpmed.com.br/conteudo/07-83-S83/image_03.jpg)

- ✦ **Manobra de Burp**- consiste na compressão laringea externa com um suave deslocamento para tras e para cima da cartilagem tiroíde, osso hioide e/ou cartilagem cricoide (não é visível da glote);
- ✦ **Manobra de Sellick** – consiste na compressão da cartilagem cricoide (2-3 Kg). Segundo a literatura não existe evidência que esta manobra facilite a entubação é bastante utilizada na prevenção do risco de aspiração de vómito durante a entubação.

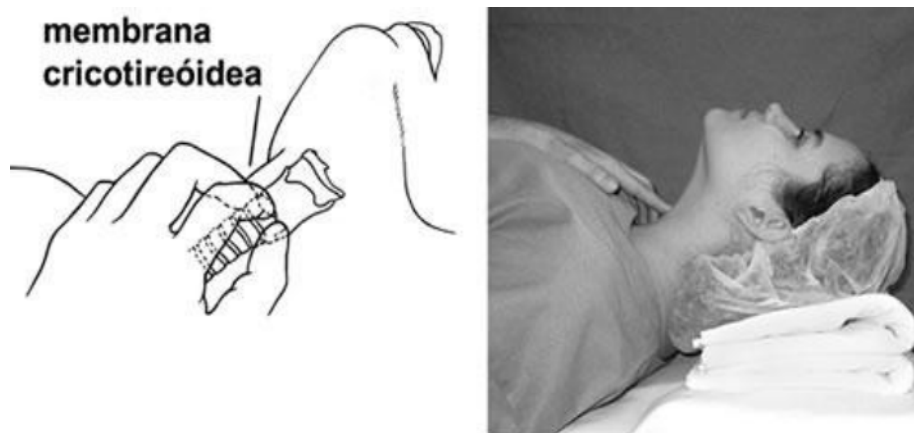


Figura nº 4: Manobra de Sellick

Permeabilização da via aérea

È importante referir também como deve ser permeabilizada a via aérea. Esta deve ser realizada através da subluxação da mandíbula em doentes com suspeita de trauma e hiperextensão da cabeça do doente com elevação do queixo. Deve ser colocado um adjuvante da via aérea (tubo nasofaríngeo ou tubo de mayo).



Figura nº 5: hiperextensão da cabeça



Figura nº 6º Subluxação da mandíbula

(Fonte: <http://projecto-a2.blogspot.com/2008/03/recomendaes-para-o-suporte-bsico-de.html>)

Ventilação/intubação

Material necessário:

- ✦ Ambú
- ✦ Seringa de 20cc
- ✦ Máscara facial
- ✦ Fita de nastro
- ✦ Estetoscópio
- ✦ Tubo orotraqueal
- ✦ Adjuvante da via aérea (Mayo ou nasofaríngeo)
- ✦ Aspirador
- ✦ Adesivo

Máscara facial



Figura nº 6: Máscara facial e insuflador manual (ambú)

(Fonte: www.fibracirurgica.com.br/.../trumb/4322.jpg)

A máscara facial encontra-se **indicada** em situações de:

- ✦ Anestesia para procedimentos de curta duração
- ✦ Pré- oxigenação do doente
- ✦ Assistência ventilatória inicial na PCR

Encontra-se **contra-indicado**:

- ✦ Doentes sem jejum adequado com ou sem patologias que atrasam o esvaziamento gástrico
- ✦ Cirurgias com aumento da Pressão intra-abdominal

Complicações:

- ✦ Lesão dos tecidos moles da face
- ✦ Lesões do olho, córnea ou retina relacionados com os produtos de limpeza

3. Dispositivo supra glóticos

Os dispositivos supraglóticos são dispositivos que constituem alternativa à máscara facial/entubação traqueal em situação de “*não intubo/não ventilo*”, facilitando o acesso à via aérea e a uma ventilação adequada.

São inseridos acima da glote, permitindo a continuidade aérea entre a traqueia e meio exterior. Permitem ventilar um doente sem necessidade de laringoscopia e realizar uma ventilação correcta em situação de paragem respiratória em situação “*não intubo/ não ventilo*”.

São vários os dispositivos actualmente existentes sendo os principais e mais usados os seguintes:

- ✦ **Máscara laríngea** (clássica, I-Gel, Suprime, Fastrach)
- ✦ **Tubo laríngeo** (1ª, 2ª e 3ª geração)
- ✦ **Laringoscópio óptico- AIRTRAQ**

Máscara laríngea clássica

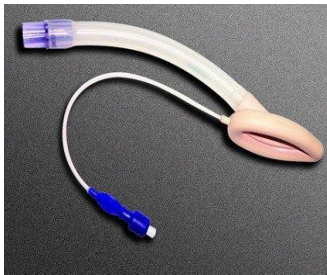


Figura nº7: Máscara laríngea clássica (LMA)

(fonte: http://img.alibaba.com/photo/11902965/Laryngeal_Mask_Lma_.jpg)

A LMA não necessita de laringoscopia, permite a sua introdução em situações de difícil acesso ao doente e VAD.

No entanto não protege contra a regurgitação e não deve ser usada em doentes com aumento da resistência da via aérea. Encontra-se **contra-indicado** em situações de: patologias faríngeas, reflexo glossofaríngeo e laringeos presentes.

Máscara I- Gel



Figura nº 8: máscara laríngea I-Gel

(Fonte: http://static.wix.com/media/e1304c4e2765422d6d1e8f6043c60476.wix_mp)

A ML I-Gel substitui o cuff insuflável por uma estrutura à base de um gel moldável e não traumático.

A sua forma permite uma adaptação à via aérea não havendo possibilidade de fugas e sem provocar compressão das estruturas adjacentes, evita a oclusão da via aérea provocada pelo relaxamento dos músculos laríngeos. Apresenta um cabo rígido que

mantém a via aérea desobstruída. São máscaras de uso único, possuem um canal gástrico que permite a aspiração gástrica.

Encontra-se **contra indicada** em situações de abcesso e hérnia de hiato; doentes sem jejum; limitação da abertura da boca.

Apesar de existirem todos os tamanhos (pediátricos e adultos), os mais utilizados nos adultos são:

- ✦ N° 3- 30-60 kg (amarelo)
- ✦ N° 4- 50-90 Kg (verde)
- ✦ N° 5-> 90Kg (laranja)

Atenção: A sua embalagem deve ser aberta no último minuto da pré oxigenação. Deve ser colocado lubrificante hidrossulóvel ou SF na base inferior lisa, isto é, no canal de aspiração e na frente, lado e parte de trás do cuff. A sua inserção deve ser feita até 3 tentativas; não deve ser exercida força excessiva e quando surge fuga de ar do canal gástrico em grande quantidade deve ser removida.

Máscara ML Supreme

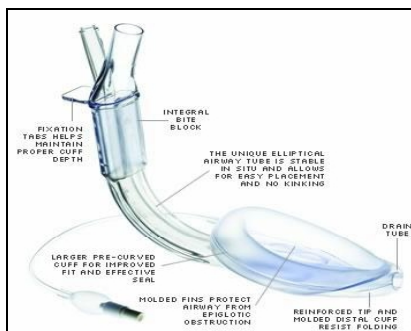


Figura nº 9: Máscara ML supreme (fonte: <http://www.anestesiario.org/WP/uploads/2009/11/supreme.jpg>)



Figura nº 10: descrição da ML supreme (adaptado de <http://www.nalean.com.br/lma.htm>).



Figura nº 11: descrição da ML supreme (adaptado de: <http://www.nalean.com.br/lma.htm>)

A **máscara ML Supreme** é de fácil inserção devido á sua estrutura anatómica. Possui dois canais: um de acesso gástrico, e um de acesso á via aérea. Apresenta um cuff que acompanha a curvatura do dispositivo, contribuindo para uma adequada selagem. É **indicada** em procedimentos anestésicos e VAD.

Contra-indicado em doentes submetidos a ciclos de Radioterapia (RT) do pescoço com envolvimento da hipofaringe; incompatível abertura da boca e doentes com ingestão de produtos cáusticos.

Máscara Fastrach



Figura nº 12: “Fastrach” (fonte: <http://www.nalean.com.br/lma.htm>)

É uma máscara laríngea, ou seja, um tubo curvo anatomicamente rígido que permite a passagem do tubo endotraqueal (TOT nº 6; 6.5; 7; 7.5; 8) associado a um punho metálico que permite o seu manuseamento com a mão. Possui uma válvula de verificação de insuflação do cuff. Pode ser reutilizável ou não, se reutilizável pode ser usada até 40 vezes. Obrigatoriamente após o seu uso deve ser esterilizada.

Máscara Laríngea C-Trach™

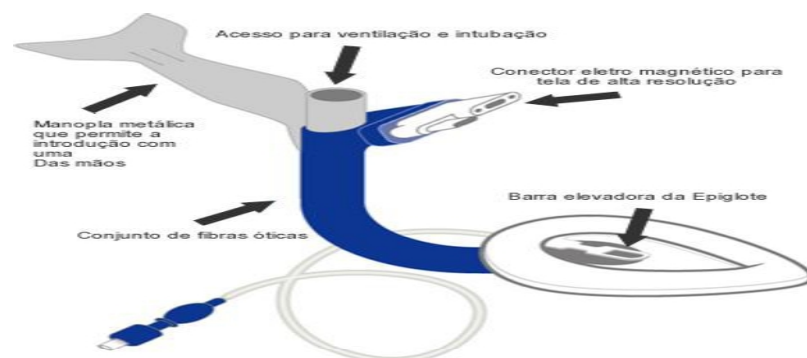


Figura nº 13: Máscara laríngea C- Trach (fonte: <http://www.nalean.com.br/lma.htm>)

A LMA C- Trach é um dispositivo de acesso às vias aéreas que permite a ventilação do doente quer em situação de emergência ou rotina. Permite a visualização directa das

cordas vocais através de um sistema integrado de fibras ópticas conectado a um sistema electromagnético com uma câmara.

Tubos laríngeos

O tubo de laríngeo é um dispositivo supraglótico utilizado em anestesia geral em situação de ventilação espontânea ou pressão positiva. Em caso de emergência, é uma ferramenta ideal para assegurar a via aérea durante a VAD, é uma técnica alternativa para a ventilação com máscara e intubação traqueal.

Proteger a via aérea é um dos aspectos-chave na implementação de uma reanimação com sucesso. No actual enquadramento do Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC) do tubo da laringe foi considerada como um dispositivo adicional para a gestão das vias aéreas em reanimação cardiorrespiratória.

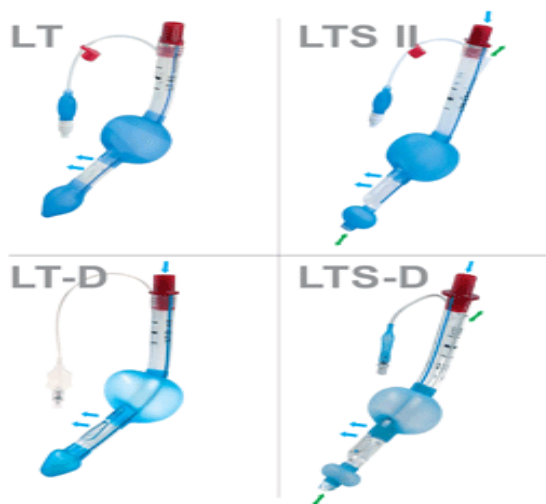


Figura nº 14: Diferentes tipos de tubos laríngeos (fonte: <http://www.larynx-tubus.de>)

Os **tubos laríngeos** são dispositivos de silicone, existem 3 versões sendo:

- ✦ 1ª Versão consituido por 2 cuffs com insuflador independente;
- ✦ 2ª Versão com dois cuffs com insuflador de conduto único- LTS II
- ✦ 3ª Versão surge com o canal para drenagem gástrica- LT-D

Vantagens:

- ✦ Fabricado em silicone
- ✦ Possui 2 cuffs (faringeo e esofagico) - LTS II e LT-D
- ✦ Adaptador standart identificado por cores segundo o tamanho- LTS II e LT-D
- ✦ Lumen ventilatorio anterior situado entre os dois cuffs- LTS II e LT-D
- ✦ Tubo para drenagem esofagico- LTS II e LT-D
- ✦ Pode ser reutilizável, sendo esterilizado em autoclave até 134°C
- ✦ Existem varios tamanhos inclusive pediatricos (combitubo)
- ✦ Menor risco de lesão esofagica durante a sua inserção (combitubo)
- ✦ Menor risco de regurgitação gástrica
- ✦ Implica uma abertura bucal minima +-23mm
- ✦ Permite uma introdução às “cegas”
- ✦ Não precisa de laringoscopia
- ✦ Alternativa á mascara laringea em situação mergente “nã intubo e não ventilo”
- ✦ Permite um controlo da via aerea em posição neutra do pescoço mesmo em situação de fractura ou luxação cervical
- ✦ Pode ser colocado em acesso dificil á via aérea como por exemplo em situação de encarceramento, trauma ou alterações genéticas, hemorragia maciça (“tubo ás escuras”)

Desvantagens:

- ✦ Risco de ruptura esofagica (vómitos)
- ✦ Lesão da mucosa da via aerea superior
- ✦ Nunca forçar a entrada do tubo

Contra indicado:

- ✦ Obstrução glótica ou subglótica da via aerea
- ✦ Patologia esofagica conhecida
- ✦ Fístula traqueoesofagica
- ✦ Vomitos activos e risco de regurgitação
- ✦ Doentes traqueostomizados

Tamanhos dos Tubos laríngeos

Tubos Laríngeos	Peso	Obs.
Nº 0 para o RN	Até 6 kg	Insuflar com 15mL (adaptador transparente)
Nº 1 para lactentes	6-15Kg	Insuflar com 40 ml (adaptador branco)
Nº 2 para Crianças	15-40 Kg	Insuflar com 80 ml (adaptador verde)
Nº 3 para adultos	30-50 Kg	Insuflar com 120 mL (adaptador amarelo)
Nº 4 para adultos	50-90 Kg	Insuflador com 130 ml (adaptador vermelho)
Nº 5 para adultos	> 90Kg	insuflador com 150 ml(adaptador roxo)

Tubo laríngeo Suction (LTS)

Este tubo possui uma particularidade específica, permite a colocação de sonda nasogástrica (SNG) nº 14 e permite a passagem de um fibroscópio. (ver figura nº 14)

Laringoscópio óptico AIRTRAQ



Figura nº 15: Airtraq (fonte: <http://www.airtraq.com>)

O AIRTRAQ é um dispositivo utilizado perante a laringoscopia difícil, permite a entubação rápida com maior segurança e eficácia pois possibilita a visualização directa e completa da via aérea mantendo o doente acordado.

Permite uma manipulação mínima da cabeça, bem como uma abertura mínima da boca (18mm), podendo ser usado com qualquer tipo de tubo. Permite a conexão a um monitor wireless e a video camara.

Existem 4 tamanhos definidos por cores:

- ✦ Rosa – 3,5- 5,5
- ✦ Verde – 6- 7,5
- ✦ Azul – 7- 8,5
- ✦ Laranja – nasotraqueal
- ✦ Duplo lúmen

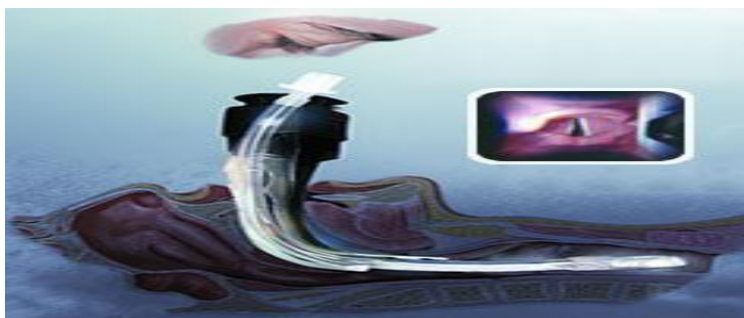


Figura nº 16: Introdução do airtraq (fonte: <http://www.airtraq.com>)

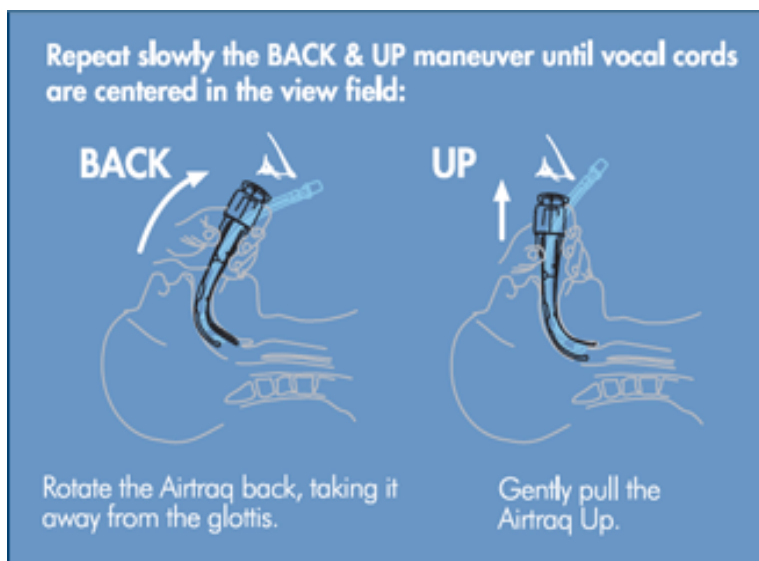


Figura nº 17: introdução do AIRTRAQ (fonte: <http://www.airtraq.com>)

Indicado:

- ✦ VAD
- ✦ Obesidade mórbida
- ✦ Fractura cervical instável

- ✦ Doenças infecciosas
- ✦ Emergência pré-hospitalar
- ✦ Cormack-Lehane III, IV
- ✦ Laringoscopia convencional difícil
- ✦ Laringite anterior
- ✦ Queimados e trauma
- ✦ Extração de corpos estranhos
- ✦ Entubações nasotraqueias
- ✦ Mudança de Tubo endotraqueal (TET) em Unidades de cuidados intensivos (UCI)

4. Carro de Via Aérea Difícil

Em situações de emergência ou de VAD e apesar de não existir uma evidência reconhecida relativamente á preparação do material e a sua repercussão clinica, existe uma unanimidade entre os profissionais mais diferenciados que consideram quanto maior a preparação prévia para este tipo de situações, melhor será a resposta e menor será a incidência de morbidade dos doentes.

Como tal é imprescindível um Carro de Via Aérea Difícil (VAD) na medida em que disponibiliza no menor tempo possível todo o material necessário à abordagem de situações clínicas complexas.

No entanto convém referir que apesar de várias instituições possuírem carros de VAD, cada instituição/serviço deve adaptar o mesmo á sua realidade, tendo sempre em conta as preferências, habilidades desenvolvidas na gestão de vários dispositivos associados quer à entubação ou ventilação.

O Carro de VAD deve ser constituído por uma mesa de trabalho e 4 gavetas centrais e 2 gavetas laterais, material de entubação e dispositivos supraglóticos. No entanto nunca esquecer que este deve ser adaptado ao respectivo serviço neste caso no SUC – BUC.

Proposta do Carro de VAD:

Para elaborar esta proposta foi realizada uma entrevista informal aos enfermeiros que desempenham funções de apoio á anestesia e aos médicos anestesistas com prática e formação na área de VAD, que exercem funções no BUC. Posteriormente foi elaborado de acordo com as informações colhidas e o material existente esta respectiva proposta.

Material necessário:

Material	Quantidade	Verificação	Obs.
Tubo endotraqueal sem cuff nº2	2		
Tubo endotraqueal sem cuff nº2,5	2		
Tubo endotraqueal sem cuff nº3	2		
Tubo endotraqueal sem cuff nº3,5	2		
Tubo endotraqueal sem cuff nº 4	2		
Tubo endotraqueal sem cuff nº4,5	2		
Tubo endotraqueal sem cuff nº 5	2		
Tubo endotraqueal sem cuff nº5,5	2		
Tubo endotraqueal sem cuff nº6	2		
Tubo endotraqueal sem cuff nº 6,5	2		
Tubo endotraqueal com cuff nº 5	1		
Tubo endotraqueal com cuff nº5,5	1		
Tubo endotraqueal com cuff nº 6	1		
Tubo endotraqueal com cuff nº6,5	2		
Tubo endotraqueal com cuff nº 7	2		
Tubo endotraqueal com cuff nº7,5	2		
Tubo endotraqueal com cuff nº 8	2		
Tubo endotraqueal com cuff nº 8.5	2		
Tubo endotraqueal com cuff nº 9	1		
Tubo laríngeo (combitubo)	2		
Laringoscópio óptico Airtraq regular	2		
Máscara laríngea nº 2	1		
Máscara laríngea nº 2,5	1		
Máscara laríngea nº 3	1		
Máscara laríngea nº 3,5	1		
Máscara laríngea nº 4	2		
Máscara laríngea nº 5	2		
Tubos aramados nº 6	1		
Tubos aramados nº 6.5	1		

(cont.)

Material	Quantidade	Verificação	Obs.
Tubos aramados nº 7	1		
Tubos aramados nº 7.5	1		
Máscara fastrach nº 3	1		
Máscara fastrach nº 4	1		
Prolongador de Tubo	1		
Cabo de laringoscópio de Macintosh	1		
Cabo de laringoscópio de Miller	1		
Cabo de laringoscópio curto	1		
Lâmina de Macgoy nº 4, nº 5	2		
Lâmina recta nº 1	1		
Lâmina recta nº 2	1		
Lâmina recta nº 3	1		
Mandril rígido de adulto	1		
Mandril rígido de pediátrico	1		
Pinça de Maggill média e grande	1		
Tubo de Guedell nº 00	2		
Tubo de Guedell nº 0	2		
Tubo de Guedell nº 1	2		
Tubo de Guedell nº 2	2		
Tubo de Guedell nº 3	2		
Tubo de Guedell nº 4	2		
Kit de Cricotiretómia	1		
Fibroscópio	1		
Bougie adulto e pediátrico	2		
SF 0.9% (10 ml)	5		
Nastro (rolo)	1		
Tesoura	1		
Pilhas	2		
Gel hidrossulovel ou lidocaína gel	1		
Algoritmo da VAD	1		

5. Algoritmo da VAD

O algoritmo da VAD foi elaborado em 2003 pela American Society of Anesthesiologists (ASA).

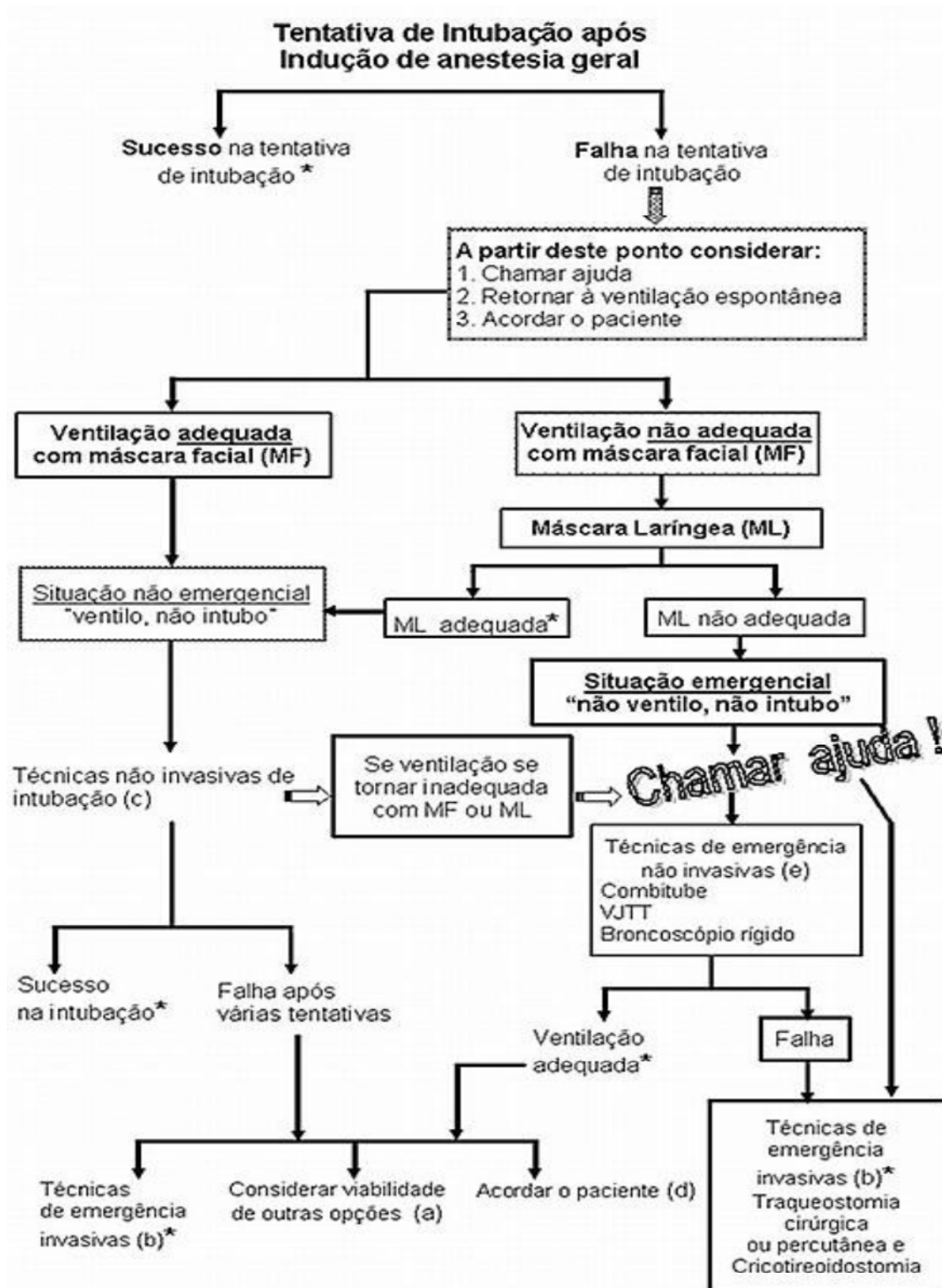


Figura nº 18: Algoritmo da VAD (fonte: <http://www.anestesiador.com/2009/08/via-aerea-difícil.html>)

6. Referências Bibliográficas

- American Society of Anesthesiologists- An Algorithm for Difficult Airway Management Modified for Modern Optical Devices (Airtraq Laryngoscope; LMAC Trach). **Anesthesiology**. Vol. 114 N° 1 (2011) p 25-33 Management of the Difficult Airway. **Anesthesiology**. Vol.98 N° 5 (2003) 2002 p.22
- Barrios, Jorge; Mesa, Alonso- *Manual Clínico da Via Aérea Respiratória*. São Paulo: Artes Médicas, 2005
- American Society of Anesthesiologists- Task force on difficult Airway Management. Practice guidelines for management of difficult airway: an update report by the American Society of Anesthesiologists Task force on Management of difficult airway. Anesthesiology. Vol.98 N° 5 (2003) p 1269-1277
- Ordem Dos Enfermeiros - Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica [em linha]. Lisboa. [consult.05-06-2011] disponível em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislaçãOE/R regulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica aprovadoAG20Nov2010.pdf>
- Airtraq [em linha]. Lisboa [consult.10-06.2011] disponível em <http://airtraq.com/airtraq/portal.portal.action>
- I-Gel [em linha]. Lisboa [consult.10-06-2011] disponível em <http://www.i-gel.com>
- Tubos laríngeos [em linha]. Lisboa. [consult.10-06-2011] disponível em <http://www.larynx-tubus.de/larynx-tubus/content/view/12/26/lang/es/>
- Algoritmo da via aérea difícil [em linha]. Lisboa. [consult. 05-06-2011] disponível em <http://www.anestesiador.com/2009/08/via-aerea-dificil.html>
- Airtraq [em linha]. Lisboa [consult. 08-06-2011] disponível em http://www.spservices.co.uk/item/Brand_AirtraqOptica

APÊNDICE IV - Proposta de Norma inerente ao «desfibrilhador»



Proposta de Norma nº 2: Desfibrilhador

Objectivos:

- ✚ Facilitar o manuseamento do **Desfibrilhador Artema Cardio- Aim 100** do Bloco Operatório
- ✚ Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente.
- ✚ Contribuir para a segurança do doente e da equipa multiprofissional

Âmbito:

- ✚ É aplicável a todos os Enfermeiros presentes no Bloco de Urgência Central.

Descrição

O Enfermeiro no perioperatório cuida do doente cirúrgico em toda a sua vertente física, social e psicológica. Para além de planear, implementar e efectuar cuidados individualizados e globais ao doente, submetido a procedimentos cirúrgicos tem a responsabilidade de contribuir para a segurança do doente e de toda a equipa multiprofissional, aplicando conhecimentos técnico-científicos. O enfermeiro perioperatório para além de muitas outras funções contribuí para:

- Transmissão de segurança e conforto ao doente, reforçando a confiança na equipa;
- A verificação atempada da operacionalidade do equipamento necessário à intervenção;
- A segurança do doente e equipa;
- Evitar a ocorrência de complicações e perda de tempo.

Em todos os turnos para além da verificação de todo o material cirúrgico todos os equipamentos nomeadamente ventiladores, monitores entre outros devem ser verificados e “testados” previamente antes do seu uso.

O **Desfibrilhador Artema Cardio- Aim 100**, é um monitor (desfibrilhador) que se encontra presente em ambas as Salas Operatórias bem como na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (recobro). O seu uso é feito em situações de emergência.

Salienta-se que existem dois tipos de desfibrilhador: monofásicos e bifásicos.

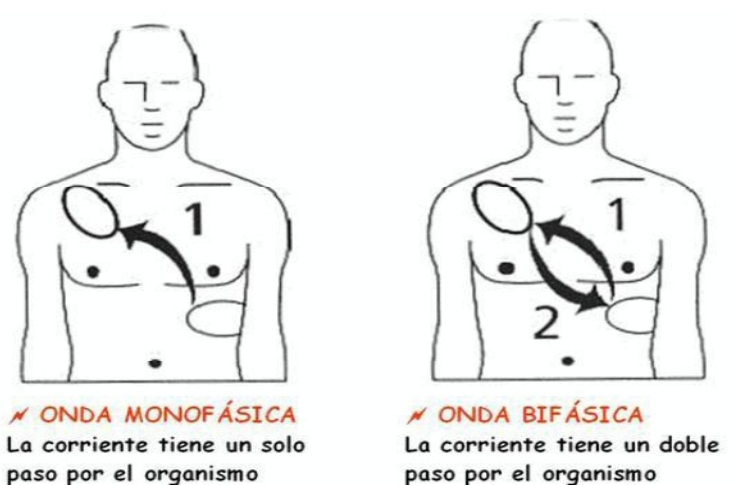


Figura 1: Tipos de onda (fonte: <http://imagenes.mailxmail.com/cursos/imagenes>)

Monofásicos

Foram utilizados durante vários anos e actualmente a sua produção foi descontinuada. Encontram-se presentes ainda em diversos serviços hospitalares a sua carga máxima de Energia é de 200Joules (J).

Bifásicos

(ex: **Artema Cardio- Aim 100**)

O desfibrilhador bifásico, é o mais utilizado e cada vez mais produzido. A sua carga máxima é de 360 Joules (J). As suas ondas bifásicas são mais eficazes do que as monofásicas a reverter electivamente fibrilhações auriculares pois utilizam menos Energia

(E) cumulativa, diminuindo as queimaduras cutâneas. Em situação de arritmias ventriculares com baixos níveis de energia, têm maior eficácia no 1º choque nas fibrilhações Ventriculares (FV) e Taquicardias Ventriculares (TV).

Nota: Desfibrilhador

Energia = Joules (J)

Tensão = Voltagem (V)

Corrente = Amperes (A)

Tempo = Segundo (s)

Atenção: o Teste e verificação do equipamento deverá ser realizado em todos os turnos.

Como testar?

Actividades

- ✚ Verificação da integridade e limpeza do aparelho
- ✚ Verificação da bateria. O desfibrilhador possui duas baterias (ON 1 e ON 2) ambas as cargas devem estar completas. Quando não completas o equipamento deve ser ligado á corrente eléctrica ou caso exista.
- ✚ Observação da integridade dos cabos de ECG e Bateria
- ✚ Verificação da Energia seleccionada. Atenção antes de ser realizado o teste verificar se a Energia está devidamente seleccionada na modalidade Mon nas pás. Os cabos das pás devem estar introduzidos nas conexões delimitadas a preto.
- ✚ Aplicação do Test. Verificar se as pás estão devidamente encaixadas no aparelho e observar a sua integridade. Seleccionar a energia de Test o ideal e recomendado pelo fabricante são 300J e seguidamente realizar a “descarga”. Carregar no botão amarelo das pás (lateral) o monitor inicia linha recta quando o aparelho emite som de descarga carregar simultaneamente nos dois botões amarelos localizados na face interna das pás. Após o test o aparelho deverá imprimir (caso tenha papel) a hora, a

carga de test e a verificação do test. Quando se encontra operacional no registo impresso pelo aparelho surge OK, significa que não existe anomalias no aparelho.

- ✚ Colocação novamente da energia na modalidade MON. Esta deve ser sempre colocada nesta modalidade para prevenir possíveis acidentes, pois pudera posteriormente ser necessário a sua utilização emergente e caso já esteja pré seleccionada um nível de energia o profissional a utilizar as pás poderá sofrer descarga eléctrica (acidente de trabalho).

O desfibrilhador permite-nos realizar diferentes modalidades nomeadamente:

- ✚ Monitorização (pás ou eléctrodos)
- ✚ Pace
- ✚ Cardioversão/Desfibrilhação

1) Monitorização

Esta é realizada através de um cabo de ECG composto por 3 conexões (vermelho, amarelo e verde) que conectam em 3 eléctrodos que são colocados nas respectivas derivações.

2) Pace

Esta modalidade é utilizada em situações de bradicardia sintomática com instabilidade hemodinamica que não responde a anticolinérgicos e a fármacos de segunda linha (ex: isoprenalina).

O doente deve estar devidamente monitorizado com o cabo de ECG do aparelho ou a outro monitor. Estas pás encontram-se localizadas na 2ª Gaveta do carro de Reanimação no Recobro anestésico. Encontra-se dentro de uma embalagem com invólucro tendo no exterior todas as indicações de como devem ser aplicadas no tórax do doente.

Os cabos das pás de Pace (branco e preto) são conectados as conexões universais do aparelho (branco com branco; preto com preto). Deve ser escolhida a modalidade Pace no botão localizado na parte superior do aparelho e programar a frequência cardíaca para iniciar estímulo, e a energia, isto é voltagem (amperes) necessária para posteriormente ser

iniciado o estímulo externo. Durante a programação Pace não deve ser retirado nem desconectado nenhum eléctrodo pois o doente fica automaticamente sem monitorização.



Figura nº 2: Pás de Pace (fonte:<http://www.lfequipamentos.com.br>)

3) Cardioversão e Desfibrilhação

Para esta modalidade podem ser aplicadas as pás de Pace ou pás do monitor. Quando é necessário realizar Cardioversão/Desfibrilhação **deve ser sempre utilizado Gel não directamente nas pás mas directamente na pele do doente** no local onde vai ser realizada a Cardioversão/Desfibrilhação.



Figura nº 3: Manuseamento incorrecto de pás (fonte:<http://enfermagemintensiva.files.wordpress.com>)



Figura nº 4: Aplicação correcta de pás (fonte: <http://iespesenfb.blogspot.com/>)

As pás não são retiradas simultaneamente, e **NUNCA** devem ser friccionadas uma na outra (incorrecto). Deve ser retirada uma pá de cada vez e aplicar no local indicado (conforme a Figura nº 4); seleccionar a energia e posteriormente após sinal de descarga, “primir” simultaneamente os botões laterais das pás. No **momento da descarga não deve estar presente O2 ligado, Água, Nitratos e a equipa deve afastar-se** pois pode existir uma fonte de contacto que poderá emitir energia e causar descarga no profissional.

Em suma o profissional aquando da Desfibrilhação/Cardioversão deve:

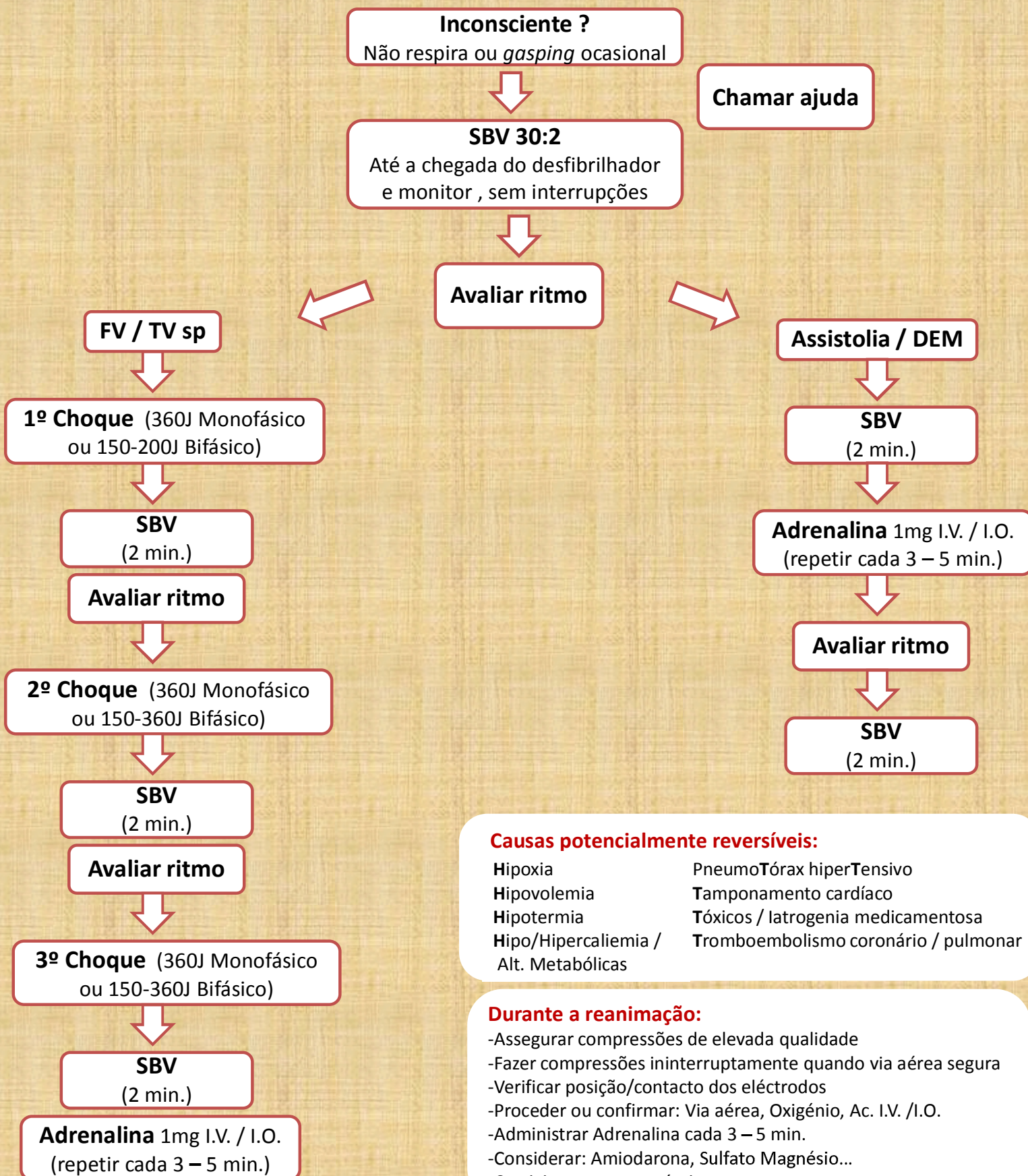
- + Posicionamento correcto do doente
- + Monitorização do doente
- + Aplicação do Gel na pele do doente para prevenir queimaduras cutâneas
- + Retirar as pás do aparelho uma de cada vez não simultaneamente
- + Aplicação das pás no tórax do doente de acordo com a localização correcta
- + Seleccionar a energia pretendida
- + Carregar o desfibrilhador
- + Aplicação de Choque
- + Colocação da modalidade da energia no MON
- + Colocação das pás no monitor não simultaneamente mas uma de cada vez.

Após a sua utilização deve ser realizada a limpeza das pás com compressa embebida em álcool. Caso tenham sido aplicadas pás de Pace devem ser repostas após a sua utilização.

O aparelho deve ficar novamente apto a ser utilizado em situação de emergência, a nossa colaboração contribui para a segurança da equipa e do doente.

APÊNDICE V - Cartaz inerente às novas Guidelines de SAV

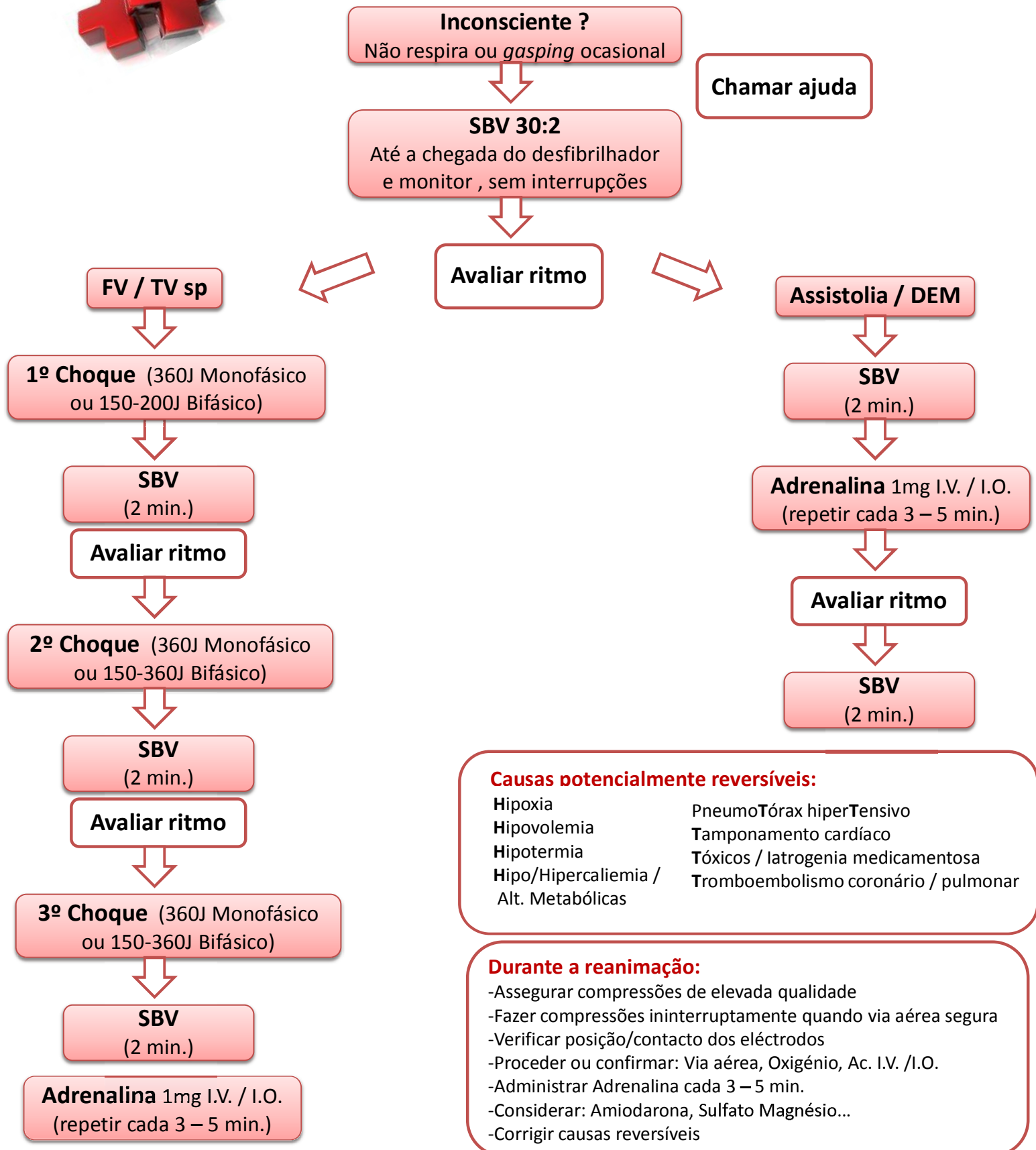
SUPOORTE AVANÇADO VIDA



Elaborado por:

Sónia Lima, Aluna de Mestrado de Natureza Profissional na Área Médico Cirúrgica da UCP Lisboa
CHLN-HSM, SUC-BUC orientada pela Enf.ª Esp. Rosário Favita e Docente Isabel Rabiais

SUPOORTE AVANÇADO VIDA



Elaborado por:

Sónia Lima, Aluna de Mestrado de Natureza Profissional na Área Médico Cirúrgica da UCP Lisboa
CHLN-HSM, SUC-BUC orientada pela Enf.ª Esp. Rosário Favita e Docente Isabel Rabiais

APÊNDICE VI - Poster de sensibilização «Comunicação com a família/pessoa significativa»

A CIRURGIA NÃO TERMINOU...

SE AINDA NÃO COMUNICOU...

A comunicação é um processo dinâmico verbal e não verbal que permite a partilha de informações, sentimentos, opiniões e experiências

O paciente e os seus familiares/acompanhantes precisam do seu apoio e esclarecimentos

Comunique com a família/acompanhantes

Utilize o gabinete de apoio

*Se precisar de informações,
não hesite em falar com o Enfermeiro(a)*

APÊNDICE VII- Manual de acolhimento/integração do Assistente Operacional



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



Manual de Acolhimento/Integração Ao Assistente Operacional (AO) no Bloco de Urgência Central (BUC)

Elaborado por:

Sónia Lima

Aluna de Mestrado de Natureza Profissional

Área de Médico Cirúrgica da UCP,

Sob orientação da

Enf.^a Esp. Rosário Favita e da Prof.^a Isabel Rabiais

Lisboa, Maio 2011

Índice

1. Nota Introdutória	3
2. Bloco de Urgência Central (BUC).....	4
2.1. Caracterização do serviço	4
2.2. Horários.....	5
2.3. Fardamento.....	5
3. Tarefas	6
3.1. Corredor de Transferência.....	6
3.2. Vestiários.....	6
3.3. Instalações sanitárias	7
3.4. “Kanbam”	7
3.5. Recobro anestésico (UCPA)	7
3.6. Sala de Material esterilizado	8
3.7. Sala dos limpos	8
3.8. Sala dos sujos	9
3.9. Sala de indução anestésica	11
3.10. Salas operatórias	11
3.11. Sala de desinfecção.....	12
3. Nota final	13
4. Referências Bibliográficas.....	13

1. NOTA INTRODUTÓRIA

A elaboração deste manual de integração têm como finalidade facilitar a integração do novo assistente operacional (AO) no Bloco Operatório do Serviço de Urgência Central (BUC).

Os Assistentes Operacionais (AOS) de acordo com o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) devem “ (...) *colaborar sob orientação de técnicos de saúde, na prestação de cuidados aos utentes, na manutenção das condições de limpeza e higienização nas instalações e no apoio logístico e administrativo, ao serviço e/ou unidade integradas em estabelecimentos de cuidados de Saúde*” (IEFP, 2007,p1)

Nesta manual estão descritas as principais tarefas do assistente operacional, desde o acolhimento do doente até a sua transferência para outro serviço ou instituição.

Todo este trabalho foi elaborado com a colaboração de assistentes operacionais, da Enf.^a Especialista e Orientadora, pela Enf.^a Responsável pelo BUC, e sob orientação do Sr. Enf.º. Chefe.

O seu objectivo final é melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes contribuindo desta forma para as boas práticas de cuidados prestados aos utentes.

2. Bloco de Urgência Central (BUC)

O BUC é um Bloco Operatório que dá resposta a doentes em situação urgente e emergentes oriundos quer da Urgência Central, quer de outros serviços do Hospital que necessitem de intervenção cirúrgica urgente/emergente.

2.1. Caracterização do serviço

O Bloco de Urgência Central (BUC), é um dos sectores constituintes do serviço de Urgência Central (SUC) do Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E (CHLN), Hospital de Santa Maria. É composto por uma equipa de enfermagem, e por uma equipa de assistentes operacionais (AO's).

O BUC é constituído por **três áreas**:

- *Restrita* - uso obrigatório de vestuário adequado (fato de circulação azul ou verde), touca, socos (protecção individual), e mascara de protecção (para prevenir a entrada de bactérias do aparelho respiratório nas feridas cirúrgicas e em qualquer local onde exista material estéril aberto);
- *Semi restrita* - uso de fato de circulação, socos e touca;
- *Livre* - fato de circulação e socos.

É composto por:

- Corredor de transferência
- Vestiários
- Instalações sanitárias
- Copa
- Gabinete
- “*Kanbam*”
- Sala de material esterilizado
- Recobro anestésico (UCPA)

- Sala de indução anestésica
- Sala de limpos
- Sala de sujos
- 2 Salas operatórias
- Sala de desinfecção

Nos diferentes locais anteriormente mencionados, os AO's têm determinadas tarefas que são orientadas e supervisionadas pelos **Enfermeiros**.

2.2. Horários

Tal como no serviço de Urgência também no Bloco de urgência (BUC) são realizados três tipos de horários: fixo e “roulement”.

Horário fixo: 8hrs- 16 hrs

Horário de roulement: 8hrs- 16hrs (Manhã)
16hrs-23hrs (Tarde)
23hrs- 8hrs (Noite)
12hrs-20hrs (T6)

2.3. Fardamento

O vestuário utilizado é a fardamento verde/azul existente no BUC. Esta farda deve ser retirada sempre que os AO's tenham de se ausentar do respectivo sector. O calçado deverá ser confortável e limpo, sendo preconizado o uso de socas.

3. Tarefas

Anteriormente foram referidos os diferentes locais existentes no BUC. Neste capítulo serão abordadas e descritas as principais tarefas do AO's em cada um desses locais.

3.1. Corredor de Transferência

Neste local é realizada a transferência do doente vindo dos serviços ou da urgência e, onde circulam profissionais e material limpo. É uma zona devidamente limitada e toda a sua limitação deverá ser respeitada.

Nesta zona o AO's tem como tarefa:

- Auxílio e colaboração com o enfermeiro e restantes profissionais na transferência do utente da cama/maca para a marquesa operatória e para a respectiva sala operatória e posteriormente desta para a cama do recobro (UCPA) ou de outros serviços.

3.2. Vestiários

Tarefas:

- Os AO's em colaboração com a Enf.^a. Responsável, realização uma estimativa diária da quantidade de roupa necessária (por exemplo fatos de circulação cerca de 150 diários) e são responsáveis por repor toda a roupa (fatos, batas, toucas, lençóis, socas, batas, almofadas, mascaras e toucas) e fazer a sua contagem;
- Substituir os sacos da roupa e dos socos;
- Colocação dos socos na máquina e proceder á sua lavagem utilizando o programa adequado (programa de lavagem indicado: CHEM 60°-5' com o detergente Neudisher.

3.3. Instalações sanitárias

Tarefas:

- Reposição dos materiais consumíveis (papel higiénico, toalhetes das mãos, sabão líquido) em todas as instalações sanitárias existentes.

3.4. “Kanbam”

Neste local o material é repostado pelo funcionário do Armazém Central sendo este responsável pela reposição do material no “Kanbam”.

Tarefas:

- Entrega da folha de requisição de material ao Enf. Responsável;
- Colaboração na selecção e arrumação de material vindo do Kanbam nos respectivos locais do BUC em colaboração com o Enfermeiro.

3.5. Recobro anestésico (UCPA)

Tarefas:

- Verificar a selagem e mudar os contentores dos cortantes e perfurantes;
- Reposição do material em cada unidade (eléctrodos, máscaras de O₂, sondas de aspiração, verificar o funcionamento dos aspiradores...);
- Reposição de todo material consumível (papel, desinfectantes);
- Colaboração na transferência do doente da marquesa para a cama do recobro;
- Desinfecção das unidades (cama, eléctrodos e monitor) após a sua utilização;

- Limpeza externa e desinfecção do carro de terapêutica bem como do carro de emergência.

3.6. Sala de Material esterilizado

Nesta sala todo o material está devidamente acondicionado sendo a sua reposição da responsabilidade do enfermeiro.

Tarefas:

- Colaboração com o Enfermeiro na:
 - Verificação do material existente;
 - Reposição de todo o material em locais próprios;

3.7. Sala dos limpos

Tarefas:

- Verificação do funcionamento da estufa;
- Colocação de soros e lençóis na estufa para realizar o seu aquecimento;
- Reposição de protectores corporais;
- Reposição de roupa e outros materiais (lençóis; panos; filtros de caixas; fita adesiva de controlo de esterilização” testemunho”; solutos tais como betadine dérmico e espuma, Soros de lavagem, Hipóclorito de sódio (soluto de Dakin); água oxigenada, álcool; ligaduras de gesso; fatos descartáveis, fraldas; toalhetes; toucas; protectores de pés; laminas de tricotomia);

3.8. Sala dos sujos

Tarefas

- Repor todos os sacos do lixo e proceder ao seu acondicionamento dentro dos respectivos contentores (sacos vermelhos = peças anatómicas e contentores de picantes; sacos pretos = material limpo; sacos brancos = material infectado; sacos azuis= roupa);
- Repor o stock de contentores cortantes/perfurantes;
- Entrega de material no serviço de anatomia patológica e verificar sempre a existência da requisição com a devida identificação do doente (entrega é realizada no serviço de anatomia patológica de segunda a sexta feira das 8hrs-16hrs); a entrega do material bacteriológico é feita no laboratório de análises do SUC;
- Realização de uma pré-triagem após o término de cada acto cirúrgico do material que foi utilizado (o material é entregue pelo enfermeiro em cestos próprios de transporte de material sujo/contaminado);
- Realização da desinfecção, limpeza, lavagem e secagem do material cirúrgico **Material cirúrgico não indicado á lavagem na máquina:** microcirurgia, laparoscopia, pinças, ópticas e cabos da câmara luz fria e electrocoagulação, bipolares e cabos, motores;
- Identificação do tipo de lavagem (manual, mecânica, ultra sónica (realizada na esterilização)) caso existam dúvidas esclarecer primariamente com o enfermeiro(a). Na lavagem manual pode ser utilizado um desinfectante tri-enzimático;

- Realização sempre de uma pré lavagem mecânica e posteriormente a lavagem.
Os **programas indicados** são:
 - ✓ Special 93°C-10'
 - ✓ Vario Td (actualmente o recomendado). Este programa inclui lavagem e desinfecção;

- Identificação e utilização dos diferentes tipos de detergente na lavagem mecânica do material cirúrgico.
Os **detergentes usados na lavagem são**: Neutralizador (MIECLEAR) + secante (NEODISCHER DZ) + desinfectante (NEODISHER SEPTO DA) + sal;

- Compreender e saber utilizar a máquina de lavagem de material (reconhecer o sinal indicativo de falta de água, sal, neutralizador e secante; local de colocação de sal, dos secante, detergente e água);

Atenção: os níveis de consumíveis da máquina deverão ser verificados em todos os turnos da manhã

- Acondicionamento do material cirúrgico após a sua limpeza e lavagem (laminas de laringoscópio, taças, ebonites, punhos de candeiros entre outros...);

- Manutenção da sala devidamente limpa e arrumada;

- Colocação das arrastadeiras e urinóis na máquina Srantbridge “raquete” a 80ºgraus com o devido programa predefinido;

- Colocação do material cirúrgico com as devidas precauções nos cestos existentes e proceder ao seu encaminhamento para a sala dos limpos;

- Assegurar o correcto transporte do material sujo e material contaminado (por exemplo HIV, Hepatite B, C). **Nestas situações o material cirúrgico é lavado individualmente na máquina;**

- Sempre que seja necessário material solicitar ao enfermeiro responsável de turno ou ao Enf. Responsável do serviço.

3.9. Sala de indução anestésica

Esta sala é devidamente organizada pelos enfermeiros de apoio á anestesia.

Tarefas:

- Repor material nos locais correctos (sistemas de soros; seringas; abocatts; agulhas; traqueias entre outros).

3.10. Salas operatórias

As salas operatórias são locais restritos em que todos os profissionais devem estar devidamente fardados com farda do BUC, touca, socas, mascara para evitar focos de possíveis fontes de infecção. Semanalmente (sábado de manhã) é realizada uma limpeza geral das salas e do BUC. Esta é realizada pela empresa de limpezas do hospital.

Tarefas:

- Limpeza da sala após cada intervenção cirúrgica com a utilização de desinfectantes.
 - As **superfícies** são limpas com desinfectante Annios;
 - Os **fios** com toalhetes desinfectantes;
 - O **chão** com detergente comum de superfícies+ desinfectante+água+lixívia.
 - Em **todas as lavagens** é utilizado Spray (desinfectante) Anioxy que permite a destruição completa de bactérias;
- Substituir todos os sacos do lixo após cada acto cirúrgico (preto, brancos e azuis);
- Reposição de material (luvas não estéreis e soros);

- Entrega de análises, dos doentes durante a cirurgia nos respectivos serviços (laboratório ou serviço de sangue); transporte de medicação requisitada á farmácia para o BUC;
- Substituir e retirar os sistemas de aspiração;
- Colaboração no posicionamento do doente sempre que seja solicitado;
- Preparação do material de gesso (gesso, taça com água quente, ligaduras de pano e elásticas atendendo ao tamanho (10 ou 15 cm) indicado pelo médico.

3.11. Sala de desinfeção

É uma sala que possui 2 lavatórios onde se realiza a lavagem cirúrgica das mãos dos profissionais de saúde.

Nesta sala existem materiais (caixas cirúrgicas) - (**bases**) devidamente acondicionadas e soros.

Tarefas:

- Repor o material consumível (papel das mãos, detergentes e anti-sépticos, escovas).

3. Nota final

Este guia permite compreender as principais tarefas do AO dentro do BUC. Com a existência deste guia de acolhimento pretende-se que o assistente operacional consulte as suas tarefas e quando existem dúvidas sobre algumas das suas tarefas, este permita esclarecer as mesmas.

Foi organizado de forma simples e clara em colaboração com os assistentes operacionais do BUC, para desta forma ser assimilado mais facilmente. No entanto é importante salientar que sempre que surjam dúvidas, estas sejam esclarecidas com os Enfermeiros ou com AO mais experiente.

4. Referências Bibliográficas

- ✓ Portugal. IEFP- Perfil Profissional do Auxiliar de acção médica. [em linha]. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional, 2007 [consult. Maio 2011] disponível em <http://www.iefp.pt/formacao/certificacao/OfertaCertificacao/Documents/Certifica%C3%A7%C3%A3o%20da%20Aptid%C3%A3o%20Profissional%20no%20Sec>

APÊNDICE VIII - Check-list de passagem de turno individual

CHECK-LIST PASSAGEM TURNO

1º Focos de atenção	6º Alimentação
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do doente • Intervenção cirúrgica • Antecedentes pessoais 	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Parentérica • Entérica
2º Estado Neurológico	7º Integridade cutânea
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de consciência (Escala de RASS; Escala de GWS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensos • Escala de Braden (soluções de continuidade)
3º Ventilação	8º Eliminação
<ul style="list-style-type: none"> • Modalidade ventilatória • Parâmetros ventilatórios: <ul style="list-style-type: none"> - Valores gasometria • Oxigenoterapia • Aspiração de secreções: <ul style="list-style-type: none"> - Características das secreções 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos urinários (supra-púbica; nefrostomia; algália Folley; Bequille...) • Débito urinário • Balanços Hídricos • Prisma • Valores analíticos (função renal)
4º Estado hemodinâmico	9º Família / pessoa significativa
<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo e frequência cardíaca: <ul style="list-style-type: none"> - Pacemaker (modalidade e programação da FC) - BIA • Tensão arterial (invasiva/não invasiva) • PAE • SpO2 • FR • Temperatura • Glicemia • Dor • Drenagens : <ul style="list-style-type: none"> - cell-saver 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas • Informação
5º Medicação	10º Intercorrências do turno / Outros
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolada • Perfusão contínua • Urgente 	<ul style="list-style-type: none"> • Exames: <ul style="list-style-type: none"> - pendentes/realizados • Prescrições médicas em SOS: <ul style="list-style-type: none"> - Identificação do Médico - Via telefónica / presencial

APÊNDICE IX - Check-list de passagem de turno em grupo



CHEK-LIST PASSAGEM TURNO EM GRUPO

Focos de atenção

- Identificação do doente
- Antecedentes pessoais relevantes (doenças infecto-contagiosa; Alergias...)

Intervenção cirúrgica realizada

Dados importantes

- Hora de chegada
- Tempo de permanência

Estado neurológico

- Estado de consciência (Escala de RASS; Escala de Glasgow)

Estado hemodinâmico

- Ventilação (Respiração espontânea/ ventilação invasiva)
- FC; SpO₂; drenagens torácicas; débito urinário
- Valores: gasométricos (glicémia, KCL, Hg); função renal
- Medicação de infusão contínua (inotrópicos; vasodilatadores; vasopressores; diuréticos)

Intercorrências do turno

- Exames: pendentes/realizados

Recados

- Recentes/permanentes

APÊNDICE X - «Comunicação entre as equipas de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica no Hospital de Santa Marta E.P.E»



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Mestrado de Natureza Profissional
Área de Médico-cirúrgica

***“Comunicação entre as equipas de Enfermagem
Na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica
Hospital de Santa Marta E.P.E.”***

Elaborado por:

Sónia Lima

Mestranda na Área Médico Cirúrgica

Sob tutoria da Prof.^a Isabel Rabiais

Orientação da Enf.^a Esp. Alda Catela

e Enfermeiro Bruno Mestrinho

Lisboa, 26 de Outubro de 2011

Índice

0. Nota Introdutória	3
1. Comunicação nos profissionais de saúde	5
1.1 Passagem de turno nas equipas de enfermagem	13
1.2 Estratégias comunicacionais	14
1.3 A passagem de turno na Unidade de Cuidados Intensivos do serviço de Cirurgia Cardioracica	17
2. Nota final	22
3. Referências bibliográficas	24

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Com o evoluir das décadas, verificou-se uma evolução tecnológica na área da Saúde. A formação dos profissionais, o aparecimento de novos tratamentos, equipamentos, cirurgias e infra-estruturas hospitalares levaram a uma melhoria da prática de cuidados.

Todo o processo de prestação de cuidados engloba uma equipa multidisciplinar composta por diversos profissionais de saúde que se articulam para um objectivo comum: a prevenção da doença, promoção da saúde e recuperação do doente e família.

Para alcançar esse mesmo objectivo, é fulcral o processo de Comunicação. No entanto, por vezes não existe uma eficiente qualidade no processo de comunicação entre os profissionais. A ocorrência de “erros” ou acidentes adversos, por vezes causam consequências graves não somente aos doentes, mas também às instituições de saúde.

Todos os profissionais são seres humanos e como tal o “erro” é algo que lhe é inerente. É importante reconhecer o erro e implementar medidas que visem estratégias para a sua prevenção.

Ao longo dos anos foram sendo realizados vários estudos relativos a incidentes ocorridos em várias instituições de saúde, tendo-se concluído que a principal falha é a comunicação entre os profissionais de saúde. Actualmente a Comunicação é uma das principais áreas inerentes há segurança do doente (Patient Safety).

No presente trabalho, será abordada a Comunicação entre os profissionais de saúde nomeadamente nos Enfermeiros, durante a passagem de turno “handovers”.

Encontra-se estruturado em três partes, numa breve nota introdutória, seguindo-se a comunicação dos profissionais de saúde (enfermeiros) nas instituições hospitalares; uma breve abordagem relativa às passagens de turno e as principais falhas que ocorrem no decurso das mesmas; seguindo-se uma breve descrição da passagem de turno dos enfermeiros na Unidade de cuidados intensivos da Cirurgia Cardioracica onde são referidas algumas estratégias de melhoria de comunicação para as passagens de turnos dos enfermeiros e por último uma nota final.

2. COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A segurança do doente (Patient Safety) ao longo dos anos e actualmente em pleno século XXI, constitui um dos grandes desafios a nível mundial na área da saúde. O reconhecimento dos erros, incidentes ou até por vezes acidentes com médio grau de gravidade, que ocorrem quer para o doente quer para a instituição, implicaram por parte dos profissionais o desenvolvimento de estratégias que visam identificar e evitar tais acontecimentos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ao longo dos anos, criou comissões centradas na identificação do risco e elaboração de estratégias que visam minimizar e prevenir a ocorrência do erro. Em 2005, lançou o “*The Joint Commission International Center for Patient Safety*” tendo como missão identificar os problemas e soluções face à segurança do doente através do feedback dado pelos diversos profissionais de saúde de vários países, que desempenham funções na prestação de cuidados. Posteriormente foi publicado um documento definido como “*Nine life-saving patient safety solutions*” que traduz o onde, como, e porquê dos diferentes incidentes ocorridos na prestação de cuidados.

Perante diversas observações, constatou-se que o principal factor determinante na qualidade e segurança dos cuidados prestados é a Comunicação.

Nos Estados Unidos da América (EUA), a falha de comunicação, foi a principal causa de eventos relatados à Comissão Mista nos Estados Unidos da América no período compreendido entre 1995-2006.

Na Austrália de acordo com Safety Quality Council in Health Care (SQCHC), foi também realizada uma investigação com diversos hospitais tendo-se concluído que as falhas de comunicação entre os profissionais, eram responsáveis por duas vezes mais óbitos do que a ineficiência clínica.

A Comunicação é um processo dinâmico, bidireccional, que ocorre entre dois elementos um emissor e um receptor. É um processo que engloba todo e qualquer comportamento, pois todo o comportamento em interacção tem valor de mensagem, de acordo com FACHADA (2000).

É impossível não comunicar, é “algo” fundamental na vida humana, quer enquanto Pessoa e Profissional. Esta pode ser verbal ou não verbal. A comunicação não verbal por vezes tem um significado maior do que a comunicação verbal. A comunicação não verbal implica: atitudes corporais, postura, gestos, contacto visual, expressão facial, voz, respiração, silêncio a aparência geral e o toque.

Enquanto profissionais, a Comunicação é a pedra basilar em todas as suas interacções quer com o doente/família, quer com os restantes profissionais de saúde. Permite uma partilha de conhecimentos, informações, experiências, sensações, sentimentos e medos. É essencial para a qualidade e eficiência do trabalho o estabelecimento de padrões de comportamento previsíveis, a liderança e coordenação entre equipas.

Em todas as instituições, existem problemas de comunicação entre profissionais de saúde e doente, entre doente e profissionais, entre os elementos de uma equipa médica ou de enfermagem ou até mesmo entre a equipa multidisciplinar ou interdisciplinar.

Em todo o processo de comunicação podem ocorrer falhas que por vezes condicionam a prestação de cuidados. Estas falhas podem acontecer devido á incorrecta transmissão e recepção de informação.

Durante o período de internamento, isto é, no decurso da prestação de cuidados muitas vezes o doente é cuidado por diferentes profissionais. São submetidos a uma monitorização ao longo de 24 horas por dia, contactando durante três turnos (manhã, tarde e noite) com diferentes enfermeiros. Como tal é importante a existência de uma adequada e eficaz comunicação entre os profissionais.

A Enfermagem no decurso da sua evolução e enquanto profissão devidamente regulamentada pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) e pela Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece que o Enfermeiro enquanto profissional

que presta cuidados gerais e especializados ao doente e família, deve ser dotado de capacidades comunicacionais, e reconhecer estratégias que visem o estabelecimento de uma comunicação eficaz contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e para a criação de uma relação terapêutica com o doente e família.

As instituições hospitalares são dotadas de tecnologias, infra-estruturas diversificadas, saberes e profissionais. Cada hospital é dotado de características peculiares regidas por determinados modelos de exercício profissional sustentados nas competências, saberes e múltiplas estratégias inerentes aos vários profissionais e nomeadamente os enfermeiros. Nas instituições hospitalares, o doente é submetido a diferentes tratamentos médicos e cuidados de Enfermagem tendo em conta a gravidade da sua patologia. Muitas dessas patologias requerem cuidados emergentes e urgentes em serviços tais como Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos. A continuidade dos cuidados nestes serviços exige uma comunicação segura e eficaz entre enfermeiros com diferentes papéis, formação, experiência e perspectivas no cuidar.

O momento crucial de comunicação entre os enfermeiros ocorre nas passagens de turno, isto é, «handover» entre as equipas de enfermagem. De acordo com Clair e Trussel citado por Santos (2010) «handover» define-se como a *«comunicação oral entre os profissionais de saúde de informação pertinente acerca dos pacientes sempre que um turno acabe e outro seja iniciado»*.

É um processo de transmissão/transferência de responsabilidades, de informações específicas sobre determinado doente que ocorre num *continuum* dos cuidados prestados, de um cuidador para o outro ou de uma equipa de cuidadores para a próxima que acontece num sistema organizacional e cultural complexo, com o intuito de assegurar a continuidade e segurança dos cuidados prestados.

Podem ser realizadas entre turnos no mesmo sector do serviço, entre sectores diferentes de um mesmo serviço, ou entre outras instituições em situação de transferência extra-hospitalar.

Nas passagens de turno podem ocorrer falhas no processo de comunicação quer oral quer escrito. Algumas das principais falhas são: a omissão de dados importantes ou seja,

as notas ou registos por vezes não contêm toda a informação relevante, por exemplo, necessidades especiais de alimentação; a ausência de precisão ou consistência da informação que é transmitida entre outros aspectos que serão referidos posteriormente.

Estas técnicas e competências comunicacionais vão sendo adquiridas no decurso do exercício profissional e deveriam ser incluídas na formação académica. Este facto leva-nos a reflectir que a qualidade do que é transmitido é fruto das capacidades, competências e habilidades de cada enfermeiro no decurso do seu exercício profissional.

«A competência não é a acção mas o que a subentende. Todos os enfermeiros competentes possuem a capacidade de discernimento nas situações críticas a apreensão imediata da complicação, a rapidez da decisão e do gesto que fazem a eficácia da sua acção» PHANEUF (2005,p 5).

Em vários países foram desenvolvidas estratégias com o intuito de minimizar o risco inerente a uma comunicação ineficaz durante a passagem de turno entre os enfermeiros e outros profissionais. No entanto, a comunicação não é somente o único factor potencial de erro. A tomada de decisão e o trabalho em equipa também são apontados como factores desencadeantes.

De acordo com a OMS (2005) uma equipa, é um *«conjunto distinto de duas ou mais pessoas, que interagem de forma dinâmica, interdependente com características específicas que a diferenciam e que permitem obter níveis de eficácia e qualidade nos diferentes processos de comunicação, tendo um objectivo comum».*

Uma equipa de enfermagem é dotada de características específicas que as diferenciam e lhes confere níveis de qualidade e eficácia. Os elementos partilham um mesmo modelo mental, isto é, ideias comuns, modo de funcionamento, funções individuais e valores que lhes permitem construir uma cultura de segurança fundamental para a redução do erro.

Todos os elementos da equipa devem aceitar a responsabilidade individual e partilhada, a delegação de tarefas e o poder de decisão por parte do líder e a auto-correcção. É fundamental que a equipa reúna para avaliar entre si o desempenho da equipa, analise situações de stress, desenvolva uma comunicação intergrupala, identifique problemas e apresente mecanismos úteis para os ultrapassar, insatisfações e promover o espírito de equipa. O erro não deve ser visto pela equipa como um acto falhado de culpabilização

individual ou em grupo, mas sim como um acto de aprendizagem para situações semelhantes.

Perante o doente crítico e nomeadamente em serviços de urgência (SU) e cuidados intensivos (UCI), as equipas de enfermagem são formadas por enfermeiros com um elevado grau de competência e experiência devido há grande complexidade de situações.

As equipas são coordenadas normalmente por um elemento mais experiente do serviço, que lidera e coordena a equipa incentivando a comunicação. É importante referir que as equipas permitem desenvolver uma cultura de segurança promovendo a comunicação e a decisão conjunta na avaliação e tomada de decisão, bem como na implementação de medidas que visam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A estrutura do grupo, o trabalho em conjunto, a cultura organizacional, são alguns factores que influenciam o desempenho das equipas de Enfermagem. O trabalho em equipa é definido como um processo dinâmico que envolve duas ou mais pessoas que exercem actividades necessárias para concluir uma determinada tarefa.

Todas as actividades realizadas em equipa devem ser reconhecidas e incentivadas pela instituição de saúde. Esta deve fornecer recursos para o bom funcionamento das equipas, formação adequada aos seus elementos, procedimentos de segurança, comunicação formal e informal que permitam avaliar e reconhecer o trabalho em equipa e a sua valorização. As equipas devem conhecer quais os objectivos e a filosofia da instituição para desta forma serem alcançados.

Cada instituição é dotada de uma cultura organizacional que engloba valores, princípios e uma missão. De acordo com a literatura a cultura define-se «*como um conjunto de valores, crenças, comportamentos, hábitos e atitudes que distinguem uma sociedade*», de acordo FAN (2000).

Numa organização, os seus membros partilham um conjunto de valores, crenças e hábitos que se encontram em constante interacção. A personalidade de uma organização é a cultura da mesma. BILHIM (2001) defende que a cultura está implícita, sendo que cada organização desenvolve pressupostos, compreensões e regras que determinam o seu comportamento. Desta forma, a cultura funciona como um sistema de autocontrolo e de reconhecimento mútuo, o que implica por parte do indivíduo, a interiorização de

normas e valores da organização (2001) Camara et al. Cada organização é dotada de uma determinada cultura. A sua profundidade encontra-se assente num conjunto de pressupostos básicos, nos quais os sujeitos percebem a realidade da empresa ou instituição e constroem as suas atitudes e comportamentos, segundo SCHEIN (1985).

A cultura organizacional é de natureza multidimensional e pode ser analisada em vários níveis: individual (os indivíduos detêm valores, premissas e crenças, que podem não coincidir exactamente com os dos outros membros da mesma organização); grupal (os grupos têm as suas próprias culturas que podem não coincidir exactamente com as culturas dos outros grupos da mesma organização) e organizacional (as organizações têm culturas próprias, não necessariamente iguais às culturas de outras organizações do mesmo contexto nacional ou cultural) (2007) PINA et al.

Tal como foi referido anteriormente as instituições de saúde são dotadas de uma determinada missão, princípios e valores. De acordo com TEIXEIRA(2005) *«a missão de uma organização deve ser formalmente expressa, servindo de guia de orientação para as pessoas que trabalham na empresa, nomeadamente os grupos, que a constituem e os gestores nos diversos níveis. Mas expressa, ou não formalmente através da definição dos fins estratégicos gerais, a sua função é dar continuidade de orientação e uniformidade de propósitos»*.

O Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), nomeadamente o Hospital de Santa Marta E.P.E visa tratar doentes promovendo a sua satisfação, respeitando a sua dignidade, encorajando as boas práticas e favorecendo a melhoria contínua da qualidade com eficiência (missão). A sua visão assenta no seu contínuo desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico-científico nas valências que integra, na qualidade da assistência prestada aos utentes e na excelência da gestão clínica, mediante a avaliação sistemática de procedimentos e resultados, numa lógica de transparência e de responsabilização. Os valores desta organização de saúde transmitidos aos enfermeiros e outros profissionais baseiam-se em determinados princípios tais como:

- ✱ Foco no doente;
- ✱ Respeito pela dignidade, liberdade e reserva da esfera íntima da Pessoa humana;
- ✱ Promoção das boas práticas profissionais e melhoria das mesmas;

-
- ✦ Cumprimento das normas de ética/deontologia profissional;
 - ✦ Cultura de abordagem multidisciplinar nas práticas clínicas;
 - ✦ Utilização eficiente de recursos;
 - ✦ Cooperação com entidades externas no desenvolvimento e fortalecimento dos seus princípios e valores.

É um Hospital Central baseado numa cultura participativa fundamentada na liderança, disciplina (proveniente de determinados regulamentos) e na autonomia dos profissionais.

Os enfermeiros são responsáveis pelo seu próprio comportamento e desempenho tendo sempre como base, os valores, a missão e os princípios da instituição. Quanto maior a autonomia, maior o poder de tomada de decisão (individual ou em grupo) no exercício profissional. A tomada de decisão é um processo de escolha entre várias alternativas. Perante uma situação complexa, cada pessoa decide por uma determinada opção. Para tal, é necessário reflectir e apelar a conhecimentos, para que esta não seja realizada de forma empírica. As decisões realizadas pelos enfermeiros são caracterizadas pela sua qualidade e pelo impacto das suas acções. Perante a tomada de decisão clínica o enfermeiro recorre ao pensamento crítico, baseado em valores sociais, culturais, ideológicos tendo em conta o seu nível de conhecimento, experiência e informação. O enfermeiro através do pensamento crítico tem a capacidade de articular: a experiência, o conhecimento, analisar, conceptualizar e avaliar informações.

De acordo com PAIVA (2006) «(...) o processo de enfermagem é a base do pensamento crítico em enfermagem». O processo de enfermagem resumidamente abarca toda a colheita de dados, a elaboração de um diagnóstico de enfermagem, a selecção de uma intervenção, e o prognóstico/avaliação da mesma.

O enfermeiro enquanto gestor de informação é um trabalhador que gera conhecimento. Utiliza conhecimento teórico, analítico e desenvolve habilidades complexas. O conhecimento é «(...) a matéria-prima da produção nas organizações contemporâneas e refere que as organizações são integradas por equipas de trabalhadores de conhecimentos»PAIVA (2006,p22).

A tomada de decisão do enfermeiro combina três princípios básicos: informação, intuição e o *continuum* cognitivo. Toda a informação é baseada na colheita e interpretação de dados, na formulação e avaliação das hipóteses.

A intuição encontra-se intimamente relacionada com o tempo de exercício profissional do enfermeiro. Não é racional, resulta de um juízo adquirido através da experiência individual e em grupo. Um enfermeiro perito ou especialista tem uma intuição mais desenvolvida do que um enfermeiro iniciado pois a aquisição de competências, conhecimentos e a evidência permite-lhe mais facilmente tomar uma determinada decisão. O *continuum* cognitivo exige tempo para a tomada de decisão. Engloba a informação transmitida, as suas decisões não são definidas pelo racional ou o intuitivo mas sim pela soma do racional, intuitivo e analítico tendo em conta os dados visíveis e disponíveis.

2.1- Passagem de turno nas equipas de enfermagem

A passagem de turno, «handover» é uma prática realizada diariamente pelas equipas de Enfermagem, cujo objectivo é transmitir toda a informação relativa aos utentes e serviço que decorreu no turno, cuja finalidade é assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Permite também a partilha de questões, dúvidas e esclarecimento das mesmas. As principais funções do “handover” ou seja, passagem de turno são: comunicação expressa dotada de informações objectivas fulcrais ao cuidado; de informações inerentes aos cuidados bio-psico-socio-culturais prestados; e a criação da identidade profissional, KERR (2002).

A transmissão das informações é realizada através do processo de comunicação verbal e não verbal. Através desta o enfermeiro tem a capacidade de efectuar uma colheita de dados, seleccionar as informações colhidas e definir estratégias que visam o bem-estar do doente e família.

As informações são transmitidas oralmente e registadas num sistema informático ou em impressos próprios do serviço/instituição (folhas de registo de enfermagem; folhas de passagem de turno).

A passagem de turno em cada serviço, unidade, sector ou noutras instituições de saúde é dotada de características que são inerentes à sua cultura organizacional. Podem ser realizadas individualmente (enfermeiro-enfermeiro) ou em grupo (equipa-equipa; enfermeiro-grupo).

No decurso da passagem de turno, o processo de comunicação entre os enfermeiros idealmente deveria ocorrer sempre eficazmente. No entanto por vezes pode ocorrer falhas na comunicação que podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados colocando em «risco» a segurança do doente e dos próprios enfermeiros. Algumas das principais falhas são: excesso carga horária (cansaço); passagem de turno longa; a omissão de dados importantes (as notas ou registos por vezes não contém toda a informação relevante por exemplo necessidades especiais de alimentação); a ausência de precisão ou consistência da informação que é transmitida, nomeadamente a utilização de abreviaturas, caligrafias ilegíveis; ruídos (telefones, alarmes; equipamentos; conversas paralelas); interrupções constantes; barreiras linguísticas; carga emocional; atrasos; competência comunicacional (cada um comunica e utiliza estratégias de comunicação diferentes); diferentes modelos conceptuais interiorizados no decurso da informação académica. Todas estas falhas devem ser monitorizadas com o intuito de minimizarem o risco de ocorrência de erro.

2.1.1- Estratégias Comunicacionais

De acordo com a OMS (2005) todas as organizações enquanto instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar uma abordagem padronizada para a comunicação nas passagens de turno. Entre os profissionais (enfermeiros), nas mudanças de turno, entre as diferentes unidades de cuidados e no decorrer da transferência extra hospitalar de um doente podem ser aplicadas as referidas estratégias. Seguindo esta abordagem foram sugeridas algumas estratégias para a comunicação na saúde sendo elas:

- ✨ O uso da técnica de SBAR (origem, situação, avaliação, recomendação e técnica). Há semelhança da técnica usada em estudo sobre a comunicação dos profissionais no interior de um bloco operatório e um cockpit, esta é uma

técnica de transmissão de comunicação eficaz utilizada pelos militares, que fornece uma estrutura previsível para uma mensagem. Inicialmente é detectado e esclarecido um problema, dando informações objectivas, básicas e concisas, seguindo-se uma avaliação da situação e posterior recomendação. Esta prática contribui para os profissionais que trabalham em equipa, de forma a uniformizar uma linguagem comum através de diferentes estilos de comunicação.

- ✦ Disponibilizar tempo para a comunicação de informações importantes e para os enfermeiros questionarem e responderem a questões, dúvidas ou esclarecimentos sem interrupções “repeat-back” ou “read back”.

A técnica do “read back” é considerada eficaz nas passagens de turno. O elemento receptor interioriza as informações ou anota e volta a transmiti-las ao elemento emissor para que a informação seja validada.

- ✦ Transmitir apenas a informação necessária para garantir a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família;
- ✦ Envolver o utente na passagem de turno. Esta estratégia pode ser bastante útil, o enfermeiro ao transmitir as informações “traduz” ou descreve através de uma linguagem científica os sintomas e sinais, mas não traduz o sintoma físico em si o utente pode descrever minuciosamente esse sintoma. Por outro lado, o utente tende sempre a valorizar todos os seus sintomas o que pode levar a uma exaustiva transmissão de informação podendo haver dispersão da informação.

Estas estratégias são apenas recomendações que podem ser adoptadas com o intuito de facilitar a comunicação. Cada instituição ou serviço deve adoptar e realizar um conjunto de estratégias baseado num modelo conceptual tendo em conta as sugestões dadas pelos enfermeiros do serviço. Estes profissionais são os elementos integrantes de uma passagem de turno, como tal devem sugerir mudanças que visem a melhoria da comunicação oral e escrita na passagem de turno. A passagem de turno não se remete somente às informações transmitidas oralmente mas também através dos registos escritos. Este últimos permitem comunicar a informação essencial á equipa de cuidados;

constituiu um trunfo para a avaliação de cuidados; facilita o diálogo entre profissionais, daí que seja pertinente que utilizem uma caligrafia legível; pode evoluir para um tema de investigação; fornece informação de um turno para o outro sobre a evolução do doente; constitui um documento legal permanente pois tudo o que é realizado é registado e permite a confirmação de informações que podem ter falhado na transmissão oral. Cada equipa de enfermeiros deveria reunir informalmente e reconhecer as lacunas na comunicação apresentado sugestões de mudança. Cada elemento deveria expressar as suas dificuldades na comunicação oral e escrita para que em conjunto fosse definido o que fazer e como fazer.

Os enfermeiros com maior experiência não apresentam tanta dificuldade pois no decorrer da sua prática foram adquirindo competências na área da comunicação quer com os colegas quer com os utentes e família. Através da prática consegue seleccionar rapidamente e descrever a informação pertinente que deve ser transmitida ao enfermeiro do turno seguinte. Por vezes no decurso da passagem de turno realiza um « read-back» de forma a verificar se essa informação foi devidamente interiorizada ou não. Essa técnica muitas vezes acaba por ser adoptada por outros enfermeiros que acabam por aprender ou «imitar».

«Todos os enfermeiros competentes possuem a capacidade de discernimento nas situações críticas a apreensão imediata da complicação, a rapidez da decisão e do gesto que fazem a eficácia da sua acção»

PHANEUF (2005,p5).

Em Unidades de Cuidados Intensivos, dada a gravidade e complexidade dos doentes, a existência de equipamentos, tecnologias de vanguarda e impressos próprios de registos da evolução clínica do doente o enfermeiro acaba por possuir uma panóplia de informações. Como tal recolhe de forma sucinta e breve as principais informações que são fulcrais para a continuidade de cuidados. Por vezes dada a excessiva quantidade de informações importantes a transmitir os enfermeiros acabam «inconscientemente» por não transmitir a sua informação oral e escrita através de uma sequência lógica. Tendo em conta a formação académica, na passagem de turno todas as informações a serem transmitidas escritas ou orais devem obedecer a uma sequência lógica, regida por um modelo conceptual. As informações relativas ao doente devem ser registadas numa

perspectiva cefalo-caudal (cabeça - pés). De acordo com esta perspectiva é realizado um encadeamento das informações que devem ser transmitidas obedecendo a quatro critérios fundamentais: precisão, objectividade, eficácia e complementaridade.

Mas como tornar uma comunicação de passagem de turno eficaz? Vários estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de minimizar o erro e as falhas que podem colocar a segurança do doente em risco. Para que a comunicação seja eficaz de acordo com KURTZ et al. (2005) a informação não deve ser apenas transmitida, deve ser promovida também a interacção entre os dois elementos para que o elemento receptor dê um feedback da mensagem que recebeu. Não é suficiente apenas transmitir ou ouvir, o dar e receber um feedback sobre o impacto da mensagem é crucial.

Na transmissão de informações não deve existir incertezas, pois promove a distração, ansiedade do elemento receptor podendo bloquear a eficácia da comunicação. O elemento transmissor deve demonstrar dinamismo, interesse, objectividade e conhecimentos. Para captar a atenção do outro pode também recorrer a estratégias de comunicação não verbal tais como: entoação da voz, tom de voz, respeitar as pausas e silêncios do receptor são alguns desses exemplos. Deve tentar abstrair dos ruídos e das fontes perturbadoras de distração por exemplo conversas paralelas, telefones, campainhas e ruídos de fundo. Em cada instituição deveriam ser criadas directrizes ou ckeck-list de passagem de turno tendo em conta a cultura organizacional e individual dos enfermeiros, com o intuito de ser uniformizada a passagem de turno nos serviços. Cada enfermeiro acabaria por adoptar e melhorar a sua comunicação oral e escrita.

2.1.2- A passagem de turno na Unidade de Cuidados Intensivos do serviço de Cirurgia Cardiorácica

Na Unidade de Cirurgia Cardiorácica (UCICCT), no Hospital de Santa Marta a passagem de turno podemos considerar que ocorre em três momentos:

- ✨ Inicialmente no gabinete da Sr.^a Enf.^a Chefe - são distribuídos os enfermeiros pelos diferentes sectores do serviço enfermagem, UCI, UCIPed e consulta. São transmitidos alguns recados pontuais importantes inerentes ao serviço;

-
- ✨ Na UCI num primeiro momento é realizada a passagem de turno em grupo (o coordenador de equipa transmite seguindo o impresso de registos de turno, as informações de forma resumida sobre cada doente; recados do serviço ou recado pontual sobre algum doente ou família; é realizada a distribuição do enfermeiros;
 - ✨ Num segundo momento é realizada a passagem de turno individual. Na passagem individual o enfermeiro segue a ordem lógica do impresso de registos do doente. As informações clínicas, a avaliação hemodinamica (representados graficamente) ventilação, medicação, perfusão, balanços, tipo de cirurgia, antecedentes pessoais articulando com outras informações pertinentes colhidas no decurso do turno com o próprio doente ou com familiares ao longo da visita.

Esta passagem de turno inicialmente em grupo e posteriormente individualmente tem vantagens pois permite que os enfermeiros numa primeira abordagem conheçam todos os doentes e memorizem recados pendentes do serviço ou inerentes ao doente.

A passagem de turno individual têm como principal vantagem permitir que o enfermeiro que responsável pelo doente interiorize mais facilmente as informações. Não existe tantas distrações pois tem de focalizar toda a sua atenção perante as informações que lhe são transmitidas. No entanto apesar de estas serem transmitidas de forma eficaz e com objectividade pode ocorrer sempre a falha de alguma informação. As situações clínicas são complexas e exigem um elevado grau de conhecimentos científicos, técnicos e habilidades para dar resposta a doentes em estado crítico. Por vezes podem ocorrer falhas na comunicação não de informações relativas ao estado hemodinamico do doente e terapêutica mas por vezes informações relativas, por exemplo a familiares que perante determinada situação «aparenta não ter tanta importância» acabando por vezes por ser colocada em segundo plano.

Ao longo do estágio uma das dificuldades que pode verificar nomeadamente na passagem de turno em grupo é a interiorização de «recados». Diariamente, são repetidos em cada turno, recados, que por vezes necessitam de ser mais enfatizados, pois têm tendência a ser menos valorizados ou lembrados, por fazer parte da rotina quotidiana.

Como tal, considereei pertinente, sugerir uma forma diferente para transmitir esses recados com o objectivo de todos os elementos interiorizarem essa informação. Diariamente escrever no impresso de enfermagem acaba por ser monótono quer para quem escreve quer para quem ouve. Há que ter em conta as sugestões dos enfermeiros do serviço de forma a adoptarem estratégias que sejam mais fiáveis para esta situação. Para colmatar esta dificuldade, a meu ver, a utilização de um quadro exposto na UCI seria mais fácil para interiorizar recados. Deveria ser colocado num local estratégico (por exemplo na parede junto ao computador) de fácil leitura e acesso. O recurso à utilização de uma caligrafia perceptível, o uso de canetas marcador de cores atractivas facilitaria a chamada de atenção dos enfermeiros.

Os «recados» poderiam ser classificados em dois tipos: permanentes e recentes e seriam distinguidos pela cor da caneta utilizada, por exemplo os recados permanentes são escritos no lado direito do quadro com caneta azul; os recados recentes escritos no lado esquerdo do quadro com caneta marcador verde. Sempre que existisse um recado urgente seria mencionado no impresso de enfermagem na secção RECADOS: ver novo recado.

Uma outra estratégia que poderia ser adotada seria a criação de um dossier devidamente identificado com o título alusivo a recados. No interior desse dossier seriam colocados dois separadores com cores de folhas diferentes: folhas vermelhas - recados recentes/urgentes (actualizada diariamente); folhas brancas - recados permanentes. Esse dossier ficaria colocado num local estratégico que facilitasse a consulta dos enfermeiros. Contudo a estratégia mais criativa foi a colocação dessas informações «recados» no painel de proteção do computador da UCICCT. A proposta foi bem aceite por toda a equipa. Estas são apenas sugestões que aguardam aprovação da Sr.^a Enfermeira Chefe, Enfermeiro (a) Orientador(a) e enfermeiros do serviço consoante a sua fiabilidade e eficácia para o serviço.

Nas passagens de turno individuais observei que os enfermeiros com maior experiência no serviço adoptam estratégias simples, tais como, por vezes reforçam a informação num determinado ponto fulcral. Ponto esse que traduz por vezes a “maior preocupação”, que necessita de uma avaliação de cuidados.

Toda a passagem de turno é feita de forma lógica, fica a cargo de cada enfermeiro seleccionar quais as informações prioritárias a transmitir. Com o intuito de sistematizar toda essa informação que se apresenta descrita num impresso de registos médicos e de enfermagem e de forma a uniformizar toda a comunicação oral e escrita, recorri a alguns modelos teóricos tais como o de Virgínia Herderson, há CIPE (comunicação internacional para a prática de enfermagem) a Guidelines do suporte avançado de vida (algoritmo ABCDE) e experiência profissional, elaborei uma sugestão de check-list para a passagem de turno individual. Essa ckeck-list baseia-se na avaliação cefalo-caudal para desta forma as informações serem sistematizadas de forma lógica, articulando com aspectos que o enfermeiro considere pertinente para os cuidados prestados. Desta forma a elaboração desta ckeck-list permite uma melhoria da qualidade dos cuidados e promove a segurança do doente. (ver anexos).

3. NOTA FINAL

A evolução dos profissionais, instituições e sistemas de inspecção e de acreditação tornaram a avaliação da qualidade dos cuidados um factor de influência.

As instituições de saúde são organizações dotadas de características peculiares baseadas na sua cultura organizacional. No Hospital de Santa Marta E. P. E prevalece uma cultura organizacional participativa valorizando a cultura individual de cada profissional.

Os enfermeiros são profissionais dotados de competências científicas, técnicas, comunicacionais e relacionais que vão aperfeiçoando no decurso da sua evolução profissional. Possuem habilidades, conhecimentos e competências.

Baseando-se nestas características o Enfermeiro tem a capacidade de tomada de decisão apoiado no processo de enfermagem, sendo responsável pelas suas atitudes, comportamentos e decisões. É através da comunicação que as suas decisões e informações são transmitidas aos outros enfermeiros. O momento crucial da transmissão de informação ocorre na passagem de turno, que consiste na transmissão/transferência de responsabilidades, de informações específicas sobre determinado doente que sucede num *continuum* dos cuidados prestados de uma equipa para outra.

Na Unidade de Cuidados Intensivos esta passagem ocorre em dois momentos fulcrais em grupo e individualmente. A transmissão de informação é eficaz, objectiva e precisa entre os enfermeiros. No decurso deste estágio pude constatar que os enfermeiros inseridos numa equipa trabalham em equipa com um mesmo objectivo comum valorizando o espírito de equipa. São equipas constituídas por elementos jovens maioritariamente mas com um vasto leque de conhecimentos.

A gravidade das situações clínicas, leva a que em algumas situações exista uma grande quantidade de informações a transmitir. Estas são transmitidas através de uma sequência lógica.

Com o intuito de facilitar esse raciocínio foi elaborada a sugestão de uma ckeck-list cuja finalidade é uniformizar a comunicação oral e escrita das informações relativas a cada doente. A adoção de estratégias por parte dos enfermeiros para colmatar as falhas decorrentes por vezes do processo de comunicação durante a passagem de turno é fundamental.

Salienta-se que o Enfermeiro é Profissional de Saúde e Pessoa. Enquanto pessoa e ser humano o erro pode sempre ocorrer, pois o Enfermeiro não é um equipamento é uma Pessoa dotada de sentimentos, emoções, conhecimentos, competências e habilidades que vão sendo melhoradas ao longo de todo o seu ciclo vital.

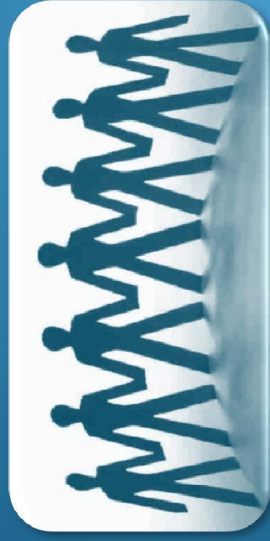
A elaboração deste trabalho foi um grande desafio pois a bibliografia existente sobre a temática é bastante vaga. É um trabalho complexo que exige pesquisa bibliográfica não somente a nível nacional mas principalmente a nível internacional, mas de extrema importância para a realidade das nossas instituições de saúde.

4. Referências bibliográficas

- ✓ PHANEUF, Margot- *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005 ISBN 972-8383-84-3
- ✓ KURTZ, Suzanne; SILVERMAN, Jonathan et al. - *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. 2ª Edição. Oxford, 2005 ISBN 1857756584
- ✓ PAIVA, Abel- *Sistemas de informação em enfermagem uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-76-X
- ✓ MARQUIS, Bessie L.; HUSTON Carol J.- *Administração e liderança em enfermagem teoria e prática*. 4ª Edição. Porto: Artmed, 2005. ISBN 85-363-0375-1
- ✓ CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL. [em linha]. Lisboa. [consult. 20-11-2011] Disponível em : http://www.chlc.minsaude.pt/Centro_Hosp/RelatorioContas/?sm=1
- ✓ Hospital de Santa Marta [em linha]. Lisboa. [consult. 03-11-2011] disponível em <Http://www.hsmarta.min-saude.pt/>
- ✓ MENDONÇA, Susana - *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a excelência do cuidar*. 1ª Edição. Lisboa: Editorial Novembro, 2009 ISBN 978-989-8136-34-3
- ✓ Australian Commission on Safety and Quality in health care [em linha].Lisboa.[consult.15-10-11] disponível em: <http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf>

APÊNDICE XI - Reunião informal «Comunicação na UCICCT»

"Comunicação entre equipas de Enfermagem na UCICCT"



Elaborado por: Aluna Sónia Lima,
Mestranda na área Médico -Cirúrgica - UCP
Sob tutoria da Profa. Isabel Rabiais
Orientada por: Enf^a Esp. Alda Catela
e Enf.º Bruno Mestrinho

Hospital de Santa Marta E.P.E.
Novembro de 2011

Comunicação

Objectivo Geral

- ✓ Implementar estratégias que contribuam para a melhoria da comunicação oral e escrita durante a "passagem de turno".

Objectivo Específicos

- ✓ Reconhecer as principais falhas de comunicação nos enfermeiros;
- ✓ Elaborar e divulgar uma check - list de passagem de turno.

Comunicação:

"É um processo que engloba todo e qualquer comportamento, pois todo o comportamento em interacção tem valor de mensagem" Fachada (2000)



Tipos de comunicação:

- ✓ Verbal
- ✓ Não verbal

3



No processo de comunicação podem ocorrer

"Falhas" na transmissão/recepção que condicionam a prestação de cuidados

Segurança do doente "Safety Patient"

4

Passagem de turno "handovers"

- ✓ Processo de transmissão/transferência de responsabilidades, de informações específicas sobre determinado doente que ocorre num *continuum* dos cuidados prestados.
- ✓ Ocorre num sistema organizacional e cultural complexo, com o intuito de assegurar a continuidade e segurança dos cuidados prestados.
- ✓ "Falhas" surgem na transmissão oral e escrita.

5

Principais "falhas" na comunicação:

- ✓ Excesso carga horária (cansaço);
- ✓ Passagem de turno longa;
- ✓ Interrupções;
- ✓ Caligrafias ilegíveis;
- ✓ Precisão ou consistência da informação;
- ✓ Ruídos;
- ✓ "Omissão" de dados importantes;
- ✓ Diferentes modelos conceptuais.

6

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou comissões centradas na identificação do risco para minimizar/prevenir a ocorrência do "erro"



Segurança do Doente

Exemplos:

- ✓ O uso da técnica de SBAR (situation, background, avalliation, recommendation);
- ✓ "Repeat-back" ou "read back";
- ✓ Envolver o utente na passagem de turno.

7

Na UGICCT

- ✓ Óptima passagem de turno
 - Grupo / individualmente.
- ✓ Transmissão de informação
 - Eficaz, objectiva e precisa.
- ✓ Pequenas "falhas"
 - Dados do doente (ex. Idade);
 - Estado neurológico;
 - Alimentação;
 - Informação família/pessoa significativa;
 - Caligrafias ilegíveis;
 - Intercorrências do turno (prescrições médicas);
 - Memorização de recados.

8

CHEK-LIST PASSAGEM TURNO EM GRUPO

Focos de atenção

- Identificação do doente
- Antecedentes pessoais relevantes (HIV +; Alergias...)

Intervenção cirúrgica realizada

Dados importantes

- Hora de chegada
- Tempo de permanência

Estado neurológico

- Escala de Rass ou Glasgow

Estado hemodinâmico

- Ventilação (Respiração espontânea/ ventilação invasiva)
- FC; SpO₂; drenagens torácicas; débito urinário
- Valores: gasométricos (glicémia, KCL, Hg); função renal
- Medicação de infusão continua (inotrópicos; vasodilatadores; vasopressores; diuréticos)

Intercorrências do turno

Recados

- Recentes/permanentes

CHEK-LIST PASSAGEM TURNO

1º Focos de atenção <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do doente • Intervenção cirúrgica • Antecedentes pessoais 	6º Alimentação <ul style="list-style-type: none"> • Oral • Par-entérica • Entérica
2º Estado Neurológico <ul style="list-style-type: none"> • Escala de RASS • Escala de consciência (GCS) 	7º Integridade cutânea <ul style="list-style-type: none"> • Pensos • Escala de Braden (soluções de continuidade)
3º Ventilação <ul style="list-style-type: none"> • Modalidade ventilatória • Parâmetros ventilatórios: <ul style="list-style-type: none"> - Valores gasometria • Oxigenoterapia • Aspiração de secreções: <ul style="list-style-type: none"> - Características das secreções 	8º Eliminação <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos urinários (supra-pública; nefrostomia; alga la Foley; Bequille...) • Débito urinário • Balanços Hídricos • Prisma • Valores analíticos (função renal)
4º Estado hemodinâmico <ul style="list-style-type: none"> • Ritmo e frequência cardíaca: <ul style="list-style-type: none"> - Pacemaker (modalidade e programação da FC) - BIA • Tensão arterial (invasiva/não invasiva) <ul style="list-style-type: none"> • PAE • SpO₂ • FR • Temperatura • Glicemia • Dor • Drenagens : <ul style="list-style-type: none"> - Cell-Saver 	9º Família / pessoa significativa <ul style="list-style-type: none"> • Visitas • Informação
5º Medicação <ul style="list-style-type: none"> • Protocolada • Perfusão continua • Urgente 	11º Intercorrências do turno / Outros <ul style="list-style-type: none"> • Exames pendentes • Prescrições médicas em SOS: <ul style="list-style-type: none"> - Identificação do Médico - Via telefónica / presencial

Vantagens da check list

- ✓ Uniformização e sistematização da informação;
- ✓ Evitar "falhas" de comunicação no decurso das passagens de turno;
- ✓ Contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.



Promoção da segurança

- ✓ Doente
- ✓ Enfermeiro





Obrigado pela vossa atenção!