



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**Contributo da comunicação efetiva na
promoção da segurança da pessoa em
situação crítica durante a transição
perioperatória:**

**Percurso de desenvolvimento de Competências
Especializadas em Enfermagem**

Filomena Teresa Adrião Bento

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**Contributo da comunicação efetiva na
promoção da segurança da pessoa em
situação crítica durante a transição
perioperatória:**

**Percurso de desenvolvimento de Competências
Especializadas em Enfermagem**

Filomena Teresa Adrião Bento

**Relatório de estágio orientado por:
Mestre Sónia Alexandra da Silva Ferrão**

2015



“The greatest problem in communication is the illusion that it has
been accomplished.”

George Bernard Shaw

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

Com a finalização deste Relatório de Estágio não posso esquecer nem deixar de agradecer a todas as pessoas que direta ou indiretamente me apoiaram neste marco tão importante da minha vida pessoal e profissional.

Em primeiro lugar agradeço à Professora Sónia Ferrão pelo acompanhamento e orientação durante todo o percurso e pela disponibilidade, capacidade de incentivo, motivação e apoio que em muito contribuíram para o término desta etapa e o sucesso do meu processo de aprendizagem.

Obrigada por todas as sugestões, ideias, conselhos e por demonstrar sempre uma atitude positiva e construtiva ao longo desta caminhada. Foi um privilégio ser orientada por esta excelente pessoa, professora e profissional que ao longo deste percurso me transmitiu conhecimentos e ferramentas fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Às supervisoras dos diferentes contextos de estágio, Enfermeira Daniela Santos, Enfermeira Helena Serafim e Enfermeira Adriana Sequeira, que se constituíram um “modelo” durante todo o processo de aprendizagem, facilitaram a integração nos serviços, proporcionaram experiências de aprendizagem pertinentes, prestaram apoio, estabeleceram uma relação de ajuda, incutiram desafios, exigências e motivações e permitiram acima de tudo que contribuísse para a melhoria da comunicação efetiva entre os enfermeiros nos momentos de transferência.

À equipa interdisciplinar, especialmente à equipa de enfermagem dos contextos de estágio pela integração e partilha constante de experiências em momentos de formação informal e em momentos de formação formal.

Aos meus amigos pela ajuda, incentivo e por compreenderem a minha ausência e falta de tempo ao longo destes dois anos.

Aos colegas de mestrado pelo companheirismo, partilha constante e apoio incondicional.

Aos colegas de trabalho por todos os momentos de companheirismo, ajuda e palavras de conforto e, por me apoiarem, nos momentos mais *stressantes*.

E por último, mas não menos importante, agradeço à minha família pelo apoio e ajuda incondicional e por todos os momentos que me proporcionaram, apesar da distância. Sem ela dificilmente conseguiria chegar ao fim. Obrigada pela compreensão e por estarem sempre presentes para me amparar, criticar, ouvir, congratular e me fazerem sentir uma pessoa feliz e realizada, capaz de superar qualquer adversidade estando ao meu lado a 100%.

A todos o meu Muito Obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

AANS – American Association of Neurological Surgeons

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AHRQ – *The Agency for Healthcare Research and Quality*

AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*

ATCN – *Advanced Trauma Care for Nurses*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

BONC – Bloco Operatório de Neurocirurgia

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CH – Centro Hospitalar

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

CNS – *Congress of Neurological Surgeons*

CO₂ – Dióxido de carbono

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FiO₂ – Fração Inspirada de Oxigénio

HDFVVC – Hemodifiltração Venenosa Contínua

HSA – Hemorragia Subaracnoídea

IHI – Institute for Healthcare Improvement

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IOM – Institute of Medicine

IRA – Insuficiência Renal Aguda

MAV – Malformações Arteriovenosas

MS – Ministério da Saúde

O₂ – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAM – Pressão Arterial Média

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCS - *Person on Critical Situation*

PIC – Pressão Intracraniana

PICCO – *Pulse Induced Contour Cardiac Output*

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REM – Ressonância Magnética

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RX – Radiografia

SAV – Suporte Avançado de Vida

SO – Sala (s) de Observação

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TET – Tubo Endotraqueal

TJC – *The Joint Commission*

UCI – Unidade (s) de Cuidados Intensivos

UCINC – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UPP – Úlcera de Pressão

VV – Via (s) Verde

RESUMO

A segurança da pessoa e a continuidade de cuidados são aspetos fulcrais para a prestação de cuidados de qualidade. Como tal, ao longo dos anos diversas organizações a nível nacional e internacional têm unido esforços no sentido de proporcionar a manutenção da segurança da pessoa e a continuidade de cuidados.

A comunicação é um dos elementos fulcrais na manutenção da segurança e continuidade de cuidados, sendo responsável por cerca de 60 a 70% dos eventos adversos identificados. Deste modo torna-se fundamental implementar estratégias e diretrizes que possibilitem a comunicação efetiva entre enfermeiros durante o processo de transferência da pessoa dentro do mesmo serviço, entre serviços ou entre unidades de saúde.

Indo de encontro ao supramencionado, neste relatório pretende-se descrever, analisar e refletir na e sobre a prática de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) e família durante o período perioperatório, salientando-se a importância da comunicação efetiva entre enfermeiros ao longo do processo de transição saúde-doença e situacional.

O Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) desenvolveu um projeto no âmbito da Melhoria da Qualidade em 2010, que designou como projeto IDEIA. Este projeto teve como objetivo melhorar a comunicação entre enfermeiros nos momentos de transferência de informação e de cuidado através da implementação de estratégias, procedimentos e diretrizes.

Assim, este relatório teve como principais objetivos: demonstrar o percurso decorrido que levou à criação de uma proposta de implementação do Projeto IDEIA no Bloco Operatório de Neurocirurgia (BONC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP); refletir criticamente na e sobre a prática diária de cuidados tendo por base as

Competências do Curso de Mestrado em Enfermagem em PSC (CMEPSC) definidas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (ESEL, 2010) e as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em PSC abrangidas pelos *Regulamentos nº 122/2011 e nº 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011)*.

Palavras-chave: Comunicação Efetiva, transferência, Segurança, Pessoa em Situação Crítica, Transição Perioperatória

ABSTRACT

A person's safety and continuous well care are key points to providing quality caring. As such, over the years several national and international organizations have been uniting efforts towards maintaining a person's safety and the continuance of care.

Communications is a key component in maintaining the safety and care continuation, being responsible for 60 to 70% of all adverse reactions identified. As such, implementing strategies and guidelines that will allow an effective communication between nurses during a person's transfer inside the same ward or between wards and health units, is of the utmost importance.

As mentioned above, this report intends to describe, analyze and meditate on the specialized care practice given to a Person on Critical Situation and their family or loved ones during all the time that surrounds the surgery, underlining the importance of an effective communication between nurses throughout the health/sickness process or situation.

The Central Lisbon Hospital Centre (CHLC) has developed a Quality Improvement project in 2010, which was called IDEIA. This project's goal is to improve the communication between nurses on information and care transference moments throughout strategy, procedure and guidelines implementation.

Therefore, this report had as main goals: Display all events that lead to the creation and implementation of project IDEIA on Neurosurgery Operation Bloc (BONC) and Polyvalent Emergency Room (SUP); critically think about the daily caring practice as described by the nursing PCS master's degree competences, defined by Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (ESEL, 2010) and common and specific competences of PCS Specialist Nurse, as mentioned on *regulations n° 122/2011 e n° 124/2011*.

Keywords: Effective Communication, transfer, safety, Person on Critical Situation, Perioperative Transition.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 1.ENQUADRAMENTO TEÓRIO..... | 21 |
| 1.1. Cuidados especializados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica no período perioperatório, a vivenciar um processo de transição saúde-doença..... | 21 |
| 1.2. Contributo da comunicação efetiva na promoção da segurança e na continuidade de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e família durante o período perioperatório..... | 24 |
| 2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO..... | 32 |
| 2.1. Contexto de Estágio I – Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios: Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos... | 35 |
| 2.2. Contexto de Estágio II – Bloco Operatório de Neurocirurgia | 54 |
| 2.3. Contexto de Estágio III - Serviço de Urgência Geral Polivalente | 62 |
| 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 68 |
| 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |
| APÊNDICES | |
| APÊNDICE I – DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA DE PESQUISA DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS PARA A REVISÃO DA LITERATURA | |
| APÊNDICE II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À ENFERMEIRA DIRETORA PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS A ELEMENTOS-CHAVE E ACESSO A DADOS ESTATÍSTICOS DO CH E UTILIZAÇÃO DESSES DADOS NO PROJETO E RELATÓRIO | |

APÊNDICE III – PLANEAMENTO DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

APÊNDICE IV – OBJETIVOS, COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DO CONTEXTO DE ESTÁGIO I: UCINC

APÊNDICE V – OBJETIVOS, COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DO CONTEXTO DE ESTÁGIO II: BONC

APÊNDICE VI – OBJETIVOS, COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DO CONTEXTO DE ESTÁGIO III: SUP

APÊNDICE VII – CONTEXTUALIZAÇÃO DA UCINC

APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIO

APÊNDICE IX – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

APÊNDICE X – ANÁLISE DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS E DAS OBSERVAÇÕES ESTRUTURADAS NÃO PARTICIPANTES E PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO IDEIA

APÊNDICE XI – JORNAL DE APRENDIZAGEM: A MORTE E O MORRER EM UCI: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM DURANTE A TRANSIÇÃO SITUACIONAL DA FAMÍLIA

APÊNDICE XII – CONTEXTUALIZAÇÃO DO BONC

APÊNDICE XIII – PLANO DE SESSÃO, DIAPOSITIVOS E AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 1: CONTRIBUTO DA COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PSC E CONTINUIDADE DE CUIDADOS

APÊNDICE XIV – PROPOSTA DA FOLHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA

APÊNDICE XV – PROPOSTA DO PROCEDIMENTO SETORIAL: TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA

APÊNDICE XVI – PLANO DE SESSÃO, DIAPOSITIVOS E AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 2: SEGURANÇA E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS À PESSOA DURANTE A TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA

APÊNDICE XVII – CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUP

APÊNDICE XVIII – PROPOSTA DO PROCEDIMENTO SETORIAL: TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL"

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO *WORKSHOP*: SEDAÇÃO E ANALGESIA, VMER DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

ANEXO II – PROGRAMA E CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO: QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM, INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE

ANEXO III – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE INÍCIO DE TURNO

ANEXO IV – GRELHA DE AUDITORIA DA *CHECKLIST* IDEIA, IMPLEMENTADA NO CHLC

ANEXO V – PROCEDIMENTO SETORIAL: TRANSPORTE DO DOENTE CIRÚRGICO PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL E DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

ANEXO VI – PROGRAMA E CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO NAS 9^{AS} JORNADAS DO DOENTE CRÍTICO, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE

ANEXO VII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA CONFERÊNCIA “ABCDE DA REANIMAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO - NOVAS *GUIDELINES*”, UNIVERSIDADE ATLÂNTICA

ANEXO VIII – APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE ESTÁGIO I:UCINC

ANEXO IX – APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE ESTÁGIO II:BONC

ANEXO X – APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE ESTÁGIO III:SUP

INTRODUÇÃO

O processo de aprendizagem é pessoal e único e decorre da construção e partilha de experiências passadas que influenciam as aprendizagens futuras. Ao longo do meu percurso académico e profissional em contexto de Bloco Operatório (BO) (oito anos), sempre senti necessidade de adquirir e desenvolver competências que permitissem promover a segurança e a continuidade dos cuidados à pessoa durante o período perioperatório.

Com base no referido, ingressei no CMEPSC pelo meu interesse pessoal, profissional e necessidade de aprendizagem nesta área específica, tendo como meta a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e o reconhecimento da Ordem dos Enfermeiros (OE) como enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, caminhando no sentido de atingir, segundo Benner (2005), o nível de perito.

Hesbeen (2001, p.73) refere que na “prática de cuidados não se pode ser competente em todas as circunstâncias porque cada situação que se vive é única e tem a sua complexidade própria”. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no artigo nº 4 alínea 3) enfatiza que o enfermeiro especialista está habilitado com um curso de especialização ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (*Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, 1996*).

No *Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011)*, o enfermeiro Especialista é definido como o profissional que detém conhecimentos aprofundados e apresenta elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, demonstrando conhecimentos em quatro domínios:

1) Responsabilidade ética e legal, 2) Melhoria contínua da qualidade, 3) Gestão dos cuidados e 4) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No caso particular do cuidar da PSC, devido à complexidade das situações de saúde-doença, o enfermeiro Especialista é o profissional que detém conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (*Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011*).

Para servir de fio condutor a todo o percurso de desenvolvimento de competências especializadas foi elaborado um projeto de estágio, que se enquadrou na **Promoção da Segurança da Pessoa PSC durante o período perioperatório**, enfatizando a importância da comunicação efetiva no decorrer dos momentos de transferência de informação e de responsabilidade de cuidados entre enfermeiros.

No projeto de estágio procedeu-se à definição das estratégias e atividades a desenvolver nos diferentes contextos da prática de cuidados, dos recursos disponíveis e dos resultados esperados, com o intuito de facilitar e orientar a aprendizagem e alcançar os objetivos preconizados.

No entanto, é de referir que ao longo do estágio o projeto foi sofrendo adaptações e reformulações de acordo com os obstáculos, constrangimentos e oportunidades, assumindo um caráter dinâmico e flexível que possibilitou servir de alicerce para a elaboração do presente relatório de estágio.

A profissionalização dos cuidados de enfermagem, a especificidade dos saberes e as respostas aos desafios dos modelos de gestão, têm colocado o conceito de competência na centralidade das novas lógicas das organizações (Costa, Costa & Serrano, 2011).

Enfatiza-se assim, a relação estabelecida entre competência e exercício profissional, imperando que os enfermeiros se

responsabilizem e atualizem os seus conhecimentos, desenvolvendo habilidades e competências adaptadas à sua prática de cuidados.

Como tal, a escolha do tema não só se relacionou com as minhas motivações pessoais e profissionais, mas também com a sua pertinência e relevância a nível nacional e internacional, pois os momentos de transferência são particularmente vulneráveis em interfaces organizacionais (Foster & Manser, 2011), sendo que as competências comunicacionais devem constituir-se como parte integrante da formação dos profissionais de saúde tal como acontece com outras competências de ordem técnica e clínica, devendo ser sistematicamente atualizadas (Andrade, Gomes, Grilo, Guimarães, & Santos, 2010).

Embora a definição do tema tenha sido preponderante para a orientação de todo o percurso de estágio e elaboração do relatório, saliento que para realmente prestar cuidados especializados à PSC durante o período perioperatório e sua família, foi também fundamental desenvolver as competências preconizadas pelo CMEPSC (ESEL, 2010) e as que integram os *Regulamentos n.º 122/2011 e n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011)*.

Ao longo do percurso foi também fundamental a mobilização de uma Teoria de Enfermagem, com o objetivo de guiar o pensamento e a prática profissional. A Teoria das Transições desenvolvida por Meleis constituiu-se desta forma uma pedra angular de suporte e orientação do pensamento em Enfermagem, dando ênfase tal como refere Silva (2007) às respostas humanas envolvidas nas transições.

Neste sentido pretendo que este relatório reflita o caminho percorrido para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas; demonstre as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio; identifique as estratégias implementadas de melhoria de qualidade de cuidados; revele a aquisição/atualização de conhecimentos na área da especialidade; permita uma autoavaliação

baseada na reflexão crítica face aos objetivos traçados, percurso desenvolvido e sua aplicação na prática.

No seguimento do referido, foi definido como **objetivo geral** do estágio:

✓ Desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à PSC e família durante o período perioperatório, com enfoque na promoção da segurança e continuidade de cuidados através da comunicação efetiva.

E como **objetivos específicos**:

✓ Desenvolver competências comunicacionais durante a transferência de informação entre enfermeiros a fim de manter a segurança e a continuidade de cuidados à PSC e família no período perioperatório.

✓ Desenvolver competências técnico-científicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados à PSC e família durante a transição saúde-doença e situacional no período perioperatório.

✓ Sensibilizar os enfermeiros dos contextos de estágio: SUP, BO e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para a importância da comunicação efetiva nos momentos de transferência de cuidados da PSC e família.

Evidencio que os objetivos traçados foram transversais a todo o percurso de formação enquanto mestranda do CMEPSC salientando que, para a sua validação, foram mobilizados os conhecimentos adquiridos nas diferentes Unidades Curriculares, com o objetivo de integrar a investigação na prática, perspetivando uma visão de Mestre e futura Especialista em Enfermagem em PSC.

Para que tal fosse concretizável foi importante sistematizar e estruturar o relatório de forma a apresentar uma sequência lógica e perceptível em que cada um dos capítulos se constituísse como fio

condutor para capítulos subsequentes. Deste modo, o relatório foi subdividido em três capítulos.

No capítulo ***Enquadramento Teórico*** é apresentada uma revisão da literatura e os conceitos-chave que clarificam e fundamentam o tema, tendo por base a Prática Baseada na Evidência (PBE). Este capítulo foi elaborado com base na pesquisa da literatura em bases de dados científicas, livros e documentos emitidos por instituições e entidades nacionais e internacionais.

No capítulo ***Análise Crítica e Reflexiva do Percorso de Desenvolvimento de Competências Especializadas no Cuidar da PSC e família no período perioperatório*** foi efetuada uma breve descrição de cada contexto de cuidados e enumeradas as atividades desenvolvidas, momentos significativos de aprendizagem e análise da aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem em PSC.

E, finalmente, no capítulo ***Considerações Finais*** foi realizada a síntese global, refletindo acerca de todo o percurso de aprendizagem enquanto mestranda do CMEPSC, bem como a enumeração de pontos fortes, pontos fracos, dificuldades sentidas, estratégias utilizadas e possibilidade de projetos futuros na área específica da especialidade.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRIO

Este capítulo foi construído tendo por base a leitura e análise de documentos que se constituíram como fundamentais para a compreensão e justificação do tema, mobilizando não só livros e documentos institucionais, nacionais e internacionais, mas também artigos científicos pesquisados através da plataforma *EBSCOhost*, cuja estratégia de pesquisa se encontra em apêndice I, dando assim relevância à PBE.

1.1. Cuidados especializados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica no período perioperatório, a vivenciar um processo de transição saúde-doença

A Enfermagem Perioperatória envolve o período antes, durante e após o procedimento cirúrgico, sendo que provavelmente, nenhuma outra área de enfermagem exige a larga base de conhecimentos, a memória instantânea da ciência cirúrgica, a necessidade de ser guiada intuitivamente pela experiência de enfermagem, a diversidade de pensamento e ação, as resistências físicas e mental e a flexibilidade necessárias nas intervenções a desempenhar (Rothrock, 2014).

A PSC é definida como aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (*Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011*).

Indo de encontro ao supramencionado, pode considerar-se que a pessoa durante o período perioperatório se encontra em situação crítica, devido às alterações fisiológicas desencadeadas pelo procedimento anestésico e cirúrgico tais como: modificações na oxigenação/ventilação, circulação/perfusão, hidro-eletrolíticas,

mobilidade/segurança, integridade cutânea, entre outras (Fontaine & Morton, 2013).

No entanto, é de salientar, que durante o período perioperatório não só surgem na pessoa e família mudanças físicas, mas também advêm mudanças emocionais e sociais que poderão desencadear situações de ansiedade e *stress*, particularmente nos momentos de grande instabilidade e insegurança. Esses momentos críticos em que ocorre a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, sendo iniciado por eventos que vão para além do controlo individual, ou programados pela própria pessoa, têm a designação de transições (Chick & Meleis, 1986).

O conceito de transição é o conceito central da teoria de médio alcance desenvolvida por Meleis. Nesta teoria o seu modelo conceptual compreende a **natureza das transições**, sendo definida quanto ao tipo, padrão e propriedades de transição; as **condições das transições facilitadoras e inibidoras** do processo, que podem ser pessoais (significados, atitudes e crenças culturais, estatuto socioeconómico e a preparação e o conhecimento), da comunidade e da sociedade; e os **padrões de resposta** (indicadores de processo e de resultado) da transição, os quais guiam as **terapêuticas de enfermagem** (Im, Meleis, Messias, Sawyer, & Schumacher, 2000).

Meleis (2010) enfatiza que as transições são desencadeadas por eventos críticos que provocam mudanças no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas e nas capacidades individuais, caracterizando-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de viragem.

Deste modo, pessoas que apresentem uma doença aguda e que se encontram hospitalizadas ou pessoas submetidas a cirurgia são exemplos de condições ou situações com um estado iminente de transição (Chick & Meleis, 1986).

Im et al.(2000) consideram que as transições podem não só constituir momentos críticos para as pessoas, mas também oportunidades de aprendizagem para estas e para os profissionais de saúde, referindo como exemplos: procedimentos cirúrgicos, reabilitação, recuperação, cuidar de familiares e morte.

Nesta Teoria a **Pessoa** é perspectivada como um indivíduo com necessidades próprias que se encontra em constante interação com o meio ambiente e com capacidade para se adaptar a essas mudanças, mas que devido a uma situação de doença, de risco de doença ou mesmo de vulnerabilidade, experimenta ou pode vir a experimentar um desequilíbrio (Meleis, 2010).

Posto isto, os enfermeiros perioperatórios poderão constituem-se agentes facilitadores de todo o processo de transição, intervindo com e junto da pessoa e família, no sentido de proporcionar, tal como refere Meleis (2010) transições promotoras de sentimentos de bem-estar.

Segundo Abreu (2011) num contexto de trabalho de proximidade, a vivência dos processos de transição permite à pessoa e ao profissional de saúde aceder a novos saberes de natureza cognitiva, processual, atitudinal e motora.

Indo de encontro ao referido, os profissionais de saúde são convidados a transferir conhecimento para a sua prática clínica, desenvolver competências para a resolução de problemas e tomadas de decisão dirigidas à pessoa em situação de transição (Abreu, 2011), com o objetivo não só de manter as funções básicas de vida, prevenir complicações, limitar incapacidades e atingir, se possível, a recuperação total da pessoa (*Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011*), mas também desenvolver competências com o intuito de facilitar o processo de transição saúde-doença e situacional vivenciado pela pessoa e família respetivamente.

Para que tal seja possível é importante que os enfermeiros perioperatórios encarem as transições, tal como defendido por Meleis & Trangenstein (1994), como um conceito central da disciplina com implicações na prática dos cuidados de enfermagem, podendo as mesmas fornecer um quadro onde são descritas, tal como referenciado por Im et al.(2000) as necessidades específicas da pessoa, durante a admissão, alta, recuperação e/ou transferência.

1.2. Contributo da comunicação efetiva na promoção da segurança e na continuidade de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e família durante o período perioperatório

O enfermeiro como elemento integrante da equipa de saúde tem a responsabilidade profissional de desenvolver atividades que suportem uma cultura de segurança centrada na pessoa, identificando os fatores físicos e psicossociais que influenciam ou afetam a sua vida (Perry, Potter, & Stockert, 2012) durante todo o processo de transição saúde-doença.

O conceito de segurança é um conceito extremamente abrangente, no entanto é muitas vezes definido, como ausência de lesão psicológica e física (Perry et al., 2012).

Para o *Committee on Quality of Health Care in America & Institute of Medicine (IOM)* (2000), a segurança da pessoa é definida como um conjunto de elementos estruturais, ferramentas, metodologias baseados em evidências científicas comprovadas, que tendem a minimizar o risco de ocorrência de eventos adversos durante o processo de cuidados de saúde ou minimizar o seu impacto.

Através do referido verifica-se que o conceito de segurança está frequentemente associado ao conceito de eventos adversos (Doran, 2011). Os eventos adversos podem ser definidos como ocorrências de lesões não intencionais ou complicações provocadas pela gestão de

cuidados de saúde, e não pela doença base da pessoa, que poderão levar à sua morte ou invalidez (Baker et al., 2004).

Posto isto, a segurança pode ser considerada um dos domínios da qualidade dos cuidados de saúde e, como tal, várias organizações de saúde têm feito um esforço para desenvolver uma cultura de segurança com o objetivo de melhorar a confiabilidade e a qualidade dos cuidados prestados às pessoas e famílias (*Committee on Quality of Health Care in America & IOM, 2000*).

O livro “*To Err Is Human: Building a Safer Health System*” foi um marco importante na segurança em saúde, surgindo da elaboração de um relatório desenvolvido em 1999 pelo *Committee on Quality of Health Care in America & IOM (2000)*. Através desta publicação percebeu-se a importância de fortalecer a cultura de segurança no âmbito das instituições de saúde, pois verificou-se que 44,000-98,000 mil pessoas morriam em cada ano nos Estados Unidos, como resultado de erros médicos evitáveis.

Assim, a nível internacional várias organizações tais como a: Organização Mundial de Saúde (OMS), *The Joint Commission (TJC)*, *The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, *IOM*, *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, têm feito um esforço por desenvolver e monitorizar iniciativas na área da segurança, fornecendo informações, elaborando orientações, construindo protocolos e *checklists* que, posteriormente, podem ser mobilizadas e adaptadas pelas organizações de saúde.

Em 2004, a OMS lançou o programa *World Alliance for Patient Safety*, identificando seis áreas de atuação, sendo que entre elas está complementado o desenvolvimento de *Patient Safety Solutions*. Nesse mesmo ano, a *JCI* foi designada como centro colaborador da OMS, estabelecendo seis metas internacionais de segurança com o objetivo de promover a melhoria específica em áreas problemáticas de

prestação de cuidados, entre as quais se encontra a **melhoria da comunicação entre profissionais** (Peralta, 2012).

A nível Nacional, foi elaborado o *Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde (MS)(2015)* que engloba o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 e, que considera, que a melhoria da segurança é uma responsabilidade de equipa, implicando a mobilização de competências individuais e gestão sistémica de todas as atividades.

A par da segurança da pessoa encontra-se a manutenção da continuidade de cuidados durante o período perioperatório. A continuidade de cuidados é constituída por dois elementos principais: cuidados ao longo do tempo (passado, presente e futuro) e um foco das necessidades de saúde das pessoas e do contexto pessoal (*College and Association of Registered Nurses of Alberta, 2008*).

Neste sentido, é enfatizada a dimensão da continuidade informacional, que se define como a transferência efetiva de informações e conhecimentos face à situação da pessoa, a fim de colmatar eventos de fragmentação de cuidados e garantir o atendimento atual e apropriado quando as pessoas são transferidas de um contexto para outro (*College and Association of Registered Nurses of Alberta, 2008*).

Ao longo do seu processo de transição saúde-doença a PSC pode ser transferida inúmeras vezes, desde que é estabilizada no pré-hospitalar até à sua transferência para um serviço de urgência, passando muitas vezes pelo BO e UCI. Como tal, a qualidade das interações estabelecidas entre a equipa interdisciplinar, bem como a informação transmitida é uma das componentes chave da prevenção de erros, da compreensão da situação e da obtenção dos melhores *outcomes* (Davis, Henry, Landon, & Lockhart, 2014).

Indo de encontro ao supracitado, e tendo em conta que a área de Enfermagem Perioperatória envolve um ambiente extremamente complexo e movimentado, onde múltiplos prestadores de cuidados interagem entre si e com as pessoas, durante um curto período de tempo (Boat & Spaeth, 2013), torna-se fundamental que os enfermeiros desenvolvam competências especializadas durante a prestação de cuidados e nos momentos de transferência.

Um processo de transferência ineficaz causa vulnerabilidades significativas durante a transição da pessoa (Hannaford, Runciman, Schultz, & Thomas, 2013), comprometendo a sua segurança e a continuidade dos cuidados (Cunningham, Leitzsch, & Riesenberg, 2010).

Transferências destruturadas têm contribuído para erros, omissões, atrasos de tratamento, ineficiências de trabalho, tratamento inadequado, eventos adversos com danos menores ou maiores, aumento da duração de internamento ou reinternamentos evitáveis e aumento custos (Cunningham et al., 2010; Patterson & Wears, 2010).

As falhas de comunicação são dos incidentes mais citados na literatura, sendo responsáveis por cerca de 60% a 70% dos eventos adversos que ocorrem durante o processo de transferência (Daugherty, Derieg, Dingley, & Persing, 2008; IHI, 2011; The Victorian Quality Council Safety and Quality in Health, 2010).

Tal facto é corroborado no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 identificando como causas mais comuns de incidentes associados à segurança os defeitos na organização, na coordenação e na comunicação (*Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do MS, 2015*).

Em qualquer organização de saúde, existem milhares de interações diárias entre os profissionais de saúde, pessoas e comunidade, particularmente durante o período perioperatório. A

qualidade destas interações é uma componente chave para a prevenção de erros, para a compreensão da situação da pessoa e para o controle de resultados (Davis et al., 2014).

Assim, a comunicação efetiva assume-se como um pilar fundamental para a segurança, em especial durante os momentos de transferência de responsabilidade e de cuidados (*Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do MS, 2015*), podendo ser entendida como a comunicação que é oportuna, precisa, completa, inequívoca e compreendida pelo destinatário (Amato-Vealey, Barba, & Vealey, 2008).

Constata-se, desta forma, a importância central que os enfermeiros desempenham na intervenção especializada à PSC, especialmente durante o processo de transferência perioperatória, uma vez que se encontram perfeitamente posicionados para melhorar a comunicação efetiva e integrar os cuidados durante todo processo (Aitken & Richmond, 2011).

Deste modo, a transferência em enfermagem pode ser perspectivada como um padrão de comunicação que é aplicado na prática clínica diária, a fim de se cumprir as metas da organização, continuidade, consistência e segurança dos cuidados (Athanasakis, 2013), permitindo a admissão, encaminhamento e transferência, dentro do mesmo serviço, entre serviços ou entre unidades de saúde (Catalano, 2009; Foster & Manser, 2011).

Apesar da principal função do processo de transferência ser a transmissão de informação, o mesmo também pode adquirir funções de socialização, de educação, de coesão de grupo, de apoio emocional e de oportunidade para a reflexão em equipa (Scovell, 2010; Halm, 2013).

Como tal, garantir boas práticas durante o processo de transferência é parte integrante da prestação de cuidados de alta

qualidade (Athanasakis, 2013; Gage, 2013; Hannaford et al., 2013). Assim, as organizações devem implementar procedimentos normalizados a fim de assegurar a comunicação precisa e atempada de informações entre profissionais (Halm, 2013; *Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do MS, 2015*).

Embora as diferenças de contextos da prática imponham diversas abordagens de transferência, durante o período perioperatório é prudente desenvolver e implementar um mecanismo que sistematicamente facilite a comunicação efetiva entre profissionais (Wright, 2013). Posto isto, é importante ter consciência das diversas barreiras que poderão influenciar negativamente o processo de transferência a fim de implementar estratégias que as minimizem.

Cunningham et al. (2010) identificaram numa revisão sistemática da literatura 8 barreiras que afetam a transferência da pessoa, verificando que as barreiras associadas à comunicação (lapsos ou falhas de comunicação, conteúdo longo ou irrelevante e recordação imprecisa da informação comunicada) são das mais citadas pelos autores.

Similarmente, também foram identificadas no mesmo artigo 7 categorias estratégicas a implementar para melhorar o processo de transferência, sendo que as mais mencionadas são as relacionadas com a padronização da informação (Cunningham et al., 2010).

A padronização da informação através da mobilização de *checklists*/mnemónicas pode ser uma mais-valia para a manutenção da segurança e continuidade de cuidados (Clarke et al., 2012; Hannaford et al., 2013; Wright, 2013), sendo que uma transferência padronizada inicia-se com profissionais habilitados a usar uma ferramenta oral e/ou escrita (Criscitelli, 2013).

A nível internacional diversas *checklists*/mnemónicas têm sido testadas e implementadas nos diferentes contextos da prática de

cuidados (SBAR¹; ISOBAR²; IBSAR³, entre outras), no sentido de melhorar a comunicação efetiva entre profissionais.

Durante o período perioperatório, na maioria das situações, a transmissão da informação durante a transferência da pessoa é realizada, segundo Scovell (2010) de forma oral e *face-to-face*, oferecendo aos enfermeiros a oportunidade de discutir as informações.

A utilização de *checklists*/mnemônicas padronizadas, nos momentos de transferência oral possibilitam a estruturação do pensamento e a obtenção de todas as informações necessárias da situação particular da pessoa (Alvarado et al., 2006; Johnson, Jefferies, & Nicholls, 2012; Perry et al., 2012), permitindo de acordo com Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011) que os profissionais se centrem nos problemas, ações e intervenções definitivas de forma clara e objetiva.

Contudo, as ferramentas orais funcionam melhor quando associadas e apoiadas em ferramentas escritas, que estão estruturadas normalmente em formato de lista de verificação e especificam a informação de forma ordenada (Criscitelli, 2013; Ebright, Flanagan, & Welsh, 2010). Estas ferramentas diminuem a possibilidade de perda de informação, ajudam a garantir a precisão e adicionam estrutura a todo o processo de transferência oral (Criscitelli, 2013).

No que se refere à informação transmitida durante a o período perioperatório, a mesma deve incluir todas as informações necessárias para manter a segurança e a continuidade de cuidados à PSC e família. Assim sendo, Amato-Vealey et al. (2008) operacionalizam através da

¹**SBAR**: **S**-*Situation*; **B**-*Background*; **A**-*Assessment*; **R**-*Recommendation*

²**ISOBAR**: **I**-*Identification*; **S**-*Situation*; **O**-*Observation*; **B**-*Background*; **A**-*Assessment*; **R**-*Read-back*

³**IBSAR**: **I**-*Identify*; **S**-*Situation*; **B**-*Background*; **A**-*Assessment*; **R**-*Recommendation*

mnemónica SBAR a informação que deve ser transmitida aquando da transferência da pessoa no período perioperatório.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

Como desenvolvem os enfermeiros as competências do cuidar em enfermagem e quais as determinantes desse processo? Como o contexto profissional promove o processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros? (Costa et al., 2011).

Estas duas questões permitiram que refletisse sobre a importância de desenvolver competências especializadas no cuidar PSC e família durante o período perioperatório, promovendo a sua segurança e continuidade de cuidados ao longo do processo de transição vivenciado pela pessoa (transição saúde-doença) e família (transição situacional).

A competência é a capacidade de integrar saberes diversificados e heterogêneos com o intuito de solucionar problemas e efetuar diferentes atividades, sendo que a competência profissional de acordo com Carvalhal (2003), pode ser entendida como a capacidade de pôr em prática, numa determinada situação profissional, um conjunto de conhecimentos, comportamentos, atitudes e capacidades. Le Boterf (1997) citado em Hesbeen (2001) refere também que a competência apresenta uma forma triangular e aponta para uma ação, em que os seus três vértices combinam: o **saber agir**, o **poder agir** e o **querer agir**.

Os aspetos definidos demonstram a importância de relação entre os conhecimentos técnico-científicos, a influência do contexto organizacional, bem como os recursos disponíveis e a motivação intrínseca de cada profissional para prestar cuidados sentindo-se reconhecido pelo seu desempenho profissional.

O desenvolvimento de competências profissionais e humanas promove uma prática de cuidados “mais segura, mais autônoma e de maior qualidade” (OE, 2010, p. 8). Assim, para alcançar o grau acadêmico de Mestre e desenvolver uma área de perícia no âmbito da Enfermagem em PSC tive de desenvolver, demonstrar e aplicar conhecimentos e capacidades de compreensão, de julgamento/tomada de decisão, competências de comunicação e de autoaprendizagem (*Joint Quality Initiative*, 2004; ESEL, 2010).

Também as competências condicentes com os *Regulamentos n.º 122/2011 e n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011)* se constituíram como documentos fundamentais para a definição dos objetivos e atividades a desenvolver no decorrer do estágio.

Indo de encontro ao acima referenciado também Benner (2005), baseada no Modelo de *Dreyfus* de aquisição de conhecimentos, apresenta todo um ciclo de desenvolvimento de competências, estratificadas em categorias sucessivas que os enfermeiros atravessam até atingir um nível de aptidão para a prestação de cuidados de excelência. Segundo a mesma autora, a aquisição de competências ocorre de forma gradual, com limitação temporal e, é condicionada pelas características individuais de cada profissional e pelos contextos onde este se desenvolve profissionalmente (Benner, 2005).

Atualmente presto cuidados num Bloco Operatório Central (BOC) há cerca de 6 anos. Devido à complexidade e multiplicidade de situações de saúde-doença, considero que me encontro, segundo Benner (2005), num nível de proficiente durante a prestação de cuidados em contexto de cirurgia programada e num nível de competente durante a prestação de cuidados em situação de urgência/emergência.

Com base no explanado tornou-se fundamental traçar o caminho que pretendia percorrer, num percurso de aprendizagem que exigiu

partilha e reflexão suportado em interesses profissionais e pessoais, necessidades sentidas, objetivos de formação e consciência de que a aprendizagem não é estanque, mas acontece de forma gradual e contínua.

Desta modo foi crucial definir e planejar o percurso a desenvolver reconhecendo a importância e investimento do processo formativo que se enquadra num projeto global de melhoria da Qualidade da Enfermagem e das organizações com projeção na qualidade dos cuidados prestados. Assim, através das informações recolhidas pelas entrevistas a elementos-chave e a análise dos dados estatísticos cedidos pelo CHLC, após autorização da Enfermeira Diretora (apêndice II), foi realizada uma reflexão que se encontra em apêndice III com o intuito definir o percurso de aquisição de competências especializadas.

Dessa reflexão e planeamento emergiram três contextos de estágio que neste relatório se encontram subdivididos por: **Contexto I** – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos (UCINC); **Contexto II** – BONC e **Contexto III** – SUP.

No entanto, é de referenciar que embora exista uma subdivisão dos contextos, todo o percurso foi realizado de forma integrativa, mobilizando e incorporando os conhecimentos e competências especializadas.

Para a execução dos objetivos preconizados para cada contexto de estágio, foram identificadas as competências que se pretendia atingir, bem como as atividades a desenvolver, metodologias utilizadas e recursos mobilizados, descritos de forma sistematizada nos apêndices IV, V e VI e, que serão alvo de reflexão e análise ao longo deste capítulo.

2.1. Contexto de Estágio I – Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios: Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos

Em contexto de UCINC, defini como objetivo geral do estágio o desenvolvimento de competências técnico-científicas, comunicacionais, relacionais e éticas para a prestação de cuidados de enfermagem à PSC adulta e idosa internada na UCINC, delineando para tal um conjunto de objetivos específicos e atividades a desenvolver durante o percurso de estágio que se encontram em apêndice IV.

A informação recolhida e a caracterização da UCINC (apêndice VII) constituíram-se uma mais-valia para a prestação de cuidados especializados, permitindo o conhecimento da metodologia de trabalho, dos protocolos, dos procedimentos e normas, dos projetos e das dinâmicas de turno instituídos no Centro Hospitalar (CH) e no contexto de estágio.

Relativamente ao primeiro objetivo específico: ***prestar Cuidados de Enfermagem especializados à PSC submetida a ventilação mecânica e monitorização hemodinâmica invasiva internada na UCINC, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*** realizei a maior parte do estágio no nível III e nível II.

Considerarei pertinente numa primeira fase compreender e integrar a dinâmica e cultura organizacional da UCI delineando atividades que permitissem a integração no serviço e na equipa interdisciplinar, sendo que para tal mobilizei competências de dimensão cognitiva, comunicacional e atitudinal (Rua, 2011).

Ao longo do estágio consultei a documentação disponibilizada quer pelo serviço, quer pela enfermeira supervisora e realizei a reflexão constante na e sobre a prática diária de cuidados com o intuito de dar resposta, de forma adequada aos objetivos definidos *à priori*.

Em simultâneo outras atividades foram desenvolvidas, a fim de **adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC e família**, assumindo progressivamente uma maior autonomia, capacidade crítica e tomada de decisão face à avaliação e planeamento das intervenções de enfermagem.

A base deste objetivo “adquirir e desenvolver competências” reflete o meu estadio de **iniciado/iniciado avançado** (Benner, 2005) uma vez que enquanto profissional, este foi o meu primeiro contato com o contexto de UCI, gerando sentimentos de insegurança e desconforto.

Com o intuito de zelar pela segurança da PSC e família, diminuindo a probabilidade de ocorrência de erro, foi importante tomar consciência desse aspeto e mobilizar estratégias que permitissem não só ultrapassar esses sentimentos, mas também impulsionar e maximizar a aprendizagem. Para tal, ao longo do estágio mobilizei os conhecimentos adquiridos da pesquisa bibliográfica e da partilha de experiências com os pares e equipa interdisciplinar em momentos de formação informal e formal.

Ao longo do percurso de estágio no nível III, surgiram diversas situações de aprendizagem durante a prestação de cuidados à PSC, nomeadamente na prestação de cuidados a PSC com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Hemorragia Subaracnoídea (HSA) por rutura de aneurisma, Insuficiência Renal Aguda (IRA) a realizar técnica dialítica contínua e PSC vítimas de trauma com afeções ortopédicas, vasculares, abdominais, respiratórias, entre outras.

Durante a prestação de cuidados nas diferentes situações de saúde-doença verifiquei que a PSC e família, à semelhança do que refere Im et al. (2000), se encontravam mais vulneráveis a riscos que poderiam afetar a sua saúde e bem-estar. Assim, enquanto mestranda pretendi desenvolver competências e conhecimentos que me

permitissem, de acordo com Meleis & Schumacher (1994), desenvolver intervenções apropriadas às necessidades e ao estado de saúde das pessoas.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem em Nível II, desenvolvi e adquiri competências especializadas para prestar cuidados de enfermagem à PSC com afeções neurocirúrgicas (neurinoma do acústico, tumores cerebrais, Malformações Arteriovenosas (MAV), Aneurisma Cerebral, Hematoma Subdural Crônico, Hidrocefalias) intervencionadas no BONC, que se encontravam no período pós-operatório imediato, intervindo de acordo com as suas necessidades.

A prestação de cuidados de enfermagem em Nível II, foi extremamente importante, pois não só possibilitou realizar a avaliação inicial da PSC no pós-operatório imediato de forma sistematizada, mas também proporcionou o reconhecimento de eventuais focos de instabilidade, permitindo aprofundar e mobilizar os conhecimentos adquiridos no meu contexto atual de trabalho – contexto intraoperatório.

Considerando que a grande maioria das PSC internadas na UCINC apresentavam risco de falência respiratória, hemodinâmica e neurológica, necessitando a maior parte delas de monitorização invasiva criteriosa e ventilação mecânica, tornou-se fundamental aprofundar conhecimentos neste âmbito, com o objetivo de antecipar as suas necessidades e realizar intervenções que promovessem uma transição saudável.

A ventilação mecânica é definida como a administração de um volume-minuto respiratório por forças externas, quando existe incapacidade dos músculos respiratórios da pessoa, utilizando para tal equipamentos designados por ventiladores (Manica et al, 2004). De acordo com Fontaine & Morton (2013) é aplicada no sentido de reverter a hipoxemia e a acidose respiratória aguda, aliviar a dificuldade

respiratória, prevenir ou reverter atelectasias, reduzir a Pressão Intracraniana (PIC), entre outras indicações.

Embora a ventilação mecânica acarrete riscos e sobrecarga física e psicológica para a PSC e família, essas consequências podem ser minimizadas, tal como refere Fontaine & Morton (2013) através da implementação de boas práticas e cuidados preventivos.

Segundo Marini (2013) em contexto de UCINC a ventilação mecânica é fundamental não só para evitar a falência da função cardiorrespiratória, mas também para controlar a PIC. Como tal a sua otimização e monitorização é primordial especialmente em pessoas com TCE, uma vez que a hipoxia e hipercapnia podem aumentar drasticamente a PIC causando segundo Gopinath, Rangel-Castillo, & Robertson (2008) lesões secundárias irreversíveis.

Tendo em conta que realizei uma pós-graduação na área de Anestesiologia e Emergência e que sempre prestei cuidados em BO, onde frequentemente cuido de pessoas ventiladas durante o procedimento cirúrgico, consegui gerir e adaptar-me a esta nova realidade, elaborando mentalmente um plano de ação para atuar nas diferentes situações de cuidados.

Contudo, à semelhança do que refere Manica et al (2004) existem diferenças significativas entre os ventiladores e modos ventilatórios utilizados nos procedimentos anestésicos e na UCI. Como tal, ao longo da prestação de cuidados foi fundamental aprofundar e mobilizar conhecimentos da dinâmica ventilatória e monitorizar os diversos aparelhos de ventilação e modos ventilatórios tendo em conta a situação clínica da pessoa e o objetivo da ventilação, tal como defende Fontaine & Morton (2013).

Desta forma, ao longo do percurso, foram implementadas intervenções de enfermagem especializadas que permitiram reduzir as complicações e prevenir os riscos associados à ventilação mecânica.

Foi uma constante ao longo da prestação de cuidados à PSC ventilada a avaliação criteriosa do padrão respiratório e monitorização e interpretação dos parâmetros ventilatórios, avaliação da oximetria de pulso, avaliação e interpretação dos valores gasimétricos, observação e interpretação da Radiografia (RX) de tórax.

A manutenção adequada do Tubo Endotraqueal (TET) /traqueostomia foi também fundamental para permitir uma adequada ventilação/oxigenação. Durante a prestação de cuidados, especialmente em momentos de alternância de posicionamento (2/2h para prevenção das úlceras de pressão e melhoria da oxigenação) e cuidados de higiene, bem como nas mudanças de turno sempre se avaliou o nível do TET na comissura labial ou na narina, bem como a sua adequada fixação com nastro ou fita adesiva.

Tal como defendido por Fontaine & Morton (2013), a fixação do TET deve ser realizada por duas pessoas, sendo que ao longo do estágio foi sempre realizada por mestrande e enfermeira supervisora, evitando o seu deslocamento acidental.

Nas pessoas entubadas por via oral também se avaliava a presença de soluções de continuidade e necrose na pele, mucosas e língua, mobilizando o TET de um lado para o outro sempre que houve necessidade.

Fontaine & Morton (2013) defendem que a pressão adequada do *cuff* permite reduzir o risco de lesão da mucosa traqueal e de aspiração. Embora os autores supramencionados defendam que a verificação da pressão do *cuff* precise de ser avaliada através de um equipamento designado por cufómetro uma vez por turno, necessitando idealmente de estar compreendida entre 20-25 mmHg (Fontaine & Morton, 2013), este procedimento não está implementado neste contexto de cuidados.

Para a manutenção da permeabilidade da via aérea definitiva, foram implementadas intervenções de enfermagem junto da PSC entre as quais se salientam: a avaliação, gestão e registo das secreções orais e endotraqueais.

A higiene oral nesta UCINC era realizada a cada 2,4 e 8h, ou sempre que necessário, escovando os dentes nos cuidados de higiene e conforto (no período da manhã), aspirando regularmente as secreções orais e supraglóticas (2/2h) e utilizando uma substância à base de clorohexidina (8/8h), tal como defendido por Booker, Jablonski, Kitko, & Murff (2013) e Morton & Fontaine (2013).

Neste contexto, devido às especificidades da PSC, foi de extrema importância planear as atividades, minimizando os aumentos da PIC. Portanto as intervenções de enfermagem foram planeadas em conjunto com a enfermeira supervisora, no sentido de alternar períodos de atividade com períodos de repouso a fim de prevenir esses mesmos aumentos, indo de encontro ao defendido por Marek, Phillips, & Sands (2003).

Marek et al. (2003) consideram que a aspiração endotraqueal contribui para o aumento da PIC, por aumento da pressão intratorácica e alterações dos níveis de O₂ e Dióxido de carbono (CO₂). Como tal, durante o procedimento a pressão de aspiração por norma não excedeu os 120 mmHg e foi autolimitada aos 10-15 segundos a fim de controlar o aumento da PIC, indo de encontro ao defendido por Barata et al. (2011) e Marcelino (2008).

É ainda de salientar que antes de cada aspiração endotraqueal, a PSC foi sempre hiperoxigenada (2 a 3 insuflações) colocando o ventilador com uma Fração Inspirada de Oxigénio (FiO₂) a 100%, minimizando desta forma o risco de hipoxemia e hipercapnia, tal como salienta Burns & Chulay (2012).

Outro aspeto essencial foi o posicionamento da PSC com a cabeceira elevada a 30-45° permanentemente. Esta intervenção, segundo Fontaine & Morton (2013), não só permite o controlo da PIC, mas também possibilita a expansão pulmonar, a diminuição do risco de broncoaspiração e a diminuição do risco de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV).

Relativamente às PSC internadas em UCI, especialmente as submetidas a ventilação mecânica é de extrema importância uma ingestão nutricional que satisfaça as suas necessidades metabólicas. No entanto, devido à incapacidade de se alimentarem, esse aporte nutricional, foi administrado por via entérica, após colocação de sonda gástrica, avaliando-se o conteúdo gástrico de 4/4 horas.

De acordo com Morton & Fontaine (2013) as sondas gástricas e TET usados por via nasal e colocados por períodos superiores a 3 dias devem ser trocados para via oral, devido ao aumento do risco de PAV associada à sinusite. O que se verificou, na prática é que as sondas eram sempre introduzidas por via nasal, exceto quando existia lesão da base do crânio, embora os enfermeiros avaliassem e estivessem atentos a sinais e sintomas de febre e corrimento nasal purulento, relatando de imediato o facto.

Com base no supramencionado ao longo deste subcapítulo considero que o objetivo de prestar cuidados e desenvolver competências na área da ventilação mecânica foi atingido, uma vez que durante o percurso de estágio adquiri, aprofundei e mobilizei competências de ordem cognitiva e técnica refletindo na e sobre a prática, com o intuito de proporcionar à pessoa cuidados de enfermagem especializados e com qualidade, assentes em evidência científica.

Durante a prestação de cuidados à PSC, houve a necessidade de implementar intervenções relacionadas com a monitorização correta e adequada de parâmetros vitais, identificando e antecipando sinais e

focos de instabilidade através da interpretação dos mesmos, tal como referido no *Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011)*.

Capitão & Pires (2009) defendem que a monitorização hemodinâmica permite a análise das principais funções circulatórias, antecipando a deterioração do estado hemodinâmico, a avaliação da eficácia e a resposta das mesmas às decisões terapêuticas implementadas. Indo de encontro ao supramencionado é importante que os enfermeiros reconheçam que as decisões terapêuticas são implementadas de acordo com os dados que os mesmos colhem.

Deste modo, importa referir que ao longo do estágio tive a oportunidade de adquirir, mobilizar e aprofundar conhecimentos relacionados com a monitorização hemodinâmica na PSC com Pressão Arterial (PA) Invasiva e avaliação da PIC, estando atenta aos dados, alterações e registo desses mesmos parâmetros, uma vez que segundo Capitão & Pires (2009) a interpretação errada dos valores ou incapacidade de reconhecer complicações poderá levar ao agravamento da condição da pessoa aumentando a sua morbimortalidade.

É também de salientar que ao prestar cuidados à PSC, avaliei, geri e registei as constantes alterações resultantes da monitorização invasiva e não invasiva, com o objetivo de avaliar a eficácia das intervenções implementadas.

A PA invasiva é um dos parâmetros mais utilizados nas PSC internadas em UCI, permitindo de acordo com Fontaine & Morton (2013) a avaliação do estado hemodinâmico, fornecendo de forma direta e contínua o valor de pressão arterial. Também é utilizada frequentemente para colheitas analíticas e gasimetrias.

Durante a prestação de cuidados tive sempre a preocupação de monitorizar a curva de PA, para que a mesma se mantivesse o mais fidedigna possível a fim de reproduzir com exatidão os sinais

fisiológicos transmitidos pelo sistema de monitorização de pressão à semelhança do defendido por Fontaine & Morton (2013).

A fim de minimizar os fatores de ordem técnica e mecânica, sempre que se verificou alteração da curva de PA, foi considerado o referido por Fontaine & Morton (2013) e, como tal, avaliou-se os componentes do sistema para detetar possíveis causas mecânicas e, posteriormente, verificou-se o nível da interface ar-líquido (linha média axilar), pressão da manga (300 mmHg) e “zero” do transdutor para otimizar o sistema.

Ao longo da prestação de cuidados na UCINC, a PSC com défice neurológico foi constantemente avaliada, pois à semelhança do que refere Marek et al. (2003), a pessoa com défice neurológico identificado requer uma avaliação frequente do tamanho e reatividade pupilar, Escala de Coma de Glasgow e, em alguns casos, da monitorização da PIC a fim de detetar precocemente possíveis agravamentos da situação.

Em determinadas situações de instabilidade houve também necessidade de monitorizar a PIC através da colocação de um cateter no espaço ventricular, subaracnoídeo ou extradural (Manica, 2004). Esta monitorização foi fundamental em PSC com TCE, com possibilidade de recuperação neurológica, valores de 3 a 8 na Escala de Coma de Glasgow, e com achados anormais na Tomografia Axial Computadorizada (TAC), tal como defendido pela *Brain Trauma Foundation, American Association of Neurological Surgeons (AANS), Congress of Neurological Surgeons (CNS), & AANS/CNS Joint Section on Neurotrauma and Critical Care* (2007).

De acordo com *Brain Trauma Foundation et al.*(2007), Greenberg (2012) e Jantzen (2007) são considerados valores de PIC normais ou desejáveis até 10 mmHg (aceitáveis até 20 mmHg), Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) acima de 60 mmHg e a Pressão Arterial Média (PAM) entre 70 e 110 mmHg, sendo que aumentos da PIC podem

originar diminuição da PPC, se não houver aumento concomitante do PAM (*Brain Trauma Foundation et al., 2007*).

Assim, ao longo do estágio, adquiri e mobilizei competências durante a prestação de cuidados nestas situações em particular verificando a importância de monitorizar frequentemente a eficácia da ventilação mecânica, através da realização seriada de gasimetrias e a manutenção de uma sedação profunda, tal como defendido por Garrido, Lobo, Toledo, & Troncoso (2008).

É também de referir que neste tipo de situações, durante a prestação de cuidados às PSC com risco de elevação da PIC > 20mmHg foi fundamental implementar um conjunto de medidas gerais, tais como: o controlo do ambiente (ruído e luminosidade), elevação da cabeceira a 30-45°, alinhamento da linha média da cervical, prevenção do reflexo de tosse e gestão adequada da aspiração oral e endotraqueal, manutenção da normotermia, e avaliação horária da PPC (PAM-PIC) devendo a mesma ser mantida, como já foi referido anteriormente acima dos 60 mmHg, tal como defende Greenberg (2012).

Em contexto de BO, devido à instabilidade e gravidade da situação de saúde-doença da PSC, a monitorização minimamente invasiva com cateter *Pulse Induced Contour Cardiac Output (PICCO)*, é cada vez mais preconizada, pois, de acordo com Capitão & Pires (2009) possibilita a medição contínua do débito cardíaco e disponibiliza dados objetivos que permitem determinar a pré-carga, a resistência sistémica e a contratilidade cardíaca, facilitando o diagnóstico e o tratamento

Contudo, durante o estágio, não tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas com monitorização invasiva por cateter *PICCO*. No entanto, surgiu a possibilidade de assistir a um momento de formação formal, ministrada por um elemento da equipa médica e de enfermagem, que proporcionou a aquisição de conhecimentos, partilha de experiências e levantamento e esclarecimento de dúvidas.

É também de salientar que embora a monitorização invasiva seja uma mais-valia para a deteção precoce de possíveis alterações do estado de saúde-doença, a pessoa fica exposta a um maior risco de complicações (embolia gasosa, hemorragia, lesão de tecidos, compromisso hemodinâmico e infeção).

Assim, tive presente as normas e procedimentos instituídos no CH e no serviço relacionados com a avaliação e controlo das complicações a pessoas submetidas a monitorização invasiva.

Durante o estágio também prestei cuidados a uma PSC com IRA, a realizar Hemodifiliação Venenosa Contínua (HDFVVC), desenvolvendo estratégias e criando mecanismos de suporte à aprendizagem e aquisição de competências que possibilitaram monitorizar esta situação particular de cuidados.

Fontaine & Morton (2013) consideram que este tipo de técnicas estão indicadas em pessoas com alto risco de instabilidade hemodinâmica que não toleram rápidos deslocamentos de líquidos e, como tal, durante a prestação de cuidados foi necessário monitorizar de forma sistemática os valores gasimétricos, tendo especial atenção aos valores de pH e eletrólitos, antecipando possíveis complicações (hipernatremia, alcalose metabólica, hipocalcemia e intoxicação por citrato), tal como referido por Ramos (2009).

A gestão da dor é um dos focos fundamentais da intervenção de enfermagem em contexto de UCI, sendo que a sua ineficaz gestão leva a um aumento da morbilidade e mortalidade, desencadeando graves alterações fisiológicas (nível hemodinâmico e imunitário) e psicológicas (depressão, ansiedade, desorientação e delírio), tal como defende Stites (2013).

Em contexto de UCI, na sua grande maioria as pessoas não conseguem reportar a sua dor e, como tal, várias organizações de saúde têm implementado escalas estandardizadas de avaliação da dor,

que incluem indicadores comportamentais para as pessoas sedadas, sob ventilação mecânica, incapazes de reportar a sua dor ou aqueles cuja autoavaliação da mesma não seja fidedigna (Stites, 2013).

Segundo a OE (2008) os enfermeiros são um grupo privilegiado para a avaliação e monitorização da dor. Assim sendo, na UCINC as escalas que utilizei para a avaliação e registo sistemático da dor foram a Escala Numérica e a *Behavioral Pain Scale (BPS)*, tendo em conta a situação particular da pessoa.

A avaliação criteriosa da dor possibilitou a implementação e gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo e alívio da mesma, mobilizando as boas práticas definidas pelo Programa Nacional de Controlo da Dor da Direção-Geral da Saúde (DGS) (2008) e o Guia de Orientação de Boas Práticas da OE (2008).

Durante o estágio surgiu a oportunidade de assistir a um *workshop* “Sedação e Analgesia” cujo certificado se encontra em anexo I, permitindo aprofundar conhecimentos no âmbito da avaliação e controlo da dor em situações de urgência e emergência. Neste *workshop* além da apresentação teórica da temática existiu um momento de discussão de casos clínicos, possibilitando a mobilização de capacidades de juízo e raciocínio clínico e a abordagem de questões complexas de forma sistemática, reflexiva e criativa tal como é preconizado pela ESEL (2010).

Devido à instabilidade hemodinâmica e/ou falência orgânica da PSC é primordial que o enfermeiro especialista em PSC, tenha a capacidade de **gerir protocolos terapêuticos complexos** (*Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011*).

No meu contexto atual de trabalho contacto diariamente com fármacos ansiolíticos (midazolam e diazepam), sedativos (propofol, tiopental e etomidato), relaxantes musculares (rocurónio e atracúrio), vasoativos (noradrenalina, dobutamina e dopamina) e, sendo assim,

mobilizei conhecimentos e geri de forma adequada a preparação e administração dos fármacos. No entanto, em relação a outros fármacos senti necessidade de aprofundar conhecimentos relativos ao grupo, indicação, forma de administração, interações medicamentosas e contraindicações verificando-se uma partilha constante de conhecimentos com a enfermeira supervisora.

Para atingir o objetivo: ***contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à PSC e sua família***, procurei ao longo do estágio incorporar diretrizes de melhoria contínua da qualidade, maximizar a minha intervenção junto da PSC e família e criar um ambiente seguro.

Tive a possibilidade de assistir a um seminário relacionado com a Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem (anexo II), onde foram debatidos diversos temas. Este momento formal permitiu a partilha e discussão sobre temáticas e problemas atuais da prática de enfermagem.

Ao longo da prestação de cuidados houve necessidade de desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz e executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde-doença crítica e/ou falência orgânica tendo em conta a PBE e as normas e protocolos instituídos no CH e na UCINC.

Face à experiência profissional em BO, foi possível destacar a capacidade para colaborar na preparação, implementação, monitorização e avaliação da eficácia de medidas de suporte efetuadas à PSC tais como: monitorização hemodinâmica, ventilação invasiva, neuro-monitorização, mobilizando conhecimentos que permitiram preparar a pessoa e o material para a realização de procedimentos invasivos.

Concomitantemente foram realizadas intervenções no sentido de contribuir para a redução da taxa de infeção, em que os enfermeiros

de acordo com Coffin et al. (2008) têm um papel fundamental na implementação de boas práticas.

Segundo a literatura consultada a PAV é uma das mais comuns e a principal causa de morte em UCI, sendo que Fontaine & Morton (2013) defendem que a sua incidência é 10 vezes superior em pessoas ventiladas. Indo de encontro ao mencionado, as intervenções implementadas durante a prestação de cuidados visavam a manutenção da permeabilidade da via aérea e prevenção da PAV, englobando os cuidados de enfermagem com o TET/traqueostomia e higiene oral.

A aspiração das secreções endotraqueais foi realizada utilizando a técnica asséptica cirúrgica e meios de proteção individual (máscara, touca e luvas estéreis) com uma sonda de aspiração adequada ao tamanho do TET/traqueostomia, registando posteriormente a cor, consistência, quantidade, espessura e possíveis alterações das mesmas.

Durante a primeira semana de estágio questioneei a enfermeira supervisora relativamente à colocação de soro fisiológico no TET, com posterior hiperinsuflação com ambú, pois durante a prestação de cuidados apercebi-me que alguns dos elementos da equipa realizavam este procedimento. Sendo a enfermeira supervisora um elo de ligação com a Comissão de Controlo de Infeção (CCI), e tendo em conta que a instilação de soro fisiológico, de acordo com Fontaine & Morton (2013), diminui a oxigenação e pode predispor para a infeção hospitalar, em momentos de formação informal, foi sensibilizada a equipa de enfermagem a abandonar este procedimento.

Ao longo do estágio foram sempre enfatizados os resultados de exames microbiológicos, implementando medidas adequadas de proteção de acordo com agente identificado, a fim de minimizar o risco de contaminação dos profissionais e restantes PSC.

É, ainda de salientar, que a UCINC apresenta alguns documentos que visam manter a segurança da PSC, nomeadamente a “Lista de Verificação de Início de Turno de enfermagem” (anexo III). Através da verificação e registo dos parâmetros identificados na lista o enfermeiro realiza um conjunto de procedimentos de segurança, diminuindo o risco de ocorrência de erros/complicações.

Também realizei o transporte intra-hospitalar da PSC nomeadamente em momentos de realização de TAC ou Ressonância Magnética (REM), sentindo necessidade de planear e efetivar o transporte através da mobilização das recomendações emitidas pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) e os protocolos existentes na UCINC com o intuito de manter a segurança da PSC.

A comunicação entre profissionais foi um elemento-chave para a manutenção da segurança e continuidade de cuidados de enfermagem (Boat & Spaeth, 2013) permitindo segundo Catalano (2009) a troca de informações pertinentes relativas ao processo de transferência da pessoa e família de forma oral e escrita.

Assim ao longo do estágio, participei ativamente na transferência da pessoa realizada oralmente junto da unidade da mesma num contato *face-to-face*, tal como preconizado por Aribot, Bangerter, & Mayor (2012) e de forma escrita utilizando para tal o sistema de registo informático que tem incorporada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A CIPE, de acordo com Abreu (2007) é uma ferramenta que permite representar a realidade da prática de enfermagem, de classificação de fenómenos, ações e resultados, estabelecendo uma linguagem comum entre os profissionais.

Apercebi-me, deste modo, da importância dos registos e da sua incorporação no sistema informático, permitindo uma partilha de

informação interdisciplinar, em que os registos de enfermagem (sinais vitais, balanços hídricos, alterações da situação saúde-doença) são primordiais para direcionar e planear a intervenção junto da pessoa, fornecendo conforme o referido por Jefferies, Johnson, & Nicholls (2012) evidências do apoio e eficácia dos cuidados prestados durante 24 horas.

É também de referir que, diariamente na UCINC, se realizava uma reunião de equipa interdisciplinar (médicos intensivistas, fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiro responsável, chefe de equipa de enfermagem), discutindo junto da unidade de cada pessoa a sua situação clínica.

Estes momentos de partilha permitiram a socialização, educação, coesão de grupo, apoio emocional e reflexão em equipa, tal como defendido por Scovell (2010), com o objetivo de planear possíveis intervenções interdependentes e autónomas, gerir os cuidados, otimizar as respostas da equipa de enfermagem e a sua articulação na equipa interdisciplinar, aspetos estes abrangidos nos objetivos do CMEPSC (ESEL, 2010).

Tendo em conta o tema do meu projeto, realizei um diagnóstico de situação, utilizando como ferramenta um questionário a ser aplicado aos enfermeiros da UCINC e respetivo pedido formal para a aplicação e inclusão dos dados no presente relatório que se encontram respetivamente em apêndices VIII e IX.

A aplicação do questionário constituiu-se uma mais-valia, pois permitiu o primeiro contato com projeto IDEIA implementado no CH, uma vez que verifiquei que os enfermeiros da UCINC não conheciam este projeto. Por outro lado, possibilitou compreender as representações dos enfermeiros face à importância da comunicação efetiva durante a transferência da PSC através da implementação da mnemónica IDEIA e identificação dos itens omitidos e transmitidos

pelos enfermeiros do intraoperatório durante o processo de transferência de informações e de cuidados.

Sendo o estágio um contínuo de desenvolvimento de competências e, com o intuito, de delinear o percurso a desenvolver no decorrer do estágio II, realizei também 15 observações estruturadas não participantes de momentos de transferência da pessoa do BONC para UCINC, utilizando como base de registo a grelha de observação implementada pelo CH para a auditoria da mnemónica IDEIA (anexo IV).

A análise dos dados dos questionários e das observações que se encontra em apêndice X possibilitou identificar um conjunto de pontos fortes, fracos, ameaças e estratégias com o propósito de planear antecipadamente um conjunto de atividades a desenvolver no BONC. Essas atividades poderão contribuir para a melhoria da comunicação efetiva entre os dois contextos, através da proposta de implementação do projeto IDEIA, já implementado e auditado noutros contextos do CHLC.

Relativamente ao objetivo: **desenvolver o autoconhecimento e assertividade na prática de enfermagem especializada e responsabilizar-me por ser facilitador da aprendizagem** é de referir que ao longo do percurso suportei a prática clínica na investigação e no conhecimento científico, desenvolvi autoconhecimento e assertividade e facilitei a aprendizagem em contexto de trabalho, na área específica da especialidade, tal como defendido no *Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011)*.

Devido ao meu estadio de iniciado/iniciado avançado, e com o objetivo de prestar os melhores cuidados à pessoa e família a vivenciar processos de transição saúde-doença e situacionais complexos, ao longo do percurso de estágio senti necessidade de suportar as minhas intervenções em conhecimentos teóricos sólidos, validando e planeando com a enfermeira supervisora as intervenções a

implementar, pois segundo Aitken, Duffield & Hoffman (2009) uma tomada de decisão prévia, são atividades para as quais os enfermeiros peritos têm maior facilidade na sua concretização.

Considerando que a teoria oferece o que pode ser explicado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender (Benner, 2005), a relação estabelecida com a equipa de enfermagem e os momentos de partilha e reflexão formal e informal permitiram desenvolver competências especializadas, articulando assim a evidência científica com a prestação de cuidados neste contexto específico.

Desta forma, ao longo do estágio a enfermeira supervisora apresentou, tal como defendido por Abreu (2007), uma atitude de suporte e incentivo à reflexão, proporcionou uma progressiva autonomia na tomada de decisão, proporcionou espaço e tempo para a inovação e criatividade e discutiu alternativas para a ação.

Esta supervisão permitiu que durante a prestação de cuidados desenvolvesse competências para gerir respostas de elevada adaptabilidade individual, a fim de atuar eficazmente sob pressão e proporcionar uma resposta eficiente, tal como preconizado no *Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011)*.

Uma das situações que mais me causou constrangimento, sofrimento e desconforto foi o lidar com a morte da PSC e o sofrimento dos seus familiares, uma vez que na minha prática diária de cuidados não lido frequentemente com essas situações.

Segundo Abreu (2007), a capacidade para concretizar diagnósticos clínicos e intervir adequadamente em contextos de cuidados requer reflexão. Como tal, elaborei a reflexão “A morte e o morrer em UCI: Intervenção Especializada de Enfermagem durante a transição situacional da família”, que se encontra em apêndice XI, com o intuito identificar estratégias e intervenções dirigidas à família

durante a transição situacional que, de acordo com Abreu (2011), permitissem o seu ajustamento a essa nova realidade, proporcionando desta forma aprofundar e demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadores da dignificação da morte e dos processos de luto, tal como preconizado no *Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011)*.

Por último, é de referir que também tive como objetivo ***desenvolver competências no âmbito da responsabilidade ética, profissional e legal*** e, como tal, ao longo do percurso pretendi desenvolver competências para a tomada de decisão ética numa variedade de situações de cuidados.

Do ponto de vista ético-deontológico, as temáticas dignidade humana, sigilo e confidencialidade profissional, respeito pela intimidade, limites terapêuticos e pertinência de realização de intervenções invasivas foram muitas vezes base de reflexões pessoais e com a enfermeira supervisora.

Durante o estágio, em conjunto com a enfermeira supervisora diversas vezes surgiu a questão: será que estamos a dignificar a pessoa enquanto ser humano, ou apenas a prolongar o seu sofrimento?

Este dilema acompanha a prática diária dos enfermeiros de cuidados intensivos, uma vez que segundo Alves, Menezes, & Selli (2009) o avanço da ciência e sua aplicação, por vezes, comprometem a qualidade de vida das pessoas em sofrimento, afetando a sua dignidade.

Deste modo, ao longo do estágio deparei-me com algumas situações de transição saúde-doença em que foi decidido parar com as medidas terapêuticas inúteis, minimizando o sofrimento e o desconforto de morrer.

Num primeiro momento, estas situações causaram-me sentimentos de frustração, no entanto ao refletir sobre as mesmas apercebi-me da importância do acompanhamento da PSC durante o

processo de morte, promovendo de acordo com Alves et al. (2009) conforto, alívio de sofrimento e um ambiente tranquilo e agradável.

2.2. Contexto de Estágio II – Bloco Operatório de Neurocirurgia

O BO é um serviço de grande diferenciação, com elevada exigência técnica, tanto a nível de instalações como a nível de procedimentos e dos técnicos que os executam (UONIE & ACSS, 2011), sendo que segundo o *Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do MS (2015)* é um dos ambientes de trabalho mais complexos de prestação de cuidados de saúde.

Neste contexto também foram definidos um conjunto de objetivos específicos, competências e atividades no âmbito da gestão de cuidados, melhoria da qualidade de cuidados, desenvolvimento de aprendizagens profissionais e responsabilidade profissional, ética e legal que podem ser consultados em apêndice V.

Com o objetivo de ***desenvolver competências especializadas no cuidar da PSC com afeções do foro neurocirúrgico a vivenciar processos complexos de transição saúde-doença no contexto intraoperatório***, foram delineadas um conjunto de atividades.

A fim de fomentar a integração na dinâmica orgânico-funcional e cultura organizacional do contexto de estágio foram mobilizadas informações facultadas pela enfermeira chefe e enfermeira supervisora, bem como informações consultadas nos procedimentos setoriais e multissetoriais, realizando-se uma breve contextualização do local de estágio, que se encontra em apêndice XII.

Ao longo do estágio para uma melhor compreensão da dinâmica de enfermagem no contexto intraoperatório, particularmente durante o procedimento cirúrgico, considerei pertinente observar e colaborar em alguns momentos de prestação direta de cuidados.

Embora no meu contexto atual de trabalho preste cuidados à pessoa com afeções do foro neurocirúrgico em situação de urgência e emergência, verifiquei que existem alguns procedimentos cirúrgicos que só se realizam no BONC devido à sua especificidade, nomeadamente: excisão de tumores cerebrais, clipagem de aneurismas cerebrais, excisão de neurinomas do acústico, excisão de craneofaringeomas, correção de MAV, entre outros.

Similarmente ao que se verifica na realidade da minha prática, a equipa de enfermagem na sala operatória é constituída por três elementos que exercem funções de enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista, tal como preconizado no *Regulamento 533/2014 de 2 de Dezembro da OE* (2014).

Ao longo do estágio cooperei na prestação de cuidados à pessoa submetida a intervenção neurocirúrgica, assumindo funções de enfermeira de anestesia, colaborando na preparação da sala operatória, na preparação dos fármacos anestésicos, na indução e manutenção anestésica, na realização de registos de enfermagem pertinentes e no preenchimento da *Checklist* de Segurança Cirúrgica preconizada pela OMS desde 2004 e implementada no CH.

A *Checklist* de Segurança Cirúrgica é um instrumento imprescindível na melhoria da segurança da pessoa, reduzindo a incidência de eventos adversos, com diminuição da mortalidade e morbidade, pois de acordo com Brattebo, Softeland, Storesund, & Thomassen (2014) assegura que o procedimento ou tarefa é executada como planeado, verificando que todos os preparativos importantes foram concluídos com antecedência.

Tal como no meu contexto de trabalho, as seringas dos fármacos são rotulados através de um sistema de cores específico, projeto inovador implementado no CH desde 2011. De acordo com um dos anesthesiologistas do BONC estas etiquetas acrescentam um elemento adicional à segurança, especialmente em ambientes complexos de

cuidados, com iluminação desfavorável, grande intensidade de trabalho, interação de múltiplos profissionais e multiplicidades terapêuticas.

Estas atividades permitiram desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados e manutenção do ambiente seguro da PSC no intraoperatório, produzindo um discurso pessoal fundamentado, demonstrando capacidade de assistência durante o processo de transição saúde-doença através do estabelecimento de uma relação terapêutica.

Como enfermeira de BO, há cerca de oito anos considero que durante a prestação de cuidados atingi o nível de competente/proficiente, uma vez que tive a capacidade de me aperceber da transição saúde-doença da pessoa na sua globalidade através da mobilização de conhecimentos e experiências anteriores e a sua adaptação às situações presentes, tal como referido por Benner (2005).

Contudo, devido à limitação temporal (três semanas) e, tendo em conta, que também pretendia demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com a PSC e família durante o processo de transição saúde-doença e situacional no período perioperatório, utilizei como estratégia a elaboração de um estudo de caso pertinente para o meu processo de ensino-aprendizagem, tendo por base a Teoria de Médio Alcance desenvolvida por Meleis. Esta estratégia possibilitou que enquanto enfermeira proficiente aprendesse melhor, pois coloquei à prova a minha capacidade de apreender a situação na sua globalidade, tal como salienta Benner (2005).

Tendo em conta o supramencionado a elaboração do estudo de caso possibilitou não só operacionalizar a Teoria desenvolvida por Meleis, mas também expor com clareza e argumentar os resultados do meu próprio raciocínio, demonstrar um nível aprofundado de conhecimento e desenvolvimento de juízo clínico e abordar questões

complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador indo de encontro ao preconizado pela ESEL (2010).

Considerando que este contexto de estágio tem implementada a consulta pré-operatória, tive a oportunidade de realizar a colheita de dados no período pré-operatório, acompanhar a pessoa no período intraoperatório e realizar a consulta pós-operatória.

Tal facto permitiu acompanhar a pessoa e família ao longo do processo de transição saúde-doença e situacional no período perioperatório, intervindo em conformidade com Abreu (2011), no sentido de facilitar o processo de aprendizagem de novas competências para lidar com as transições que os mesmos estão a vivenciar e dar resposta às suas necessidades.

Durante a realização do estudo de caso, consciencializei-me dos contributos que Teoria das Transições poderá trazer para a prática diária de cuidados, uma vez que segundo Abreu (2011) tem potencial para facultar aos profissionais de enfermagem um quadro de referência consistente, capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas às pessoas em transição.

Assim sendo, o acompanhamento da pessoa e família durante o período perioperatório permitiu, tal como referenciado pelo *Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011)* o estabelecimento de uma relação terapêutica e o desenvolvimento de competências de comunicação interpessoal, bem como a compreensão do processo de transição saúde-doença e situacional da pessoa e família de forma global e integrada, possibilitando uma análise da situação particular e uma intervenção de enfermagem holística e fundamentada.

É também de salientar que a consciencialização da forma como a consulta pré-operatória está estruturada e implementada nesta realidade foi extremamente importante, pois permitiu adquirir um

conjunto de informações, contributos, sugestões e mais-valias para a sua possível implementação no meu contexto atual de cuidados.

Como a enfermeira supervisora assumia funções não só de prestação de cuidados mas também de gestão, tive a possibilidade de adquirir competências nessa área, no que se refere à gestão de materiais e recursos humanos.

Relativamente à distribuição dos recursos humanos verifiquei os enfermeiros eram distribuídos nas salas cirúrgicas de acordo com os seus conhecimentos e competências, havendo a preocupação de associar enfermeiros peritos com enfermeiros iniciados/iniciados avançados e competentes. Tal aspeto, segundo a enfermeira supervisora possibilita uma troca de conhecimentos e experiências entre a equipa de enfermagem proporcionando a manutenção da segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados.

A gestão dos recursos materiais também é realizada de forma criteriosa existindo sempre a preocupação de verificar o plano operativo do dia seguinte com o intuito de planear e gerir o material de acordo com as necessidades da pessoa e da equipa cirúrgica.

Devido ao tema do meu projeto as áreas primordiais a desenvolver neste contexto de estágio foram a melhoria da qualidade e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Posto isto, defini como objetivos: ***contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à PSC e família e desenvolver conhecimento e assertividade na prática de enfermagem especializada, responsabilizando-me por ser facilitador da aprendizagem.***

Através da análise dos dados recolhidos no questionário e observações estruturadas não participantes, que se encontram como referi anteriormente em apêndice X, bem como as informações facultadas pela enfermeira chefe e enfermeira supervisora do BONC,

durante uma entrevista informal, apercebi-me que a maioria dos enfermeiros do BONC não conheciam o projeto IDEIA.

Devido à abertura e motivação demonstrada pela enfermeira chefe e enfermeira supervisora, bem como pelos enfermeiros do serviço relativamente ao tema de projeto, foram planeadas e desenvolvidas um conjunto de atividades que permitiram implementar o projeto neste contexto.

Como tal, no final da primeira semana de estágio foi planeado o primeiro momento de formação formal cujo plano de sessão, diapositivos e avaliação da sessão se encontram em apêndice XIII.

Nesse primeiro momento de formação além de facultar os aspetos chave para a compreensão do projeto, bem como a apresentação do procedimento setorial relativo ao mesmo que pode ser consultado em anexo V, apresentei também os dados das observações estruturadas não participantes (recolhidos durante o estágio em UCINC) com o intuito de consciencializar os profissionais relativamente às informações que são frequentemente transmitidas/omitidas e fomentar a discussão sobre a temática.

Por outro lado foram discutidos em equipa aspetos relacionados com a mnemónica IDEIA a fim de adaptá-la a esse contexto específico de cuidados e apresentadas as alterações efetuadas nas folhas de enfermagem do perioperatório: BONC e Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) para que os profissionais sugerissem melhorias/modificações.

Na segunda semana de estágio, após leitura dos documentos pela enfermeira chefe e enfermeira supervisora e aprovação dos mesmos em reunião formal, foi facultado aos enfermeiros do serviço um *dossier* de apoio ao projeto que continha a bibliografia que sustentava o tema, os dados das observações estruturadas não participantes, a grelha de auditoria do projeto, a proposta de alteração das folhas perioperatórias

de acordo com as sugestões dos enfermeiros (apêndice XIV) e a proposta do procedimento setorial (apêndice XV) onde está incluído o póster da IDEIA que foi afixado nos locais de transferência da pessoa (*transfer* do BONC e UCPA da neurocirurgia).

Todos estes documentos visavam contribuir para melhoria da qualidade dos cuidados prestados através da incorporação de diretrizes e conhecimentos novos, tal como previsto no *Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011)*, com o objetivo de maximizar a informação transmitida entre o contexto intraoperatório e pós-operatório a fim de manter a segurança e a continuidade de cuidados à PSC.

Por ser um projeto único a nível nacional e pelo sucesso percebido aquando da sua implementação no BONC, foi apresentado em póster e em comunicação livre nas 9^{as} Jornadas do Doente Crítico do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (certificados em anexo VI), permitindo não só a divulgação das principais conclusões de forma clara e sem ambiguidades à restante comunidade científica, mas também o desenvolvimento de competências comunicacionais indo de encontro aos Descritores de Dublin para o 2º ciclo (*Joint Quality Initiative, 2004*).

É ainda de referir que verifiquei durante a prestação de cuidados na sala operatória que os pensos colocados nos cateteres periféricos eram pensos não esterilizados e que nos cateteres centrais e linhas arteriais eram colocados pensos opacos esterilizados. Deste modo, ao questionar a enfermeira supervisora sobre tal facto a mesma referiu que vários esforços têm sido realizados no sentido de modificar esta prática, colocando pensos estéreis transparentes nos diferentes locais de inserção de cateteres.

Como tal, considerou-se que seria pertinente um segundo momento de formação formal em equipa com o objetivo de modificar essa prática, tendo por base o procedimento setorial implementado no CHLC.

Contudo, como nem todos os enfermeiros estiveram presentes no primeiro momento de formação formal, em conjunto com a enfermeira supervisora foi decidido realizar uma breve síntese do projeto IDEIA e na segunda parte da formação incidir sobre o tema “Controle de infecção nos locais de inserção de cateteres”, estando o plano de sessão, diapositivos e avaliação da sessão em apêndice XVI.

Em suma, é de salientar que os dois momentos de formação formal foram extremamente gratificantes pois consentiram tal como preconizado pelo *Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011)* gerir e interpretar a informação relacionada com a manutenção do ambiente seguro e controlo de infeção proveniente da formação contínua, da experiência profissional, da formação pós-graduada e da PBE e o desenvolvimento de competências de formador em contexto de trabalho.

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir a uma conferência “A Bioética e a Enfermagem: Estado da Arte”, sendo que nesta conferência foram discutidas as Diretivas Antecipadas de Vontade e o Testamento Vital, regulamentados na *Lei n.º 25/2012 de 16 de Julho (2012)*. Esta conferência permitiu a partilha e reflexão dos deveres presentes no Código Deontológico dos Enfermeiros, tais como: o dever de valorizar os valores humanos (artigo nº 81), o dever de informar (artigo nº 84) e o dever de respeitar a pessoa em fase terminal (artigo nº87) (Amaral, Nunes, & Gonçalves, 2005), com o objetivo de suportar a tomada de decisão em princípios, valores e normas deontológicas, tal como defendido pelo *Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011)*.

2.3. Contexto de Estágio III - Serviço de Urgência Geral Polivalente

Tendo por base o objetivo geral do estágio, em contexto de SUP também foram definidos um conjunto de objetivos específicos e atividades a desenvolver, que constam do apêndice VI.

A fim de compreender a dinâmica orgânico-funcional e cultura organizacional do SUP, foi realizada uma breve contextualização do serviço que pode ser consultada em apêndice XVII.

No que concerne aos objetivos delineados: **aprofundar, demonstrar e aplicar conhecimentos e habilidades técnico-científicas durante a prestação de cuidados de enfermagem à PSC e família no SUP e contribuir para a melhoria da segurança dos cuidados**, considere primeiramente importante compreender o circuito da pessoa desde que a mesma é admitida no serviço de urgência até à sua alta/transferência.

Como tal, no primeiro dia de estágio observei e acompanhei o enfermeiro do posto de triagem, a fim de compreender como se realiza a triagem de *Manchester*. No entanto, devido à inexperiência nesta área, a passagem por este setor possibilitou uma visão abrangente da realidade através do conhecimento das diferentes possibilidades de acompanhamento da pessoa no SUP.

De acordo com o enfermeiro do posto de triagem e corroborando com o referido na *norma nº 002/2015 de 06/03/2015* a triagem de Manchester “identifica, perante os sintomas, um critério de prioridade, não estabelecendo diagnósticos clínicos” (DGS, 2015, p. 6).

Tendo em conta o supramencionado, considero de extrema importância a existência de um enfermeiro perito no posto de triagem que seja capaz segundo Benner (2005), de identificar rapidamente os sinais e sintomas, apercebendo-se da situação como um todo, através da mobilização de situações concretas que já vivenciou e indo diretamente ao centro do problema.

Refiro isto, por ter observado uma situação particular, em que o enfermeiro da triagem ao ter apenas como sintoma “dor epigástrica inespecífica” numa pessoa de 50 anos, diabética, não seguiu o algoritmo de “**Dor Abdominal**”, mas sim o algoritmo de “**Dor Torácica**”. Após realização de um Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações verificou-se que a pessoa apresentava alterações do mesmo, sobreponível com diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com supra-desnívelamento do segmento ST, ativando-se de imediato a Via Verde (VV) Coronária.

Durante a permanência na triagem, também observei a ativação da VV Sépsis de acordo com o preconizado pela DGS (2010) e da VV AVC tendo por base o procedimento setorial implementado pelo CHLC, que permitiu que tomasse consciência da importância da ativação de algoritmos específicos que possibilitam uma atuação mais rápida e equitativa, possibilitando melhores ganhos para a saúde da população.

A fim de desenvolver competências de antecipação em situações de instabilidade e/ou risco falência orgânica, demonstrar habilidades técnico-científicas, demonstrar consciência crítica e otimizar o trabalho de equipa, tal como referenciado no *Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011)*, tornou-se fundamental prestar cuidados nos diferentes setores do SUP.

Como enfermeira de BO, que presto cuidados num ambiente controlado em que tudo é planeado e organizado de forma sistemática, no início apresentei algumas dificuldades na prestação de cuidados em balcão amarelo/laranja devido à elevada afluência de pessoas/familiares e profissionais e às limitações da estrutura física.

Como tal, durante a permanência neste setor adquiri não só competências no que respeita à organização, gestão de tempo e rentabilização de recursos, mas também demonstrei capacidade de criatividade e improviso.

Considerando que as pessoas triadas com cor amarela e laranja, implicam um atendimento prioritário, devido à gravidade da situação e uma monitorização, avaliação e intervenção diferenciada, durante a minha permanência em balcão amarelo/laranja, em determinadas situações, houve a necessidade de rapidamente transferir a pessoa para a sala de reanimação por agravamento do seu estado de saúde.

O mencionado reforça a ideia que a prestação de cuidados de saúde, especialmente em contexto de urgência situa a Enfermagem no patamar de imprevisibilidade, de incerteza e por vezes da desordem, exigindo do profissional a mobilização de um conjunto de saberes e competências próprios que lhes permite responder de modo criativo e adequado, articulando de acordo com Abreu (2011) saberes científicos, éticos e processuais.

Considerei então que a construção de um jornal de aprendizagem refletindo sobre “situações imprevisíveis de cuidados no contexto de SUP: importância da reflexão sobre a ação” permitiu não só desenvolver autoconhecimento e assertividade mas também basear a prática de cuidados em investigação e conhecimentos sólidos.

Constatei também, que a maioria das pessoas triadas com amarelo/laranja, posteriormente são encaminhadas quer para as Salas de Observação (SO), quer para internamentos de diversas especialidades do CH. Como tal, foi necessário realizar a avaliação inicial e respetiva colheita de dados junto da pessoa e família com o objetivo de planear e dar continuidade aos cuidados de enfermagem.

A identificação precoce de necessidades e problemas e a avaliação da eficácia das intervenções realizadas junto da pessoa assume uma posição crucial face ao preconizado *Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011)*. Para tal, aquando da avaliação inicial foram preenchidas um conjunto de escalas implementadas no CHLC (Quedas, Dependência, Risco de Úlcera de Pressão (UPP)), permitindo reconhecer e antever potenciais problemas, atuando no âmbito da promoção e adoção de medidas preventivas direcionadas à manutenção da segurança da pessoa.

Todos estes registos são realizados informaticamente num programa implementado no SUP (*HCIS*), acessível a todos os profissionais responsáveis pelo cuidado da pessoa, possibilitando desta forma a continuidade de cuidados e a comunicação efetiva entre a equipa interdisciplinar.

Tendo em consideração o âmbito do mestrado, foi crucial delinear objetivos e atividades com o intuito de privilegiar e adquirir não só as competências preconizadas pela ESEL (2010), mas também as competências abrangidas pelo *Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011)*.

Assim sendo, para dar resposta aos objetivos e atividades delineados, é de referir que a maior parte do estágio foi realizado nas unidades de reanimação: trauma e emergência.

Durante a permanência nestas unidades tive a possibilidade de realizar o acolhimento da PSC e família e prestar cuidados diferenciados, atuando em conjunto com a enfermeira supervisora, em diversas situações de emergência tais como: EAM, doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada, edema agudo do pulmão, crise de asma, taquidissritmia, queimaduras por eletrocussão e por fogo, AVC isquémicos e hemorrágicos, monotrauma e politrauma, entre outras.

Assim, colaborei na realização de procedimentos invasivos e apercebi-me da importância dada ao controlo e prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, verificando que neste serviço existem *Kits* específicos que contém todo o material necessário para colheitas de hemoculturas, colocações de cateteres centrais e arteriais, colocação de drenagens torácicas, entre outros. Tal aspeto permite uma intervenção mais rápida e eficaz e uma menor manipulação de material necessário.

Devido às características da própria realidade, às diversas especialidades, às dinâmicas e à complexidade das situações é de referir que senti algumas dificuldades durante todo o processo de adaptação e integração nestas unidades. No entanto, considero que as mesmas foram ultrapassadas ao longo do processo de aprendizagem, através da mobilização de algumas estratégias particularmente: a leitura dos diferentes protocolos de atuação

existentes no serviço, a pesquisa bibliográfica, a mobilização de conhecimentos adquiridos durante a atividade profissional e académica e a relação estabelecida quer com a enfermeira supervisora, quer com a restante equipa de enfermagem.

Os aspetos referenciados permitiram que ao longo do estágio demonstrasse competências técnico-científicas e consciência crítica no cuidar da PSC no SUP e desenvolvesse uma crescente autonomia e tomada de decisão baseada em conhecimentos científicos sólidos.

É ainda de salientar que durante a prestação de cuidados na unidade de reanimação e trauma mobilizei os conhecimentos adquiridos nos cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV) e *Advanced Trauma Care for Nurses (ATCM)*, permitindo realizar uma avaliação sistematizada da PSC de acordo com o *ABCDE*⁴.

Enquanto profissional, nunca tinha prestado cuidados a pessoas com ventilação não invasiva. Como tal, durante a permanência na unidade de reanimação houve a possibilidade de adquirir conhecimentos nessa área mobilizando o protocolo de *BIPAP*⁵ implementado no serviço.

Tal como no BO, durante a prestação de cuidados foi fundamental otimizar trabalho de equipa, permitindo assim a rápida estabilização da PSC e transferência para a SO ou UCI, salientando o papel central do enfermeiro enquanto articulador de todo o processo, tal como refere Garlet, Lima, Santos, & Marques (2009). No entanto, para que o trabalho de equipa funcione é muito importante a capacidade de partilha sinérgica de tarefas e, sobretudo a capacidade de cooperar para um dado fim, o que se chama de acordo com Fragata (2011), de coordenação relacional.

A maioria das situações de cuidados vivenciadas nas unidades de reanimação foram inesperadas quer para a pessoa, quer para a família. Deste modo, ao longo do estágio houve o incentivo por parte da enfermeira supervisora

⁴ **ABCDE**: *Airway* (Via aérea), *Breathing* (Respiração), *Circulation* (Circulação), *Disability* (Disfunção), *Exposure* (Exposição)

⁵ **BIPAP**: *Bilevel Positive Airway Pressure*

de estabelecer com a pessoa e família uma relação de ajuda que facilitasse o processo de transição saúde-doença e situacional.

Em suma, por tudo o que foi supramencionado, considero que embora me situe, de acordo com Benner (2005), no nível de iniciado avançado neste contexto de prestação de cuidados, mobilizei competências adquiridas da minha experiência profissional, para identificar fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas (Benner, 2005) e características pessoais de capacidade de improviso, observação, empenho e facilidade inata de interagir com outros.

Ao longo do meu percurso enquanto enfermeira no BO, verifico diariamente a dificuldade de acesso às informações de enfermagem relativas ao processo de saúde-doença da PSC devido à existência de barreiras de acesso aos registos informáticos provenientes do SUP.

Como tal defini como objetivo: **responsabilizar-me por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho** de acordo com o meu tema de projeto.

Mais uma vez apercebi-me que a maioria dos enfermeiros do SUP não conheciam o projeto IDEIA. Como tal, em conjunto com a enfermeira supervisora elaborei uma proposta de procedimento setorial, que pode ser consultado em apêndice XVIII com o objetivo de orientar os enfermeiros na transferência do pré-operatório para o intraoperatório, tendo por base a mnemónica IDEIA.

Considero que a conceção deste procedimento foi uma mais-valia para a sensibilização dos enfermeiros do SUP, verificando-se uma preocupação por parte dos mesmos em estabelecer uma comunicação efetiva nos momentos de transferência das pessoas do SUP para a minha realidade da prática (BOC).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório pretendeu espelhar o percurso desenvolvido ao longo do estágio, apresentando um caráter crítico-reflexivo do meu desenvolvimento enquanto mestranda, que advém da reflexão que constantemente realizei das atividades, das dificuldades sentidas e das novas situações de aprendizagem.

Assim, ao longo do percurso enquanto mestranda do CMEPSC tive por meta desenvolver competências especializadas no âmbito da Enfermagem em PSC tendo por base os documentos orientadores e os diversos domínios de competência: cognitiva, comunicacional, atitudinal e técnica.

Este percurso possibilitou o conhecimento de diferentes realidades de cuidados, proporcionando o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências para prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e família a vivenciar processos de transição complexos no período perioperatório.

Por outro lado, permitiu que saísse da minha zona de conforto (BO) e que me consciencializasse das minhas dificuldades e das necessidades de formação enquanto mestranda e futura especialista em Enfermagem PSC.

Embora considere que ao longo do percurso de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da PSC e família, atingisse apenas um nível iniciado-avançado na prestação de cuidados em contexto de UCI e Urgência e um nível de competente/proficiente em contexto de BO (Benner, 2005), todos estes contextos proporcionaram momentos únicos de reflexão e aprendizagens, possibilitando o meu crescimento pessoal e profissional.

Atualmente considero que sou um profissional mais rico, realizado, com conhecimentos sólidos no âmbito do projeto

desenvolvido, mantendo de forma efetiva a comunicação, a segurança e a continuidade dos cuidados à PSC e família.

Assim sendo, pretendo manter uma estreita ligação e articulação com o BONC, acompanhando e monitorizando o processo em conjunto com a enfermeira supervisora e restante equipa de enfermagem.

Continuar a desenvolver a área de projeto no CHLC, especialmente no meu contexto de trabalho, integrando o grupo de trabalho responsável pela modificação e melhoria das folhas intraoperatórias (BOC e UCPA), mobilizando os conhecimentos adquiridos durante o percurso de estágio no contexto do BONC.

Divulgar à comunidade científica o projeto implementado no CHLC através da participação em jornadas, congressos, conferências e *workshops*, evidenciando a importância de comunicação efetiva no processo de transferência de informação e de cuidados da pessoa ao longo do período perioperatório.

Em suma, considero que todo o percurso desenvolvido não foi estático, rígido e acabado, mas sim dinâmico, flexível, evolutivo, passível de reformulação e reavaliação. É então perspetivado como o presente de um futuro em construção estando ciente que o investimento constante no processo formativo e a procura de novos desafios permitirá atingir um Cuidar em Enfermagem cada vez mais especializado e diferenciado.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, J., Almoosa, K., Kannampallil, T., Patel, B., & Patel, V. (2014). Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: Implications for patient safety. *Journal of Critical Care*, 29(2), 1–7.
- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: Das culturas locais às estratégias identitárias os enfermeiros*. (Formasau e Educa, Ed.). Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Aitken, L., Duffield, C., & Hoffman, K. (2009). A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1335–1344.
- Aitken, L., & Richmond, T. (2011). A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2741–2753.
- Alvarado, K., Boblin, S., Christoffersen, E., Forsyth, S., Fram, N., Lee, R., ... Poole, N. (2006). Transfer of accountability: transforming shift handover to enhance patient safety. *Healthcare Quarterly*, 9(Special Issue), 75–79.
- Alves, J., Menezes, M., & Selli, L. (2009). Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4), 1–6.
- Amaral, M., Nunes, L., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.
- Amato-Vealey, E., Barba, M., & Vealey, R. (2008). Hand-off communication: a requisite for perioperative patient safety. *AORN Journal*, 88(5), 763–774.
- Anderson, D., Arias, M., Burstin, H., Calfee, D., Classen, D., Coffin, S., ... Yokoe, D. (2008). Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 29(1), 31–40.
- Andrade, G., Gomes, A., Grilo, A., Guimarães, T., & Santos, M. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente : problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temat*(10), 47–57.

- Anumandla, P., Conradt, K., & Kirchhoff, K. (2003). ICU nurses' preparation of families for death of patients following withdrawal of ventilator support. *Applied Nursing Research*, 16(2), 85–92.
- Arenas, A., Fastovets, G., Patil, V., & Tabaac, B. (2014). Undivided attention improves postoperative anesthesia handover recall. *Advances in Medical Education and Practice*, 5, 215–220.
- Aribot, M., Bangerter, A., & Mayor, E. (2012). Task uncertainty and communication during nursing shift handovers. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 1956–1966.
- Athanasakis, E. (2013). Synthesizing knowledge about nursing shift handovers: overview and reflections from evidence-based literature. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 300–313.
- Azevedo, S., & Manuel, P. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. *Revista de Enfermagem de Referência*, III(7), 113–122.
- Baker, G., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Flintoft, V., ... Tamblyn, R. (2004). The canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678–1686.
- Barata, F., Coelho, M., Henriques, E., Martins, M., Santos, F., Santos, I., ... Veiga, B. (2011). *Manual de normas de enfermagem: Procedimentos técnicos* (2ª ed.). Lisboa: Administração Central de Sistemas de Saúde e Ministério da Saúde.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2ª ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Boat, A., & Spaeth, J. (2013). Handoff checklists improve the reliability of patient handoffs in the operating room and postanesthesia care unit. *Paediatric Anaesthesia*, 23(7), 647–654.
- Booker, S., Jablonski, R., Kitko, L., & Murff, S. (2013). Mouth care to reduce ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Nursing*, 113(10), 24–30.
- Brain Trauma Foundation, American Association of Neurological Surgeons (AANS), Congress of Neurological Surgeons (CNS), & AANS/CNS Joint Section on Neurotrauma and Critical Care (2007). *Guidelines for the*

- management of severe traumatic brain injury*. (Brain Trauma Foundation, Ed.) (3^a ed.). New York: Mary Ann Liebert, Inc.
- Bramwell, M., Hudson, J., McKinley, S., Nagy, S., & Stein-Parbury, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36.
- Brattebo, G., Softeland, E., Storesund, A., & Thomassen, O. (2014). The effects of safety checklists in medicine: A systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(1), 5–18.
- Burns, S., & Chulay, M. (2012). *Fundamentos de enfermagem em cuidados críticos da AACN*. (AACN, Ed.) (2^a ed.). Porto alegre: Artmed.
- Cabral, D. (2004). *Cuidados especializados em enfermagem perioperatória: Contributos para a sua implementação*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Capitão, E., & Pires, J. (2009). Como eu, enfermeiro, faço monitorização hemodinâmica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 16(3), 51–55.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- Catalano, K. (2009). Hand-off communication does affect patient safety. *Plastic Surgical Nursing*, 29(4), 266–270.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237–257). Boulder: Aspen Publications.
- Clarke, D., Gerard, J., Jackson, B., Probizanski, S., Schoffner, A., Steeves, B., ... Werestiuk, K. (2012). Achieving the “perfect handoff” in patient transfers: building teamwork and trust. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 592–598.
- College and Association of Registered Nurses of Alberta (2008). *Registered nurse roles that facilitate continuity of care*. Edmonton: College and Association of Registered Nurses of Alberta.
- Committee on Quality of Health Care in America, & Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. (L. Kohn, J. Corrigan, & M. Donaldson, Eds.). Washington: National Academies Press.
- Costa, A., Costa, N., & Serrano, M. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem de Referência, III Série*(3), 15–23.

- Costa, K., Pacífico, A., Parente, A., Soares, E., & Sousa, D. (2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(1), 41–47.
- Criscitelli, T. (2013). Safe patient hand-off strategies. *AORN Journal*, 97(5), 582–586.
- Cunningham, J., Leitzsch, J., & Riesenber, B. (2010). Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24–34.
- Daugherty, K., Derieg, M., Dingley, C., & Persing, R. (2008). Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. In *advances in patient safety: new directions and alternative approaches* (Vol. III: Performance and Tools) Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al. (Eds), Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Davis, C., Henry, D., Landon, D., & Lockhart, L. (2014). Let 's talk about safety! *Nursing Made Incredibly Easy!*, 12(2), 36–43.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). , Pub. L. No. Diário da República I Série-A, N.º 205 (04-09-1996) 2959-2962.
- Deodato, S., Martinez, A., Nunes, L., Saiote, E., & Severino, R. (2010). Nursing activities score; índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*, 16, 3–13.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. , Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 28 (10-02-2015) 3882 (2)-3882 (10).
- Direção-Geral da Saúde (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor* (No. 11/DSCS/DPCD). Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Circular normativa Nº: 01/DQS/DQCO de 06/01/2010: Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis (VVS)*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Lisboa.

- Direção-Geral da Saúde (2014). *Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Norma nº 002/2015 de 06/03/2015: Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa.
- Doran, D. (2011). *Nursing outcomes: the state of the science* (2ª ed.). EUA: Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Ebright, P., Flanagan, M., & Welsh, C. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58(3), 148–154.
- ESEL (2010). Objectivos e competências do CMEPSC [em linha]. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) web site*. Retrieved from Acedido a Março 10, 2014, em <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Espinosa, L., Haile, B., Symes, L., Walsh, T., & Young, A. (2010). ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing*, 33(3), 273–281.
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. (2010). Metodologia de projecto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38.
- Fontaine, D., & Morton, P. (2013). *Critical care nursing: A holistic approach* (10ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Foster, S., & Manser, T. (2011). Effective handover communication : an overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181–191.
- Fragata, J. (2011). Erros e acidentes no bloco operatório : revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temat*(10), 17–26.
- Gage, W. (2013). Evaluating handover practice in an acute NHS trust. *Nursing Standard*, 27(48), 43–50.
- Garlet, E., Lima, M., Marques, G., & Santos, J. (2009). Finalidade do trabalho em urgências e emergências: Concepções de profissionais. *Revista Latino-Americano Enfermagem*, 17(4), 1–7.
- Garrido, C., Lobo, S., Toledo, C., & Troncoso, E. (2008). Efeitos da fisioterapia respiratória na pressão intracraniana e pressão de perfusão cerebral no traumatismo cranioencefálico grave. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 339–343.
- Gopinath, S., Rangel-Castillo, L., & Robertson, C. (2008). Management of intracranial hypertension. *Neurol Clin.*, 26(2), 521–541.

- Greenberg, M. (2012). *Manual de neurocirurgia*. São Paulo: Artmed.
- Halm, M. (2013). Nursing handoffs: ensuring safe passage for patients. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 158–162.
- Hannaford, N., Runciman, W., Schultz, T., & Thomas, M. (2013). Failures in transition: learning from incidents relating to clinical handover in acute care. *Journal for Healthcare Quality*, 35(3), 49–56.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem - Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. (M.M. Martins Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original Francês: *La Qualité du soin infirmier - Penser et agir dans une perspective soignante*, 1998, Masson).
- Im, E., Meleis, A., Messias, D., Sawyer, L., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Institute for Healthcare Improvement (2011). Improving transitions in hospital care. Retrieved June 12, 2014, from <http://www.ihl.org/education/WebTraining/Expeditions/Transitions/Pages/default.aspx>
- Jantzen, J. (2007). Prevention and treatment of intracranial hypertension. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 21(4), 517–538.
- Jefferies, D., Johnson, M., & Nicholls, D. (2012). Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemporary Nurse*, 42(1), 129–138.
- Johnson, M., Jefferies, D., & Nicholls, D. (2012). Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *International Journal of Nursing Practice*, 18(5), 462–470.
- Joint Quality Initiative (2004). *Shared “Dublin” descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. Dublin.
- Kranke, P., Murat, I., O’Sullivan, G., Smith, A., Smith, I., Søreide, E., ... Veld, B. in’t. (2011). Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the european society of anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology*, 28(8), 556–569.
- Lei n.º 25/2012 de 16 de Junho (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). , Pub. L. No. Diário da República I série, N.º 136 (16-06-2012) 3728-3730.
- Manica, J. (2004). *Anestesiologia: princípios e técnicas*. Porto Alegre: Artmed.

- Manuel, P., & Azevedo, S. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem de Referência*, III(7), 113–122.
- Marcelino, P. (2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto - Abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência.
- Marek, J., Phillips, W., & Sands, J. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática Clínica*. (H. Azevedo, Ed.) (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Marini, J. (2013). Mechanical ventilation: past lessons and the near future. *Critical Care*, 17(Suppl 1), 1–10.
- McMillen, R. (2008). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(4), 251–259.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., & Schumacher, K. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259.
- Morgado, M. (2012). *A vivência dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Morgan, J. (2008). End-of-life care in UK critical care units - a literature review. *Nursing Critical Care*, 13(3), 152–161.
- Organização Mundial de Saúde (2009). *WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives*. Geneva: WHO Press.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de desenvolvimento profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa.
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações 2008*. (Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Ed.). DPI Cromotipo.

- Patterson, E., & Wears, R. (2010). Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety Continuity*, 36(2), 52–61.
- Peralta, T. (2012). *Segurança do doente – perspectiva dos profissionais de um hospital da região centro*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Perry, A., Potter, P., & Stockert, P. (2012). *Fundamentals of nursing* (8^a ed.). Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Ramos, A. (2009). Anticoagulação com citrato nas técnicas de substituição renal contínuas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16(2), 39–44.
- Regulamento 533/2014 de 2 de Dezembro da Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Pub. L. No. Diário da República II Série, N^o 233 (02-12-2014) 30247-30254.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Diário da República II Série, N^o 35 (18-02-2011) 8648-8653.
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8656-8657.
- Rothrock, J. (2014). *Alexander's care of the patient in surgery* (15^a ed.). Missouri: Mosby Elsevier.
- Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro - Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.
- Scovell, S. (2010). Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standard*, 24(20), 35–39.
- Shewchuk, M. (2014). Standardization: perioperative point of care best practice. *ORNAC Journal*, 30–33.
- Silva, A. (2007). “Enfermagem avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11–19.
- Sprang, S. (2010). Making the case using case studies for staff development. *Journal for Nurses in Staff Development*, 26(2), 6–10.
- Stites, M. (2013). Observational pain scales in critically ill adults. *Critical Care Nurse*, 33(3), 68–78.

The Victorian Quality Council Safety and Quality in Health (2010). *Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care*. Melbourne: Hospital and Health Service Performance Division, Victorian Government Department of Health.

UONIE, & ACSS (2011). *Recomendações Técnicas para Bloco Operatório*. (UONIE & ACSS, Eds.). Lisboa: Ministério da Saúde.

Wasserman, M. (2014). Effective hand overs integral to high quality patient care. *AORN Connections*, 100(4), 7–8.

Wright, S. (2013). Examining transfer of care processes in nurse anesthesia practice: introducing the patient protocol. *AANA Journal*, 81(3), 225–232.

Yin, R. (2013). *Case study research: Design and methods* (5^a ed.). United States of America: SAGE Publications.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA DE PESQUISA
DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS PARA A REVISÃO DA
LITERATURA**

Para fundamentar e sustentar o tema que serviu de linha orientadora para o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem em PSC na área de projeto, foi realizada uma revisão da literatura que teve por base livros e documentos nacionais e internacionais emitidos por diversas instituições e entidades, tais como: OMS, MS, OE, Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) e *Association of periOperative Registered Nurses (AORN)*.

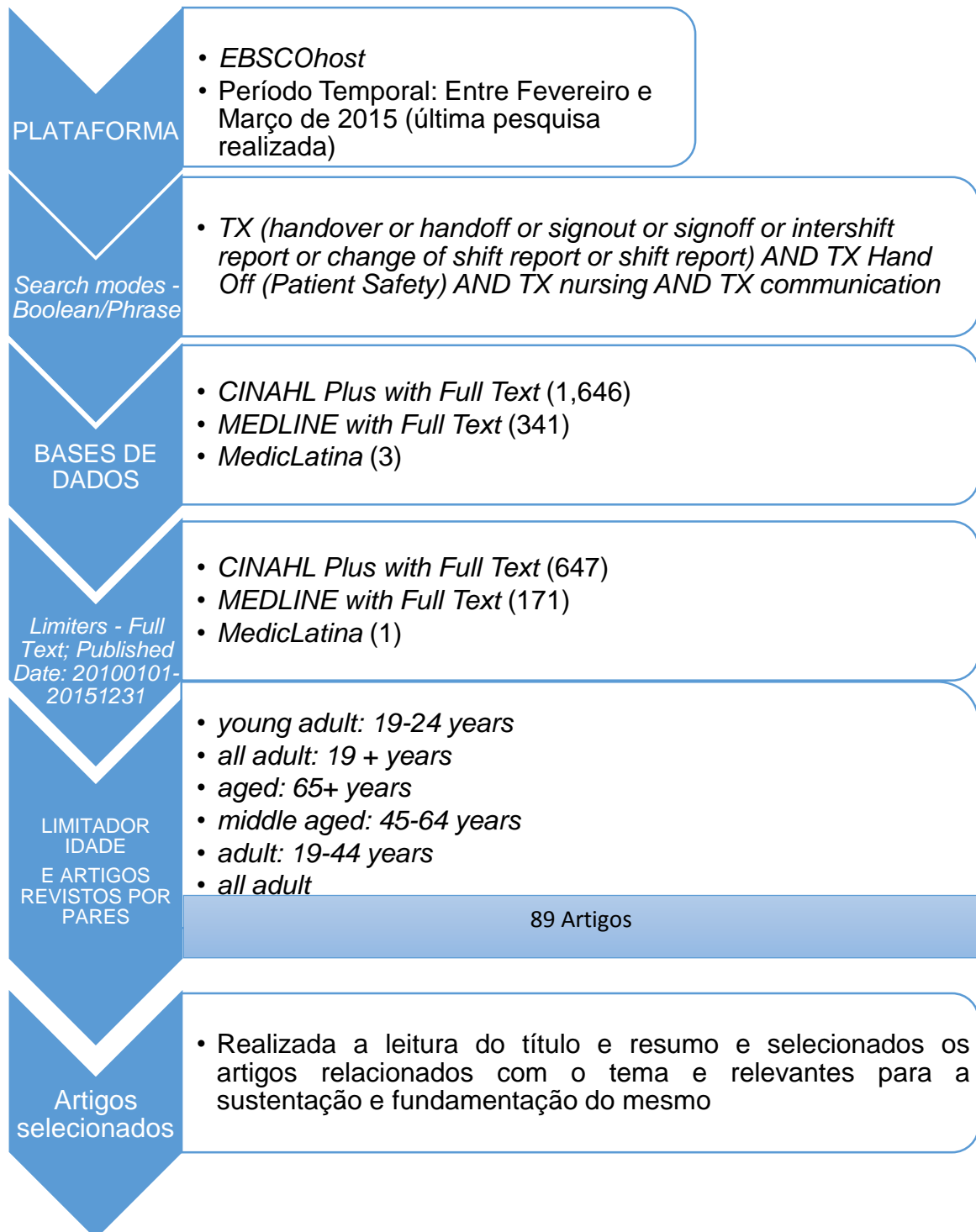
No entanto, tornou-se também fundamental a pesquisa de artigos científicos, com o intuito não só de demonstrar a relevância do tema para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e promoção da continuidade e segurança da PSC, mas também identificar projetos e investigações que suportassem as atividades, intervenções e competências especializadas desenvolvidas durante o percurso de estágio.

Assim, primeiramente, realizou-se uma pesquisa livre através da plataforma **EBSCOhost**, utilizando as bases de dados *CINAHL Plus with Full Text*, *MEDLINE with Full Text* e *MedicLatina* para verificar a existência de artigos e validar a temática, através de termos de pesquisa de linguagem natural: *Safety Care*, *Transitional Care*, *Continuity of Care*, *Nursing Protocols*, *Critical Care Nursing*, *Acute Care*, *Surgical Units*, *Checklists*.

Através do diagrama seguinte poderá observar-se a metodologia de pesquisa, utilizando para tal uma frase booleana e delimitadores específicos. Foram então incluídos na pesquisa os artigos que foram submetidos a revisão de pares, que se encontravam em texto integral, com data superior a 2010 e, população com idade superior a 19 anos.

Após a pesquisa verifiquei que existia um número elevado de artigos, e como tal foram lidos os títulos e resumos dos mesmos, permitindo assim realizar uma primeira triagem e eliminar os artigos que não estavam relacionados com tema, sendo que os artigos

relevantes foram analisados na totalidade, selecionando-se os que se relacionavam com o tema e justificavam o mesmo.



**APÊNDICE II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À ENFERMEIRA
DIRETORA PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS A
ELEMENTOS-CHAVE, ACESSO A DADOS ESTATÍSTICOS DO
HSJ E UTILIZAÇÃO DESSES DADOS NO PROJETO E
RELATÓRIO**

O presente pedido
está autorizado

Ana Soares
2014/07/10

ANA SOARES
Enfermeira Directora

Exma. Sra. Enfermeira Directora Ana Soares

Data: 10 de Julho de 2014

Assunto:

-Pedido de autorização para a realização de entrevistas a elementos chave (Enf.^a Mercedes Bilbao, Enf.^a Fátima Barata)

-Pedido de autorização para a inclusão dos dados estatísticos do Hospital de S. José referentes ao circuito da PSC durante o período perioperatório (ano de 2013) no projeto e relatório de estágio.

- Pedido de autorização para a utilização de dados do Gabinete de Gestão do Risco relativos aos eventos adversos relacionados com a comunicação.

Eu, Filomena Teresa Adrião Bento, Enfermeira do CHLC a exercer funções no BOC1 do HSJ com o nº mecanográfico 40777 e a frequentar o Curso de Mestrado de Pessoa em Situação Crítica (PSC), venho por este meio facultar as vossa excelência o pedido de autorização para a realização de entrevistas a elementos-chave, bem como a inclusão de alguns dados estatísticos que servirão de base para a fundamentação do meu projeto de estágio, que será entregue a 25 de Julho de 2014, com o intuito de adquirir competências de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem em PSC.

Tendo em conta o meu atual contexto de trabalho, é de extrema importância desenvolver competências especializadas no cuidar da PSC com alterações do foro cirúrgico e sua família promovendo a sua segurança e a continuidade de cuidados. Como tal, o tema do meu projeto está relacionado com a "Promoção da segurança da PSC durante o período perioperatório".

Como enfermeira do CHLC, tenho consciência que o HSJ é um hospital de referência na prestação de cuidados diferenciados à PSC nas diferentes áreas de especialidade, apercebendo-me diariamente da importância de promover a sua segurança e a comunicação efetiva entre profissionais de saúde durante todo o período perioperatório, permitindo assim a continuidade de cuidados e a redução de incidentes críticos.

Indo de encontro ao referido, como objetivo geral do estágio pretendo:

-Desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à PSC e sua família durante o período perioperatório, promovendo a sua segurança e continuidade de cuidados através da comunicação efetiva.

E como objetivos específicos:

-Desenvolver competências técnico-científicas, relacionais, comunicacionais e éticas na prestação de cuidados à PSC nos diferentes contextos de estágio (urgência, BO e UCI) promovendo a sua segurança e continuidade de cuidados.

-Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC e sua família em situação de vulnerabilidade decorrentes da transição saúde/doença nomeadamente ao nível da comunicação interpessoal;

-Desenvolver competências comunicacionais durante a transferência de informação da PSC especialmente nos momentos de passagem de turno e transferência entre diferentes serviços;

Assim, para fundamentar o tema do meu projeto, bem como os meus contextos de estágio considero fundamental, além das entrevistas a elementos-chave, incluir no meu projeto alguns dados estatísticos referentes ao período perioperatório no ano de 2013, nomeadamente:

-Número de pessoas admitidas na urgência, com as respetivas cores da Triagem de Manchéster (amarelo, laranja, vermelho), para justificar como são realizadas as prioridades de acordo com a gravidade da situação;

-PSC admitidas na urgência que têm registo de cirurgia no BOC 1.

-PSC com pós-operatório em UCI (Nível II e III), especificando a UCI.

-Diagnóstico de entrada no BOC e intervenção cirúrgica a que a pessoa foi submetida, permitindo justificar as casuísticas mais frequentes e direcionar o desenvolvimento de competências e adequação de intervenções de enfermagem face à PSC.

Peço então autorização a vossa excelência para ter acesso a esta informação, mobilizando esses dados estatísticos no projeto de estágio e relatório de estágio, que posteriormente vai ser alvo de defesa pública demonstrando que o CHLC é um centro de referência onde se prestam cuidados diferenciados, com profissionais especializados e qualificados, que dão resposta de forma eficaz e eficiente às necessidades das pessoas em situação crítica e sua família durante o período perioperatório, promovendo a sua segurança e continuidade de cuidados através da comunicação efetiva.

Saliento a utilização dos dados estatísticos facultados é única e exclusivamente para serem utilizados neste trabalho, responsabilizando-me pela adequada análise e apresentação de conclusões e respeitando a sua confidencialidade. Desta forma formalizo o pedido, com os melhores cumprimentos:

Filomena Teresa Adreiaçã Bento

Autorização

Eu, Ane Maria da Costa Soares.....

autorizo que a Enfermeira Filomena Bento utilize e mobilize os conteúdos das entrevistas e os dados estatísticos facultados no âmbito do seu projeto e relatório de estágio.

Data 2014.107.110.....

Ane Soares

(Assinatura)

ANIA SOARES
Enfermeira Directora

CENTRO HOSPITALAR
DE LISBOA
Secretariado CA
N.º 5506
Entrada 10.07.2014
Saída 10.07.2014

**APÊNDICE III – PLANEAMENTO DO PERCURSO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

A fase de planeamento do projeto assumiu-se como fundamental para delinear o percurso de estágio e atingir as competências preconizadas para o CMEPSC, tendo sido fundamental à semelhança do referido por Ferrito, Nunes, & Ruivo (2010) a definição de objetivos de formação, o planeamento das atividades a desenvolver nos diferentes contextos da prática de cuidados, a identificação dos recursos, a mobilização e a previsão dos resultados que se pretendia atingir.

Para uma melhor compreensão do percurso desenvolvido ao longo da elaboração do projeto e no decorrer do estágio do 3º semestre, foi elaborado um cronograma, que não só se constituiu como um instrumento fundamental de planeamento, mas também permitiu dar visibilidade às atividades desenvolvidas nos diferentes contextos da prática de cuidados.

Tal como se pode verificar no cronograma o estágio decorreu durante 17 semanas, com início em Outubro de 2014 e término em Fevereiro de 2015, em regime de 25 horas semanais, num total 750 horas que foram distribuídas da seguinte forma: 25 horas de orientação tutorial, 225 horas de trabalho autónomo e 500 horas de contacto direto na prestação de cuidados à PSC e sua família.

| ATIVIDADES | INÍCIO | FIM | 5/2014 | | | | | 6/2014 | | | | | 7/2014 | | | | | 8/2014 | 9/2014 | | | | | 10/2014 | | | | | 11/2014 | | | | | 12/2014 | | | | | 1/2015 | | | | | 2/2015 | | | | | 3/2015 | | | | | 4/2015 | | | | | 5/2015 | | | | | |
|---|----------|----------|--------|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|--------|--------|---|---|---|----|---------|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|---------|---|---|---|----|--------|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 6 | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 | 1 | 2 | 2 | | 1 | 7 | 1 | 2 | 28 | 1 | 5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 9 | 1 | 2 | 3 | 3 | 7 | 1 | 2 | 1 | 28 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 8 | 1 | 2 | 2 | 1 | 8 | 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 |
| | | | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 2 | 9 | 6 | 0 | 5 | 2 | 1 | 2 | 3 | | 6 | 3 | 0 | 7 | 30 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 8 | 5 | 2 | 2 | 6 | 3 | 0 | 7 | 31 | 3 | 0 | 1 | 1 | 2 | 7 | 4 | 1 | 2 | 2 | 7 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 9 | 6 | 3 | 1 | |
| Orientação tutorial | 10/3/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração, entrega e apresentação do pré-projecto | 10/3/14 | 13/5/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pesquisa de evidência científica | 10/3/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Idas a campo para escolha dos contextos da prática | 23/6/14 | 1/6/14 | | | | | | 50 Horas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração e entrega do projeto | 10/3/14 | 25/7/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estágio do 3º semestre e atividades desenvolvidas | 5/10/14 | 11/2/15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Módulo I – Estágio na UCINC | 6/10/14 | 28/11/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 1: Participar na ação de formação de monitorização hemodinâmica com cateter PICCO | 22/10/14 | 22/10/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 2: Participar na ação de formação: Sedação e Analgesia em emergência | 19/10/14 | 19/10/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 3: Participar no Seminário Qualidade e segurança dos Cuidados de Enfermagem | 27/11/14 | 27/11/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Módulo II – Estágio no BONC | 2/12/14 | 18/12/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 3: Realizar 1ª ação de formação no BONC | 5/12/14 | 5/12/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 4: Participar no Workshop a Bioética e a Enfermagem: o estado da arte | 11/12/14 | 11/12/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Módulo III – Estágio no Serviço de Urgência Polivalente | 5/1/15 | 11/2/15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 5: Realizar 2ª Ação de Formação no BONC | 14/1/15 | 14/1/15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 6: Participar nas 9ªs Jornadas do Doente Crítico CHLN | 22/1/15 | 23/1/15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 6: Elaboração e apresentação de um Póster nas 9ªs Jornadas do Doente Crítico CHLN (15 min.) | 22/1/15 | 22/1/15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 7: Elaboração e apresentação de uma Comunicação Livre nas 9ªs Jornadas do Doente Crítico CHLN (15 min.) | 22/1/15 | 22/1/15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração e entrega do relatório de estágio | 6/10/14 | 6/5/15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FÉRIAS CURRICULARES

FÉRIAS DE NATAL

500

8 SEMANAS

1 H

2 H

1 H

3 SEMANAS

1 H

3 H

Horas

6 SEMANAS

1 H
30

16 H

Tendo em conta que “os profissionais são os atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências” (Costa et al., 2011, p. 16), a escolha da instituição e dos contextos de estágio realizou-se de forma intencional.

Após um trabalho de campo prévio, que decorreu no 2º semestre aquando da elaboração do projeto e, tendo em conta o tema, foi privilegiada a realização da totalidade do estágio numa Instituição Pública integrada num CH da Área Metropolitana de Lisboa.

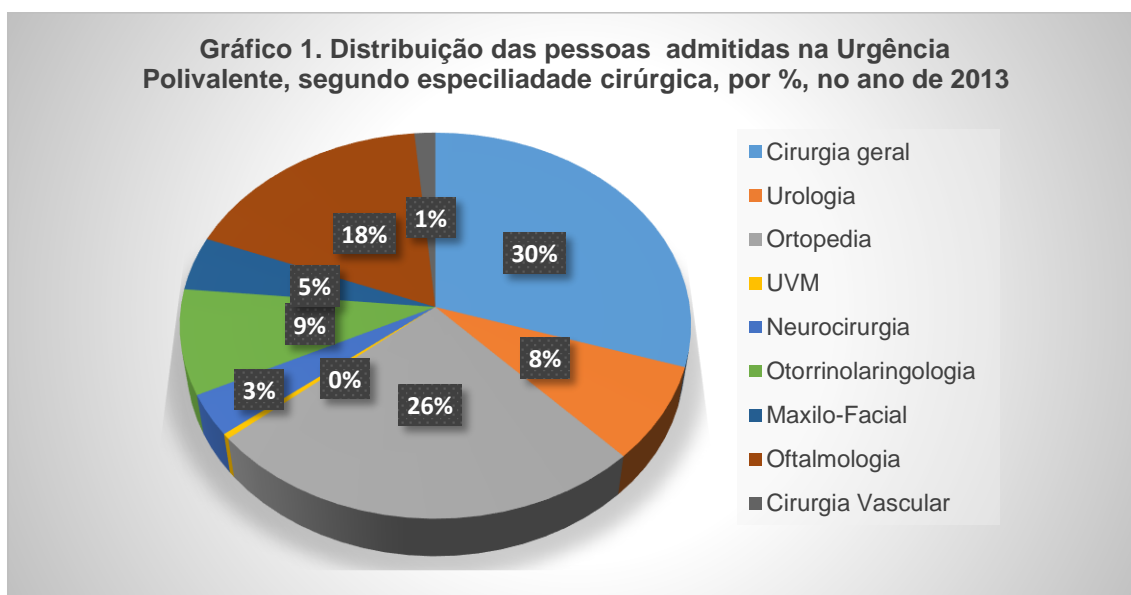
Considero que esta opção possibilitou uma melhor compreensão das normas, procedimentos sectoriais/multissectoriais, organização e métodos de trabalho adotados por essa mesma instituição, permitindo desta forma adquirir um corpo de conhecimentos sustentados e integrativos dos processos de transição da PSC e família no período perioperatório e desenvolver competências especializadas no Cuidar em Enfermagem em PSC mantendo a sua segurança e continuidade dos cuidados.

Para sustentar essa mesma escolha, foram realizadas duas entrevistas a elementos-chave, peritos na área da Segurança da Pessoa e Gestão do Risco que exercem funções na Instituição e, analisados dados estatísticos referentes às admissões da PSC na urgência polivalente, bem como o percurso da mesma no período perioperatório, referentes ao ano de 2013.

Com base na informação recolhida e após a análise e reflexão da mesma verificou-se que, naquele momento, a Instituição nomeada era a única a nível nacional que tinha implementado, no âmbito da melhoria da qualidade, um projeto relacionado com a comunicação efetiva nos momentos de transferência de informação e de cuidados, tendo elaborado uma *checklist* de transferência pós-operatória que designou como: **IDEIA**.

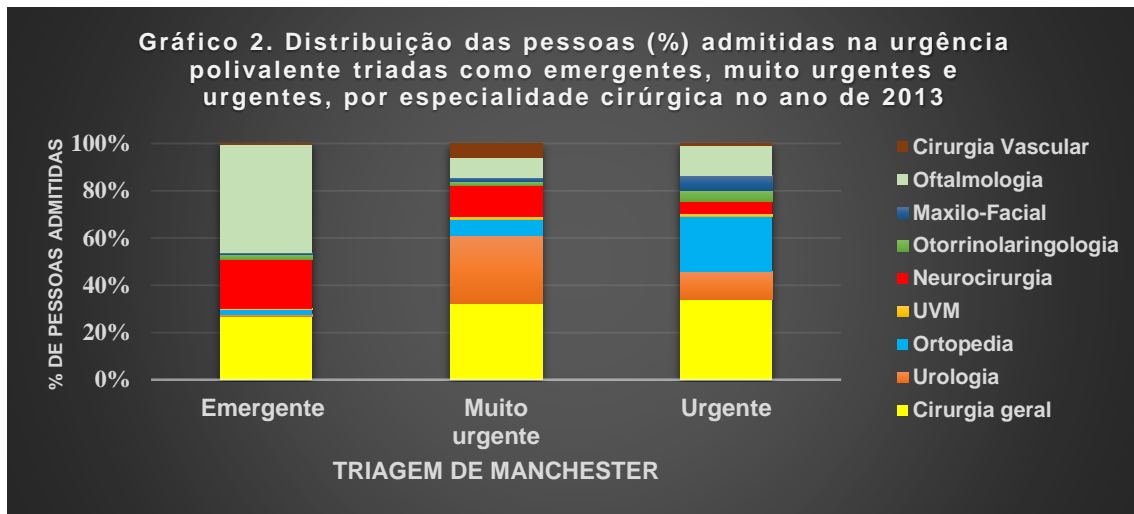
Após a escolha da Instituição tornou-se fundamental selecionar os contextos de estágio. Indo de encontro ao referido por Carvalho (2003) e Rua (2011) os contextos podem ser encarados como espaços de socialização que são importantes para a apropriação de saberes e desenvolvimento de competências, quer pelos contatos que proporcionam com a realidade, quer por permitirem crítica reflexiva. De forma a sustentar os contextos de estágio considerou-se ser uma mais valia mobilizar também a informação recolhida das entrevistas e dos dados estatísticos.

Assim, após a análise desses dados constatou-se que a Instituição eleita para a realização do estágio, pode ser considerada um centro de referência na prestação de cuidados à pessoa e família nas diferentes áreas de especialidade, uma vez que no ano de 2013 admitiu na urgência polivalente cerca de 157685 pessoas, das quais quase metade foram assistidas por uma especialidade cirúrgica, destacando-se entre as mais comuns a cirurgia geral, a ortopedia e a oftalmologia (Gráfico 1).



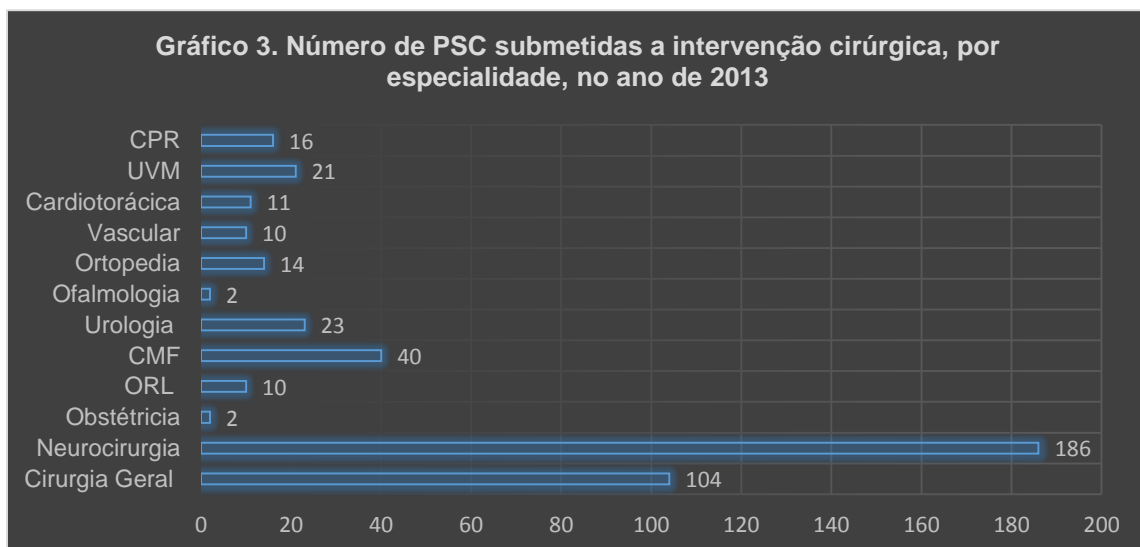
Também se verificou que os problemas identificados com mais frequência na pessoa, triada como emergente, requerem a intervenção

das especialidades de oftalmologia, cirurgia geral ou neurocirurgia (Gráfico 2).

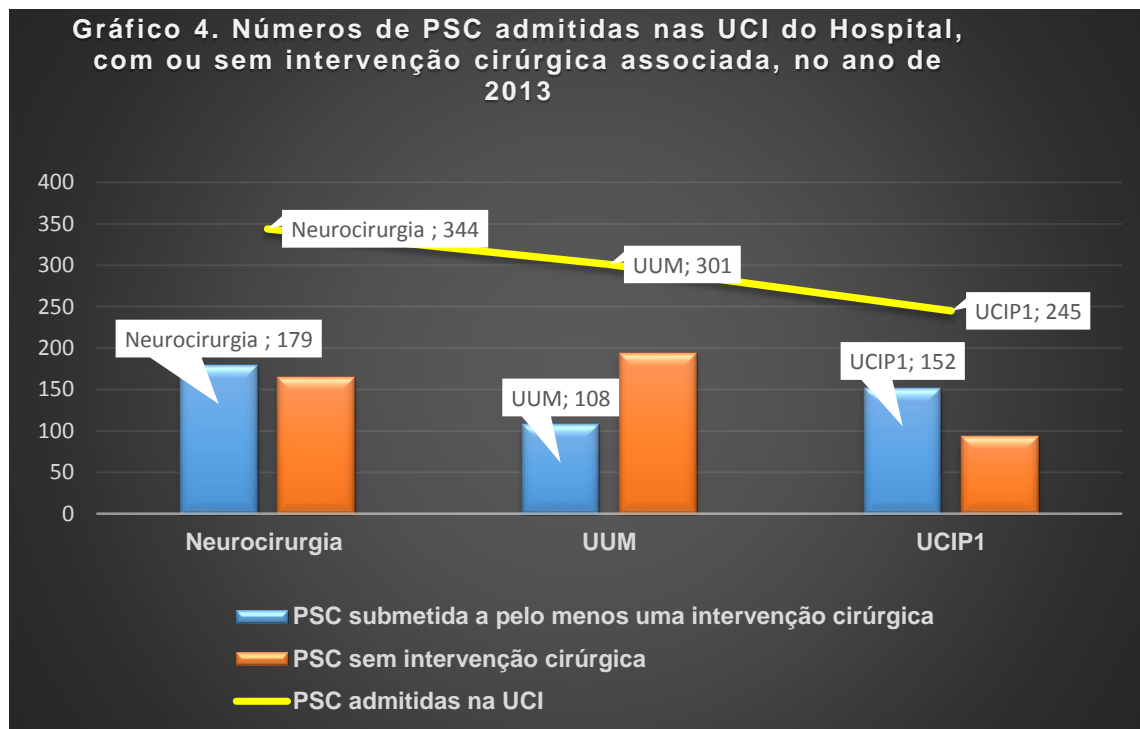


Posteriormente, após ter definido a Instituição, senti necessidade de compreender qual o percurso mais comumente efetuado pela PSC no período perioperatório.

Através da análise do Gráfico 3 verificou-se que das PSC admitidas na urgência, cerca de 186 pessoas foram intervencionadas pela especialidade de neurocirurgia.

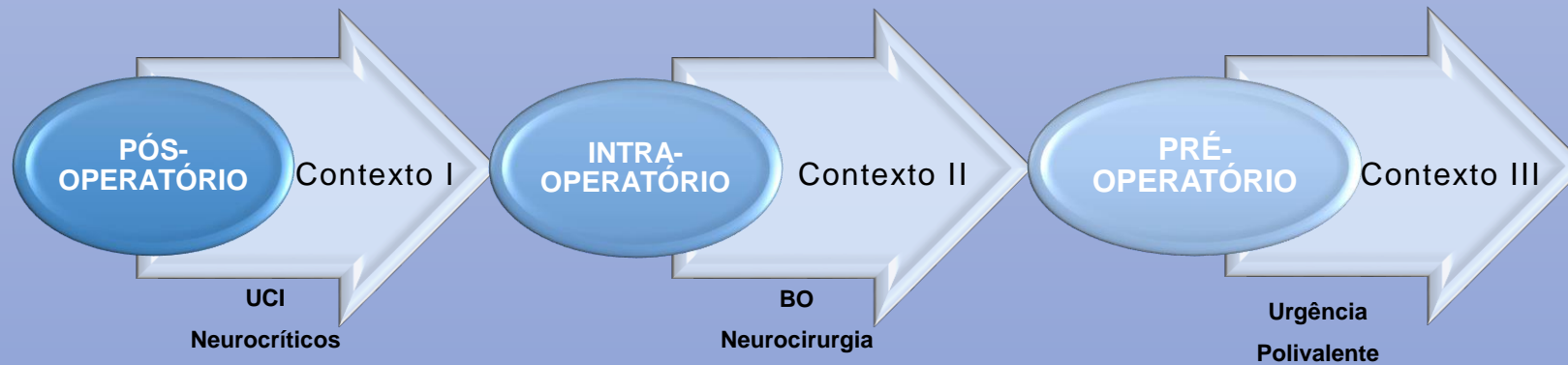


Na mesma linha de pensamento, constatou-se também que a UCINC, foi a UCI com maior número de admissões de PSC no período pós-operatório.



Posto isto, e tendo em conta o supramencionado, o percurso de estágio foi organizado de forma a permitir o desenvolvimento de competências, consolidação de conhecimentos e reflexão sobre as práticas, sendo que os contextos selecionados para a realização do estágio estão descritos no diagrama seguinte.

Percurso de desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem em PSC, durante o Período Perioperatório



Este diagrama pretende demonstrar que os contextos de estágio foram organizados de forma a permitir uma sequência ordenada de contato com a PSC e sua família, tendo em conta os objetivos preconizados e as atividades que se pretendia desenvolver.

No entanto é de referir que embora o circuito da PSC no período perioperatório em contexto intra-hospitalar, mais comumente seja urgência, BO e UCI, o meu percurso enquanto mestranda ao longo do estágio decorreu no sentido inverso.

Tal facto permitiu não só compreender o fluxo informacional, mas também permitiu tomar consciência da informação que seria pertinente ter acesso para manter a segurança e a continuidade de cuidados ao longo de todo o processo de transição saúde-doença da PSC no período perioperatório. Azevedo & Manuel (2012), vão de encontro ao referido quando consideram que qualidade do processo de transferência depende inevitavelmente da qualidade dos fluxos informacionais, sendo que estes fluxos são influenciados pela qualidade dos dados de origem.

**APÊNDICE IV – OBJETIVOS, COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES
DO CONTEXTO DE ESTÁGIO I: UCINC**

1. DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA: GESTÃO DE CUIDADOS

Objetivo: Prestar Cuidados de Enfermagem especializados à PSC submetida a ventilação mecânica e monitorização hemodinâmica invasiva internada na UCINC, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Competências

- Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC internada na UCINC, assentes numa postura ético-deontológica, na tomada de decisão e intervenções válidas e pertinentes, suportada pela investigação e conhecimento científico.
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas, demonstrando um nível profundo de conhecimentos na área de especialização.
- Demonstrar capacidade de prestar cuidados de enfermagem especializados estabelecendo uma relação terapêutica
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com a PSC e o seu processo de transição saúde-doença

| | | RECURSOS |
|------------|--|--|
| ATIVIDADES | Integração na dinâmica orgânico-funcional da UCINC através do conhecimento das normas, protocolos, rotinas e dinâmicas | Mestranda Enfermeira Chefe Enfermeira Supervisora Equipa interdisciplinar Pesquisa bibliográfica |
| | Estabelecimento de um relacionamento interpessoal com a equipa de enfermagem, que permita a interajuda e a disponibilidade de trabalho de equipa | |
| | Observação do funcionamento da equipa interdisciplinar, nomeadamente o funcionamento da equipa de enfermagem | |
| | Prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC em conformidade com as necessidades identificadas e de acordo com o referencial teórico preconizado por Meleis | |
| | Avaliação e gestão diferenciada da dor, com recurso a escalas de dor preconizadas na UCINC (BPS e escala numérica) e implementação de técnicas farmacológicas e não farmacológicas, otimizando as respostas da PSC | |
| | Gestão de protocolos terapêuticos complexos | |
| | Desenvolvimento de uma metodologia de trabalho, estabelecendo prioridades durante a prestação de cuidados à PSC | |

| | |
|---|--|
| Gestão efetiva da comunicação estabelecida entre equipa interdisciplinar e PSC/família a vivenciar processos de transição complexos | |
|---|--|

| | |
|--|--|
| Prestação de apoio emocional e estabelecimento de uma relação de ajuda com a PSC/família | |
|--|--|

2.DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA: MELHORIA DA QUALIDADE

Objetivo: Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à PSC e sua família

Competências

- Incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática
- Gerir e interpretar a informação proveniente da formação contínua, da experiência profissional e da formação pós graduada
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica internada na UCINC, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas
- Criar um ambiente terapêutico seguro

| | | RECURSOS |
|--|---|---|
| ATIVIDADES | Colaboração na preparação do material para os procedimentos invasivos de alta complexidade (monitorização hemodinâmica, ventilação invasiva, neuro-monitorização), tendo em conta a técnica asséptica cirúrgica | Mestranda Enfermeira Supervisora Equipa interdisciplinar Pesquisa bibliográfica |
| | Avaliação de sinais e sintomas de infeção nos locais de punção periférica e central | |
| | Realização e substituição de pensos sempre que necessário | |
| | Conhecimento dos protocolos/procedimentos/medidas de controlo de infeção instituídos na UCINC | |
| | Mobilização de protocolos de controlo de infeção instituídos no serviço | |
| | Cumprimento dos procedimentos de controlo de infeção | |
| | Utilização das medidas de proteção individual, de acordo com os microrganismos identificados | |
| | Demonstração de conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para a PSC e família | |
| | Promoção e aplicação dos princípios para garantir a segurança da administração da medicação | |
| Observação de momentos de transferência de informação entre o contexto intraoperatório e pós-operatório, identificando os pontos fortes e fracos dessa transferência, utilizando uma grelha de observação estruturada. | | |

3.DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Objetivo: Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade na prática de enfermagem especializada
Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade

Competências

- Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento científico
- Desenvolver autoconhecimento e assertividade
- Facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, na área específica da especialidade

| | | RECURSOS |
|-------------------|---|--|
| ATIVIDADES | Elaboração de um questionário aos enfermeiros da UCI sobre o “Contributo da comunicação efetiva para a promoção da segurança da PSC durante o período perioperatório” | Mestranda Enf. ^a Supervisora Equipa Interdisciplinar Pesquisa bibliográfica |
| | Mobilização dos conhecimentos adquiridos durante os momentos de partilha de informação formal e informal | |
| | Esclarecimento de dúvidas e reflexão sobre problemas da prática clínica com a enfermeira supervisora e restante equipa de enfermagem | |
| | Reflexão na e sobre a prática, apresentando uma postura positiva face à crítica com o intuito de permitir o desenvolvimento pessoal e profissional | |
| | Elaboração de um jornal de aprendizagem “A morte e o morrer em UCI: intervenção especializada de enfermagem durante a transição situacional da família” | |

4.DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Objetivo: Desenvolver uma prática profissional e ética no campo específico de intervenção

Competências

- Demonstrar tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada

| | | RECURSOS |
|-------------------|---|---|
| ATIVIDADES | Desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com a PSC e sua família | Mestranda |
| | Participação na construção da tomada de decisão da equipa | Enf. ^a |
| | Utilização do julgamento clínico tendo por base o conhecimento e a experiência na tomada de decisão | Orientadora |
| | Desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas complexos | Equipa |
| | Seleção de respostas apropriadas de acordo com a situação particular da PSC/família | interdisciplinar Pesquisa bibliográfica |

**APÊNDICE V – OBJETIVOS, COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES
DO CONTEXTO DE ESTÁGIO II: BONC**

1. DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA: GESTÃO DE CUIDADOS

Objetivo: Desenvolver competências especializadas no cuidar da PSC a vivenciar processos complexos de transição saúde-doença no período intraoperatório

Competências

- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas, demonstrando um nível profundo de conhecimentos na área de especialização
- Demonstrar capacidade de assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da transição de saúde-doença e situacional
- Demonstrar capacidade de prestar cuidados de enfermagem especializados estabelecendo uma relação terapêutica
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com a PSC e o seu processo de transição saúde-doença

| RECURSOS | |
|--|--|
| ATIVIDADES | Conhecimento da estrutura física, a dinâmica de funcionamento, os circuitos e as diferentes áreas do BONC (área livre, semi-restrita e restrita) |
| | Integração na dinâmica organizacional funcional do BONC |
| | Respeito pelas normas e protocolos instituídos no BONC, efetuando de forma adequada o preenchimento e registo da documentação relativa à situação particular da PSC |
| | Conhecimento da interligação do BONC com os diversos serviços do CH |
| | Colaboração nos cuidados prestados à PSC, demonstrando crescente autonomia |
| | Identificação dos processos de transição que poderão estar presentes na PSC adulta/Idosa durante o período perioperatório, recorrendo à estratégia de elaboração de um estudo de caso. |
| | Identificação dos problemas/necessidades da pessoa durante o período intraoperatório, priorizando as intervenções a implementar de acordo com a situação particular |
| | Prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC em conformidade com as necessidades identificadas e de acordo com o referencial teórico preconizado por Meleis |
| | Registo, de forma concisa e adequada, das intervenções de enfermagem, permitindo a manutenção da segurança e continuidade dos cuidados ao longo do percurso perioperatório |
| Mestranda Enfermeira Chefe Enfermeira Supervisora Equipa interdisciplinar Pesquisa bibliográfica | |

| | | |
|--|---|--|
| | Acompanhamento da Enfermeira supervisora durante a realização da visita pré-operatória | |
| | Acompanhamento da Enfermeira supervisora na gestão do serviço | |
| | Reflexão na e sobre a prática de cuidados de forma crítica, apresentando uma postura positiva face à crítica com o intuito de permitir o meu desenvolvimento pessoal e profissional | |

2. DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA: MELHORIA DA QUALIDADE

Objetivo: Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à PSC e sua família

Competências

- Incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática
- Gerir e interpretar a informação proveniente da formação contínua, da experiência profissional e da formação pós graduada
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas
- Criar um ambiente terapêutico seguro

| | | RECURSOS |
|------------|---|--|
| ATIVIDADES | Conhecimento dos protocolos/procedimentos/medidas de controlo de infeção instituídos no BONC | Mestranda Enfermeira Chefe Enfermeira Supervisora Equipa interdisciplinar Pesquisa bibliográfica |
| | Mobilização dos protocolos de controlo de infeção instituídos no BONC | |
| | Cumprimento dos procedimentos de controlo de infeção | |
| | Realização de uma ação de formação relacionada com o “Controlo de Infeção nos locais de Inserção de Cateteres” | |
| | Utilização de medidas de proteção individual adequadas | |
| | Demonstração de conhecimentos e compreensão de questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para a PSC, demonstrando proatividade na colaboração e prestação de cuidados no período intraoperatório a PSC | |
| | Promoção e aplicação dos princípios de segurança no âmbito da administração da medicação | |
| | Transmissão de informação que assegure a continuidade e segurança de cuidados da PSC do período intraoperatório para o período pós-operatório | |
| | Participação nos momentos de transferência de informação relativa à PSC, durante o transporte intra-hospitalar | |

3.DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Objetivo: Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade na prática de enfermagem especializada
Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade

Competências

- Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento científico
- Facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, na área específica da especialidade

| | | RECURSOS |
|------------|--|---|
| ATIVIDADES | Identificação das necessidades formativas na área de projeto, atendendo às necessidades de formação dos enfermeiros | Mestranda Enfermeira Supervisora Equipa interdisciplinar Pesquisa bibliográfica |
| | Mobilização dos conhecimentos adquiridos durante os momentos de partilha de informação formal e informal | |
| | Esclarecimento de dúvidas e reflexão sobre problemas da prática clínica com a enfermeira supervisora e restante equipa de enfermagem | |
| | Reflexão na e sobre a prática, apresentando uma postura positiva face à crítica com o intuito de permitir o desenvolvimento pessoal e profissional | |
| | Planeamento e implementação do projeto IDEIA no BONC: - Identificação das necessidades formativas dos enfermeiros do BONC na área do projeto; - Sensibilização dos pares para a importância da utilização da mnemónica "IDEIA" na transmissão da informação pós-operatória, salientando a sua importância para a promoção da segurança da pessoa e a continuidade dos cuidados de enfermagem; - Realização de duas ações de formação no âmbito do projeto; - Impressão e colocação do póster da "IDEIA" no local de transferência; - Construção de um <i>dossier</i> de apoio ao projeto (bibliografia relevante, folhas implementadas, grelha de auditoria); | |
| | Contribuição para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento da prática clínica especializada em momentos informais, como passagens de turno ou reuniões de equipa | |

4.DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Objetivo: Desenvolver uma prática profissional e ética no campo específico de intervenção

Competências

Demonstrar tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada

| | | RECURSOS |
|------------|--|----------------------------|
| ATIVIDADES | Desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa | Mestranda |
| | Utilização do juízo clínico tendo por base o conhecimento e experiência na tomada de decisão | Enfermeira |
| | Desenvolvimento de autonomia de julgamento fundamentado na tomada de decisão em situações da prática clínica | Supervisora |
| | Participação na construção da tomada de decisão em equipa | Equipa interdisciplinar |
| | Seleção das respostas mais apropriadas de acordo com a situação particular da pessoa | Pesquisa bibliográfica |

**APÊNDICE VI – OBJETIVOS, COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES
DO CONTEXTO DE ESTÁGIO III: URGÊNCIA POLIVALENTE**

1.DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA: GESTÃO DE CUIDADOS

Objetivo: Aprofundar, demonstrar e aplicar conhecimentos e habilidades técnico-científicas durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e família, assegurando a segurança e continuidade de cuidados no SUP

Competências

- Prestar cuidados à PSC e antecipar situações de instabilidade e risco de falência orgânica em contexto de SUP
- Demonstrar habilidades técnico-científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados em contexto de SUP
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com a situação particular da PSC e o seu processo de saúde-doença
- Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos
- Gerir a dor de forma diferenciada
- Demonstrar capacidade de assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da transição de saúde-doença e situacional

| | | RECURSOS |
|------------|--|------------------------|
| ATIVIDADES | <u>Integração e conhecimento do contexto de estágio</u> | Mestranda |
| | -Conhecimento da estrutura física, dinâmica de funcionamento, circuitos da PSC nas diferentes áreas do SUP | Enfermeira |
| | -Integração da dinâmica organizacional e funcional de uma urgência polivalente | Chefe |
| | -Compreensão da importância da interligação do contexto de urgência com diversos serviços | Enfermeira |
| | -Consulta de documentação que facilite a integração no SUP | Supervisora |
| | -Aplicação dos protocolos instituídos no SUP | Equipa |
| | -Estabelecimento de um relacionamento interpessoal com os elementos da equipa interdisciplinar, que permita a interajuda e disponibilidade para o trabalho de equipa | interdisciplinar |
| | -Observação do desempenho dos enfermeiros que se encontram na sala de Triagem do SUP, permitindo a compreender como se realiza a Triagem de Manchester | Pesquisa bibliográfica |

Acolhimento e prestação de cuidados à PSC e família no SU

- Mobilização e identificação das áreas de necessidade de aprofundamento de conhecimentos relativos aos processos fisiopatológicos presentes na transição saúde-doença da PSC em contexto de SUP nos diferentes setores de prestação de cuidados (balcão verde, amarelo, SO, sala de trauma e reanimação)
 - Colaboração nos cuidados de enfermagem prestados à pessoa e família nos diferentes setores de prestação de cuidados (balcão verde, amarelo, SO, sala de trauma e reanimação) tendo em conta as necessidades identificadas e de acordo com o referencial teórico preconizado por Meleis
 - Preparação da Sala de Reanimação e Trauma antecipando alguns dos problemas e necessidades da PSC (soros quentes, ambiente aquecido, manta térmica, material de entubação e ventilação, entre outros aspetos)
 - Colaboração na prestação de cuidados integrando a equipa interdisciplinar com crescente autonomia
 - Mobilização e consolidação dos conhecimentos adquiridos no curso de SAV e ATCN durante a avaliação primária e secundária da PSC admitida na sala de reanimação e trauma
 - Hierarquização, planeamento e adequação dos cuidados/intervenções de enfermagem face aos problemas identificados e de acordo com as prioridades de intervenção readaptando continuamente o plano de cuidados
 - Colaboração na realização de procedimentos invasivos, preparando o material, equipamento e fármacos necessários, de acordo com a situação particular da PSC
 - Vigilância contínua e antecipação de sinais de instabilidade hemodinâmica
 - Interpretação dos valores analíticos, gasimétricos e valores e curvas hemodinâmicas
- Gestão de forma diferenciada a dor, através do conhecimento das escalas de dor implementadas no serviço
- Gestão das técnicas farmacológicas e não farmacológicas de gestão da dor promovendo o bem-estar e conforto da PSC e otimizando as suas respostas
- Mobilização de protocolos e escalas instituídas no SUP, registando a informação referente à PSC (escala de dor, quedas, dependência)
- Mobilização e implementação de técnicas de comunicação efetiva durante o processo de transferência intra-hospitalar da PSC
 - Promoção, gestão e mobilização de técnicas de comunicação adequadas à situação particular da pessoa/família

Mestranda
Enfermeira
Supervisora
Equipa
interdisciplinar
Pesquisa
bibliográfica

Integração da família/pessoa significativa no SUP, proporcionando um ambiente calmo, apoio emocional e estabelecimento de relação de ajuda

2.DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA: MELHORIA DA QUALIDADE

Objetivo: Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à PSC e sua família

Competências

- Incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática
- Gerir e interpretar a informação proveniente da formação contínua, da experiência profissional e da formação pós graduada
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica internada no SUP, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas
- Criar um ambiente terapêutico seguro

| | | RECURSOS |
|-------------------|---|---|
| ATIVIDADES | Identificação das Vias Verdes preconizadas pela DGS e quais as que se encontram implementadas ou fase de implementação no SUP Polivalente | Mestranda Enfermeira Supervisora Equipa interdisciplinar Pesquisa bibliográfica |
| | Colaboração no encaminhamento e cumprimento das diretrizes definidas por cada uma das <i>guidelines</i> definidas nas Vias Verdes | |
| | Negociação e/ou referenciação dos problemas/necessidades identificados na PSC que ultrapassam a área de competência de enfermagem para outros profissionais da equipa interdisciplinar | |
| | Transmissão de informação que assegure a continuidade e segurança de cuidados da PSC admitida no SUP, elaborando registos completos e pertinentes relativos à transição de saúde-doença | |
| | Utilização dos diferentes meios de comunicação na transmissão ou recolha de informação: comunicação oral, escrita, colheita de dados junto dos familiares/pessoa significativa ou outros elementos da equipa interdisciplinar | |
| | Realização e/ou colaboração em procedimentos invasivos e não invasivos, cumprindo as medidas de prevenção do controlo de infeção | |
| | Mobilização e cumprimento dos protocolos e procedimentos de controlo de infeção instituídos no SUP | |
| | Demonstração e aplicação de conhecimentos e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para a PSC/família | |
| | Promoção e aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas | |

3.DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Objetivo: Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade na prática de enfermagem especializada
Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade

Competências

- Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade
- Desenvolver o auto -conhecimento e a assertividade
- Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

| | | RECURSOS |
|-------------------|--|---|
| ATIVIDADES | Identificação das necessidades formativas na área do projeto relativas aos cuidados de enfermagem à PSC, atendendo ao diagnóstico de necessidades identificadas pelos enfermeiros | Mestranda Enfermeira Supervisora Equipa interdisciplinar Pesquisa bibliográfica |
| | Contribuição para a aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento da prática clínica especializada em momentos informais, como passagens de turno ou reuniões de equipa relativos à área do projeto | |
| | Esclarecimento de dúvidas e discussão de casos clínicos com o Enfermeira Supervisora de acordo com a pertinência da situação em momentos de partilha informal | |
| | Reflexão na e sobre a prática de cuidados de forma crítica, apresentando uma postura positiva face à crítica com o intuito de permitir o meu desenvolvimento pessoal e profissional | |
| | Elaboração de um jornal de aprendizagem tendo por base o ciclo reflexivo de <i>Gibbs</i> relacionado com “Situações imprevisíveis de cuidados no contexto de SUP: importância da reflexão sobre a ação” | |

4.DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Objetivo: Desenvolver uma prática profissional e ética no campo específico de intervenção

Competências

Demonstrar tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada

| | | RECURSOS |
|------------|--|----------------------------|
| ATIVIDADES | Desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa/família | Mestranda |
| | Utilização do juízo clínico tendo por base o conhecimento e experiência na tomada de decisão | Enfermeira |
| | Desenvolvimento de autonomia de julgamento fundamentado na tomada de decisão em situações da prática clínica | Supervisora |
| | Participação na construção da tomada de decisão em equipa | Equipa interdisciplinar |
| | Seleção das respostas mais apropriadas de acordo com a situação particular da pessoa | Pesquisa bibliográfica |

APÊNDICE VII – CONTEXTUALIZAÇÃO DA UCINC

O estágio na UCINC decorreu no período de 6 de Outubro de 2014 ao dia 30 de Novembro de 2014. De acordo com a informação disponibilizada pela Enfermeira Chefe, Enfermeira Supervisora e enfermeiros do serviço, bem como a informação que se encontrava disponível na Intranet da instituição, a UCINC está integrada na Área dos Cuidados Intensivos e Urgência, sendo que um dos seus principais objetivos é responder às necessidades da PSC com alterações do foro neurológico, neurocirúrgico ou neuro-traumatológico.

É também de referir que atualmente esta UCI é considerada uma Unidade Polivalente, pois de acordo com a DGS (2003) responde às necessidades do CH no âmbito das diferentes especialidades médicas, cirúrgicas e traumatológicas, suprimindo assim as necessidades de camas de cuidados intensivos e intermédios.

Desta forma, admite não só as PSC que advém dos outros pólos englobados no CH, mas também as PSC referenciadas por outras Instituições ou pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), concentrando tal como preconizado pela DGS (2003) competências, saberes e tecnologia especializados, durante 24 horas por dia, para cumprir os objetivos preconizados.

O supramencionado vai de encontro ao defendido por Deodato, Martinez, Nunes, Saiote, & Severino (2010) quando referem que uma UCI, é um local com qualificação para assumir a responsabilidade por pessoas com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais.

Com base no referido esta UCI presta cuidados em três níveis diferentes de intervenção à PSC, classificados pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, e segundo a DGS (2003) em nível I, II e III, apresentando uma lotação de 8 camas de nível I, 4 camas de nível II e 10 camas de nível III.

Quadro 1. Descrição das UCI e dos rácios enfermeiro/utente

| Nível | Descrição | Rácio Enfermeiro/utente |
|-------|--|-------------------------|
| I | Visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior. | 1/3 |
| II | Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais: pode não proporcionar de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular,...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior. | 1/1.6 |
| III | Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que devem ter preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista por 24 horas. Pressupõe acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários. Deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição UCI nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes porque se é responsável. | 1/1 |

Fonte: (DGS, 2003; OE, 2014)

Compreende-se assim, que em contexto de UCI se estabeleçam prioridades de intervenção de acordo com as necessidades e gravidade da situação mobilizando conhecimentos de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, monitorização hemodinâmica, ventilação invasiva e não invasiva, valores analíticos, valores gasimétricos, resultados de bacteriologias, posicionamentos, mobilização e transferência da pessoa, controlo de infeção, entre outros, com o objetivo primordial de suportar e recuperar funções vitais e criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade, tal como defendido pela DGS (2003).

Também tem implementadas medidas de controlo contínuo de qualidade que vão ao encontro aos projetos implementados pelo grupo do programa de qualidade e acreditação do CH, englobando áreas prioritárias e transversais a todos os serviços: a avaliação do risco de queda e, monitorização dos incidentes de queda; avaliação do risco de úlceras de pressão e, monitorização de úlceras de pressão e avaliação e gestão da dor. Assim, o sistema informático está adaptado ao registo de gestão de risco da pessoa, mantendo o registo da escala de Braden e do risco de quedas, aspeto consonante com as orientações da DGS (2011).

É também de salientar, que tal como preconizado pela DGS (2003) a UCINC está articulada com as vias verdes, com o SUP, com o BO e com o sistema de emergência intra-hospitalar, em que um médico e enfermeiro da UCINC, asseguram a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) uma semana em cada mês, durante 24 horas.

Esta unidade é constituída por equipas médica e de enfermagem, funcionalmente dedicadas e especializadas, reunindo meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica adequados.

Como unidade que presta cuidados especializados é constituída por 60 enfermeiros, dos quais 10 são enfermeiros com título de especialista em diferentes áreas de especialidade (5 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 5 enfermeiros com a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica), sendo que se encontram distribuídos pelas diferentes equipas para que se prestem cuidados diferenciados e especializados de acordo com a sua área de competência.

Cada Unidade da PSC é constituída por equipamento de monitorização invasiva e não invasiva e equipamento de suporte ventilatório invasivo e não invasivo. Também é possível facultar à PSC com insuficiência Renal aguda, técnicas dialíticas, especialmente a HDFVVC suprindo assim as suas necessidades nesse âmbito.

No que concerne ao rácio enfermeiro/PSC, na UCINC verifica-se um rácio de 1:2 no nível III, 2:2 no nível II e 1:4 no nível I, sendo que alguns destes rácios não são consonantes com os definidos no quadro acima mencionado.

APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIO



**4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**Contributo da comunicação efetiva na promoção da segurança
da pessoa em situação crítica durante o período perioperatório**

QUESTIONÁRIO

FILOMENA TERESA ADRIÃO BENTO

DOCENTE: PROF. SÓNIA FERRÃO

ENFERMEIRA ORIENTADORA: DANIELA SANTOS

LISBOA, OUTUBRO DE 2014

Caro Colega,

Eu, Filomena Teresa Adrião Bento, enfermeira a realizar estágio no serviço de urgência, e a frequentar o 4º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Pessoa Em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, durante o estágio pretendo desenvolver o tema de projeto no âmbito do **Contributo da comunicação efetiva na promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante o período perioperatório.**

Este questionário tem como objetivo compreender as representações dos enfermeiros da UCI face à importância da comunicação efetiva durante a transferência da pessoa em situação crítica do contexto do bloco operatório para a UCI, conhecer quais as informações a transmitir durante o momento de transferência e identificar se a utilização de uma mnemónica de transferência poderá melhorar a comunicação entre os dois contextos de cuidados.

Solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário voluntário e anónimo. Caso esteja interessado estou inteiramente disponível para o esclarecimento de dúvidas.

Grata pela sua colaboração, se necessitar de esclarecimentos contacte para o *email* filomenabento@campus.esel.pt.

QUESTIONÁRIO

Agradeço que leia atentamente todas as questões e que responda à totalidade do questionário.
Todas as respostas são importantes!

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Habilitações Literárias:

Licenciatura

Pós Graduação _____

Mestrado: Área _____

3. Tempo de exercício profissional: _____ anos

4. Tem conhecimento do projeto implementado no Centro Hospitalar designado "IDEIA" referente a transferência de informação no pós-operatório?

Sim Não

5. Preencha os itens de acordo com o seu grau de concordância:

1 – Discordo totalmente 2 – Discordo 3 – Não concordo/nem discordo 4 – Concordo 5 - Concordo totalmente

| ITENS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Considero o tema em estudo pertinente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Nas organizações os processos de comunicação são vulneráveis em momentos como mudanças de turno, nas transferências da pessoa em situação crítica para outro contexto de cuidados e transporte intra e inter-hospitalar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Durante a transferência da pessoa em situação crítica a informação transmitida verbalmente é incompleta quando comparada com a escrita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. A existência de uma mnemónica de transferência na passagem de informação pós-operatória entre os enfermeiros é importante para a melhoria da comunicação efetiva, manutenção da segurança e continuidade de cuidados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. O ruído ambiente e as interrupções consecutivas dificultam o processo comunicação durante a transferência de dados sobre a pessoa em situação crítica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. De acordo com a mnemónica IDEIA existe um conjunto de informações que devem ser transmitidas no momento de transferência pós-operatória. **Identifique os itens que normalmente são mencionados**, durante a passagem de informação pós-operatória pelos enfermeiros do bloco operatório de neurocirurgia:

| | Critérios | Sim | Não | |
|------------------|---|----------------|-----|--|
| I | Identificação do profissional | | | |
| | Nome | | | |
| | Função | | | |
| | Identificação do doente | | | |
| | Dados demográficos | | | |
| D | Episódio (programado ou Urgente) | | | |
| | Diagnóstico de entrada | | | |
| | Cirurgias anteriores | | | |
| | Internamentos | | | |
| E | Medicação habitual | | | |
| | Especificações Anestésicas | | | |
| | Tipo de anestesia | | | |
| | Alterações hemodinâmicas significativas | | | |
| | Alterações significativas laboratoriais | | | |
| I | Transfusões hemoderivados | | | |
| | Intervenção Cirúrgica | | | |
| | Ato cirúrgico | | | |
| A | Intercorrências | | | |
| | Avaliação Final | | | |
| | Estado de Consciência | | | |
| | Analgesia | | | |
| | Avaliação da Dor | | | |
| | Avaliação da Temperatura | | | |
| | Recomendações | Vias de acesso | | |
| | | Drenagens | | |
| Penso operatório | | | | |
| | Informação sobre familiares/acompanhantes | | | |

6. Existe alguma informação que não está complementada na IDEIA e que seria importante introduzir, durante a transferência de informação pós-operatória:

Sim Não

Se respondeu sim, diga qual ou quais?

Grata pela sua colaboração!

**APÊNDICE IX – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A
APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

Para: Enfermeira Chefe da UCINC
De: Filomena Teresa Adrião Bento

Assunto: Pedido de autorização da aplicação do questionário

Eu, Filomena Bento, Enfermeira no Bloco Operatório Central (BOC) 1 do Centro Hospitalar de Lisboa Central e mestranda do 4º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Pessoa Em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um Trabalho de Projeto com o seguinte tema: **Contributo da comunicação efetiva na promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante o período perioperatório.**

Com este questionário pretendo realizar um diagnóstico de situação face às informações transmitidas no momento de transferência da pessoa do contexto do Bloco Operatório para o contexto de UCI, com o objetivo de encontrar estratégias que melhorem a comunicação efetiva entre enfermeiros durante esse processo. Assim, venho solicitar a aplicação do questionário aos enfermeiros UCINC.

Atenciosamente, com os melhores cumprimentos.

Autorizo que a enfermeira Filomena Bento aplique os questionários na UCINC, e mobilize os dados no relatório de estágio.


LAURINDA SANTOS
ENFERMEIRA-CHEFE

(Assinatura)

Data: 10 / 10 / 2014

**APÊNDICE X – ANÁLISE DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS E
DAS OBSERVAÇÕES ESTRUTURADAS NÃO PARTICIPANTES
E PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO IDEIA**

INTRODUÇÃO

A Enfermagem Perioperatória é única e implica a prestação de cuidados especializados durante todo o percurso cirúrgico, dando continuidade aos cuidados iniciados noutros serviços e, respeitando a individualidade da transição saúde-doença (Cabral, 2004).

Durante o período perioperatório ocorrem inúmeras transferências de informação e de cuidados entre os profissionais de saúde que se não forem bem executadas podem causar segundo Catalano (2009) eventos adversos. Assim, os enfermeiros assumem um papel central especialmente nos momentos de transferência uma vez que de acordo com Aitken & Richmond (2011) os mesmos se encontram perfeitamente posicionados para melhorar a comunicação e integrar os cuidados durante todo esse processo.

Abraham, Almoosa, Kannampallil, Patel & Patel (2014) Wasserman (2014) e Wright (2013) defendem que uma transferência efetiva envolve uma comunicação de informação crítica para preservar a qualidade e continuidade de cuidados, podendo ser caracterizada segundo Amato-Vealey et al. (2008) e Criscitelli (2013) por uma comunicação que é transmitida em tempo útil, oportuna, precisa, completa, inequívoca e entendida pelo recetor.

Como tal, para minimizar a ocorrência de potenciais eventos adversos, facilitando a segurança da pessoa e antecipando ou limitando complicações no período perioperatório, é prudente desenvolver e implementar estratégias que facilitem a comunicação efetiva durante os momentos de transferência tal como defendem Amato-Vealey et al.(2008) e Criscitelli (2013).

Uma dessas estratégias passa pela implementação de uma ferramenta verbal e/ou escrita, que pode ser designada por *checklist* ou mnemónica. Esta ferramenta minimiza as variações e o tipo de informações facultadas nos momentos de transferência, permitindo de

acordo com Shewchuk (2014) a padronização e sistematização de todo o processo, o aumento da segurança, precisão, eficácia, eficiência e a qualidade dos cuidados prestados.

Por outro lado, segundo Arenas, Fastovets, Patil, & Tabaac (2014) Wright (2013) auxiliam os prestadores de cuidados a identificar, organizar e comunicar informações importantes melhorando o seu desempenho e a qualidade dos cuidados.

No entanto, as ferramentas verbais orais são extremamente úteis, mas funcionam melhor quando uma componente escrita está integrada no processo de transferência. Assim, as informações escritas devem apresentar toda a informação de forma sistematizada e ordenada, em formato de lista diminuindo à semelhança do que refere Criscitelli, (2013) a possibilidade de perda de informação, ajudando a garantir a precisão, e adicionando estrutura a todo o processo.

1. PLANEAMENTO DA PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DA *CHECKLIST* IDEIA NO BONC

1.1. Contextualização

No CHLC já existe um projeto, designado por projeto **IDEIA**, que se encontra implementado em alguns contextos do intraoperatório.

Tal aspeto foi constatado durante a elaboração do projeto de estágio quando tive a oportunidade de entrevistar a Enfermeira Mercedes Bilbao, presidente da AESOP e, simultaneamente enfermeira Coordenadora dos Blocos Operatórios. De acordo com a mesma, a **IDEIA** é um modelo de comunicação sistematizado que permite uma orientação do pensamento com o objetivo de transmitir informações de forma sistematizada e estandardizada a fim de dar continuidade aos cuidados prestados.

Este projeto surgiu da necessidade de melhorar o processo de transferência perioperatória e baseou-se em projetos implementados a nível europeu e internacional, tendo sido sustentado em bibliografia e artigos científicos. A *checklist* de transferência **IDEIA**, segundo a Enfermeira Mercedes Bilbao está integrada no âmbito do programa de Melhoria Contínua da Qualidade, com o objetivo de contribuir para a melhoria dos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, através da criação e divulgação de um instrumento de trabalho que uniformize os momentos de transferência podendo ser adaptada a diferentes contextos da prática de cuidados. Esta *checklist* foi englobada no Procedimento Setorial "Transporte do doente cirúrgico para o Bloco Operatório Central e do Bloco Operatório Central do Hospital de São José", permitindo estruturar a informação clínica fundamental em 5 áreas/itens.

A realização desta atividade teve como objetivos:

- Identificar desvios em relação a padrões, normas e critérios da qualidade dos cuidados específicos associados à sistematização na transmissão de informação

relevante para a segurança e continuidade dos cuidados do período intraoperatório para o período pós-operatório;

-Conhecer a forma como se transmite a informação entre os enfermeiros do BONC e UCINC;

- Detetar possíveis omissões de informação que ocorrem durante os momentos de transferência de cuidados para posteriormente programar um plano de intervenção e ações de melhoria de qualidade;

-Identificar estratégias importantes a serem implementadas no BONC a fim de melhorar a comunicação entre os diferentes contextos de cuidados perioperatórios.

1.2. Critérios, Instrumentos e Destinatários

Ao longo da primeira semana de estágio na UCINC apercebi-me que os enfermeiros não conheciam o projeto **IDEIA** e, como tal considerei pertinente elaborar um questionário com o intuito de compreender se os mesmos consideravam que a implementação deste projeto no BONC seria uma mais-valia para a manutenção da segurança da PSC, continuidade de cuidados e melhoria da comunicação entre os dois contextos, utilizando para tal uma escala de *Likert*.

Também pretendi que os enfermeiros identificassem que informações eram frequentemente transmitidas pelos enfermeiros do BO mobilizando desta forma os itens e informações da *checklist* IDEIA.

Assim, foram entregues 33 questionários durante o mês de Outubro, aos enfermeiros da UCINC, sendo que a população foi selecionada de acordo com alguns critérios:

- Enfermeiros que prestem cuidados diretos às PSC internadas na UCINC

- Enfermeiros que se encontravam presentes aquando da distribuição do questionário,

- Enfermeiros que mostrassem disponibilidade para o preenchimento do questionário e que pertencessem a diferentes equipas de enfermagem.

Por outro lado, também considerei pertinente observar os momentos de transferência do BONC para a UCINC, no decorrer do estágio. Como tal, foram realizadas 15 observações estruturadas não participantes de transferências de pessoas do BONC para a UCINC no período de 6 de Outubro a 6 de Novembro de 2014, utilizando a grelha de observação utilizada para a realização da auditoria da *checklist IDEIA* que se encontra em anexo IV.

Para a aplicação dos questionários, foi pedida uma autorização formal à Enf.^a Chefe da UCINC e para a realização das observações estruturadas não participantes foi realizado um pedido informal à Enf.^a Chefe do BONC.

1.3. Conteúdos

No questionário estão contempladas questões fechadas em que os enfermeiros assinalavam o seu grau de concordância de acordo com uma escala de *Likert* que contém 5 itens (1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não concordo/nem discordo; 4 – Concordo e 5 - Concordo totalmente), a fim de avaliar sentimentos e opiniões individuais no que concerne à temática da segurança da pessoa nos momentos de transferência.

Também foi incluída uma questão aberta que permitiu sinalizar outros itens a incluir nos momentos de transferência.

1.4. Método de Avaliação

Para a avaliação foram mobilizados os dados do questionário e os dados das observações estruturadas não participantes realizando uma breve análise

S.W.O.T⁶ – FOFA⁷, que permitiu identificar os pontos fortes e fracos, bem como oportunidades e estratégias a implementar durante a transferência da PSC do intraoperatório para o pós-operatório.

1.5. Análise e Discussão dos dados do questionário

Relativamente à caracterização da amostra, de um total de 33 inquiridos, 67% dos enfermeiros são do sexo feminino e 33% do sexo masculino, sendo que 22 são licenciados, 4 apresentam pós-graduação e 7 mestrado.

De acordo com os dados recolhidos verificou-se que os enfermeiros que exercem funções na UCINC ostentam uma longa experiência profissional, pois cerca de 52% dos inquiridos apresentam tempo de exercício profissional entre 11 e 20 anos.

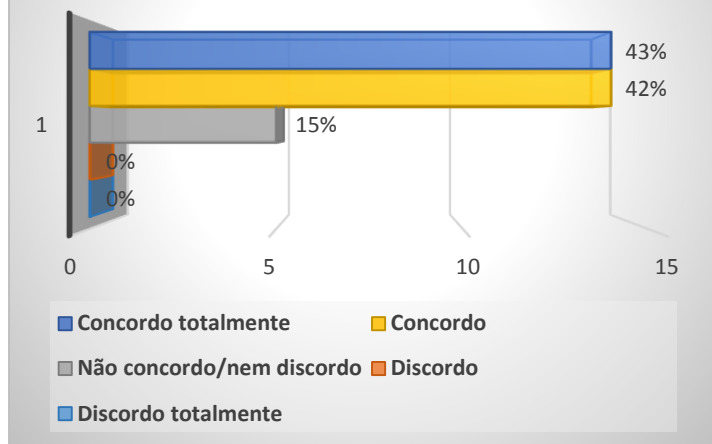
A fim de verificar o conhecimento acerca do projeto IDEIA, constatou-se que cerca de 88% dos enfermeiros não o conheciam, no entanto quando questionados acerca da pertinência do tema 64% dos inquiridos concordam totalmente, 30% concordam e 6% não concordam/nem discordam.

Os enfermeiros têm consciência que nas organizações os processos de comunicação são vulneráveis em momentos como mudanças de turno, nas transferências da PSC para outro contexto de cuidados e transporte intra e inter-hospitalar, verificando-se que 45% concordam totalmente e 52% concordam com esta afirmação.

⁶S.W.O.T. – Sigla inglesa **Strengths** (Forças), **Weaknesses** (Fraquezas), **Opportunities** (Oportunidades) e **Threats** (Ameaças)

⁷FOFA – Sigla portuguesa **Forças** (F), **Oportunidades** (O), **Fraquezas** (F), **Ameaças** (A)

A existência de uma mnemónica de transferência é importante para a melhoria da comunicação, manutenção da segurança e continuidade de cuidados



Quando questionados acerca da comparação entre a informação transmitida verbalmente e a informação escrita, verificou-se que a maior parte dos inquiridos concordam (72%) ou concordam totalmente (12%), que a informação oral é incompleta relativamente à escrita.

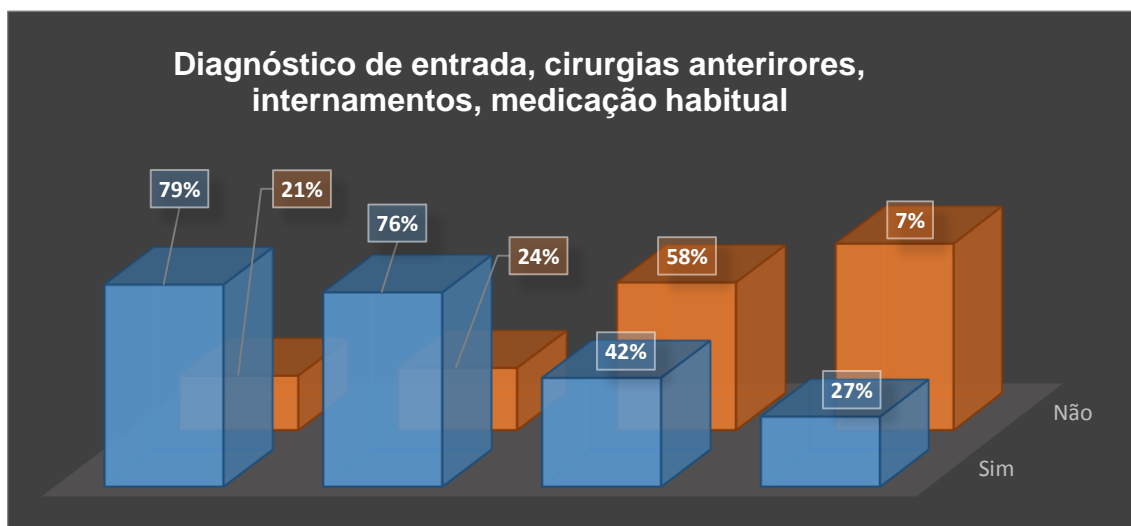
Assim, os mesmos consideram que a existência de uma mnemónica de transferência é importante para a melhoria da comunicação, manutenção da segurança e continuidade de cuidados, constatando-se que cerca de 43% concordam totalmente, 42% concordam e apenas 15% não concordam/nem discordam.

Relativamente aos fatores que podem interferir negativamente nos processos de transferência, o ruído ambiente e as interrupções consecutivas estão entre os mais citados segundo Cunningham et al. (2010), sendo que os enfermeiros da UCINC têm consciência desse aspeto pois 64% concordam totalmente e 33% concordam que esses fatores dificultam o processo de comunicação durante os momentos de transferência.

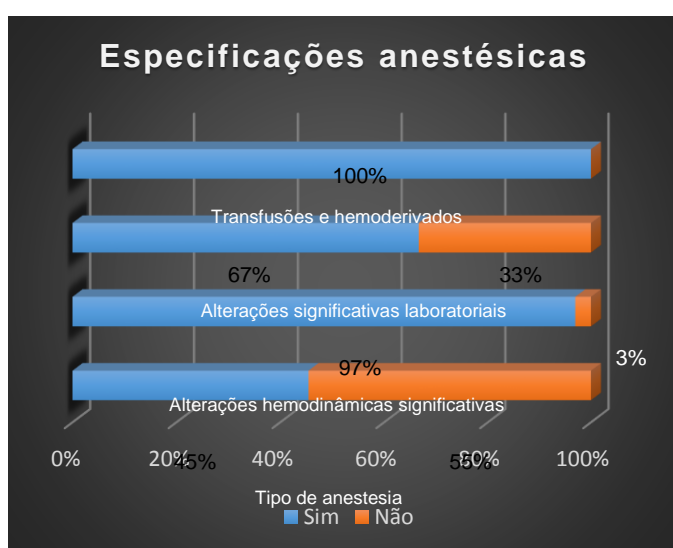
Tendo em conta o projeto IDEIA e os itens que o constituem, no questionário foi pedido aos inquiridos que identificassem os itens que são mencionados ou omitidos pelos enfermeiros do BO durante o processo de transferência.

Dos dados recolhidos, verificou-se que os enfermeiros da UCINC consideram que 73% e 85% dos enfermeiros do BO não se identificam pelo **nome e função** respetivamente, durante a transferência da informação.

No que concerne à **Identificação da Pessoa**, segundo os enfermeiros da UCINC, apenas 39% dos enfermeiros do BO identificam este item durante o processo de transferência. Relativamente ao **tipo de episódio** os inquiridos consideram que este item é transmitido por 73% dos enfermeiros do BO no momento de transferência.



Quando questionados relativamente ao **diagnóstico de entrada, cirurgias anteriores, internamentos e medicação habitual**, os inquiridos referem que cerca de 79% dos enfermeiros do BO identificam o diagnóstico de entrada e 76% mencionam as cirurgias anteriores. No entanto, apenas 42% dos enfermeiros do BO citam internamentos anteriores e 27% medicação habitual durante o processo de transferência.



No item **Especificações Anestésicas**, verifica-se que os enfermeiros da UCINC consideram que apenas 45% dos enfermeiros do BO referem o tipo de anestesia, 97% transferem informações relativas às alterações hemodinâmicas, 67% identificam alterações laboratoriais e 100% transferem informações relativas a transfusões e hemoderivados.

laboratoriais e 100% transferem informações relativas a transfusões e hemoderivados.

No que concerne ao tópico **intervenção cirúrgica**, os enfermeiros da UCINC afirmam que 100% dos enfermeiros do BO transferem informações relacionadas com o ato cirúrgico e 97% elucidam as intercorrências do intraoperatório.

Da **avaliação final**, fazem parte um conjunto de informações que deverão ser transmitidas durante a transferência da pessoa. Os inquiridos referem que no momento da transferência cerca de 73% dos enfermeiros do BO mencionam o estado de consciência, 88% elucidam a analgesia administrada, 27% avaliam a dor, 15% avaliam a temperatura, 100% mencionam as vias de acesso e as drenagens e por fim 82% referem as recomendações com o penso cirúrgico.

Por fim, verifica-se que segundo os inquiridos apenas 15% dos enfermeiros do BO valorizam as informações relativas a familiares/acompanhantes.

1.6. Análise e Discussão dos dados das observações estruturadas não participativas

Como já foi referido anteriormente foram realizadas 15 observações estruturadas não participantes, tendo por base a grelha de auditoria do projeto IDEIA.

Antes de passar à análise dos dados recolhidos, é de referir que neste contexto da prática a transferência de cuidados é realizada na unidade de destino, ou seja na UCINC. Tal aspeto só é exequível devido à proximidade entre o contexto do intraoperatório e pós-operatório.

Desta forma, o enfermeiro do BONC acompanha a pessoa até à UCINC e transfere-a ao enfermeiro que fica responsável pela mesma durante o turno.

Esta transferência é realizada num ambiente controlado e calmo, não se verificando qualquer tipo de interrupções no decorrer do processo de transferência.

No que diz respeito à **Identificação profissional**, verificou-se que nenhum enfermeiro se identificou pelo nome e função nos momentos de transferência. Este aspeto poderá estar relacionado com o facto da maioria dos enfermeiros se conhecerem, devido à relação estabelecida entre a UCINC e BONC, pelo que não trará nenhum risco para a manutenção da segurança da pessoa.

A **identificação da pessoa** é um dos itens fundamentais do processo de transferência e que mantém a segurança e a continuidade de cuidados, verificando-se que 100% dos profissionais transmitiram os dados demográficos e tipo de episódio que neste contexto foi maioritariamente em situação de cirurgia programada.

Por outro lado, confirmou-se que os enfermeiros da UCINC averiguavam se a pessoa apresentava a pulseira de identificação, conferindo o nome e data de nascimento, de acordo com a informação facultada pelo enfermeiro do BONC.

Para uma melhor compreensão do período intraoperatório e com o intuito de manter a continuidade de cuidados e planear a intervenção pós-operatória é de extrema importância reunir um conjunto de informações relacionadas com **diagnóstico de entrada, cirurgias anteriores, internamentos e medicação habitual**. Estes aspetos também são tidos em consideração pelos enfermeiros do BONC, aquando dos momentos de transferência verificando-se que 93% referem o diagnóstico de entrada e 100% mencionam cirurgias e internamentos anteriores.

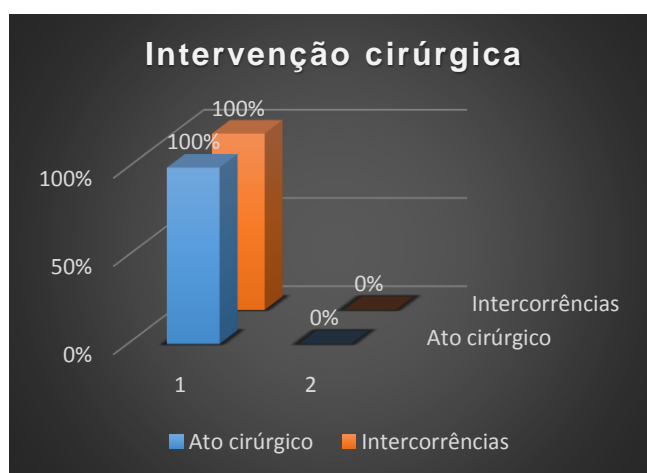
Embora apenas 13% dos enfermeiros facultassem informações relativas à medicação habitual, verificou-se que a mesma foi tida em linha de conta para o planeamento da intervenção junto da pessoa durante o período perioperatório, especialmente a medicação anticoagulante e anti-agregante.

As **especificações anestésicas reúne os itens: tipo de anestesia, alterações hemodinâmicas e laboratoriais significativas e transfusões e hemoderivados**. Constatou-se que cerca de 53% dos enfermeiros do BONC referiam o tipo de anestesia, 100% identificaram alterações hemodinâmicas

significativas, 13% facultaram alterações laboratoriais e 40% mencionaram que a pessoa foi submetida a transfusão de hemoderivados.

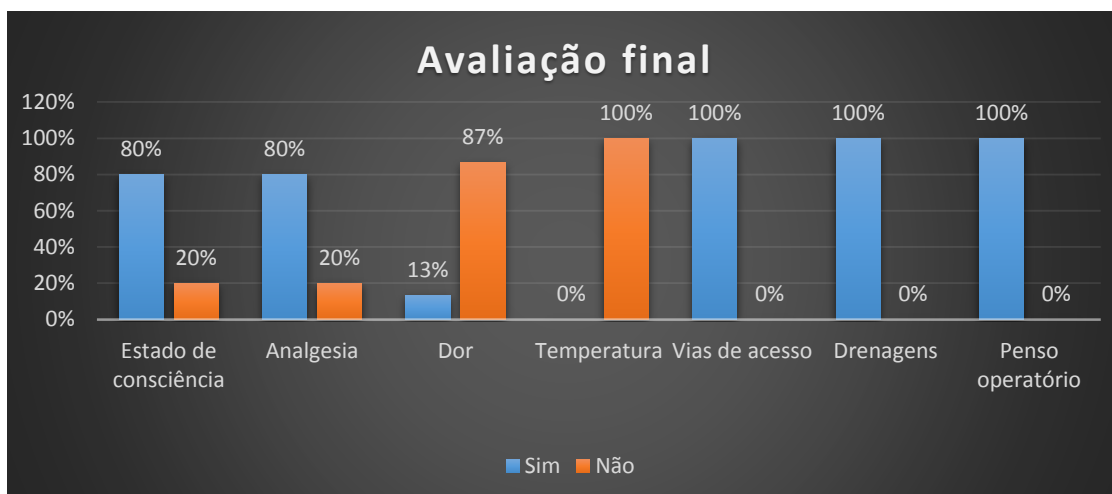
No que se refere ao item alterações laboratoriais 87% dos enfermeiros não referiram este item pois o mesmo não foi aplicável à situação da pessoa, uma vez que a mesma não apresentava qualquer tipo de alteração laboratorial. A mesma justificação se aplica para a transfusão de hemoderivados, considerando que 60% dos enfermeiros não referiu este item, pois o mesmo não foi aplicável à situação da pessoa.

A **intervenção cirúrgica** envolve as informações relativas ao **ato cirúrgico** e a **intercorrências** intraoperatórias. Durante as observações verificou-se que a totalidade dos enfermeiros transferiam informações relativas a estes dois itens.



A **avaliação final** é extremamente relevante durante os momentos de transferência de informação e de cuidados. Constatou-se que 80% dos enfermeiros transmitiram informações alusivas ao estado de consciência e analgesia.

Como lacuna é identificada a omissão do grau da dor antes e após a implementação das várias intervenções farmacológicas e não farmacológicas, em que apenas 13% dos enfermeiros mencionou este item; apesar de ser feita referência à eficácia das medidas implementadas.



A avaliação da temperatura corporal quantitativa foi esquecida por 100% dos enfermeiros, no entanto a mesma foi avaliada qualitativamente uma vez que os enfermeiros enfatizaram as intervenções adotadas, nomeadamente a aplicação de aquecimento ativo com manta térmica.

Os itens com maior relevância na avaliação final foram as recomendações das vias de acesso, drenagens e penso operatório, pois cerca de 100% dos enfermeiros referiu estas informações no momento da transferência da pessoa.

Finalmente, confirmou-se durante as observações que as informações relativas aos familiares/acompanhantes não foi referida pelos enfermeiros do BONC. Este aspeto também poderá ser considerado não aplicável, pois em situações de cirurgia eletiva o serviço de internamento é o serviço de referência para facultar informações sobre a situação da pessoa e, como tal, os enfermeiros do BO normalmente não estabelecem relação com os familiares/acompanhantes.

2. CONCLUSÕES

A análise dos dados dos questionários e observações estruturadas não participantes permitiram chegar a um conjunto de conclusões úteis que possibilitaram direcionar a minha intervenção no BONC enquanto mestranda do CMEPSC.

Estes dados constituíram-se uma mais-valia, pois possibilitaram a identificação de pontos fortes e fracos que poderão condicionar o processo de transferência de cuidados do BONC para a UCINC, sendo que através da análise dos mesmos foram identificadas as lacunas/omissões de informação e, conseqüentemente foi definido, priorizado e elaborado um plano estratégico a implementar no estágio do BONC com o intuito de melhorar comunicação efetiva entre os enfermeiros nos momentos de transferência de informação.

Análise FOFA

| | Pontos Fortes | Pontos Fracos |
|-------------------------|--|--|
| FATORES INTERNOS | <ul style="list-style-type: none">✓ Profissionalismo dos profissionais e experiência profissional✓ Local onde se realiza a transferência de cuidados (UCINC), proporcionando um ambiente calmo, tranquilo e sem interrupções.✓ Consciencialização da importância de implementar uma mnemónica de transferência✓ Relação estabelecida entre os profissionais do contexto do intraoperatório e pós-operatório | <ul style="list-style-type: none">✓ Sistema de registo de informação diferente (UCINC – registo informático e BONC – registo escrito)✓ Inexistência de uma mnemónica de transferência✓ Informação disponibilizada relativa à situação da pessoa não é uniformizada e estandardizada e depende do enfermeiro que a transmite✓ Desconhecimento do projeto IDEIA, implementado no CH✓ Estruturação da folha do intraoperatório e UCPA |

| | Oportunidades | Ameaças |
|-------------------------|---|---|
| FATORES EXTERNOS | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prática de melhoria contínua da qualidade e segurança da pessoa implementada no CH. ✓ Realização do estágio no BONC durante o CMEPSC ✓ Formação em serviço tendo em conta as necessidades de formação dos enfermeiros do BONC ✓ Proposta de implementação do Projeto IDEIA adaptado ao contexto do BONC, permitindo a Uniformização e standardização dos momentos de transferência ✓ Elaboração de um procedimento setorial relacionado com a transferência da pessoa do BONC. ✓ Adaptação das folhas de enfermagem do BONC ao projeto IDEIA | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Resistência à mudança por parte dos enfermeiros do BONC e chefia do serviço ✓ Tempo reduzido de estágio (três semanas) ✓ Organização do serviço |

Deste modo, aquando da realização do estágio no BONC terei de fomentar a consciência situacional da equipa e das chefias a fim de proporcionar tal como refere Criscitelli (2013) a melhoria da comunicação efetiva entre profissionais e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, eliminando eventuais obstáculos/ameaças, através de uma proposta de implementação do projeto IDEIA adaptado a este contexto de cuidados.

REFERÊNCIAS

- Abraham, J., Almoosa, K., Kannampallil, T., Patel, B., & Patel, V. (2014). Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: Implications for patient safety. *Journal of Critical Care*, 29(2), 1–7.
- Aitken, L., & Richmond, T. (2011). A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2741–2753.
- Amato-Vealey, E., Barba, M., & Vealey, R. (2008). Hand-off communication: a requisite for perioperative patient safety. *AORN Journal*, 88(5), 763–774.
- Arenas, A., Fastovets, G., Patil, V., & Tabaac, B. (2014). Undivided attention improves postoperative anesthesia handover recall. *Advances in Medical Education and Practice*, 5, 215–220.
- Cabral, D. (2004). *Cuidados especializados em enfermagem perioperatória: Contributos para a sua implementação*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Catalano, K. (2009). Hand-off communication does affect patient safety. *Plastic Surgical Nursing*, 29(4), 266–270.
- Criscitelli, T. (2013). Safe patient hand-off strategies. *AORN Journal*, 97(5), 582–586.
- Cunningham, J., Leitzsch, J., & Riesenber, B. (2010). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24–34.
- Shewchuk, M. (2014). Standardization: perioperative point of care best practice. *ORNAC JOURNAL*, 30–33.
- Wasserman, M. (2014). Effective hand overs integral to high quality patient care. *AORN Connections*, 100(4), 7–8.
- Wright, S. (2013). Examining transfer of care processes in nurse anesthesia practice: introducing the patient protocol. *AANA Journal*, 81(3), 225–232.

**APÊNDICE XI – JORNAL DE APRENDIZAGEM: A MORTE E O
MORRER EM UCI: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE
ENFERMAGEM DURANTE A TRANSIÇÃO SITUACIONAL DA
FAMÍLIA**

“Aprender a escutar ativamente e a responder empaticamente a alguém que está a enfrentar a morte não é facilmente aprendido” (Benner, 2005, p. 17)

A MORTE E O MORRER EM UCI

**Intervenção Especializada de
Enfermagem na transição
situacional da família**

Aprender a encontrar os outros em vários momentos de vulnerabilidade e de sofrimento requer abertura e aprendizagem experiencial ao longo do tempo (Benner, 2005). No entanto, no meu contexto atual de cuidados (BO) raramente vivencio situações de morte e gestão de sofrimento de familiares, uma vez que a PSC passa pelo contexto intraoperatório apenas por um período autolimitado sendo transferida para uma unidade de cuidados definitivos para ser estabilizada.

Como tal, considero que a inexperiência nesta área condicionou a minha intervenção ao longo do estágio em UCI experienciando, tal como refere Espinosa, Haile, Symes, Walsh, & Young (2010) e McMillen (2008) sentimentos de ansiedade, angústia, frustração, impotência e fracasso.

Diariamente tento ultrapassar o meu conflito interno de lidar com a morte, no entanto considero que este aspeto é para mim extremamente difícil. Como tal, considerei ser uma mais-valia a realização de um jornal de aprendizagem refletindo sobre o tema, com o objetivo de encontrar estratégias que permitissem ultrapassar os meus constrangimentos e dificuldades, modificar os meus comportamentos e melhorar os cuidados prestados à família que vivencia um processo de transição situacional complexo.

Diversas vezes senti dificuldades em lidar com a família, em prepará-la para a possibilidade iminente da morte do seu familiar, em acompanhá-la ao longo do seu processo de dor e de luto, recorrendo diversas vezes à partilha de conhecimentos e experiências da equipa de enfermagem e da enfermeira supervisora.

A maioria das PSC internadas em UCI encontram-se hospitalizadas devido a uma transição de saúde-doença aguda. Esta hospitalização causa na pessoa e família uma desorganização de papéis e faz emergir diferentes tipos de necessidades e de transições.

Quando a pessoa é admitida numa UCI, a sua a família tende a ter sentimentos de esperança e recuperação face à sua situação. No entanto, quando a condição de saúde-doença da pessoa se deteriora e se decide retirar o suporte que mantém a sua vida deixa a família numa situação extrema de vulnerabilidade uma vez que segundo Anumandla, Conradt, & Kirchhoff (2003) a mesma não teve tempo suficiente para se preparar mentalmente para a morte.

Por outro lado, Morgan (2008) considera que a morte em UCI ocorre num ambiente frio e despersonalizado, em que a pessoa não se apercebe nem participa nas decisões que lhe dizem respeito, já que quase sempre está sedada, intubada e ventilada.

Posto isto e considerando que Costa, Pacífico, Parente, Soares, & Sousa (2009) defendem que os enfermeiros são geralmente os profissionais que estão mais próximos nos momentos difíceis e a quem as pessoas e famílias questionam quando necessitam de esclarecimentos ou de cuidados imediatos, torna-se fundamental estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e família durante a transição de saúde-doença e situacional, uma vez que segundo Meleis & Schumacher (1994) estas transições podem causar profundas alterações e implicações importantes no nível de bem-estar e saúde.

Deste modo foi importante reconhecer a importância do papel dos prestadores de cuidados no suprimento das necessidades de informação e preparação dos familiares, tal como defende Anumandla, Conradt & Kirchhoff (2003) e prestar um cuidado transicional através da implementação de intervenções terapêuticas que permitam à família lidar com a morte de forma saudável, mobilizando não só um conjunto de conhecimentos desta área em particular, mas também competências de ordem comunicacional.

Consciencializei-me da importância do papel do enfermeiro não só no cuidar da pessoa em fase terminal, mas também no cuidar da sua família procurando, tal como refere Meleis & Schumacher (1994) a

maximização de forças e recursos, com o objetivo de contribuir para o restabelecimento dos níveis de saúde, conforto e realização pessoal.

É ainda de enfatizar que enquanto enfermeira especialista em PSC e, de acordo com o *Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011)* é importante assistir a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde-doença e/ou falência orgânica, gerir a comunicação interpessoal e gerir o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Desta forma e segundo Morgado (2012) é fundamental que o enfermeiro esteja inteiramente presente e disponível para a relação de cuidado e que explore e domine outras competências relacionais. Assim ao longo do estágio apercebi-me da dor e frustração da família face à morte do seu familiar, tentando estabelecer com a mesma uma relação empática, proporcionando um ambiente calmo, tranquilo, reservado para que os familiares se despedissem do seu ente querido, bem como espaço para os mesmos exprimissem as suas dúvidas e preocupações.

Ao longo do estágio em UCI diversas vezes questionei se a minha intervenção junto dos familiares a vivenciar este processo de transição estava a ser o mais adequado. No entanto, o apoio e partilha constante com a equipa de enfermagem e da enfermeira supervisora constituíram-se uma mais-valia para ultrapassar os constrangimentos e dificuldades identificadas.

Assim, enquanto enfermeira de intraoperatório estarei mais atenta e preocupada com os familiares que se encontram à entrada do BO e que necessitam de informações, transmitindo as más notícias num ambiente calmo e tranquilo com o objetivo de gerir a ansiedade e medo dos mesmos.

Sempre que possível irei proporcionar um ambiente calmo e tranquilo, permitindo que os familiares se despeçam do seu ente

querido vivenciando o seu processo de luto de forma digna e humanizada.

Em suma, considero fulcral o estabelecimento de uma relação terapêutica com a família que permita assisti-la nas perturbações emocionais decorrentes do processo de luto a fim de satisfazer as necessidades identificadas e diminuir, segundo Bramwell, Hudson, McKinley, Nagy, & Stein-Parbury (2002), sentimentos de medo e angústia proporcionando um ambiente de cuidados mais seguro e humanizado.

REFERÊNCIAS

- Anumandla, P., Conradt, K., & Kirchhoff, K. (2003). ICU nurses' preparation of families for death of patients following withdrawal of ventilator support. *Applied Nursing Research*, 16(2), 85–92.
- Bramwell, M., Hudson, J., McKinley, S., Nagy, S., & Stein-Parbury, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36.
- Costa, K., Pacífico, A., Parente, A., Soares, E., & Sousa, D. (2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(1), 41–47.
- Espinosa, L., Haile, B., Symes, L., Walsh, T., & Young, A. (2010). ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing*, 33(3), 273–281.
- McMillen, R. (2008). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(4), 251–259.
- Meleis, A., & Schumacher, K. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127.
- Morgado, M. (2012). *A vivência dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Morgan, J. (2008). End-of-life care in UK critical care units - a literature review. *Nursing Critical Care*, 13(3), 152–161.
- Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. , Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8656-8657.

APÊNDICE XII – CONTEXTUALIZAÇÃO DO BONC

O estágio no BONC decorreu no período de 2 de Dezembro de 2014 a 19 de Dezembro de 2014. De acordo com a informação disponibilizada pela Enfermeira Chefe e Enfermeira Supervisora bem como a informação que se encontrava disponível na Intranet, o BONC está integrado na Área das Neurociências, sendo um dos seus principais objetivos responder às necessidades da PSC com alterações do foro neurocirúrgico.

Fisicamente o BONC encontra-se concomitante à UCINC, sendo constituído por zonas livres, semi-restritas e restritas.

Além da UCINC, as zonas livres que estão concomitantes ao BONC, são a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e sala de espera, finalizando com as zonas de *transfer*.

As zonas de *transfer* delimitam a separação entre as zonas livres e semi-restritas, existindo neste bloco diversas zonas de *transfer*: da pessoa, dos profissionais, dos esterilizados e dos materiais.

A zona de *transfer* da pessoa é constituída por uma porta elevatória, sendo que o enfermeiro do serviço é responsável pela sua abertura aquando da receção e transferência da pessoa, existindo desta forma uma barreira física entre as zonas livres e semi-restritas.

Também apresenta um *transfer* de profissionais, sendo que os mesmos só atravessam para as zonas semi-restritas após fardamento adequado (roupa, máscara, touca e calçado), evitando contatos com a roupa exterior, para minimizar a contaminação do bloco operatório e o risco de infeção tal como preconizado pela OMS (2009).

Relativamente ao *transfer* dos materiais esterilizados, é de referir que os mesmos são rececionados no local do *transfer* da pessoa devido à estrutura física do bloco. No entanto, o material esterilizado encontra-se devidamente acondicionado num contentor fechado sendo imediatamente transferido para carros de transporte e o seu percurso

até à sala de operações ou armazém de esterilizados é extremamente curto, tal como defendido por UONIE & ACSS (2011).

Como este contexto de estágio apresenta nas zonas semi-restritas um corredor único, o material cirúrgico contaminado é acondicionado em contentores próprios hermeticamente fechados e colocados na zona mais distante das salas de operações (área menos limpa), e enviados posteriormente para a esterilização.

Também os sujios produzidos nas salas de operações são devidamente acondicionados e colocados em contentores fechados numa zona separada fisicamente por uma porta, e recolhidos através de uma saída direta para a área livre.

As zonas semi-restritas são constituídas pelo gabinete da enfermeira chefe/secretariado, sala de descanso, armazém de esterilizados, armazém de consumíveis, corredor de acesso, farmácia e zona de desinfeção cirúrgica.

As zonas restritas são apenas restringidas às duas salas de operações. Estas salas apresentam comunicação visual com a área de desinfeção e com as restantes zonas semi-restritas estando separadas das mesmas através fisicamente através de portas.

As duas salas operatórias funcionam em pleno no período da manhã (8-16 horas) de segunda a sexta-feira, sendo que diariamente uma delas tem programa operatório até as 20 horas.

Em relação à UCPA, de acordo com UONIE & ACSS (2011) esta deve ter continuidade com o BO, podendo mesmo ser integrada no BO. Neste contexto, como já foi referido a UCPA encontra-se localizada na zona livre concomitante ao BONC, tendo uma relação horizontal com o mesmo, tal como defendido por UONIE & ACSS (2011). É constituída por duas unidades, uma zona de registos, uma zona para preparação de medicação e uma zona de desinfeção.

Na UCPA são prestados cuidados imediatos, minimizando os efeitos secundários do pós-operatório e assegurando a manutenção e estabilização das funções vitais da pessoa submetida a procedimentos anestésico-cirúrgicos, não possuindo capacidade para manter pessoas sob ventilação mecânica e vigilância rigorosa através de monitorização invasiva. Nestes casos específicos as pessoas são transferidas para a UCINC.

Segundo UONIE & ACSS (2011) a relação do BO com os internamentos deve ser estudada na medida em que a pessoa intervencionada deve ser transportada com um mínimo de transtorno e de *transfers*. Neste CH este aspeto foi tido em linha de conta uma vez que o internamento de neurocirurgia se encontra muito próximo.

Relativamente à relação estabelecida com outros serviços do CH, o BONC interliga-se não só com os serviços de internamento e UCINC, mas também com o laboratório, serviço de sangue, serviços farmacêuticos, serviço de radiologia e neurorradiologia, serviço de esterilização e serviço de apoio geral.

No que se refere aos recursos humanos, exercem funções no BONC 15 enfermeiros e o enfermeiro chefe, sendo que dois são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enfermeira Chefe e a enfermeira responsável).

**APÊNDICE XIII – PLANO DE SESSÃO, DIAPOSITIVOS E
AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 1: CONTRIBUTO DA
COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A PROMOÇÃO DA
SEGURANÇA DA PSC E CONTINUIDADE DE CUIDADOS**

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Contributo da comunicação efetiva para a promoção da segurança da PSC e continuidade de cuidados

OBJETIVO GERAL: Incorporar a comunicação efetiva como um dos tópicos chave para a melhoria da segurança da pessoa e continuidade de cuidados

LOCAL: ESTÁGIO II – BONC

DATA: 05.12.2014

DURAÇÃO: 60 MIN

FORMADOR: Filomena Bento

GRUPO-ALVO: Enfermeiros do BONC

| Etapas | Atividades didáticas | Conteúdos | Métodos e técnicas pedagógicas | Equipamentos/meios didáticos | Avaliação | Tempo (min.) |
|------------|--|--|--|------------------------------|--------------------------|--------------|
| Introdução | Apresentação do tema | Apresentar o tema ao grupo-turma | Expositivo | Videoprojector | Apresentação audiovisual | 1 min |
| | Pré-adquiridos | História da “Máquina Registadora” | Interrogativo com <i>brainstorming</i> Ativo | Videoprojector | Apresentação audiovisual | 7 min |
| | Apresentação objetivo geral da sessão | Incorporar a comunicação efetiva como um dos tópicos chave para a melhoria da segurança da pessoa e continuidade de cuidados | Expositivo | Videoprojector | Apresentação audiovisual | 2 min |

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|------------|----------------|--------------------------|-------|
| | <p>Apresentação objetivos específicos da sessão</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Definir conceito de transferência: <i>handover/handoff</i> -Enumerar fatores dificultadores e facilitadores do processo de transferência -Enumerar algumas <i>checklists</i> utilizadas durante o processo de transferência -Aprofundar conhecimentos no âmbito do projeto IDEIA, com o intuito de melhorar a transferência da pessoa do período intraoperatório para o pós-operatório | Expositivo | Videoprojector | Apresentação audiovisual | 2 min |
| Desenvolvimento | <p>Apresentação dos conteúdos</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Definir de comunicação -Enumerar os elementos que integram o processo de comunicação - Explicitar o conceito de comunicação efetiva - Enumerar as <i>checklists</i> utilizadas durante o processo de transferência | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---------------------------|--|------------------|----------------|--------------------------|--------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de transferência - Descrever sumariamente o Projeto IDEIA no CH - Articular e adaptar o do projeto IDEIA ao BONC e UCPA - Apresentar as folhas de Enfermagem Perioperatória: BONC e UCPA de Neurocirurgia | Expositivo/Ativo | Videoprojector | Apresentação audiovisual | 35 min |
| | Síntese | Entregar a proposta das folhas de Enfermagem Perioperatória: BONC e UCPA de Neurocirurgia ao grupo | Expositivo/Ativo | _____ | Papel | 3 min |
| Conclusão | Avaliação em grupo | Entregar uma folha de avaliação da sessão | Escrito | _____ | Papel e caneta | 5 min |
| | Conclusão | Considerações finais e oportunidade de colocação de questões/Sugestões | Expositivo/Ativo | Videoprojector | Apresentação audiovisual | 5 min |

Contributo da comunicação efetiva para a promoção da segurança da PSC e continuidade de cuidados



5 de Dezembro de 2014

Trabalho elaborado por:
Filomena Bento

Docente orientadora:
Prof. Sónia Ferrão

Enfª Supervisora:
Enf.ª Helena Serafim

OBJETIVO GERAL

Incorporar a comunicação efetiva como um dos tópicos chave para a melhoria da segurança da pessoa e continuidade de cuidados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

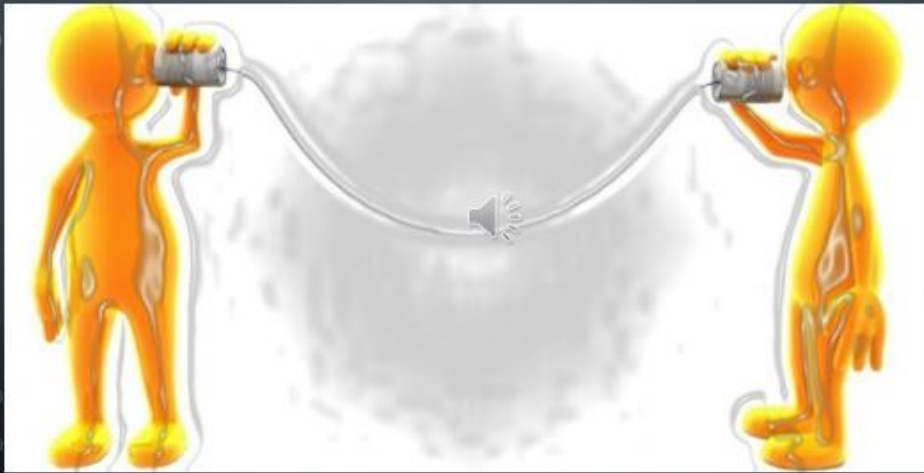
Definir handover/handoff

Enumerar fatores dificultadores e facilitadores para o handover /handoff efetivo

Enumerar algumas *checklists* utilizadas durante o handover/handoff

Aprofundar conhecimentos no âmbito do projeto ideia, com o intuito de melhorar o handover do intraoperatório para o pós-operatório

História da máquina registradora...



(Fachada, 2012)

RESPONDA ÀS QUESTÕES...

| | V | F | D |
|--|---|---|---|
| 1. Um homem apareceu assim que o proprietário acendeu as luzes de sua loja de calçado? | | | X |
| 2. O ladrão foi um homem? | | | X |
| 3. O homem não pediu dinheiro? | | X | |
| 4. O homem que abriu a máquina registradora era o proprietário? | X | | |
| 5. O proprietário da loja retirou o conteúdo da máquina registradora e fugiu? | | | X |
| 6. Alguém abriu uma máquina registradora? | X | | |

RESPONDA ÀS QUESTÕES...

| | V | F | D |
|---|---|---|---|
| 7. Depois que o homem que pediu o dinheiro apanhou o conteúdo da máquina registradora, fugiu? | | | X |
| 8. Embora houvesse dinheiro na máquina registradora, a história não diz a quantidade? | | | X |
| 9. O ladrão pediu dinheiro ao proprietário? | | | X |
| 10. A história registra uma série de acontecimentos que envolveu três pessoas: o proprietário, um homem que pediu dinheiro e um membro da polícia? | | | X |
| 11. Os seguintes acontecimentos da história são verdadeiros: alguém pediu dinheiro – uma máquina registradora foi aberta – seu dinheiro foi retirado? | | | X |

PARA REFLETIR...

Quais os aspetos que influenciam positiva ou negativamente a nossa comunicação?

A comunicação efetiva é de extrema importância para a manutenção da segurança e da continuidade de cuidados à pessoa?

Como podemos melhorar a comunicação dentro do próprio contexto e entre diferentes contextos de cuidados?

PARA REFLETIR...

Gráfico 5. Número de PSC submetidas a intervenção cirúrgica, por especialidade, no ano de 2013

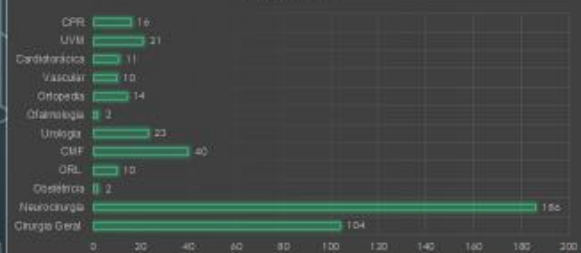
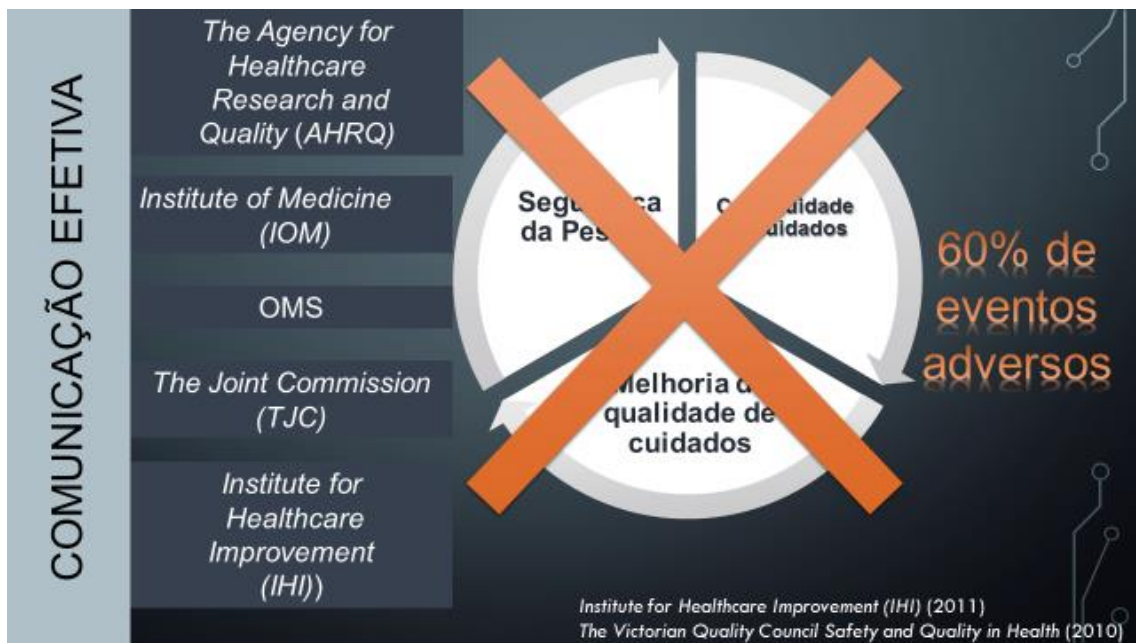


Gráfico 6. Números de PSC admitidas nas UCI, com ou sem intervenção cirúrgica associada, no ano de 2013



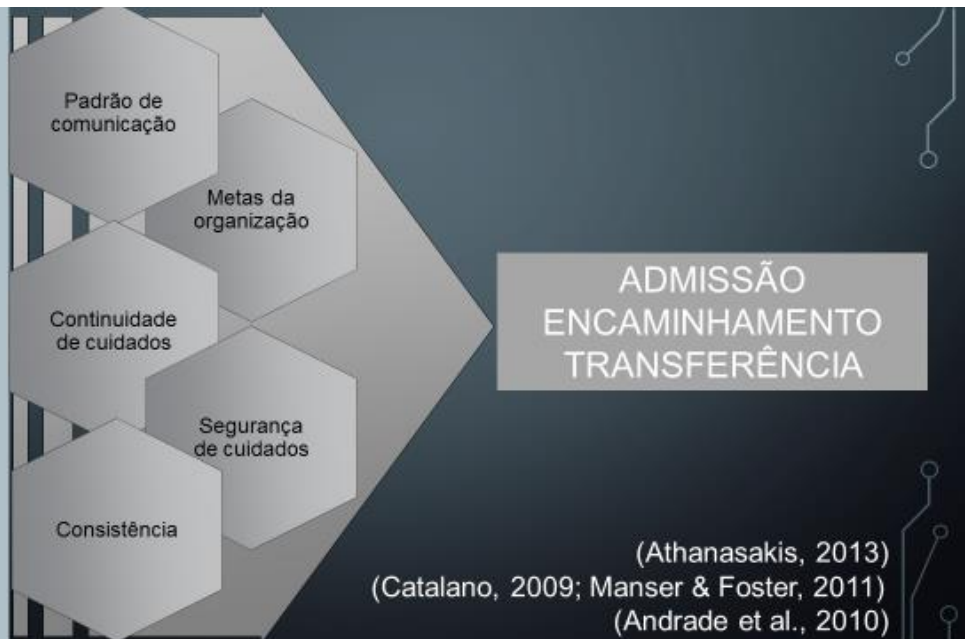


HANDOVER/HANDOFF

Comunicação Efetiva



HANDOVER/HANDOFF



HANDOVER/HANDOFF

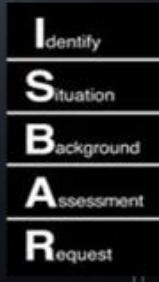
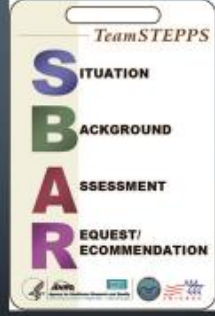


| Letter | Step | Description |
|--------|--------------|--|
| I | IDENTIFY | Introduce yourself and your patient |
| S | SITUATION | Why are you calling? Briefly state the problem |
| O | OBSERVATIONS | Recent vital signs and clinical assessment |
| B | BACKGROUND | Relevant information related to the patient |
| A | AGREED PLAN | What needs to happen? Assessment of the situation |
| R | READ BACK | Clarify and check for shared understanding. Who is responsible for what and by when? |

"I PASS THE BATON"
A mnemonic for Handoffs and Healthcare Transitions

| | |
|--------------------------|---|
| I Introduction | Introduce yourself and your patient |
| P Patient | Name, location, age, sex, history |
| A Assessment | Presenting chief complaint, vital signs and response to treatment |
| S Situation | Current status/problems, including lab tests, level of consciousness, recent changes, response to treatment |
| S SAFETY Concerns | Color all abnormalities, acknowledge factors, when you, when they, when you, etc. |
| B Background | Current history, previous problems, current medications, tests, notes |
| A Actions | What actions were taken or are required and pending and rationale |
| T Timing | Level of urgency and explicit time, availability of others |
| O Ownership | Who is responsible (management) including accountability responsibility |
| R Next | What will happen next? "I'll contact the nurse" "What is the next contingency plan?" |

Responsibility, Accountability, Authority



HANDOVER/HANDOFF

FATORES DIFICULTADORES

- Barreiras de comunicação
- Ausência de normas/protocolos e orientações
- Falhas de equipamentos de transmissão de mensagem
- Ambientais
- Restrições de tempo/Inadequada gestão de tempo
- Dificuldade na transmissão da informação
- Falta de treino
- Fatores humanos

FATORES FACILITADORES

- Competências de comunicação
- Orientações/normas e protocolos estandardizados
- Minimizar os fatores ambientais durante a transferência
- Envolvimento conjunto de toda a equipa de enfermagem
- Pessoa que supervisione e oriente o processo de implementação do handover

(Riesenberg, Leitzsch, & Cunningham, 2010)

PROJETO IDEIA

| | |
|---|----------|
| Procedimento Sectorial ÁREA ANESTESIOLOGIA E BLOCOS OPERATÓRIOS | SDO.1055 |
| TRANSPORTE DO DOENTE CIRÚRGICO PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL E DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL | |

| Critérios | |
|--------------------------------------|---|
| Identificação do profissional | |
| | Nome |
| | Função |
| I | Identificação do doente |
| | Dados demográficos |
| | Episódio(programado ou Urgente) |
| | Diagnóstico de entrada |
| D | Cirurgias anteriores |
| | Internamentos |
| | Medicação habitual |
| | Especificações Anestésicas |
| | Tipo de anestesia |
| E | Alterações hemodinâmicas significativas |
| | Alterações significativas laboratoriais |
| | Transfusões hemoderivados |
| | Intervenção Cirúrgica |
| I | Ato cirúrgico |
| | Intercorrências |
| | Avaliação Final |
| | Estado de Consciência |
| | Analgesia |
| | Avaliação da Dor |
| A | Avaliação da Temperatura |
| | Recomendações |
| | Vias de acesso |
| | Drenagens |
| | Penso operatório |
| | Informação sobre familiares/acompanhantes |

AINDA NA UCINC...

| Critérios | | Sim | Não | |
|-----------|---|------------------|-----|--|
| I | Identificação do profissional | | | |
| | Nome | 15 | | |
| | Função | 15 | | |
| | Identificação do doente | | | |
| D | Dados demográficos | 15 | | |
| | Episódio(programado ou Urgente) | 15 | | |
| | Diagnóstico de entrada | 14 | 1 | |
| | Cirurgias anteriores | 15 | | |
| E | Internamentos | 15 | | |
| | Medicação habitual | 2 | 13 | |
| | Especificações Anestésicas | | | |
| | Tipo de anestesia | 8 | 7 | |
| I | Alterações hemodinâmicas significativas | 15 | | |
| | Alterações significativas laboratoriais | 2 | 13 | |
| | Transfusões hemoderivados | 6 | 9 | |
| A | Intervenção Cirúrgica | | | |
| | Ato cirúrgico | 15 | | |
| | Intercorrências | 15 | | |
| | Avaliação Final | | | |
| A | Estado de Consciência | 12 | 3 | |
| | Analgesia | 12 | 3 | |
| | Avaliação da Dor | 2 | 13 | |
| | Avaliação da Temperatura | | 15 | |
| | Recomendações | Vias de acesso | 15 | |
| | | Drenagens | 15 | |
| | | Penso operatório | 15 | |
| | Informação sobre familiares/acompanhantes | | 15 | |

BIBLIOGRAFIA

- Adamski, P. (2007). Implement a handoff communications approach. *Nursing Management*, (January), 10–12. Retrieved from www.nursingmanagement.com
- Andrade, G., Gomes, A., Grilo, A., Guimarães, T., & Santos, M. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente : problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temat*(10), 47–57.
- Athanasakis, E. (2013). Synthesizing Knowledge about Nursing Shift Handovers : Overview and Reflections from Evidence-Based Literature. *International Journal of Caring Sciences September*, 6(3), 300–313.
- Catalano, K. (2009). Hand-Off Communication Does Affect Patient Safety. *Plastic Surgical Nursing*, 29(4), 266–270.
- Fachada, M. (2012). *Psicologia das Relações Interpessoais* (2ª ed., p. 486). Lisboa: Edições Sílabo.
- Friesen, M., White, S., & Byers, J. (2008). Handoffs : Implications for Nurses What Is a Handoff ? In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Hughes, R., Vol. 28, pp. 1–48). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/FriesenM_HOIN.pdf
- Institute for Healthcare Improvement. (2011). Improving Transitions in Hospital care. Retrieved June 12, 2014, from <http://www.ihc.org/education/WebTraining/Expeditions/Transitions/Pages/default.aspx>
- Manser, T., & Foster, S. (2011). Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology Effective handover communication : An overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181–191. doi:10.1016/j.bpa.2011.02.006
- O'Byrne, W., Weavind, L., & Selby, J. (2008). The science and economics of improving clinical communication. *Anesthesiol Clin*, 26(4), 729–744.
- Oliveira, M. (Ed.). (2009). *Manual de Aprendizagem: Metodologia de Estudo & Técnicas de Comunicação e Expressão do Alemão* (p. 188). BoD – Books on Demand.
- Patterson, E., & Wears, R. (2010). Patient Handoffs: Standardized and Reliable Measurement Tools Remain Elusive. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety Continuity*, 36(2), 52–61.
- Perry, S. (2004). Transitions in Care: Studying safety in emergency department signovers. *Focus on Patient Safety*, 7(2), 1–3.
- Riesenberg, B., Leitzsch, J., & Cunningham, J. (2010). Nursing Handoffs : *AJN*, 110(4), 24–34.
- The Victorian Quality Council Safety and Quality in Health. (2010). *Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care* (p. 12). Victoria: Hospital and Health Service Performance Division, Victorian Government Department of Health. Retrieved from http://www.health.vic.gov.au/quality_council
- World Health Organization. (2007). Communication during patient hand-overs. *Patient Safety Solutions*, 1(3), 1–4. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Communication+During+Patient+Hand-Over#0>

APRESENTAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS À AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 1:

“COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PSC E CONTINUIDADE DE CUIDADOS”

A sessão de formação foi realizada no BONC, no dia 5 de Dezembro de 2014. Assistiram a esta sessão um total de 9 enfermeiros, dos quais fazia parte a enfermeira chefe e a enfermeira Coordenadora da Área das Neurociências.

A avaliação da sessão foi realizada com base no modelo implementado no CH, sendo que este modelo foi mobilizado com o mesmo fim neste contexto académico-formativo.

Os resultados da avaliação da sessão estão apresentados em formato de quadro e em percentagem.

| Apreciação global | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---|----------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|
| 1.As suas expetativas em relação à formação foram satisfeitas | 0% | 0% | 67% | 33% |
| 2. Os objetivos da formação foram atingidos | 0% | 0% | 56% | 44% |
| 3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil | 0% | 0% | 33% | 67% |
| 4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos | 0% | 0% | 44% | 56% |
| 5.A teoria foi relacionada com a prática | 0% | 0% | 56% | 44% |
| 6.A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico | 0% | 0% | 11% | 89% |
| 7.Foram abordados todos os pontos que considerou importantes | 0% | 0% | 56% | 44% |
| 8.A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade | 0% | 0% | 22% | 78% |
| 9.Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida | 0% | 0% | 22% | 78% |
| 10.A duração da formação foi adequada | 0% | 0% | 33% | 67% |
| 11.O horário da formação foi adequado | 0% | 0% | 22% | 78% |

| Metodologia | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito bom |
|--|---------------------|-------------------|------------|------------------|
| 12. Domínio dos conteúdos apresentados | 0% | 0% | 22% | 78% |
| 13. Facilidade de transmissão de conhecimentos | 0% | 0% | 11% | 89% |
| 14. Clareza na transmissão de conhecimentos | 0% | 0% | 11% | 89% |
| 15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos | 0% | 0% | 11% | 89% |
| 16. Interação com o grupo | 0% | 0% | 0% | 100% |
| 17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas | 0% | 0% | 0% | 100% |
| 18. Gestão de tempo | 0% | 0% | 22% | 78% |
| 19. Pontualidade | 0% | 0% | 0% | 100% |

**APÊNDICE XIV – PROPOSTA DA FOLHA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA: BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA**



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

VINHETA DO UTENTE
(vinheta)

Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Serviço: _____ Cama: ___

Episódio:
Programado Urgente

Pessoa Significativa _____
Contato: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPA

Cirurgião: _____ **Ajudante:** _____ **Anestesista:** _____

Enf.ºAnestesia

Enf.ºCirculante

EnfºInstrumentista

SUBSTITUÍDO

Enf.ºAnestesia

Enf.ºCirculante

EnfºInstrumentista

PRÉ-OPERATÓRIO: VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

DIAGNÓSTICO: _____ **CIRURGIA:** _____

Antecedentes médicos: _____

Antecedentes cirúrgicos: _____

Medicação habitual: _____

Doença atual _____

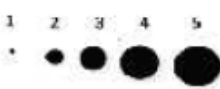
Avaliação Neurológica

Avaliação Emocional

Avaliação Sensitivo-Motora

Score de Glasgow: _____
(O ___ V ___ M ___)

Pupilas Reativas sim não



OD _____

OE _____

Calmo
Agressivo _____
Ansioso _____
Apático _____
Perceção _____
Expetativas _____

Parestesias _____
Parésia _____
Plégia _____
Espasticidade _____
Flacidez _____
Hipoacusia: Direita Esquerda Bilateral
Diminuição da acuidade visual _____
Outra _____

AVALIAÇÃO DA DOR BPS Numérica (0-10)
Intensidade _____ Localização _____
Fatores de alívio _____
Fatores de agravamento _____

AVALIAÇÃO DE RISCO DE UPP (Escala de Braden) UPP Sim Não
Local: _____
Score: _____ (_____)

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA Score: _____ (_____)

SINAIS VITAIS DE REFERÊNCIA:

TA: ___/___ mmHg Temp.ª: ___°C Pulso: ___ bat/m SPO₂: ___% Peso: ___ Kg Alt.: ___ m

Verificar:

Consentimento assinado
ECG
Análises
RX Tórax
Pré-medicação Qual: _____
Outros: _____

ALERTAS

Alergias _____
Próteses _____
Pacemaker _____ CDI
Tipagem Pedido de Hemoderivados: _____
Outro: _____

Data: ___/___/___ **Hora:** ___ h ___ m **Enf.º Responsável:** _____ **Mec:** _____

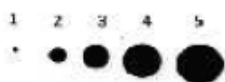
D

AVALIAÇÃO FINAL

Score de Glasgow: _____

(O ___ V ___ M ___)

Pupilas Reativas sim não



OD _____

OE _____

ANALGESIA: Sim Não

Perfusões: EV

Seringa infusora

DIB

Fármaco: _____ Dose: _____ Vel. _____ cc/h

Fármaco: _____ Dose: _____ Vel. _____ cc/h

AVALIAÇÃO DA DOR

BPS

Numérica (0-10)

Intensidade _____ Localização _____

SINAIS VITAIS À SAÍDA

TA: _____ / _____ mmHg

Temperatura: _____ °C

Pulso: _____ bat/m

SPO₂: _____ %

ENTUBAÇÃO TRAQUEAL: Sim Não N° _____ Nível: _____

OXIGENOTERAPIA: Sim Não Débito: _____ l/m

Óculos Nasais Máscara de Venturi (FiO₂ _____) Sonda Nasal Máscara de O₂ com reservatório

ALTERAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA: Sim Não Local: _____ Grau: _____

A

RECOMENDAÇÕES

VIAS DE ACESSO

ACESSOS PERIFÉRICOS

Abocath n° _____

Local: _____

Abocath n° _____

Local: _____

Abocath n° _____

Local: _____

ACESSOS CENTRAIS

Arterial

Local: _____

Venoso _____ Lúmens

Outro: _____

Local: _____

Outro: _____

Local: _____

DRENAGENS

GÁSTRICA Sim Não

N° _____ Nível: _____ cc

Conteúdo Sim Não

Alimentar Biliar Sangue

VESICAL Sim Não

Tipo: Foley Silastic Outra: _____

N° _____ Nível: _____ cc

Urina: Clara Hemática

DRENO Sim Não

Tipo

Silastic N° _____ Nível: _____ cc

Redivac N° _____ Nível: _____ cc

Jackson-Pratt N° _____ Nível: _____ cc

Subdural N° _____ Nível: _____ cc

Passivo Ativo Médio vácuo

Localização: _____

DVE Local: _____

DVP

Nível _____ cc

Conteúdo:

Hemático Seroso Sero-hemático

Outro: _____

PENSO OPERATÓRIO

FERIDA CIRÚRGICA

Limpa Contaminada

Encerramento:

Agrafos Sutura

PENSO OPERATÓRIO

Local: _____

Limpo Seco

Repassado

Conteúdo: _____

Compressivo: Sim Não

MATERIAL UTILIZADO:

Penso estéril

Penso estéril impermeável

Ligadura elástica

ALERTA

COM CALOTE CRANEANA

SEM CALOTE CRANEANA

Local: _____

DESTINO: Serviço _____ UCPA UCI: _____

NÍVEL I NÍVEL II NÍVEL III Outro: _____

HORA DE SAÍDA DO BO _____ h _____ m

Observações: _____

Assinatura do Enfermeiro _____ Mec: _____



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

VINHETA DO UTENTE
(vinheta)

Data: ___/___/___

Hora de entrada na UCPA: ___H___m

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPA

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

Enf^o UCPA

Fim: ___h___m

Enf^o UCPA

Fim: ___h___m

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: _____

SINAIS VITAIS DE REFERÊNCIA:

TA: ___/___ mmHg

Temp.^a: ___°C

Pulso: ___ bat/m

SPO₂: ___ %

TIPO DE ANESTESIA

Geral

Local

Sedação

Combinada

TRANSFUSÕES DE HEMODERIVADOS: Concentrado de Eritrócitos Plaquetas Plasma

Outro _____ Reação transfusional Sim Não

PERFUSÕES:

DIB Fármaco: _____ a _____ ml/h Seringa infusora Fármaco: _____ a _____ ml/h

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____

Parâmetros Vitais

| Horas | FC | SPO ₂ | TA/PA | TAM | Glicémia Capilar | Dor (N/F/BPS) | Score de Glasgow | Pupilas (Tamanho/reatividade) | |
|-------|----|------------------|-------|-----|------------------|---------------|------------------|-------------------------------|----|
| | | | | | | | | OD | OE |
| | | | | | | | | / | / |
| / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |

Balanço Hídrico

| Horas | Líquidos Administrados | | | Líquidos Eliminados | | | |
|-------|------------------------|------|-----|---------------------|----------|--------|---------|
| | Espécie | Dose | Via | Horas | Gástrico | Sangue | Vesical |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Observações/Cuidados Especiais

| Total | Entradas | Saídas |
|-------|----------|--------|
| BH | | |

OXIGENOTERAPIA: Sim Não

Débito: _____ l/m

Óculos Nasais Máscara de Venturi (FiO₂) Sonda Nasal Máscara de O₂ com reservatório

ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA

| Categoria | Critérios | Pontuação | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Horas | | | | | | | | | |
| SatO ₂ | 2: > 95% | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1: 85 a 95% | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 0: <85 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Respiração | 2: Eupneico/ventilação espontânea | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1: Dispneia: FR <10 ou FR > 20 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 0: Sem respiração espontânea | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Atividade Motora | 2: Sustenta a cabeça/move os membros | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1: Não sustenta a cabeça/move os membros | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 0: Não sustenta a cabeça e não move os membros | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Estado de consciência | 2: Desperto/orientado | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1: Responde a perguntas simples | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 0: Não responde a estímulos auditivos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Circulação | 2: MAP e FC semelhante ao pré-operatório | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1: MAP ≠20mmHg ou FC <50 ou FC>120 bat/min | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 0: MAP ≠40mmHg ou FC<40 ou FC> 150 bat/min | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Dor | 4: Sem dor | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | 3: Dor Ligeira | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 2: Dor Moderada | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1: Dor Intensa | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 0: Dor Máxima | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Náuseas e Vômitos | 2: Sem náuseas ou vômitos | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1: Náuseas | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 0: Náuseas e vômitos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hemorragia | 2: Sem hemorragia | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1: Penso realizado 1 ou 2 vezes | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 0: Penso realizado mais de 3 vezes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | | | | | | | | | | | |

Alta para enfermaria: Se score ≥12, todos os parâmetros com sore ≥1. Dor > 4 e presença de hemorragia exclui alta.

Técnicas não farmacológicas de alívio da dor

| | | |
|---|---|--|
| <p align="center">FÍSICAS</p> <input type="checkbox"/> Massagem <input type="checkbox"/> Termoterapia <input type="checkbox"/> Aplicação de calor <input type="checkbox"/> Aplicação de frio | <p align="center">COGNITIVO/COMPORTAMENTAL</p> <input type="checkbox"/> Ensinos para o autocontrolo da dor <input type="checkbox"/> Distração <input type="checkbox"/> Relaxamento | <p align="center">SUPORTE EMOCIONAL</p> <input type="checkbox"/> Toque terapêutico <input type="checkbox"/> Medidas de conforto: _____ _____ |
|---|---|--|

NOTAS DE EVOLUÇÃO

CONDICÕES DE ALTA

- Estado cognitivo similar ao pré operatório
- Atividade motora similar ao pré operatório
- Ausência de esforço respiratório c/ SatO₂ ≥ 94% sem aporte de O₂
- Estabilidade hemodinâmica
- Capacidade de deglutição
- Sem náuseas, vômitos, tonturas
- Dor controlada
- Sem hemorragia significativa no penso/drenagens

**ALTA
UNIDADE DE DESTINO**

DATA: ___/___/___ ÀS ___ H ___ M

Médico: _____

Enf.º UCPA _____

Enf.º Serviço _____

**APÊNDICE XV – PROPOSTA DO PROCEDIMENTO SETORIAL:
TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO
BLOCO DE NEUROCIRURGIA E UCPA DE NEUROCIRURGIA**

| | | |
|--|---|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA | |

| |
|------------------|
| APROVAÇÃO |
| |

1. OBJECTIVO

Garantir a segurança e a continuidade de cuidados à pessoa com afeção neurocirúrgica nos momentos de transferência do bloco operatório neurocirúrgico e/ou UCPA para uma unidade de internamento, diagnóstico/intervenção e/ou de cuidados intensivos.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se às unidades que admitem a pessoa transferida do BO de neurocirurgia ou UCPA tais como: UCI's, serviços de internamento, angiografia, neurorradiologia, entre outras.

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Pela implementação do Procedimento: Enfermeiro chefe/responsáveis do bloco operatório de neurocirurgia.

3.2. Pela revisão do procedimento: Coordenador da Área das Neurociências.

4. DEFINIÇÕES

A nível internacional, várias instituições têm enfatizado a importância da comunicação efetiva nos momentos de transferência, sendo geralmente denominados por *Handover/Handoff*.

| | | |
|--|---|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA | |

Handover/Handoff pode ser definido como um processo em tempo real de transmissão de informação oral ou escrita relativa à situação da pessoa e, transferência de responsabilidade pelo cuidado de um profissional para outro, sendo condicionado pela comunicação efetiva (Byers, Friesen, & White, 2008; Catalano, 2009; Patterson & Wears, 2010).

Handover/handoff não é mais do que um padrão de comunicação que é aplicado na prática diária de cuidados, a fim de se cumprir as metas da organização, continuidade, consistência e segurança (Athanasakis, 2013), permitindo a admissão, encaminhamento e transferência dentro do mesmo serviço, entre serviços ou entre unidades de saúde (Catalano, 2009; Foster & Manser, 2011) que acontece num sistema organizacional e cultural complexo (Andrade et al., 2010).

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

AORN – Association of Perioperative Registered Nurses

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

BONC – Bloco Operatório de Neurocirurgia

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção-Geral de Saúde

UCI's – Unidades de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

WHO - World Health Organization

UPP – Úlcera de Pressão

6. REFERÊNCIAS

AESOP (2013). Frequently Asked Questions. Acedido a 06/12/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/deep2013-faqs-pdf.aspx>

| | | |
|--|---|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA | |

Amato-Vealey, E., Barba, M., & Vealey, R. (2008). Hand-off communication: a requisite for perioperative patient safety. *AORN Journal*, 88(5), 763–774.

Andrade, G., Gomes, A., Grilo, A., Guimarães, T., & Santos, M. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente : problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temat*(10), 47–57.

AORN (2012). Perioperative Patient 'Hand-Off' Tool Kit. Acedido a 08/06/2014. Disponível em:
http://www.aorn.org/Clinical_Practice/ToolKits/Patient_Hand_Off_Tool_Kit/Patient_Hand_Off_Tool_Kit.aspx.

Athanasakis, E. (2013). Synthesizing knowledge about nursing shift handovers: overview and reflections from evidence-based literature. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 300–313.

Byers, J., Friesen, M., & White, S. (2008). Handoffs : implications for Nurses what is a handoff ? In R. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Vol. 2, pp. 285–332). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Catalano, K. (2009). Hand-off communication does affect patient safety. *Plastic Surgical Nursing*, 29(4), 266–270.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL (2011). *Procedimento Sectorial da Área de Anestesiologia e Blocos Operatórios SDO.1055. Transporte do doente cirúrgico para o bloco operatório central e do bloco operatório central do Hospital de S. José*. Acessível no Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

Cunningham, J., Leitzsch, J., & Riesenber, B. (2010). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24–34.

Ebright, P., Flanagan, M., & Welsh, C. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58(3), 148–154.

Foster, S., & Manser, T. (2011). Effective handover communication : an overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181–191.

| | | |
|--|---|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA | |

Institute for Healthcare Improvement (2011). Improving transitions in hospital care. Acedido a 12/06/2014. Disponível em: <http://www.ihl.org/education/WebTraining/Expeditions/Transitions/Pages/default.aspx>

Orientação da Direção-Geral da Saúde 018/2011 de 23 de Maio (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Lisboa.

Patterson, E., & Wears, R. (2010). Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety Continuity*, 36(2), 52–61.

| NORMA | TÍTULO | CRITÉRIOS |
|-------|--------|-----------|
| | | |

Outros

<http://www.jointcommission.org/>

www.safetyandquality.gov.au

7. DESCRIÇÃO

Cada unidade de saúde deve adotar, desenvolver e implementar uma ferramenta/*checklist* que promova a padronização do processo de *handover/handoff*, com o objetivo final de melhorar a continuidade e a segurança da pessoa (AORN, 2012), durante o seu internamento hospitalar, diminuindo assim a ocorrência de eventos adversos relacionados com a comunicação.

O paciente cirúrgico é mais vulnerável à ocorrência de erros durante os momentos de transferência, devido ao número elevado transferências que ocorrem durante o período perioperatório (Amato-Vealey et al., 2008). Assim, a existência de uma comunicação eficaz e padronizada entre os prestadores de cuidados nos momentos de transferência facilita a segurança da pessoa e antecipa complicações.

| | | |
|--|---|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA | |

A comunicação que é oportuna, precisa, completa e, sem ambiguidades reduz o erro e promove a melhoria da segurança da pessoa (Amato-Vealey et al., 2008).

Tendo por base a Lista de Verificação Pós-Cirúrgica – **IDEIA** – implementada no CH para a transferência da pessoa do período intraoperatório para o pós-operatório foi elaborado um procedimento setorial adaptado ao contexto do BONC e UCPA.

| Prática | Fundamentação |
|---|--|
| 7.1. A transferência de informação e de responsabilidade de cuidados relativos à pessoa deve ser realizada <i>face-to-face</i> , entre dois enfermeiros (o que transfere a informação e o que recebe a informação). | Promove uma melhor oportunidade de clarificar informação sobre a situação particular da pessoa (<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i> , 2010). A transferência <i>face-to-face</i> permite colocar questões, oportunidade de feedback em tempo real e maior precisão da informação transmitida (Ebright et al., 2010). |
| 7.2. A transferência da pessoa do BONC ou UCPA é realizada respetivamente pelo enfermeiro de anestesia, ou pelo enfermeiro da UCPA. | O enfermeiro de anestesia foi responsável, durante o intraoperatório, por proporcionar à pessoa conforto e tranquilidade, funções vitais estáveis, garantia da segurança da medicação administrada, posicionamento seguro e um “acordar” tranquilo. |

| | | |
|--|---|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA | |

| | |
|--|---|
| <p>7.3. No momento da transferência, a pessoa deverá possuir a pulseira de identificação com o respetivo nome, a idade, a morada e o nº do processo ou episódio de urgência. Caso se encontre suja ou inutilizada deverá ser substituída de imediato.</p> <p>7.4. A transferência de informação deverá ser realizada num ambiente calmo, tranquilo, com luminosidade adequada, evitando distrações e interrupções. Manter a privacidade e confidencialidade de informação.</p> | <p>O enfermeiro da UCPA focaliza a sua intervenção no controlo da dor e conforto, vigiando a recuperação da pessoa e assegurando um regresso sem riscos, à enfermaria (AESOP, 2013). Assim sendo, estes são os dois profissionais que contêm a informação mais completa e precisa para o momento de transferência de cuidado e responsabilidade.</p> <p>O uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui um equipamento de segurança (<i>Orientação da Direção-Geral da Saúde 018/2011 de 23 de Maio, 2011</i>).</p> <p>Estes aspetos são identificados como barreiras ambientais durante o processo de transferência segundo Cunningham et al. (2010) e, como tal, controlar o ambiente permite de acordo com a AORN (2012) minimizar a possibilidade de informações chave não serem transferidas ou esquecidas.</p> |
|--|---|

| | | |
|--|---|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA | |

| | |
|---|--|
| <p>7.5. O enfermeiro de anestesia ou o enfermeiro da UCPA transmite a informação relacionada com a pessoa durante a fase intraoperatória e pós operatória imediata.</p> <p>7.6. O enfermeiro sistematiza a informação utilizando a mnemónica de transferência – IDEIA, transmitindo a seguinte informação:</p> <p>7.6.1. Transferência da pessoa do intraoperatório para o pós-operatório:</p> <p>I – Identificação dos profissionais (enfermeiros, médicos e anesthesiologista responsáveis pela pessoa no intraoperatório);</p> <p>Identificação da pessoa: dados demográficos (nome, idade, profissão), pessoa significativa, tipo de episódio (urgente ou programado).</p> <p>D – Diagnóstico de entrada, Antecedentes relevantes (antecedentes médicos, antecedentes cirúrgicos, medicação habitual); Avaliação Inicial (neurológica, emocional, sensitiva, motora, dor, risco de queda, risco de UPP).</p> | <p>A transferência de informações deve ser estruturada através da utilização de mnemónicas, modelos, e/ou listas de verificação. A <i>checklist</i> pós-operatória neurocirúrgica pretende ser uma ferramenta que permita a sistematização de informação indispensável à manutenção da segurança e continuidade dos cuidados de enfermagem, estruturando a informação a ser transmitida através de 5 áreas/itens fundamentais.</p> |
|---|--|

| | | |
|--|---|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA | |

| | |
|--|--|
| <p>E – Especificações Anestésicas: Tipo de anestesia, alterações significativas (hemodinâmicas e laboratoriais).</p> <p>I – Intervenção Cirúrgica: Ato Cirúrgico e intercorrências.</p> <p>A – Avaliação Final (neurológica, sensitiva, motora, gestão da dor, avaliação da temperatura); Recomendações (vias de acesso, drenagens, penso operatório)</p> <p>7.6.2. Transferência da pessoa da UCPA para o serviço de referência</p> <p>I – Identificação dos profissionais (enfermeiro da UCPA, médico e anesthesiologista responsável pela pessoa no intraoperatório);</p> <p>Identificação da pessoa: dados demográficos (nome, idade, profissão), pessoa significativa, tipo de episódio (urgente ou programado).</p> <p>D – Diagnóstico de entrada, Antecedentes relevantes (antecedentes médicos, antecedentes cirúrgicos, medicação habitual);</p> | |
|--|--|

| | | |
|--|---|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA | |

| | |
|---|--|
| <p>Avaliação Inicial (neurológica, emocional, sensitiva, motora, dor, risco de queda, risco de UPP).</p> <p>E – Especificações Anestésicas: Tipo de anestesia, alterações significativas (hemodinâmicas e laboratoriais).</p> <p>I – Intervenção Cirúrgica: Ato Cirúrgico e intercorrências. Observações e cuidados especiais para o pós-operatório (Vias de acesso, drenagens, penso, entre outros aspetos).</p> <p>A – Avaliação Final (neurológica, sensitiva, motora). Avaliação da pessoa de acordo com a escala de <i>Aldrete</i> modificada. Gestão e controlo da dor (medidas farmacológicas e não farmacológicas). Avaliação da temperatura: prevenir hipotermia, aplicar medidas de conforto. Controlo das náuseas e vómitos. Despiste de hemorragias. Registo e avaliação do débito urinário.</p> | |
|---|--|

| | | |
|--|---|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO BONC E UCPA DE NEUROCIRURGIA | |

| | |
|--|---|
| <p>Verificar se a família ou pessoa significativa se encontra presente e prestar informações acerca da pessoa.</p> <p>7.7. Transferir a informação tendo por base a informação escrita nos registos de enfermagem que se encontra estruturada de acordo com a mnemónica IDEIA.</p> <p>7.8. Após a transferência da informação relativa à pessoa, o enfermeiro que recebe a informação, assina a folha de registo de enfermagem confirmando a informação transmitida.</p> <p>7.9. A pessoa é transferida para o serviço com o processo completo e os exames complementares de diagnóstico.</p> | <p>Transferir a informação de acordo com as folhas implementadas no BONC e UCPA. Tal aspeto permite sustentar a informação oral na informação escrita proporcionando uma adequada estruturação de informação e um menor risco de perda/omissão de informação.</p> |
|--|---|

8. ANEXOS

ANEXO I – CHECKLIST PÓS-OPERATÓRIA NEUROCIRÚRGICA

ANEXO I – *CHECKLIST* PÓS-OPERATÓRIA NEUROCIRÚRGICA



CHECKLIST PÓS-OPERATÓRIA NEUROCIRÚRGICA

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

| | | | | | |
|---------------------------|---|-------------------------|---|---------------------------|---|
| I | <p>✓ IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS</p> <p>✓ IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA</p> <p>DADOS DEMOGRÁFICOS (nome completo, idade, profissão, pessoa significativa)</p> <p>EPISÓDIO (programado ou urgente)</p> | | | | |
| D | <p>✓ DIAGNÓSTICO DE ENTRADA</p> <table border="0"><tr><td data-bbox="491 875 815 909">ANTECEDENTES RELEVANTES</td><td data-bbox="831 801 1177 965">Antecedentes médicos Antecedentes cirúrgicos Medicação habitual</td></tr><tr><td data-bbox="491 1088 711 1122">AVALIAÇÃO INICIAL</td><td data-bbox="735 1010 1225 1223">Neurológica, Emocional, Sensitiva, Motora Dor Risco de queda, Risco de UPP</td></tr></table> | ANTECEDENTES RELEVANTES | Antecedentes médicos Antecedentes cirúrgicos Medicação habitual | AVALIAÇÃO INICIAL | Neurológica, Emocional, Sensitiva, Motora Dor Risco de queda, Risco de UPP |
| ANTECEDENTES RELEVANTES | Antecedentes médicos Antecedentes cirúrgicos Medicação habitual | | | | |
| AVALIAÇÃO INICIAL | Neurológica, Emocional, Sensitiva, Motora Dor Risco de queda, Risco de UPP | | | | |
| E | <p>✓ ESPECIFICAÇÕES ANESTÉSICAS</p> <table border="0"><tr><td data-bbox="491 1352 751 1386">TIPO DE ANESTESIA</td><td data-bbox="906 1352 1139 1397">Hemodinâmicas</td></tr><tr><td data-bbox="491 1413 871 1447">ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS</td><td data-bbox="906 1413 1098 1458">Laboratoriais</td></tr></table> | TIPO DE ANESTESIA | Hemodinâmicas | ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS | Laboratoriais |
| TIPO DE ANESTESIA | Hemodinâmicas | | | | |
| ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS | Laboratoriais | | | | |
| I | <p>✓ INTERVENÇÃO CIRÚRGICA</p> <p>INTERCORRÊNCIAS</p> | | | | |
| A | <p>✓ AVALIAÇÃO FINAL (NEUROLÓGICA, SENSITIVA, MOTORA, DOR, TEMPERATURA)</p> <table border="0"><tr><td data-bbox="491 1895 735 1928">RECOMENDAÇÕES</td><td data-bbox="762 1839 975 1973">Vias de acesso Drenagens Penso operatório</td></tr></table> | RECOMENDAÇÕES | Vias de acesso Drenagens Penso operatório | | |
| RECOMENDAÇÕES | Vias de acesso Drenagens Penso operatório | | | | |

**APÊNDICE XVI – PLANO DE SESSÃO, DIAPOSITIVOS E
AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 2: SEGURANÇA E
CONTINUIDADE DOS CUIDADOS À PESSOA DURANTE A
TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA**

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Segurança e continuidade dos cuidados à pessoa durante a Transição Perioperatória

OBJETIVO GERAL: Incorporar a comunicação efetiva como um dos tópicos chave para a melhoria da segurança da pessoa e continuidade de cuidados e aprofundar conhecimentos relacionados com o controlo de infeção em cateteres centrais e periféricos.

LOCAL: ESTÁGIO II – BONC

DATA: 14.01.2015

DURAÇÃO: 60 MIN

FORMADOR: Filomena Bento

GRUPO-ALVO: Enfermeiros do BONC

| Etapas | Atividades didáticas | Conteúdos | Métodos e técnicas pedagógicas | Equipamentos/meios didáticos | Avaliação | Tempo (min.) |
|-------------------|--|---|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Introdução | Apresentação do tema | Apresentar o tema ao grupo-turma | Expositivo | Videoprojector | Apresentação audiovisual | 1 min |
| | Apresentação objetivo geral da sessão | -Incorporar a comunicação efetiva como um dos tópicos chave para a melhoria da segurança da pessoa e continuidade de cuidados -Aprofundar conhecimentos relacionados com o controlo de infeção em cateteres centrais e periféricos | Expositivo | Videoprojector | Apresentação audiovisual | 2 min |

| | | | | | | |
|-----------------|--|---|------------------|----------------|--------------------------|--------|
| | <p>Apresentação objetivos específicos da sessão</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Rever conteúdos da sessão de formação anterior -Finalizar a folha de enfermagem do intraoperatório e UCPA de acordo com as sugestões/modificações propostas -Apresentar do procedimento setorial relativo ao projeto IDEIA adaptado ao BONC -Aprofundar conhecimentos relacionados com o controlo de infeção nos locais de inserção de cateteres centrais e periféricos de acordo com o procedimento multisectorial implementado no CH e as <i>Bundles</i> internacionais | Expositivo | Videoprojector | Apresentação audiovisual | 2 min |
| Desenvolvimento | <p>Apresentação dos conteúdos</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Definir o conceito de comunicação efetiva -Clarificar o conceito de transferência: <i>handover/handoff</i> -Enumerar algumas <i>checklists</i> utilizadas durante o processo de transferência | Expositivo/Ativo | Videoprojector | Apresentação audiovisual | 50 min |

| | | | | | | |
|------------------|---------------------------|---|------------------|----------------|--------------------------|--------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar os fatores dificultadores e facilitadores do processo de transferência -Aprofundar conhecimentos no âmbito do projeto IDEIA, com o intuito de melhorar a transferência da pessoa do período intraoperatório para o pós-operatório - Explicitar o percurso desenvolvido no BONC durante a implementação do projeto IDEIA -Justificar a importância do tema do controlo de infeção em cateteres vasculares | Expositivo/Ativo | Videoprojector | Apresentação audiovisual | 50 min |
| | Síntese | Entrega do <i>dossier</i> de apoio ao projeto IDEIA e análise final do percurso de implementação do projeto | Expositivo/Ativo | _____ | Papel | 10 min |
| Conclusão | Avaliação em grupo | Entregar a folha de avaliação da sessão | Escrito | _____ | Papel e caneta | 5 min |
| | Conclusão | Considerações finais e oportunidade de colocação de questões/Sugestões | Expositivo/Ativo | Videoprojector | Apresentação audiovisual | 5 min |

4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Segurança e continuidade dos cuidados à pessoa durante a Transição Perioperatória



14 Janeiro 2015

Discente
Filomena Bento
Docente orientadora:
Prof. Sónia Ferrão

Enf. Supervisora:
Enf.ª Helena Serafim

OBJETIVO GERAL

Incorporar a comunicação efetiva como um dos tópicos chave para a melhoria da segurança da pessoa e continuidade de cuidados.

Aprofundar conhecimentos relacionados com o controlo de infeção em cateteres centrais e periféricos.

SUMÁRIO...

Rever os conteúdos da sessão de formação anterior

Finalizar a folha de enfermagem do intraoperatório e UCPA de acordo com as sugestões/modificações propostas

Apresentar do procedimento setorial relativo ao projeto IDEIA

Partilhar aspetos relacionados com o controlo de infeção nos locais de inserção de cateteres centrais e periféricos de acordo com o procedimento multisectorial e as *Bundles* internacionais

PROCESSO DE COMUNICAÇÃO



Recetor

Emissor

Comunicação Efetiva

60 a 70% de eventos adversos

Transferência de responsabilidade de cuidado

Processo

Inf

Patient Care

Institute for Healthcare Improvement (IHI) (2011)
The Victorian Quality Council Safety and Quality in Health (2010)

(Friesen, White, & Byers, 2008; Catalano, 2009; Patterson & Wears, 2010)

HANDOVER/HANDOFF

Padrão de comunicação

Metas da organização

Continuidade de cuidados

Segurança de cuidados

Consistência

ADMISSÃO
ENCAMINHAMENTO
TRANSFERÊNCIA

(Athanasakis, 2013)
(Catalano, 2009; Manser & Foster, 2011)
(Andrade et al., 2010)

HANDOVER/HANDOFF

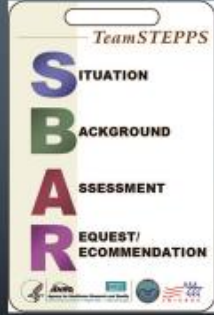


| | |
|-----------------------|--|
| I IDENTIFY | Introduce yourself and your patient |
| S SITUATION | Why are you calling? Briefly state the problem |
| O OBSERVATIONS | Recent vital signs and clinical assessment |
| B BACKGROUND | Relevant information related to the patient |
| A AGREED PLAN | What needs to happen? Assessment of the situation |
| R READ BACK | Clarify and check for shared understanding. Who is responsible for what and by when? |

"I PASS the BATON"
A mnemonic for healthcare and healthcare transitions

| | |
|--------------------------|---|
| I Introduction | Introduce yourself and your colleague (name, title) |
| P Patient | Name, address, age, sex, location |
| A Assessment | Presenting chief complaint, vitals signs and symptoms and diagnosis |
| S Situation | Current medications, including over the counter, and if appropriate, recent changes, allergies, treatment |
| S SAFETY Concerns | Check for allergies, contraindications, allergies, renal/liver, status, etc. |
| B Background | Chief complaint, previous medical, current medications, family history |
| A Actions | What actions were taken or are required and pending and rationale |
| T Timing | Level of urgency and expected timing, availability of staff |
| O Ownership | Who is responsible for ongoing care including patient/family responsibilities? |
| R Next | What will happen next? (discharge, transfer) What is the next contingency plan? |

Responsibility, Accountability, Authority



HANDOVER/HANDOFF

FATORES DIFICULTADORES

- Barreiras de comunicação
- Ausência de normas/protocolos e orientações
- Falhas de equipamentos de transmissão de mensagem
- Ambientais
- Restrições de tempo/Inadequada gestão de tempo
- Dificuldade na transmissão da informação
- Falta de treino
- Fatores humanos

FATORES FACILITADORES

- Competências de comunicação
- Orientações/normas e protocolos estandardizados
- Minimizar os fatores ambientais durante a transferência
- Envolvimento conjunto de toda a equipa de enfermagem
- Pessoa que supervisione e oriente o processo de implementação do handover

(Riesenberg, Leitzsch, & Cunningham, 2010)

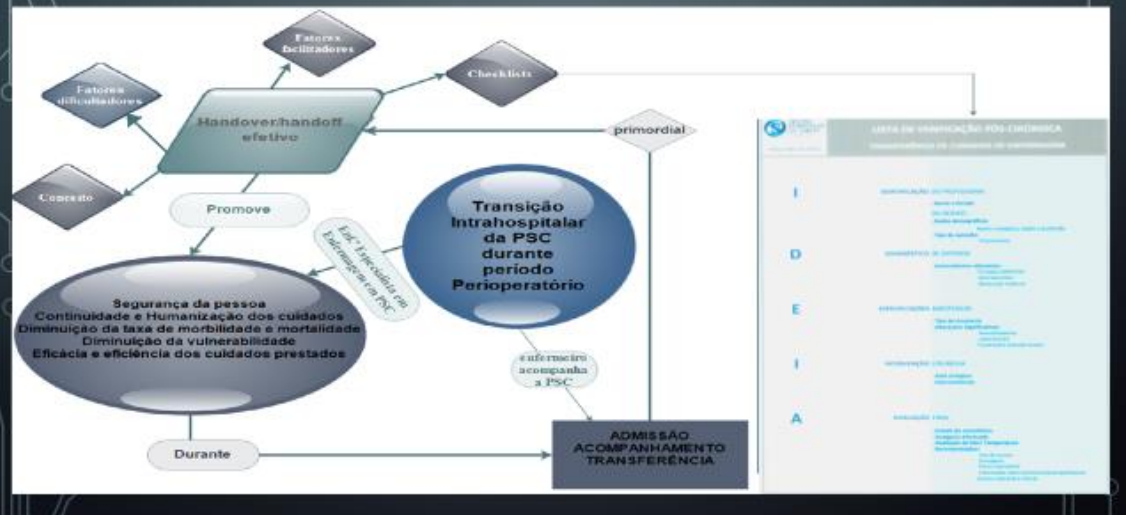
PROJETO IDEIA

Procedimento Sectorial
ÁREA ANESTESIOLOGIA E BLOCOS OPERATÓRIOS
TRANSPORTE DO DOENTE CIRÚRGICO PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL E DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

SDO.1055

| Critérios | |
|--------------------------------------|---|
| Identificação do profissional | |
| | Nome |
| | Função |
| I | Identificação do doente |
| | Dados demográficos |
| | Episódio (programado ou Urgente) |
| | Diagnóstico de entrada |
| D | Cirurgias anteriores |
| | Internamentos |
| | Medicação habitual |
| | Especificações Anestésicas |
| | Tipo de anestesia |
| E | Alterações hemodinâmicas significativas |
| | Alterações significativas laboratoriais |
| | Transfusões hemoderivados |
| | Intervenção Cirúrgica |
| I | Ato cirúrgico |
| | Intercorrências |
| | Avaliação Final |
| | Estado de Consciência |
| | Analgesia |
| | Avaliação da Dor |
| A | Avaliação da Temperatura |
| | Recomendações |
| | Vias de acesso |
| | Drenagens |
| | Penso operatório |
| | Informação sobre familiares/acompanhantes |

PERCURSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA IDEIA ...



PERCURSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA IDEIA ...



REGISTO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA

REGISTO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
UCPA DE NEUROCIRURGIA

Dossier de apoio ao projeto IDEIA

Adaptação da IDEIA pessoa neurocirúrgica

Reestruturação da folha do perioperatório

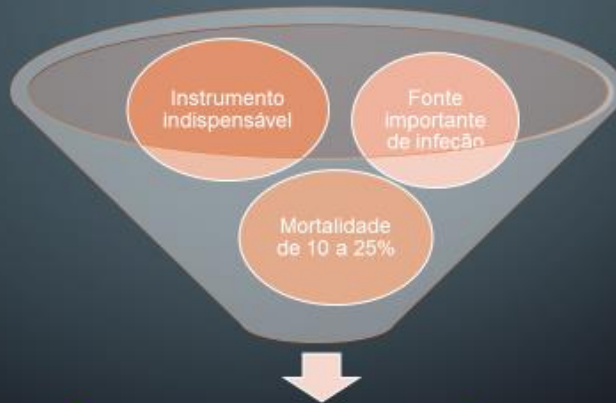
Poster no local de transferência

| CENTRO HOSPITAL DE LEONAR | | CHECKLIST PÓS-OPERATÓRIA NEUROCIRÚRGICA | |
|---|--|--|--|
| TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | | |
| I | IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS | ✓ IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA | |
| | DADOS DEMOGRÁFICOS (nome completo, idade, profissão, pessoa significativa) | EPISÓDIO (programado ou urgente) | |
| D | DIAGNÓSTICO DE ENTRADA | ✓ ANTECEDENTES RELEVANTES | |
| | ANTECEDENTES RELEVANTES | Antecedentes médicos Antecedentes cirúrgicos Medicação habitual | |
| | AValiação INICIAL | Neurológica, Emocional, Sensitiva, Motora Dor Risco de queda, Risco de UPP | |
| E | ESPECIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | ✓ TIPO DE ANESTESIA | |
| | ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS | Hemodinâmicas Laboratoriais | |
| I | INTERVENÇÃO CIRÚRGICA | ✓ INTERCORRÊNCIAS | |
| | INTERCORRÊNCIAS | | |
| A | AValiação FINAL (NEUROLÓGICA, SENSITIVA, MOTORA, DOR, TEMPERATURA) | ✓ RECOMENDAÇÕES | |
| | RECOMENDAÇÕES | Vias de acesso Drenagens Pensos operatório | |

Segurança e continuidade dos cuidados à pessoa: Transição perioperatória



PORQUÊ DA SUA IMPORTÂNCIA ?



Cateteres vasculares

Khanna, Mukhopadhyay, K E, Verma, & Dabke (2013)

CHLC... Como pesquisar?



Intranet

Organização | Circulars | Áreas de Informação | Contatos | Documentação | Divulgação | Utilidade | **Políticas e** **Procedimentos** | **Formas e** **Instituições** | Gestão de **Risco** | Locais

AJUDA
[Pedido sobre Autorização Prévia para a Realização de Investimento](#)

Área de Gestão de Recursos Humanos
Informar-se sobre os colaboradores que se encontram disponíveis através impressão da Área de Recursos Humanos, para que possa ser feito o controlo da mesma e respetivo preenchimento.

Comissão de Cateteres
[Norma da Comissão - 2011](#)
[Plano de Emergência Sistema - Cateteres](#)

[MEMORANDO DE ENTENDIMENTO SOBRE AS CONDIÇÕES GERAIS DE POLÍTICA BIODIVERSA](#)

SE É SAUDÁVEL
E TEM ENTRE 18 E 65 ANOS
FAÇA A DIFERENÇA
DÊ SANGUE

CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central
RSU - Serviço de Registo de Doações de Sangue
RSU - Serviço de Registo de Doações de Sangue
RSU - Serviço de Registo de Doações de Sangue

Aplicação de Registo de Pedidos de Alta e Transferências (RPAAT)

CHLC... Como pesquisar?



Políticas
e
Procedimentos

O Sistema documental do CHLC integra três níveis de documentos:

POLÍTICAS, definidas pelo Conselho de Administração (CA) e que são orientações estratégicas para a dimensão operacional;
PROCEDIMENTOS MULTISSECTORIAIS, que dizem respeito a mais do que uma Área;
PROCEDIMENTOS SECTORIAIS, que dizem respeito a uma única Área.

Este sistema é gerido pela Comissão da Qualidade e Segurança do Doente (CQSD) e deverá estar permanentemente atualizado. Para tal os contributos dos colaboradores são solicitados em permanência para a constante adequação dos documentos às necessidades. Para este efeito existe um campo designado "Fale connosco" no qual qualquer colaborador poderá interagir com a CQSD enviando questões, sugestões ou críticas.

Estamos a proceder à análise da documentação para uma melhor estruturação da mesma, pelo que foram retirados os procedimentos sectoriais.

Modulos de Documentos

| Código | Descrição |
|---------|----------------------------------|
| ADD103 | Quest Enq Frasco Responder |
| INV181 | Consentim. Externos Investigação |
| INV181 | Formac. Histoq. Proj. Investig. |
| SST112 | Lista Prep. Quimica |
| FIN189 | RezoarFuncionarios AAS |
| SDD 118 | Flora_Hilo_Conformidade |
| SDD 118 | Flora_Hilo_Patologia |
| SDD 118 | Flora_Hilo_Patologia Clínica |
| SDD 118 | Flora_Hilo_Producao Anatomia |
| SDD 118 | Flora_Hilo_Anatomopatologia |

Últimas Políticas Publicadas

| Código | Descrição | Documento | Procedimentos |
|--------|--|-----------|---------------|
| DDV | Identificação e Proteção do Doente Vulnerável | | |
| DDM | Política de Descontaminação Dispositivos Médicos | | |
| MFC | Política de Anticoagulantes | | |

Últimos Procedimentos Publicados

| Código | Descrição | Tipo | Documento | Política Associada |
|--------|---|----------------|-----------|--------------------|
| SST114 | Desamarramento Aparental de Clósteres | Multisectorial | | SST |
| TRC116 | Diagnóstico de Morte Cerebral em Pedidos | Multisectorial | | TRC |
| RUJ118 | Metodologia para a Atuação de Insetos de Biotipo de Cordeiro e Transporte de Órgãos e Tecidos | Multisectorial | | RUJ |

CHLC... Como pesquisar?



Políticas
e
Procedimentos

Publicas - Pesquisa

Termo de Pesquisa:

* Clique em pesquisa sem conteúdo de pesquisa para retornar todos os resultados

As palavras e expressões nunca devem conter espaços ou caracteres especiais (a, z, 0, 1, etc.)

| Código da Política | Descrição da Política | Documento | Procedimentos |
|--------------------|---|-----------|---------------|
| ADD | Política de Referência e Admissão do Doente | | |
| ARR | Política Assistencial Respiratória e Hemodinâmica | | |
| ARD | Política de Alimentação e Nutrição | | |
| ART | Política de Arte do Doente | | |
| APR | Política de Alojamento | | |
| CH | Política de Conselho de Informação Hospitalar | | |
| COM | Política de Comunicação | | |
| DDM | Política de Descontaminação Dispositivos Médicos | | |
| DDV | Identificação e Proteção do Doente Vulnerável | | |
| RFI | Política de Gestão Financeira | | |

▶ 34

Página 1 de 10 de 31

CHLC... Como pesquisar?

Políticas e Procedimentos

Centro de Políticas e Avaliação de Políticas e Procedimentos

CIH

Política de Comissão de Infeção Hospitalar

Atualização de Procedimentos por Política

| Código do Procedimento | Descrição | Fase | Procedimento |
|------------------------|--|------------|--------------|
| CH112 | Prevenção de infeção de Lesão Ganglionar no Adulto | Atualizado | |
| CH120 | Prevenção de infeção relacionada com cateterização no Adulto | Atualizado | |
| CH124 | Prevenção de infeção relacionada com dispositivos intravasculares no Adulto | Atualizado | |
| CH117 | Prevenção e Descontaminação de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo na Drenagem Associada à Prática | Atualizado | |
| CH187 | Prevenção e controlo de Tuberculose Hospitalar - CHLC | Atualizado | |
| CH118 | Medidas Preventivas Contra o Crescimento de Legionella - CHLC | Atualizado | |
| CH111 | Reposicionamento de Endoscópios Flexíveis - CHLC | Atualizado | |
| CH119 | Prevenção e controlo de infeções relacionadas com o reposicionamento, manutenção e utilização de dispositivos médicos - CHLC | Atualizado | |
| CH126 | Prevenção de infeção relacionada na Área de Saúde de Doenças, Legistas e Distribuição - CHLC | Atualizado | |
| CH127 | Higiene das mãos em Hospitais - MOE e HSC | Atualizado | |
| CH186 | Prevenção de isolamento baseado nos Códigos de Transmissão - CHLC | Atualizado | |
| CH192 | Plano de Investigação num Surto de Infeção - CHLC | Atualizado | |
| CH188 | Prevenção de Controlo em Doenças de Sazonalidade Sanguínea e de Infeção em Doentes de Alto Risco - CHLC | Atualizado | |
| CH185 | Prevenção e Controlo de surtos de infeções epidemiológicas inesperadas - CHLC | Atualizado | |
| CH121 | Prevenção de infeção relacionada no Tratamento de Resíduos Hospitalar - CHLC | Atualizado | |
| CH190 | Controlo de infeção nos Cuidados Post-Mortem - CHLC | Atualizado | |
| CH110 | Higiene das Ambulâncias e Unidades de Transporte de Doentes - CHLC | Atualizado | |
| CH181 | Prevenção de Infeção - CHLC | Atualizado | |

CIH. 124 – Prevenção de infeção relacionada com dispositivos intravasculares no Adulto



Sistema de categorização de recomendações

IA

IB

IC

II

Questões não resolvidas

(O'Grady et al., 2011)

(CHLC, 2011)

CIH. 124 – Prevenção de infecção relacionada com dispositivos intravasculares no Adulto

Seleção e substituição de cateteres intravasculares
IA

Remover o cateter logo que não seja necessário
Não fazer por rotina culturas das pontas de cateter
Quando a técnica asséptica não é garantida, substituir cateter o mais cedo possível e no prazo de 48h

Pensos de cateter
IA

Pensos estéreis semipermeáveis IA
Substituir quando se encontram repassados, descolados ou necessidade de avaliação de local de inserção
IB
Não utilizar pomadas ou cremes antibióticos ou de antissépticos

Vigilância do local de inserção
IB

Avaliação pelo menos diária do local de inserção

CIH. 124 – Prevenção de infecção relacionada com dispositivos intravasculares no Adulto

Higienização das Mãos
IA

5 Momentos da Higienização das mãos

Formação e treino dos profissionais
IA

Formação contínua
Avaliação periódica dos conhecimentos

Desinfecção cutânea
IA

Clorhexidina a 2%
Não aplicação de solventes orgânicos na pele

Técnicas assépticas de inserção do cateter
IA

Utilização de luvas estéreis
Não utilização do desbridamento, preferir a técnica de Seldinger

CIH. 124 – Prevenção de infeção relacionada com dispositivos intravasculares no Adulto

Substituição de fluidos intravenosos ou sistemas de administração
IA

Infusões de propofol: substituir prolongamentos a cada 6 a 12 h (IA)

Não utilizar por rotina filtros bacterianos com o objetivo do controlo de infeção (IA)

Desinfetar a torneira de 3 vias ou dispositivos de acesso intravascular sem agulha com álcool a 70°, antes de administrar fármacos (IA)

BIBLIOGRAFIA

- Adamski, P. (2007). Implement a handoff communications approach. *Nursing Management*, (January), 10–12. Retrieved from www.nursingmanagement.com
- Andrade, G., Gomes, A., Grilo, A., Guimarães, T., & Santos, M. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temática* (10), 47–57.
- Athanasakis, E. (2013). Synthesizing Knowledge about Nursing Shift Handovers: Overview and Reflections from Evidence-Based Literature. *International Journal of Caring Sciences September*, 6(3), 300–313.
- Catalano, K. (2009). Hand-Off Communication Does Affect Patient Safety. *Plastic Surgical Nursing*, 29(4), 266–270.
- Fachada, M. (2012). *Psicologia das Relações Interpessoais* (2ª ed., p. 486). Lisboa: Edições Sílabo.
- Friesen, M., White, S., & Byers, J. (2008). Handoffs: Implications for Nurses What is a Handoff? In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Hughes, R., Vol. 28, pp. 1–48). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/FriesenM_HOIN.pdf
- Institute for Healthcare Improvement. (2011). Improving Transitions in Hospital care. Retrieved June 12, 2014, from <http://www.ihl.org/education/WebTraining/Expeditions/Transitions/Pages/default.aspx>
- Manser, T., & Foster, S. (2011). Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181–191. doi:10.1016/j.bpa.2011.02.006
- O'Byrne, W., Weavind, L., & Selby, J. (2008). The science and economics of improving clinical communication. *Anaesthesia Clin*, 26(4), 729–744.
- Oliveira, M. (Ed.). (2009). *Manual de Aprendizagem: Metodologia de Estudo & Técnicas de Comunicação e Expressão do Alemão* (p. 188). BoD – Books on Demand.
- Patterson, E., & Wears, R. (2010). Patient Handoffs: Standardized and Reliable Measurement Tools Remain Elusive. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety Continuity*, 36(2), 52–61.
- Perry, S. (2004). Transitions in Care: Studying safety in emergency department signovers. *Focus on Patient Safety*, 7(2), 1–3.
- Riesenberg, B., Leitzsch, J., & Cunningham, J. (2010). Nursing Handoffs: *AJN*, 110(4), 24–34.
- The Victorian Quality Council Safety and Quality in Health. (2010). *Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care* (p. 12). Victoria: Hospital and Health Service Performance Division, Victorian Government Department of Health. Retrieved from http://www.health.vic.gov.au/quality_council
- World Health Organization. (2007). Communication during patient hand-overs. *Patient Safety Solutions*, 1(3), 1–4. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Communication+During+Patient+Hand-Over#0>

APRESENTAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS À AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 2:

“SEGURANÇA E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS À PESSOA DURANTE A TRANSIÇÃO PERIOPERATÓRIA”

A sessão de formação foi realizada no BONC, no dia 14 de Janeiro de 2015. Assistiram a esta sessão um total de 12 enfermeiros, dos quais fazia parte a Enfermeira chefe, a Enfermeira Coordenadora dos Blocos Operatórios – Enf.^a Mercedes Bilbao e o Enfermeiro Chefe do BOC1, onde atualmente exerço funções.

A avaliação da sessão foi realizada tendo por base o modelo implementado no CH, sendo que este modelo foi mobilizado com o mesmo fim neste contexto académico-formativo.

Os resultados da avaliação da sessão estão apresentados em formato de quadro e em percentagem.

| Apreciação global | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---|----------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|
| 1.As suas expetativas em relação à formação foram satisfeitas | 0% | 0% | 8% | 92% |
| 2.Os objetivos da formação foram atingidos | 0% | 0% | 8% | 92% |
| 3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil | 0% | 0% | 17% | 83% |
| 4.Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos | 0% | 0% | 8% | 92% |
| 5.A teoria foi relacionada com a prática | 0% | 0% | 17% | 83% |
| 6.A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico | 0% | 0% | 8% | 92% |
| 7.Foram abordados todos os pontos que considerou importantes | 0% | 0% | 17% | 83% |
| 8.A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade | 0% | 0% | 17% | 83% |
| 9.Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida | 0% | 0% | 50% | 50% |
| 10.A duração da formação foi adequada | 0% | 0% | 17% | 83% |
| 11.O horário da formação foi adequado | 0% | 0% | 17% | 83% |

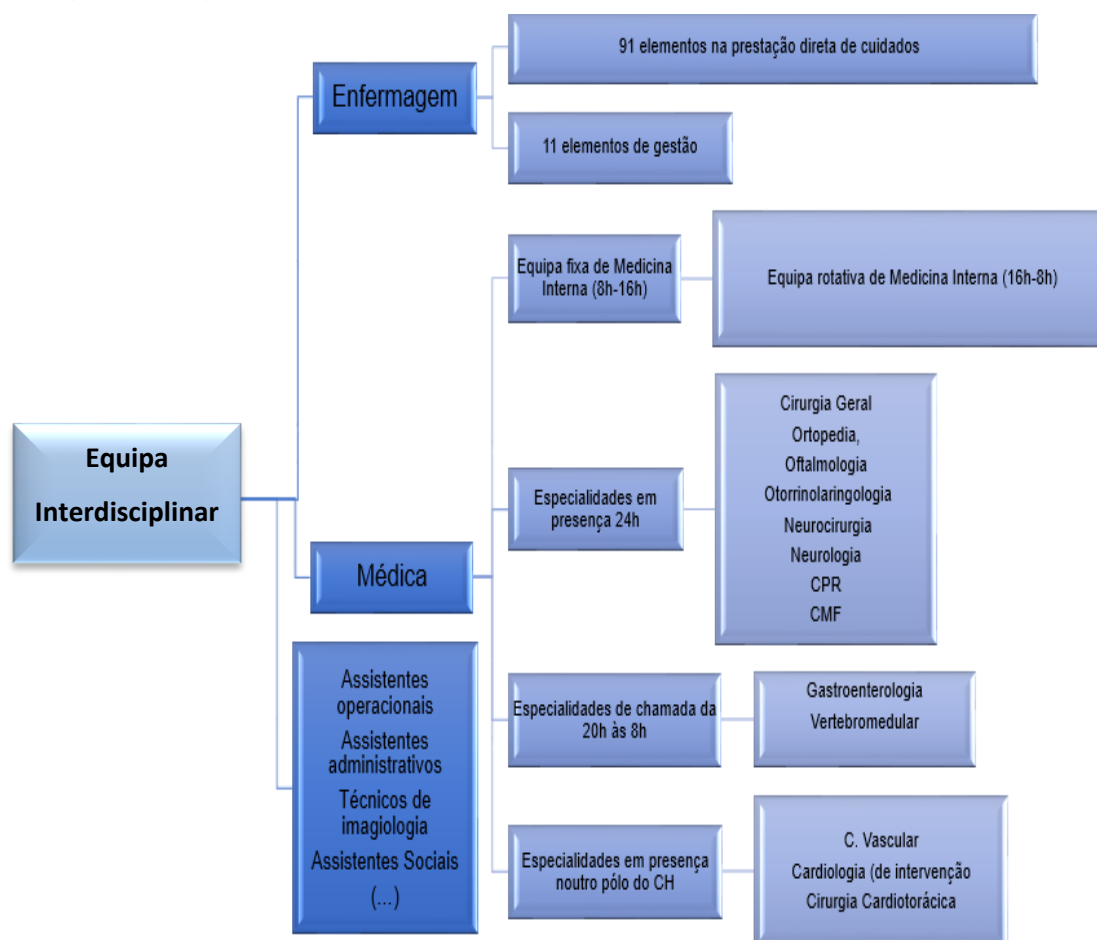
| Metodologia | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito bom |
|---|---------------------|-------------------|------------|------------------|
| 12.Domínio dos conteúdos apresentados | 0% | 0% | 0% | 100% |
| 13.Facilidade de transmissão de conhecimentos | 0% | 0% | 8% | 92% |
| 14.Clareza na transmissão de conhecimentos | 0% | 0% | 0% | 100% |
| 15.Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos | 0% | 0% | 0% | 100% |
| 16.Interação com o grupo | 0% | 0% | 0% | 100% |
| 17.Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas | 0% | 0% | 0% | 100% |
| 18.Gestão de tempo | 0% | 0% | 8% | 92% |
| 19.Pontualidade | 0% | 0% | 8% | 92% |

APÊNDICE XVII – CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUP

Este apêndice surge no âmbito da realização do estágio em contexto de SUP. Este estágio decorreu no período de tempo compreendido entre 5 de Janeiro a 13 de Fevereiro de 2015, perfazendo um total de seis semanas.

O SUP está integrado na Área dos Cuidados Intensivos e Urgência, apresenta um elevado nível de diferenciação técnica para a prestação de cuidados em situações de urgência/emergência e está localizado num hospital central, tal como o preconizado pela DGS (2001).

Dispõe, desta forma de um conjunto de especialidades e valências que dão resposta às necessidades da PSC e/ou falência orgânica 24 horas por dia, sendo constituído por uma equipa interdisciplinar, tal como se pode verificar no diagrama seguinte:



De um total de 102 enfermeiros, 22 são enfermeiros com título de enfermeiro especialista, encontrando-se distribuídos pelas diferentes equipas.

Através do diagrama também se pode verificar que determinadas especialidades, tais como Cirurgia Vasculare, Cardiologia de Intervenção e Cirurgia Cardiotorácica não se encontram em presença física no SUP, mas sim noutra pólo do CH.

Embora determinadas especialidades estejam fisicamente dispersas pelos diferentes hospitais que constituem o CH, acabam por oferecer uma resposta diferenciada de acordo com as necessidades da pessoa, criando uma rede de referênciação coesa.

Fisicamente o SUP é um espaço complexo sendo constituído por uma zona de admissão; sala de espera geral; três postos de triagem com respetiva sala de espera; sala de espera de pessoas triadas a amarelo e laranja; balcão geral e de cirurgia (cinco gabinetes médicos); pequena cirurgia; gabinete de ortopedia com respetiva sala de tratamento; gabinete de otorrinolaringologia, gabinete de oftalmologia; gabinete de psiquiatria com respetiva sala de SO, balcão de pessoas triadas a azul e verde; balcão de pessoas triadas a amarelo e laranja; cinco SO; uma sala de isolamento e finalmente a unidade de observação que se divide em duas áreas distintas: duas Unidades de Emergência e duas Unidades de Trauma.

Para estas Unidades de Emergência e Trauma são direcionadas todas as pessoas triadas com a cor vermelha ou cujo transporte esteja assegurado pela tripulação de Bombeiros ou Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) em que se verifique risco de vida ou tenham iniciado manobras de reanimação.

Neste tipo de situações a pessoa ao entrar no SUP, é sinalizada através de um alarme sonoro (acionado pelo vigilante ou Enfermeiro do posto de triagem) e posterior encaminhamento para a Unidade de Observação adequada.

As Unidades de Trauma apresentam a particularidade de estarem equipadas com aparelho de RX, pelo que são preferencialmente destinadas a pessoas que recorrem ao SU com quadro de traumatismos múltiplos.

Após a reanimação e estabilização da pessoa, a mesma é transferida para uma SO, serviço de internamento, BOC ou UCI tendo em conta a sua situação particular.

As SO, destinam-se às pessoas que necessitam de cuidados médicos urgentes e a permanência nas mesmas está condicionada à sua estabilização clínica e/ou decisão médica, sendo que por norma não deve ultrapassar as 24 horas. Como tal, tem de se verificar uma relação adequada entre o SUP e os serviços de internamentos a fim de dar resposta a este tipo de necessidades.

**APÊNDICE XVIII – PROPOSTA DO PROCEDIMENTO SETORIAL:
TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL PARA O BLOCO
OPERATÓRIO CENTRAL**

| | | |
|--|--|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL | |

| |
|------------------|
| APROVAÇÃO |
| |

1. OBJECTIVO

Garantir a continuidade de cuidados e a segurança da pessoa durante o processo de transferência do Serviço de Urgência Central para o Bloco Operatório Central.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se ao Serviço de Urgência Central.

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Pela implementação do Procedimento: Enfermeiro chefe/responsáveis do serviço de Urgência Central.

3.2. Pela revisão do procedimento: Coordenador da Área da Urgência.

4. DEFINIÇÕES

A nível internacional, várias instituições têm enfatizado a importância da comunicação efetiva nos momentos de transferência de cuidados, sendo geralmente denominados por *Handover/Handoff*.

Handover/Handoff pode ser definido como um processo em tempo real de transmissão de informação oral ou escrita relativa à situação da pessoa e, transferência de responsabilidade pelo cuidado de um profissional para outro,

| | | |
|--|--|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL | |

sendo condicionado pela comunicação efetiva (Byers et al., 2008; Catalano, 2009; Patterson & Wears, 2010).

Handover/handoff não é mais do que um padrão de comunicação que é aplicado na prática diária de cuidados, a fim de se cumprir as metas da organização, continuidade, consistência e segurança (Athanasakis, 2013), permitindo a admissão, encaminhamento e transferência dentro do mesmo serviço, entre serviços ou entre unidades de saúde (Catalano, 2009; Foster & Manser, 2011), que acontece num sistema organizacional e cultural complexo (Andrade et al., 2010).

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

AORN – Association of Perioperative Registered Nurses

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

BOC – Bloco Operatório Central

DGS – Direção-Geral de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

WHO - World Health Organization

6. REFERÊNCIAS

AESOP (2013). Frequently Asked Questions. Acedido a 06/12/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/deep2013-faqs-pdf.aspx>

Amaral, M., Gonçalves, R., & Nunes, L. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

| | | |
|--|--|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL | |

Amato-Vealey, E., Barba, M., & Vealey, R. (2008). Hand-off communication: a requisite for perioperative patient safety. *AORN Journal*, 88(5), 763–774.

Andrade, G., Gomes, A., Grilo, A., Guimarães, T., & Santos, M. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente : problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temat(10)*, 47–57.

AORN. (2012). Perioperative Patient 'Hand-Off' Tool Kit. Acedido a 08/06/2014. Disponível em:

http://www.aorn.org/Clinical_Practice/ToolKits/Patient_Hand_Off_Tool_Kit/Patient_Hand_Off_Tool_Kit.aspx

Athanasakis, E. (2013). Synthesizing knowledge about nursing shift handovers: overview and reflections from evidence-based literature. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 300–313.

Byers, J., Friesen, M., & White, S. (2008). Handoffs : implications for Nurses what is a handoff? In R. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Vol. 2, pp. 285–332). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Catalano, K. (2009). Hand-off communication does affect patient safety. *Plastic Surgical Nursing*, 29(4), 266–270.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL (2011). *Procedimento Sectorial da Área de Anestesiologia e Blocos Operatórios SDO.1055. Transporte do doente cirúrgico para o bloco operatório central e do bloco operatório central do Hospital de S. José*. Acessível no Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

Cunningham, J., Leitzsch, J., & Riesenber, B. (2010). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24–34.

Direção-Geral da Saúde (2014). *Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. Lisboa.

Ebright, P., Flanagan, M., & Welsh, C. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58(3), 148–154.

| | | |
|--|--|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL | |

Foster, S., & Manser, T. (2011). Effective handover communication : an overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181–191.

Kranke, P., Murat, I., O'Sullivan, G., Smith, A., Smith, I., Søreide, E., ... Veld, B. in't. (2011). Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the european society of anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology*, 28(8), 556–569.

Orientação da Direção-Geral da Saúde 018/2011 de 23 de Maio (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Lisboa.

Patterson, E., & Wears, R. (2010). Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety Continuity*, 36(2), 52–61.

| NORMA | TÍTULO | CRITÉRIOS |
|-------|--------|-----------|
| | | |

- Outros

<http://www.jointcommission.org/>

www.safetyandquality.gov.au

7. DESCRIÇÃO

Cada unidade de saúde deve adotar, desenvolver e implementar uma ferramenta/*checklist* que promova a padronização do processo de *handover/handoff*, com o objetivo final de melhorar a continuidade e a segurança da pessoa (AORN, 2012), durante o seu internamento hospitalar, diminuindo assim a ocorrência de eventos adversos relacionados com a comunicação.

O paciente cirúrgico é mais vulnerável à ocorrência de erros durante os momentos de transferência, devido ao elevado número de transferências que ocorrem durante a transição pré, intra e pós-operatória (Amato-Vealey et al.,

| | | |
|--|--|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL | |

2008). Assim, a existência de uma comunicação efetiva e padronizada entre os prestadores de cuidados nos momentos de transição perioperatória vai facilitar a segurança e antecipar complicações. A comunicação que é oportuna, precisa, completa e, sem ambiguidades reduz o erro e promove a melhoria da segurança da pessoa (Amato-Vealey et al., 2008).

Considerando que o CHLC já apresenta para o contexto do intraoperatório uma *checklist* de transferência denominada IDEIA e, que tal como foi referenciado acima, é importante que cada unidade de saúde implemente e padronize o processo de *Handover/Handoff*, torna-se pertinente utilizar a mesma mnemónica no processo de transferência intra-hospitalar da pessoa do SUP para o BOC.

| Prática | Fundamentação |
|---|--|
| <p>7.1. Antes de iniciar o transporte intra-hospitalar o enfermeiro do serviço de urgência deve confirmar todos os itens da lista de verificação pré-operatória</p> <p>-Identificação da Pessoa: A identificação da pessoa deve ser feita com pulseira, sempre que adequado, exceto em situações de urgência ou emergência médica. Consideram-se dados de identificação fidedigna: a) O primeiro e último nome; b) A data de nascimento;</p> | <p>As falhas associadas à identificação da pessoa são causa de erros com medicação, transfusões, realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes graves e como tal o uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui um</p> |

| | | |
|--|--|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL | |

| | |
|--|--|
| <p>c) O número único de processo clínico na instituição.</p> <p>-Consentimento Informado:</p> <p>O consentimento informado, esclarecido e livre, dado por escrito, é obrigatório na realização de atos cirúrgicos e/ou anestésicos (DGS, 2014).</p> <p>O consentimento pode ser presumido em situações de emergência e, em caso de incapacidade, deve este direito ser exercido pelo representante legal pela pessoa</p> <p>- Jejum</p> <p>2 h: Líquidos claros (água, chá, café, sumos sem polpa)</p> <p>6h: Alimentos sólidos, Leite simples ou Leite com café ou chá em grandes quantidades (coagula no estômago funciona como sólido).</p> | <p>equipamento de segurança (<i>Orientação da Direção-Geral da Saúde 018/2011 de 23 de Maio, 2011</i>).</p> <p>Caso se encontre suja ou inutilizada deverá ser substituída de imediato.</p> <p>No Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo nº 84, alínea b) o enfermeiro deve respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (Amaral, Gonçalves, & Nunes, 2005).</p> <p>Assim, o enfermeiro deve confirmar se no processo se encontra a folha de consentimento informado assinada pela pessoa ou pelo seu representante legal. Caso não se verifique deve comunicar ao médico responsável e salientar a sua importância.</p> <p>Evidências 1A (Kranke et al., 2011).</p> |
|--|--|

| | | |
|--|--|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL | |

| | |
|---|--|
| <p>- Sem próteses e adornos</p> <p>- Exames Complementares de Diagnóstico (laboratoriais e radiológicos)</p> <p>- Medicação (habitual e a administrada no serviço de urgência)</p> <p>7.2. O enfermeiro do serviço de urgência realiza o transporte intra-hospitalar e é responsável pela transferência de informação e de responsabilidade de cuidados relativos à pessoa, sendo que o processo de transferência deve ser realizado <i>face-to-face</i>, entre dois enfermeiros (o que transfere a informação e o que recebe a informação).</p> <p>7.3. A transferência de informação deverá ser realizada num ambiente calmo, tranquilo, com luminosidade adequada, evitando distrações e interrupções, mantendo a privacidade e confidencialidade de informação.</p> <p>7.4. O enfermeiro do serviço de urgência transmite ao enfermeiro do</p> | <p>Pedido de espólio para os objetos pessoais da pessoa</p> <p>Promove uma melhor oportunidade de clarificar informação sobre a situação particular da pessoa (<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010</i>). A transferência <i>face-to-face</i> permite colocar questões, oportunidade de feedback em tempo real e maior precisão da informação transmitida (Ebright et al., 2010).</p> <p>Estes aspetos são identificados como barreiras ambientais durante os momentos de transferência (Cunningham et al., 2010). Controlar o ambiente permite minimizar a possibilidade de informações chave não serem transferidas ou esquecidas (<i>AORN, 2012</i>)</p> |
|---|--|

| | | |
|--|--|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL | |

| | |
|---|---|
| <p>BO a informação relacionada com a pessoa durante a fase pré-operatória.</p> <p>7.5. O enfermeiro sistematiza a informação utilizando a mnemónica de transferência – IDEIA, transmitindo a seguinte informação:</p> <p>7.5.1. Transferência do pré operatório para o Intraoperatório:</p> <p>I – Identificação dos profissionais e Identificação da pessoa: dados demográficos (nome, idade, profissão, pessoa significativa e contacto).</p> <p>D – Diagnóstico de entrada, Avaliação Inicial – ABCDE e Antecedentes relevantes (antecedentes médicos, antecedentes cirúrgicos, alergias, medicação habitual);</p> <p>E – Especificações: Consentimento informado Jejum: última refeição Alterações significativas: hemodinâmicas, laboratoriais Tipagem/pedido de hemoderivados Exames Complementares de Diagnóstico</p> | <p>A transferência de informações deve ser estruturada através da utilização de mnemónicas, modelos, e/ou listas de verificação. A <i>checklist</i> IDEIA pretende ser uma ferramenta sistematizadora de informação indispensável à manutenção da segurança e continuidade dos cuidados de enfermagem, estruturando a informação a ser transmitida através de 5 áreas/itens fundamentais.</p> |
|---|---|

| | | |
|--|--|----------------|
| | Procedimento Sectorial | COD.000 |
| | TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL | |

| | |
|---|--|
| <p>I – Intervenções: Autónomas e interdependentes de acordo com os focos prioritários identificados</p> <p>Avaliação e gestão da dor</p> <p>Administração medicação</p> <p>Administração de Hemoderivados</p> <p>A – Avaliação Final:</p> <p>Recomendações de vias de acesso, drenagens e pensos.</p> <p>7.6. Transferir a informação tendo por base a informação escrita nos registos de enfermagem e processo clínico, estruturando-a de acordo com a mnemónica IDEIA.</p> <p>7.7. O enfermeiro do BO confirma a informação e assina a lista de verificação pré-operatória.</p> | |
|---|--|

8. ANEXOS

ANEXO I – CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIA: TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**ANEXO I – *CHECKLIST* PRÉ-OPERATÓRIA: TRANSFERÊNCIA
DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**



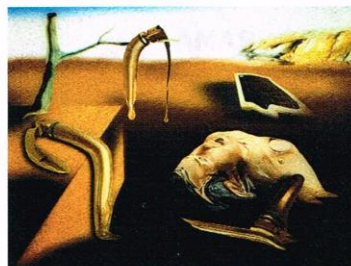
CHECKLIST PRÉ - OPERATÓRIA

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

| | |
|----------|--|
| I | <ul style="list-style-type: none">✓ IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAL✓ IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA—PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DADOS DEMOGRÁFICOS (nome completo, idade, pessoa significativa e nº de contato) EPISÓDIO (urgente) |
| D | <ul style="list-style-type: none">✓ DIAGNÓSTICO DE ENTRADA AVALIAÇÃO INICIAL : ABCDE ANTECEDENTES RELEVANTES Antecedentes médicos Antecedentes cirúrgicos Alergias Medicação habitual significativa |
| E | <ul style="list-style-type: none">✓ ESPECIFICAÇÕES CONSENTIMENTO INFORMADO JEJUM: última refeição ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS: Hemodinâmicas, Laboratoriais TIPAGEM/PEDIDO DE HEMODERIVADOS EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO |
| I | <ul style="list-style-type: none">✓ INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS E INTERDEPENDENTES Avaliação e gestão da dor Administração medicação Administração de Hemoderivados |
| A | <ul style="list-style-type: none">✓ AVALIAÇÃO FINAL RECOMENDAÇÕES : Vias de acesso, Drenagens, Pensos |

ANEXOS


**ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO
WORKSHOP: SEDAÇÃO E ANALGESIA, VMER DO
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ**



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que Florence Bento
participou na **Ação de Formação "Sedação e Analgesia"**, realizada pelo Núcleo de Formação da VMER S. José e Área de Gestão da Formação do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, que teve lugar no dia 19 de Novembro de 2014, com a duração de 2 horas.

Lisboa, 19 de Novembro de 2014

 A Área de Gestão da Formação
MANUELA BRIOSO
Área de Gestão da Formação
CHEC. EPE

Dra. Manuela Brioso
Técnica Superior

**ANEXO II – PROGRAMA E CERTIFICADO DE
PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO: QUALIDADE E
SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM,
INSTITUTO PORTUGUÊS DE QUALIDADE**

SEMINÁRIO

Qualidade e Segurança nos Cuidados de Enfermagem

Auditório Comum da Escola Superior de Enfermagem e da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa
Parque das Nações | 27 novembro 2014

manhã

- 8:30 Receção dos participantes
- 9:00 **Abertura**
Ministro da Saúde ou Representante*
Francisco George, **Diretor Geral da Saúde***
J. Marques dos Santos, **Presidente CD do IPQ**
Henrique Lopes, **Presidente da CS/09**
Germano Couto, **Bastonário da Ordem dos Enfermeiros**
Filomena Gaspar, **Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**
- 09:30 **MESA 1: QUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: O CAMINHO PARA A SEGURANÇA DO DOENTE**
Moderador: Susana Ramos, CS/09
- Tema 1 - Acreditação e Certificação: Contributos para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.**
Filomena Maia – Ordem dos Enfermeiros
- Tema 2 - Supervisão e Indicadores da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.**
Armando Almeida – Universidade Católica do Porto
- 10:30 **Conferência: A Problemática da infeção urinária no Internamento, a nível nacional: a importância da qualidade dos cuidados de enfermagem.**
Filomena Gaspar – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- 11:00 Pausa
- 11:30 **MESA 2: INVESTIGAR PARA MELHORAR A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**
Moderadora: Eunice Henriques - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Tema 1 - Promover a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem a Idosos Dependentes.**
Maribel Domingues Carvalhais – Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha, Oliveira de Azeméis
- Tema 2 - Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Diabetes tipo 2 em Cuidados de Saúde Primários. Contributos para uma prática baseada na evidência**
Cândida Ferrito - Instituto Politécnico de Setúbal/Escola Superior de Saúde
- Tema 3 - Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados**
Pedro Parreira - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- 13:00 Almoço livre

tarde

- 14:30 **Conferência: Liderança para a Mudança**
Cristina Mesquita – Direção de Acreditação e Certificação da Qualidade do Grupo Espírito Santo Saúde
- 15:00 Pausa
- 15:15 **MESA 3: O OLHAR DE OUTROS SOBRE A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**
Moderador: Henrique Lopes - CS/09
- Perspetiva do Médico***
- Perspetiva do Farmacêutico**
Henrique Santos
- Perspetiva do Técnico de Diagnóstico e Terapêutica**
Piedade Falcão
- Perspetiva do Administrador Hospitalar**
Paulo Larcher
- Perspetiva do Docente de Enfermagem**
Amélia Figueiredo
- Perspetiva do Doente***
- Comentadores:**
Sérgio Gomes, Chief Nurse Officer/DGS
Ricardo Batista Leite, Deputado à Assembleia da República*
- 17:30 Encerramento dos trabalhos

* a confirmar

SEMINÁRIO

Qualidade e Segurança nos Cuidados de Enfermagem

Audatório Comum da Escola Superior de Enfermagem
e da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
Parque das Nações | 27 novembro 2014

DECLARAÇÃO de PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que

Filomena Bento

participou no Seminário "Qualidade e Segurança nos Cuidados de Enfermagem".

Caparica, 27 de novembro de 2014

P'la Comissão Organizadora



Jorge Marques dos Santos
Presidente do CD do IPQ

**ANEXO III – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE INÍCIO DE
TURNO**

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE INÍCIO DE TL_RNO DE ENFERMAGEM

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

| | DATA | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | / | | / | | / | | / | | / | | / | |
| | N | M | T | N | M | T | N | M | T | N | M | T |
| 1 - IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE | * Validação com o próprio leito e/ou através de sistema de identificação | | | | | | | | | | | |
| 2 - SEGURANÇA | * Verificar condições de segurança da unidade de cliente, tais como: grades e travões das portas; limitações; frangíveis; | | | | | | | | | | | |
| 3 - MONITORIZAÇÃO | * Observação o avaliação os parâmetros vitais estruturadas * Confirmar/ajustar limites de alarme * Verificar funcionalidade dos alarmes sonoros e visuais * Verificar os terminos do sistema de DIF | | | | | | | | | | | |
| 4 - VENTILAÇÃO | * Confirmar parâmetros ventilatórios * Verificar limites de alarme * Testar sistema de separação * No cliente não ventilar, verificar a integridade e eficácia do sistema de suporte de O2 * Verificar existência de máscara e onde na unidade de cliente * Verificar existência de debilitador de O2 adaptado a criança * Verificar nível, localização e processo de DIF do tubo Endotracheal | | | | | | | | | | | |
| 5 - MEDICAÇÃO | * Validar a conformidade da tarefa os perfis dos cursos bem como o correcto armazenamento dos rótulos de identificação * FARMACEUTICO/DOSAGEM/DATA DA PREPARAÇÃO/HORA DE PREPARAÇÃO/RUBRICA DE QUEM PREPAROU | | | | | | | | | | | |
| RÚBRICA ENFE | * Verificar fontes de alimentação elétricas dos equipamentos | | | | | | | | | | | |

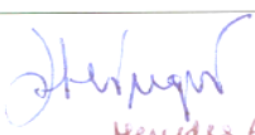

OBS:

**ANEXO IV – GRELHA DE AUDITORIA DA *CHECKLIST*
IDEIA, IMPLEMENTADA NO CH**

| | CRITÉRIOS | Sim | Não | N/A | Observações | |
|------------------|---|----------------|------------|------------|--------------------|--|
| I | Identificação do profissional | | | | | |
| | Nome | | | | | |
| | Função | | | | | |
| | Identificação do doente | | | | | |
| | Dados demográficos | | | | | |
| D | Episódio (programado ou Urgente) | | | | | |
| | Diagnóstico de entrada | | | | | |
| | Cirurgias anteriores | | | | | |
| | Internamentos | | | | | |
| E | Medicação habitual | | | | | |
| | Especificações Anestésicas | | | | | |
| | Tipo de anestesia | | | | | |
| | Alterações hemodinâmicas significativas | | | | | |
| | Alterações significativas laboratoriais | | | | | |
| I | Transfusões hemoderivados | | | | | |
| | Intervenção Cirúrgica | | | | | |
| | Ato cirúrgico | | | | | |
| A | Intercorrências | | | | | |
| | Avaliação Final | | | | | |
| | Estado de Consciência | | | | | |
| | Analgesia | | | | | |
| | Avaliação da Dor | | | | | |
| | Avaliação da Temperatura | | | | | |
| | Recomendações | Vias de acesso | | | | |
| | | Drenagens | | | | |
| Penso operatório | | | | | | |
| | Informação sobre familiares/acompanhantes | | | | | |

**ANEXO V – PROCEDIMENTO SETORIAL: TRANSPORTE
DO DOENTE CIRÚRGICO PARA O BLOCO OPERATÓRIO
CENTRAL E DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ**

| | | |
|--|--|-----------------|
| | Procedimento Sectorial ÁREA ANESTESIOLOGIA E BLOCOS OPERATÓRIOS | SDO.1055 |
| | TRANSPORTE DO DOENTE CIRÚRGICO PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL E DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO HOSPITAL DE | |

| APROVAÇÃO | |
|---|---|
|  Herudes Bilbao |  Susceena Searfado |

1 OBJECTIVO

Definir o circuito e responsabilidades dos profissionais no transporte do doente cirúrgico.

Garantir a segurança e o conforto do doente cirúrgico durante o transporte, admissão e transferência de cuidados no bloco operatório central e do bloco operatório central para as unidade de internamento e/ou de cuidados intensivos.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se às unidades de internamento, de cuidados intensivos, de urgência, bloco operatório central e serviço de apoio a doentes.

3 RESPONSABILIDADES



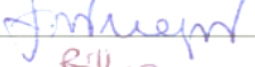


Pela implementação do Procedimento: Enfermeiros chefes/responsáveis das unidades de internamento do doente cirúrgico, de urgência, UCI's, Bloco Operatório Central e serviço de apoio a doentes.

Enfermeiros das unidades de internamento do doente cirúrgico, de urgência, UCIs, Bloco Operatório Central.

AO do Bloco Operatório Central, do Serviço de Apoio a Doentes, das unidades de internamento, de urgência e UCIs.

Enfermeiro nomeado pela Enf. Directora, em representação dos serviços cirúrgicos.

3.1 Pela revisão do procedimento: Área de Anestesiologia e Blocos Operatórios.

| | |
|------------------------|--|
| ELABORAÇÃO | |
| Dr. Alexandre Carrilho |  |
| Enf. Anabela Simões |  |
| Dra. Isabel Fragata |  |
| Enf. Mercedes Bilbao |  |
| VERIFICAÇÃO | |
| CQSD |  |

| | | | |
|----------|---------------|-----------------------|------------------|
| | EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PAGES. |
| A | Junho 2011 | Junho 2014 | 1/9 |

| | | |
|--|--|-----------------|
| | Procedimento Sectorial ÁREA ANESTESIOLOGIA E BLOCOS OPERATÓRIOS | SDO.1055 |
| | TRANSPORTE DO DOENTE CIRÚRGICO PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL E DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO HOSPITAL DE | |

4 DEFINIÇÕES

AO externo do Bloco Operatório Central - Assistente Operacional do Bloco Operatório Central a quem estão atribuídas as funções de transporte dos doentes cirúrgicos.

ConnexAll® - Sistema Integrado de Comunicações das Equipas de Saúde

5 SIGLAS E ABREVIATURAS

AO- Assistente Operacional

AST – Association of Surgical Technicians

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

CCT – Cirurgia Cardiorácica

SAD- Serviço de Apoio a Doentes

UCIs – Unidades de Cuidados Intensivos

6 REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2010:

| NORMA | TÍTULO | CRITÉRIOS |
|-------|---|---|
| 47 | Blocos Operatórios/Serviço de Anestesia | 47.15, 47.16; 47.17; 47.18, 47.19; 47.20; 47.37 |

- AESOP- "Enfermagem Perioperatória - da Filosofia à prática dos cuidados", 2006
- AORN – Perioperative Patient "Hand-Off" Tool Kit.
<http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/PatientHandOffToolKit/>, 2011
28,04,2011-23:26
- AST- "Recommended Standards of Practice for Patient Transportation", 2006.
- DENVER HEALTH-Safecoms.org.
(<http://www.safecoms.org/Home.aspx>).08,05,2011-23:24.
- Documento "Organização do Bloco Operatório Central", Outubro 2008.
- IHI- Institute for Healthcare Improvement Expedition – *Improving Transitions in Hospital Care*, Março 2011
<http://www.ihl.org/IHI/Programs/AudioAndWebPrograms/ExpeditionImproving>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001.*
- Procedimento sectorial do Hospital de Santa Marta – CCT.EST.10.01-"Articulação entre o Bloco operatório de CCT e os serviços de internamento", 2006.
- Procedimento sectorial do Hospital de Santa Marta – CCT.EST.10.04.- "Articulação de cuidados entre BO e UCI", 2006.
- Sociedade Portuguesa Cuidados Intensivos/ Ordem dos Médicos – "Recomendações sobre Transporte Doente Crítico", 2008.

| | EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PÁGS. |
|---|------------|----------------|----------|
| A | Junho 2011 | Junho 2014 | 2/9 |

| | | |
|--|--|-----------------|
| | Procedimento Sectorial ÁREA ANESTESIOLOGIA E BLOCOS OPERATÓRIOS | SDO.1055 |
| | TRANSPORTE DO DOENTE CIRÚRGICO PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL E DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO HOSPITAL DE | |

- WATSON, D. – *Perioperative safety*. St. Louis, Mosby, 2011, p.6-17.

7 DESCRIÇÃO

7.1- Transporte do doente para o Bloco Operatório Central

| Prática | Fundamentação |
|--|---|
| <p>7.1.1 O doente é identificado com, pelo menos, o nome, idade, morada e nº de processo ou episódio de urgência, utilizando a pulseira de identificação.</p> <p>7.1.2 O doente é transportado em cama ou maca com roupa limpa, com cobertura adequada, pelo caminho mais curto e seguro até à porta de acesso ao BO.</p> <p>7.1.3 O transporte do doente é assegurado pelo AO externo do Bloco Operatório Central e acompanhado pelo Enfermeiro da unidade de internamento/ serviço de urgência.</p> <p>7.1.4 Em situações excepcionais o AO externo do BOC deverá ser substituído por: 1º - AO do SAD 2º - AO da unidade de proveniência do doente</p> <p>7.1.5 As grades laterais devem estar levantadas durante todo o percurso do transporte.</p> <p>7.1.6 No caso de transporte das crianças ou pessoa com necessidades especiais, esta pode ser acompanhada ainda pelo pai/mãe ou pessoa significativa.</p> <p>7.1.7 Doentes com necessidades especiais, como traumatismo vertebro-medular, politraumatizado, ventilação assistida, ou com agitação psico-motora, são preferencialmente transportados em cama, pelo menos, por dois AO e Enfermeiro do respectivo serviço.</p> <p>7.1.8 Ao doente com ventilação assistida deve estar assegurado, ainda, o acompanhamento médico, de acordo com o</p> | <p>7.1.1 A identificação no serviço de internamento e entrada no BO é fundamental para garantir a identificação completa do doente.</p> <p>7.1.4 Em caso de falta ou impedimento do Ao externo do BOC</p> <p>7.1.5 Doentes sedados, ansiosos ou confusos podem tentar levantar-se durante o trajeto.</p> <p>7.1.6 Tutor, Psicólogo, Tradutor, Forças de Segurança entre outros.</p> <p>7.1.7 O transporte em cadeira pode ser adequado em caso de necessidade de manutenção de funções vitais (ex. ventilação)</p> |

| | EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PÁGS. |
|---|------------|----------------|----------|
| A | Junho 2011 | Junho 2014 | 3/9 |

| | | |
|--|--|-----------------|
| | Procedimento Sectorial ÁREA ANESTESIOLOGIA E BLOCOS OPERATÓRIOS | SDO.1055 |
| | TRANSPORTE DO DOENTE CIRÚRGICO PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL E DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO HOSPITAL DE | |

| | |
|---|---|
| <p>Procedimento de transporte do doente crítico.</p> <p>7.1.9 Todos os doentes devem ser acompanhados do Processo Clínico, e exames complementares de diagnóstico quando aplicável.</p> <p>7.1.10 O doente consciente é sempre transportado de modo a que possa olhar em frente, tendo atenção que nas rampas a cabeça esteja mais baixa que os pés (excepto nos doentes com ventilação assistida, em que a cabeça deverá ser mantida mais alta que os pés nos percursos com rampa).</p> <p>7.1.11 São evitadas conversações ocasionais durante o percurso do doente.</p> <p>7.1.12 Ter o cuidado de abrir as portas manuais antes de passar com o doente.</p> <p>7.1.13 Verificar sempre se as portas automáticas abrem com a aproximação da cama ou maca.</p> <p>7.1.14 Para prevenir o desconforto para o doente e a deterioração das paredes do edifício, evitar o embate da cama/maca durante a sua deslocação.</p> <p>7.1.15 Os doentes programados, marcados em 1º tempo, dão entrada no BO a partir das 07:45. À 6ª Feiras, os doentes dão entrada a partir das 9:00.</p> <p>7.1.16. Os doentes seguintes serão chamados pelo Enfermeiro de anestesia das respectivas Salas de Operações, através do sistema de comunicações ConnexAll.</p> <p>7.1.17. Após o transporte, o AO devolve a maca ou cama que regressa ao serviço de origem, logo que seja possível.</p> | <p>7.19 Não aplicável aos MCDT em suporte informático -PAX e processo clínico electrónico - HCIS (ex. doente admitido pela Urgência)</p> <p>7.1.15 Reunião semanal da Área de Anestesiologia, unidades cirúrgicas e Enfermagem do Bloco Operatório Central.</p> |
|---|---|

| | EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PÁGS |
|---|------------|----------------|---------|
| A | Junho 2011 | Junho 2014 | 4/9 |

| | | |
|--|--|-----------------|
| | Procedimento Sectorial ÁREA ANESTESIOLOGIA E BLOCOS OPERATÓRIOS | SDO.1055 |
| | TRANSPORTE DO DOENTE CIRÚRGICO PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL E DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO HOSPITAL DE | |

7.2- Entrada do Doente no Bloco Operatório Central

| Prática | Fundamentação |
|---|--|
| <p>7.2.1 O AO que transporta o doente, acciona o botão do sistema de comunicação ConnexAll correspondente à Sala de Operações programada, que se encontra junto à porta automática do transfer.</p> <p>7.2.2 O Enfermeiro do acolhimento, ou o Enfermeiro de anestesia da respectiva Sala de Operações recebe o doente, juntamente com AO do BO, numa forma calma transmitindo segurança, utilizando movimentos suaves e precisos, conferindo a Lista de verificação do doente cirúrgico com o enfermeiro do internamento.</p> <p>7.2.3 O doente é transferido da cama para a marquesa operatória ou maca do BO, na zona do transfer delimitada por linhas vermelhas no chão.</p> <p>7.2.4 No caso de doentes inconscientes, com dificuldades de mobilização, recomenda-se o uso do dispositivo de transferência.</p> <p>7.2.5 Assegurar que a maca/cama e marquesa estejam travadas antes de proceder à transferência do doente.</p> <p>7.2.6 Proceder à transferência do doente segundo o procedimento SDO 102: Verificação da Segurança do Doente Cirúrgico.</p> | <p>7.2.2 A lista de verificação é validada através da assinatura do enfermeiro do internamento/serviço de urgência e do enfermeiro perioperatório.</p> <p>7.2.3 A maca/cama do doente só pode entrar no BO por motivos de força maior em situações que ponham em risco a sua vida/segurança imediata (ex:doente emergente, doente com ventilação assistida, doente politraumatizado)</p> |

| | EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PÁGS |
|----------|------------|----------------|---------|
| A | Junho 2011 | Junho 2014 | 5/9 |

| | | |
|--|--|-----------------|
| | Procedimento Sectorial ÁREA ANESTESIOLOGIA E BLOCOS OPERATÓRIOS | SDO.1055 |
| | TRANSPORTE DO DOENTE CIRÚRGICO PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL E DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO HOSPITAL DE | |

7.3- Saída e transporte do Bloco Operatório Central

| Prática | Fundamentação |
|--|---------------|
| <p>7.3.1 Após o contacto do Bloco Operatório pelo sistema de comunicação ConnexAll, o AO externo do Bloco Operatório Central assegura a presença da maca ou cama do serviço que recebe o doente com o material de suporte necessário para realizar o transporte com segurança (monitorização e acessórios, bala de O₂, ventilador de transporte, seringas infusoras, e outros).</p> <p>7.3.2 Neste momento é necessária a presença do enfermeiro do internamento para se proceder à transferência de cuidados.</p> <p>7.3.3 O enfermeiro perioperatório transmite a informação relacionada com o doente cirúrgico durante a fase perioperatória que está documentada em forma de registos, acompanhado pelo processo clínico e exames complementares de diagnóstico do doente.</p> <p>7.3.4 O enfermeiro sistematiza a informação aplicando a lista de verificação pós-cirúrgica no momento de transferência dos doentes no Bloco Operatório - <i>IDEIA</i></p> <p>7.3.5 A lista de verificação pós-cirúrgica pretende ser uma ferramenta sistematizadora da informação indispensável à continuidade de cuidados. Esta tem como base uma técnica de comunicação que utiliza uma mnemónica – <i>IDEIA</i> que estrutura a informação clínica fundamental em 5 áreas/itens:</p> <p>Identificação do Profissional (Nome e função); Identificação do doente (dados demográficos e tipo de episódio);</p> <p>Diagnóstico de entrada (cirurgias anteriores, internamentos e medicação habitual);</p> <p>Especificações Anestésicas (tipo de</p> | |

| EDIÇÃO | | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PÁGS |
|--------|------------|----------------|---------|
| A | Junho 2011 | Junho 2014 | 6/9 |

| | | |
|--|--|-----------------|
| | Procedimento Sectorial ÁREA ANESTESIOLOGIA E BLOCOS OPERATÓRIOS | SDO.1055 |
| | TRANSPORTE DO DOENTE CIRÚRGICO PARA O BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL E DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DO HOSPITAL DE | |

| | |
|---|--|
| <p>Anestesia e Alterações significativas – hemodinâmicas, laboratoriais e transfusões de hemoderivados);</p> <p>Intervenção Cirúrgica (Acto Cirúrgico e Intercorrências);</p> <p>Avaliação final (Estado de consciência, analgesia, avaliação da dor, avaliação da temperatura e Recomendações - vias de acesso, drenagens, penso operatório, informação sobre familiares/acompanhantes e outras indicações clínicas).</p> <p>7.3.3 Procede-se à transferência do doente com pelo menos, 3 elementos da equipa do bloco operatório e respectivo serviço, utilizando o dispositivo de transferência.</p> <p>7.3.4 Procede-se ao transporte do doente para a unidade de internamento respectivo, segundo os pontos 7.1.1 a 7.1.15.</p> | |
|---|--|

8 ANEXOS

8.1 Impressos

Impresso I - Lista de verificação cirúrgica do CHLC

8.2 Outros

Anexo I – Lista de verificação pós-cirúrgica-IDEIA

| | EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PÁGS |
|---|------------|----------------|---------|
| A | Junho 2011 | Junho 2014 | 7/9 |

LISTA VERIFICAÇÃO CIRÚRGICA

| ITENS A VERIFICAR | | | | | | | |
|--|---|---|-----|-------------|------|------|---------|
| | S | N | N/A | Observações | Data | Hora | Rubrica |
| Consentimento informado e esclarecido | | | | | | | |
| Alergias Quais: | | | | | | | |
| Exames complementares diagnostico Quais: | | | | | | | |
| Transfusão sanguínea pedida/confirmada | | | | | | | |
| Jejum | | | | | | | |
| Preparação física (segundo protocolo) | | | | | | | |
| Prevenção tromboembolismo (segundo protocolo) | | | | | | | |
| Proteses retiradas (dentárias, lentes de contacto, oculares, outras) | | | | | | | |
| Adornos (joias, ganchos, etc), maquilhagem e verniz retirados | | | | | | | |
| Verificação da marcação do local do procedimento | | | | | | | |
| Pulseira identificação colocada | | | | | | | |
| Medicação pré anestésica | | | | | | | |
| Profilaxia antibiótica | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Confirmação do enfermeiro do Bloco Operatório

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura: _____

OBSERVAÇÕES:

LISTA DE VERIFICAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

I

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

. Nome e função

DO DOENTE

. Dados demográficos

Nome completo, idade e profissão

. Tipo de episódio

Proveniência

D

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA

. Antecedentes relevantes:

Cirurgias anteriores

Internamentos

Medicação Habitual

E

ESPECIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

. Tipo de Anestesia

. Alterações Significativas:

Hemodinâmicas

Laboratoriais

Transfusões hemoderivados

I

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

. Acto cirúrgico

. Intercorrências

A

AVALIAÇÃO FINAL

. Estado de consciência

. Analgesia efectuada

. Avaliação da Dor/ Temperatura

. Recomendações:

Vias de acesso

Drenagens

Penso operatório

Informação sobre familiares/acompanhantes

Outras indicações clínicas

**ANEXO VI – PROGRAMA E CERTIFICADOS DE
PARTICIPAÇÃO NAS 9^{as} JORNADAS DO DOENTE
CRÍTICO, CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE**

NURSING PROGRAMME

22 January day1

- 15.00 **Oral Presentations**
Chairman: Jani Ferreira (CHLN, Lisboa)
- 15.45 **Coffee Break**
- 16.00 **Opening welcome**
Miguel Oliveira e Silva, Catarina Batuca, Carlos França (Lisboa)
- 16.15 **A "momento" of sedation with FADO**
Singer ("fadista"): Vânia Conde
- 16.45 **Oral Presentations**
Chairman: Jani Ferreira (CHLN, Lisboa)

23 January day2

- Meet the expert**
9.00 *Chairman: Isabel Cardoso (CHLN, Lisboa)*
Safe staffing for nursing in ICU
Filomena Maia (Ordem dos Enfermeiros)
- Quality and safety in nursing**
9.30 *Chairman: Jani Ferreira (CHLN, Lisboa)*
Pressure ulcers: prevention, evaluation and management
Céu Rocha (CHLN, Lisboa)
The challenges of managing a ICU
José Alexandre (CHLN, Lisboa)
- Coffee Break**
- 10.30 **The patient, the family and the ICU: How do we communicate?**
Chairman: Cristina Edra (CHLN, Lisboa)
- 11.00 **AsslTÚ - A new approach in communication at the UCI. An experience in the UK**
Nuno Pinto (St Helier Hospital, St Helier Jersey)
Family-centered care: the reality at UCIMC
Ana Pinto, Filipa Gomes, Inês Nunes, Cristina Rocha (CHLN, Lisboa)

- 12.00 **Discussion: Nutrition in the ICU: our practice**
Chairman: Vítor Ferreira (CHLN, Lisboa)
Speakers: Márcio Nascimento (Serviço de Dietética e Nutrição, CHLN, Lisboa), Beatriz Fernandez (CHLN, Lisboa)
- 13.00 **Lunch**
- 15.00 **Challenges in the ICU**
Chairman: Cristina Edra (CHLN, Lisboa)
The rehabilitation nurse in patients with ECMO
Eduardo Capitão (CHS), Porto)
Assessment of pain and analgesia protocols
Joana Mestrinho, Pedro Vieira da Silva (CHLN, Lisboa)
Advanced cerebral monitoring in neuro-critical care
André Leão (CHS), Porto)
- 16.50 **Organ Donor: how to maintain?**
Chairman: Isabel Cardoso (CHLN, Lisboa)
Organ donation: detection and active treatment of a possible donor
Ana Fonseca (Hospital Fernando da Fonseca, Lisboa)
ECMO in maintaining the non-heart beating donors
Manuel González Romero (Hospital Clínico San Carlos, Madrid)
- 18.00 **Closing remarks**
Zélia Costa e Silva (Lisboa)

Comissão Científica

João Gouveia (Coordenador)
Alvaro Ayres Pereira
Cristina Edra
Isabel Cardoso
Jani Ferreira
João Ribeiro
João Santos Silva

Comissão Organizadora

António Pais de Lacerda (Coordenador)
Carlos Candeias
Duarte Oliveira
Rita Marçal
Sílvia Nazzário

Organização

Departamento de Urgência e Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Lisboa Norte
Serviço de Medicina Intensiva
(Diretor: Prof. Dr. Carlos França)

Inscrições

Nome, morada completa, e-mail, NIF*
jornadasdoentecritico@gmail.com
(* para emissão de recibo)
Pagamentos por transferência bancária MB 0781 0112 0000 0009 088 64
Médicos: € 50.00; Enfermeiros, alunos: € 30.00
Inscrição confirmada por e-mail após receção do comprovativo de pagamento identificado.



as
JORNADAS do DOENTE CRÍTICO
do CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

9th SYMPOSIUM
of the
CRITICALLY ILL PATIENT

22-23
janeiro de 2015
Grande Auditório e Anfiteatro 58
Edifício Egas Moniz, FML

Presidente das Jornadas
Prof. Dr. Carlos França

Secretariado
Serviço de Medicina Intensiva CHLN
Tel.: 217 805 038
jornadasdoentecritico@gmail.com
www.hsm.min-saude.pt

Curso BASIC
20-21-22
janeiro de 2015
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, I.P.
HSM HPV

PROGRAMME

22 January day1

- 14.30 **ECLS**
Chairman: João Ribeiro, João Gouveia (Lisboa)
Should I refer my patient to VV ECMO?
João Gouveia (Lisboa)
Mechanical ventilation during VV
ECMO
Thomas Mueller (Regensburg)
Indications for VA ECMO
Hugo Côrte-Real (Lisboa)
- 15.30 Discussion
- 15.45 **Coffee Break**
- 16.00 **Opening welcome**
*Miguel Oliveira e Silva, Catarina Batuca,
Carlos França (Lisboa)*
- 16.15 **A “momento” of sedation with
FADO**
Singer (“fadista”): Vânia Conde
- 16.45 **Severe ARDS management**
*Chairman: Fernando Rua (Porto),
Carlos Candeias (Lisboa)*
Should we measure transpulmonary
pressure?
Fernando Rua (Porto)
My algorithm/strategy to refractory
hypoxaemia Recruitment in 2014
Fernando Suárez-Sipman (Madrid)
Heart Lung interactions in ARDS
Miguel Tavares (Porto)
- 17.45 Discussion
- 18.00 **Neurocritical care**
*Chairman: José Miguens, João Santos Silva
(Lisboa)*
What’s new in refractory status
epilepticus
Filipa Falcão (Lisboa)

Practical approach to multi-modality
neurological monitoring in TBI
Celeste Dias (Porto)

18.40 Discussion

18.55 **1st day closing remarks**
António Pais de Lacerda (Lisboa)

23 January day2

- 9.00 **Infections in the ICU**
Chairman: Isabel Moniz, Luis Caldeira (Lisboa)
Management of gram negative MR
bacteria
José Artur Paiva (Porto)
Time for zero nosocomial infections!
Álvaro Ayres Pereira (Lisboa)
Antimicrobial treatment of complica-
ted intra-abdominal infections in an
era of multiresistance
Christian Eckmann (Hannover)
- 10.00 Discussion
- 10.15 **CONFERENCE I**
*Chairman: António Pais de Lacerda, Germano do
Carmo (Lisboa)*
Ébola
Kamal Mansinho (Lisboa)
- 10.45 **Coffee Break**
- 11.15 **Trauma and bleeding**
*Chairman: Henrique Bento, Aline Branco
(Lisboa)*
Damage control
John Preto (Porto)
Coagulopathy in Massive Bleeding
Daniel Bolliger (Basel)
7g for all?
César Aldecoa (Valladolid)
- 12.10 Discussion

12.25 CONFERENCE 2

Chairman: Carlos Martins, Rui Ivo (Lisboa)
How many intensivists do we need in
a hospital?
José Artur Paiva (Porto)

12.55 **Lunch**

14.30 Acute Kidney Injury

*Chairman: Armindo Ramos (Cascais), A. Gomes
da Costa (Lisboa)*
RRT modality and renal recovery
after AKI
José António Lopes (Lisboa)
SLED in the ICU Science and economics
José Queirós (Porto)
When to use citrate?
João Gouveia (Lisboa)

15.30 Discussion

15.45 Hemodynamic monitoring and management

Chairman: Raquel Marques, Rita Marçal (Lisboa)
Microcirculation monitoring - fact or
fiction
António Messias (Loures)
Resuscitation in sepsis – do we need
protocols?
Rui Moreno (Lisboa)
EUSOS and Optimise what impact on
perioperative intensive care?
César Aldecoa (Valladolid)

16.45 Discussion

17.00 **Coffee Break**

17.30 CONFERENCE 3

Chairman: Zélia Costa e Silva (Lisboa)
Principles for the implementation of
an outreach system
João Ribeiro (Lisboa)

18.00 Closing remarks

Zélia Costa e Silva (Lisboa)

Certificado

Certifica-se que Filomena Teresa Adrião Bento esteve presente nas **9^{as}. Jornadas do Doente Critico** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, realizadas nos dias 22 e 23 de janeiro de 2015.



Prof. Dr. Carlos França
Presidente das Jornadas

9^{as}

as

JORNADAS
do DOENTE
CRÍTICO

DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

9th SYMPOSIUM
of the
CRITICALLY ILL PATIENT

UNIVERSITY HOSPITAL SANTA MARIA LISBOA

Certificado

Certifica-se que Filomena Bento participou nas **9^{as}. Jornadas do Doente Critico** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, realizadas nos dias 22 e 23 de janeiro de 2015 com a apresentação do poster intitulado “Continuidade de cuidados e segurança da pessoa em situação crítica: comunicação efetiva no transporte intra e interhospitalar”.



Prof. Dr. Carlos França
Presidente das Jornadas

Secretariado
Telf.: 217 805 038
jornadasdoentecritico@gmail.com
www.hsm.min-saude.pt

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HSM



HPV

9

as

JORNADAS
do DOENTE
CRÍTICO

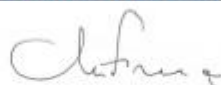
DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

9th SYMPOSIUM
of the
CRITICALLY ILL PATIENT

UNIVERSITY HOSPITAL SANTA MARIA LISBOA

Certificado

Certifica-se que Filomena Bento participou nas **9^{as}. Jornadas do Doente Crítico** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, realizadas nos dias 22 e 23 de janeiro de 2015 com a apresentação de uma comunicação intitulada “Segurança e continuidade de cuidados de enfermagem na transição pós-operatória – implementação da checklist ideia no bloco operatório de neurocirurgia do HSJ”.



Prof. Dr. Carlos França
Presidente das Jornadas

Secretariado
Telf.: 217 805 038
jornadasdoentecritico@gmail.com
www.hsm.min-saude.pt

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HSM



HPV

**ANEXO VII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA
CONFERÊNCIA “ABCDE DA REANIMAÇÃO DO DOENTE
CRÍTICO - NOVAS *GUIDELINES*”, UNIVERSIDADE
ATLÂNTICA**

Declaração

Para os devidos efeitos se declara que Filomena Teresa Adrião Bento participou na Conferência “O ABCDE da Reanimação do Doente Crítico – Novas Guidelines”, integrada na Pós-Graduação Avançado do Doente Crítico da Universidade Atlântica, a qual decorreu no dia 5 de Fevereiro de 2015, com o total de 2 horas.

Barcarena, 05 de Fevereiro de 2015

**ANEXO VIII – APRECIÇÃO DO PERCURSO DE
AQUISIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
NO CONTEXTO DE ESTÁGIO I:UCINC**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Pessoa em Situação Crítica

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A aluna, Filomena, demonstrou sempre ao longo do estágio uma atitude pro-ativa no desenvolvimento das competências específicas da ICINE, que adquiriu e elevada satisfação. Revelou capacidade de prestação de cuidados de enfermagem e existência de desenvolvimento crítico, e capacidade de comunicação com a família, excecional. Ao longo do estágio melhorou as suas competências no âmbito do cuidado do doente associado aos cuidados de saúde e à prestação de cuidados. Adquiriu novos conhecimentos relacionados à CIFE. Demonstrou elevados conhecimentos técnicos científicos no âmbito do doente crítico e adquiriu novos conhecimentos no âmbito da respiração. Excelente capacidade de resposta nas situações de urgência, capacidade no doente neurocirúrgico. Sempre pontual e assídua, demonstrando interesse pelas atividades e sempre desenvolvidas no serviço. Avaliação académica: excecional

Data:

Tutor

Assinatura

Daniel Sousa

Orientador

Sónia Kim-

[Signature]

Estudante

Filomena Bento

Filomena Bento

**ANEXO IX – APRECIÇÃO DO PERCURSO DE
AQUISIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
NO CONTEXTO DE ESTÁGIO II: BONC**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Relativamente aos objetivos propostos e competências adquiridos, consideramos que os mesmos foram totalmente atingidos, havendo necessidade de estabelecer prioridades pela duração do estágio ser de 3 semanas. Capacidade de gestão de tempo. Espírito proativo e interessado, postura adequada face à crítica, estabelecendo uma relação dinâmica, cordial e empática com a equipa multidisciplinar, doente neurocirúrgico e pessoas significativas.

Evidenciou conhecimentos científicos na área de projecto, tendo em conta a evidência mais atual, tendo a capacidade de aplicar os mesmos nos cuidados prestados ao doente neurocirúrgico.

Assim, permitiu a melhoria e qualidade dos cuidados, manutenção da segurança e continuidade dos cuidados através da sensibilização para a implementação do projecto "IDEIA" durante a transferência de informação pós-operatória. Contribuiu também para as necessidades de formação do serviço relativamente ao controlo de infeção em locais de inserção de cateteres através de uma acção de formação. Assidua e puntual. Assim, consideramos que atingiu o nível de excelente neste contexto de estágio.

Data:

Tutor

Assinatura

Sónia Ferraz

Sónia Ferraz

Orientador

Helena Serafim

Helena Serafim

Estudante

Glomena Bento

Glomena Bento

**ANEXO X – APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO
DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO
CONTEXTO DE ESTÁGIO III: SUP**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Desenvolveu competências na prestação de cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) /família de médio e alto risco numa situação de urgência.

Orientou a sua prática em bases científicas, nos conhecimentos adquiridos e na experiência profissional para tomar as melhores decisões nos cuidados aos PSC/família para desenvolver as competências de Enfermeira Especialista.

Revelou facilidade em estabelecer a relação com a PSC/família, tendo oportunidade de tranquilizar e responder às preocupações destes, deixando-os informados e por vezes menos ansiosos.

No percurso do estágio manifestou ter um discurso científico fundamentado, conseguiu estabelecer prioridades na prestação de cuidados emergentes, fazer de elo de ligação entre família e outros profissionais da equipa de saúde.

Adquiriu a capacidade de olhar para a PSC de forma organizada desmistificando de algum modo a urgência vista como um caos, mas vivenciando de certa forma o caos organizado, revelando preocupação no despiste precoce de complicações e deterioração do estado clínico da PSC que tinha sob a sua vigilância, na realidade onde estava inserida

Ao longo do estágio tornou-se independente na verificação do material existente nas salas de emergência (ventiladores, desfibrilhadores, monitores, carros de emergência e *cheklist* dos Kits), demonstrando competências na área da gestão e organização do local de trabalho de modo a antecipar situações complexas e também promovendo a segurança da PSC.

Alcançou a autonomia para efetuar os registos de Enfermagem no programa informático utilizado no serviço, expondo uma boa capacidade de adaptação ao longo do estágio.

Avaliação Qualitativa: Bom

| Data: | Tutor | Assinatura |
|-------|---------------------|--------------------------------------|
| | _____ Orientador | _____ Adriana José Pinto Siqueira |
| | _____ Estudante | _____ Sara Gomes |
| | _____ | _____ Flomera Bento |

