

**MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**Ano Letivo 2019/2020**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área  
da Pessoa em Situação Crítica

Ivone Maria Marques Mouro Fernandes

Leiria, Novembro de 2020

**MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**Ano Letivo 2019/2020**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área  
da Pessoa em Situação Crítica

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ivone Maria Marques Mouro Fernandes- 5180027

Unidade Curricular: Relatório de Estágio

Professora Supervisora: Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Leiria, Novembro de 2020

*“A verdadeira viagem da descoberta consiste não em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”*

(Marcel Proust, 1871-1922)

## **AGRADECIMENTOS**

A Todos os que cruzaram o meu Caminho,

Aos que me apoiaram incondicionalmente como verdadeiramente companheiros de Jornada e assim contribuíram para a conclusão deste percurso com sucesso

E aos que o dificultaram e complicaram porque me tornaram mais forte, mais resistente e contribuíram para o meu crescimento enquanto pessoa enquanto mulher e enquanto profissional.

Aos professores e aos meus colegas de Mestrado por toda a força e coragem que transmitiram de uma forma muito especial à Helena Monteiro uma Amiga de Sempre e à Diana Coelho por toda a disponibilidade e apoio nesta caminhada.

À Professora Maria dos Anjos Dixe por todo o apoio, dedicação, esforço, a atenção, disponibilidade e por não permitir que o desânimo vencesse...

Aos meus filhos, Rui Pedro agradeço a tua compreensão e apoio e Diana obrigada pela tua ajuda, o teu companheirismo e paciência, Sabem que vos Amo e que são a razão do meu Viver!

Aos meus pais pelo exemplo e por estarem sempre presentes quando eu precisei, pelo esforço que fizeram para me proporcionar a educação que me tornou na pessoa que Sou.

Ao Rui, meu marido sempre presente, companheiro de uma Vida, o meu alicerce...

Grata Por TUDO

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas

AO - Assistentes Operacionais

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BO - Bloco Operatório

BPAS - Behavioral Pain Assessment Scale

BPS - Behavioral Pain Scale

CE - Competência Emocional

CEPO - Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

CHUC – HG - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral

CI - Cuidados Intensivos

CPOT - Critical Care Pain Observation Tool

CPT - Colangiografia Percutânea Transhepática

CVC - cateter venoso central

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção Geral de Saúde

EAP – Edema Agudo do Pulmão

EAM – Enfarte Agudo Miocárdio

EC - Ensino Clínico

ECG - Eletrocardiograma

EE - Enfermeiro Especialista

EEEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira

Enf.<sup>o</sup> - Enfermeiro

Enf.<sup>os</sup> - Enfermeiros

Enf.<sup>o</sup> C - Enfermeiro Coordenador

EMC - Enfermagem Médico- Cirúrgica

EPI's - Equipamentos de Proteção Individual

GASIDE - Grupo Apoio Sistemas de Informação, Documentação de Enfermagem

GCL - Grupo Coordenador Local

GHAF - Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

GI - Gabinete de Informações

h - Horas

HDFE,EPE - Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

IACS - Infecção Associada a Cuidados de Saúde

IE - Inteligência Emocional

ILC - Infecção Do Local Cirúrgico

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPL - Instituto Politécnico de Leiria

LA – Linha Arterial

LVA - Lista de Verificação de Admissão

nº - Número

PCR – Paragem Cardio Respiratória

PPCICA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PSP - Polícia de Segurança Pública

PTM - Protocolo de Triagem de Manchester

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

RX- Radiografia

SABA – Solução Anti-Séptica de Base Alcoólica

SAV - Suporte Avançado de Vida

SAT - Suporte Avançado de Trauma

SE - Sala de Emergência

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SO - Salas Operatórias

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia  
SU - Serviço de Urgência  
SUB - SU básicos  
SUMC - SU médico-cirúrgicos  
SUP - SU polivalentes  
SUs - Serviços de Urgência  
TA - Tensão Arterial  
UCA - Unidade de Cirurgia do Ambulatório  
UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos  
UTHPA - Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica e de Adultos  
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos  
UCCI – Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios  
UCIC - UCI Coronários  
UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos  
UTHPA - Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica e de Adultos  
VD - Violência Doméstica  
VMER - viatura médica de emergência e reanimação  
VMI - Ventilação Mecânica Invasiva  
VV - Via Verde  
VVAVC - Via Verde de Acidente Vascular Cerebral  
VVC - Via Verde Coronária  
VVS – Via Verde Sepsis  
WC - Quarto de Banho

## RESUMO

Este relatório descreve o processo de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Após a análise detalhada das atividades realizadas, bem como das competências especializadas desenvolvidas na prática clínica em contextos diferenciados de cuidados de enfermagem, nomeadamente no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, no Bloco Operatório e em Unidade de Cuidados Intensivos, saliento que vivenciei excelentes momentos de aprendizagem e de evolução, quer no que se refere ao desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, quer das competências gerais do Enfermeiro Especialista.

Esta análise crítica – reflexiva sobre as competências específicas e comuns contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal, sendo construtiva e enriquecedora, potenciando a tomada de consciência das minhas capacidades e habilidades como futura Enfermeira Especialista (Parte I).

Na segunda parte deste relatório é contemplada uma Revisão Sistemática da Literatura que pretende sintetizar /resumir a evidência científica dos benefícios (diminuição da ansiedade, stress e aceitação da doença/saúde/aumento da segurança do doente e família) do Enf.º como facilitador da comunicação/informação da família/pessoa de referência do doente em situação crítica no SU.

Palavras-Chave: Enfermeiros; Comunicação; Família; Serviço Urgência; Ansiedade; Stress; Segurança do Doente; Aceitação da Doença

## **ABSTRACT**

This report describes the process of developing specialized skills in Nursing for People in Critical Situations. After a detailed analysis of the activities carried out, as well as the specialized skills developed in clinical practice in different contexts of nursing care, namely in the Emergency Medical Surgical Service, in the Operating Room and in the Intensive Care Unit, I emphasize that I experienced excellent moments of learning and evolution, both with regard to the development of the specific skills of the Specialist Nurse in Nursing to the Person in Critical Situation, and of the general skills of the Specialist Nurse.

This critical-reflective analysis of specific and common skills contributed to my professional and personal growth, being constructive and enriching, enhancing the awareness of my skills and abilities as a future Specialist Nurse (Part I).

The second part of this report includes a Systematic Literature Review that aims to synthesize/summarize the scientific evidence of the Nurse's benefits (decreased anxiety, stress and acceptance of illness/health/increased patient and family safety) as a facilitator of communication/information of the family/reference person of the patient in critical situation in the Emergency Department.

**Key words:** Nurses; Communication; Family; Urgency Service; Anxiety; Stress; Patient Safety; Disease Acceptance

## ÍNDICE

pág.

INTRODUÇÃO .....	11
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO .....	14
1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO .....	14
1.1. ENSINO CLÍNICO I – URGÊNCIA .....	14
1.2. ENSINO CLÍNICO III – BLOCO OPERATÓRIO DO HDFS,EPE .....	16
1.3. ENSINO CLÍNICO II – UTHPA DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA (CHUC).....	17
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	20
2.1. CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA .....	20
2.2. DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA, DA CONCEÇÃO À ACÇÃO .....	35
2.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECCÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS .....	38
3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIROS ESPECIALISTA .....	44
3.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL ÉTICA E LEGAL .....	44
3.2. MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE.....	48
3.3. GESTÃO DOS CUIDADOS .....	52
3.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	55
PARTE II – BENEFÍCIOS (DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE, STRESS E ACEITAÇÃO DA DOENÇA/SAÚDE/AUMENTO DA SEGURANÇA DO DOENTE E FAMÍLIA) DO ENFERMEIRO COMO FACILITADOR NA COMUNICAÇÃO/INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA DE DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	59
RESUMO .....	60
ABSTRACT .....	61

1. INTRODUÇÃO.....	62
2. METODOLOGIA .....	68
2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	68
2.2. OBJETIVOS.....	68
2.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS, ESTRATÉGIA DE PESQUISA E QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS .....	69
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	71
REFLEXÃO FINAL .....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	79
APÊNDICES .....	85

APÊNDICE I - Guião para a Consulta de Enfermagem Peri-Operatória (CEPO)

APÊNDICE II- Folha de Registo da CEPO

APÊNDICE III- Folheto intitulado “Guia de Acolhimento ao Utente Cirúrgico

APÊNDICE IV- Quadro de Análise dos Resultados

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio com componente de investigação surge integrado no 2º ano do Ciclo de Estudos do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) no âmbito da Unidade Curricular anual intitulada “Relatório de Estágio”, integrado no 7º Mestrado em Enfermagem à PSC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL). A sua conclusão e respetiva defesa em prova pública visa a obtenção do grau de mestre.

A decisão de ingressar neste mestrado e especialidade em enfermagem nesta fase da minha vida surgiu como que uma concretização de um desejo adiado, uma vez que ao longo dos anos foram surgindo prioridades a nível familiar que me impediram de o concretizar mais cedo. Ao longo dos anos de experiência e com base na minha prática no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFE,EPE) durante vinte e três anos, senti a necessidade de adquirir, aprofundar e atualizar conhecimentos em enfermagem que me permitissem desenvolver competências mais específicas que direcionassem a minha intervenção, sendo a área do doente em situação crítica a de maior interesse.

Segundo Ordem dos Enfermeiros (2018) os cuidados de enfermagem especializados à PSC, são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

O Enfermeiro Especialista (EE) possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades independentemente da área de especialidade, consideradas competências comuns, demonstradas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados assim como através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no sector da formação, investigação e assessoria (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

O presente relatório é composto por duas partes essenciais, a primeira relativa à componente de desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico- Cirúrgica (EMC) na área da PSC, tendo como finalidade analisar de forma reflexiva e descrever as atividades desenvolvidas durante os vários ensinamentos clínicos (EC) indo ao encontro das competências e práticas de enfermagem no cuidado à PSC. Os EC decorreram em três locais distintos: EC I - SU do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral (CHUC - HG) – Bloco B, de 20 de Maio a 22 de Julho de 2019; EC III no Bloco Operatório (BO) do HDFE, EPE de 16 de Setembro a

22 de Novembro de 2019 e EC II na Unidade Transplantação Hepática Pediátrica e Adultos (UTHPA) do CHUC de 25 Novembro de 2019 a 7 de Fevereiro de 2020. Este relatório terá em consideração o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2018) nº 429/2018 de Competências Específicas do EE em EMC na Área de Enfermagem à PSC e o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2019) nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do EE.

A segunda parte é reservada à componente de investigação através da realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) intitulada Benefícios (diminuição da ansiedade, stress e aceitação da doença/saúde/aumento da segurança do doente e família) do enfermeiro como facilitador na comunicação/informação da família do doente em situação crítica no serviço de urgência: Revisão sistemática da literatura.

Tendo em conta a Lei n.º 15/2014 de 21 de março, 2014 - Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, o acompanhante tem direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento, havendo algumas exceções, como seja a indicação contrária expressa pelo doente e quando a situação clínica do doente exige segredo clínico. (Diário da República, 2014).

Na minha experiência de 23 anos a exercer funções no SU este tema revela-se oportuno uma vez que diariamente constato que à família/pessoa de referência do doente em situação crítica não lhe são transmitidas informações adequadas, ficando colocada em segundo plano, gerando situações de grande stress por parte da família/pessoa de referência por não lhes ser transmitidas informações sobre o seu familiar em tempo útil e essa situação gera conflitos que no meu entender poderiam ser evitados se houvesse um Enfermeiro (Enf.º) cuja principal função é transmitir informações à família/pessoa de referência, servindo de elo de ligação entre o doente, a família/pessoa de referência e a equipa multidisciplinar. Assim este tema revela-se de grande relevância na medida em que posso demonstrar os benefícios da existência de um Enf.º das informações/da comunicação no SU no cuidado da família/pessoa de referência.

Refletir sobre as práticas de enfermagem numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, supõe o reconhecimento do prestígio da comunicação no âmbito da relação terapêutica estabelecida com a família do doente. O processo da comunicação com a família pressupõe a existência de um equilíbrio entre a comunicação verbal e a comunicação não-verbal, promovida pelos enfermeiros (Enf.ºs) que estabelecem uma relação terapêutica eficaz, fomentando a qualidade e a humanização dos cuidados prestados. Saiote e Mendes (2011) salientam esta perspetiva, quando referem que a comunicação e a partilha de informação adotam uma

centralidade inevitável na prática de enfermagem, quer seja na relação entre pares, quer com os doentes ou com a família, assegurando assim a continuidade e a qualidade na prestação de cuidados.

Na opinião de Pytel et al., (2009) é importante que os Enf.<sup>os</sup> do SU, estejam formados e sensibilizados para as necessidades de comunicação do doente e família, para assim poderem melhorar o atendimento prestado, proporcionando um ambiente de confiança, respeito e de aceitação para que tanto os doentes como família/pessoa de referência sejam encorajados a expressar as suas necessidades e a acolher informações relevantes o suficiente, para que o tratamento e a recuperação da doença sejam otimizados.

Este trabalho foi elaborado tendo por base o novo Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde do IPL.

## **PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

A componente de EC é uma etapa indispensável e um período determinante para desenvolver conhecimentos e competências necessárias à formação profissional e desenvolvimento pessoal. Segundo Soares (2004), a prática reflexiva é considerada uma potencial situação de aprendizagem, pois é através dela que o indivíduo se torna perito daquilo que faz e de como se faz, assim podemos também afirmar que não é a prática que ensina, mas a reflexão sobre ela.

Após uma breve caracterização dos locais de estágio, segue-se a elaboração de uma análise crítico-reflexiva, fundamentada através de bibliografia científica, das atividades realizadas e experiências vivenciadas em cada EC, que se traduzem numa forte aprendizagem, culminando no desenvolvimento das competências específicas do Enf.º Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) e das competências comuns do EE.

### **1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO**

Os ensinamentos clínicos selecionados com vista à execução da componente prática inerente a este mestrado foram desenvolvidos no SU do CHUC - HG – Bloco B (EC I), no BO do HDFF, EPE (ECIII) e na UTHPA do CHUC (ECII). De seguida proceder-se-á a uma breve caracterização dos mesmos.

#### **1.1. ENSINO CLÍNICO I – URGÊNCIA**

O SU do CHUC-HG – Polo B, é um serviço polivalente, com nível elevado de diferenciação técnica de resposta a situações de urgência e emergência, garantindo a prestação de cuidados a doentes com situações clínicas que envolvem a observação, monitorização, diagnóstico, tratamento e encaminhamento de doentes. Funciona 24 horas por dia, estando aberto ao público das 9 às 22 horas, no entanto esta unidade recebe doentes do CHUC até às 24 horas, caso haja necessidade de transferência de doentes.

O SU situa-se no piso -3 do edifício, encontra-se estrategicamente adjacente à imagiologia,

próximo do BO, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), UCI Coronários (UCIC), Serviço de Hemodinâmica, Serviço de Sangue e análises clínicas. O SU dispõe de equipamentos de Radiografia (RX), eletrocardiograma (ECG), máquina de gasometrias e um sistema pneumático de envio de análises. O SU está informatizado, dispondo do Sistema ALERT, Pyxis e do sistema de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF), dentro do qual se incluem os Armazéns Avançados. Todos estes aspetos organizacionais são uma mais-valia na qualidade do atendimento dos doentes.

Tem como área de abrangência a zona da Unidade de Saúde de Coimbra Sul e Concelho da Figueira da Foz – HDFF,EPE, segundo os dados estatísticos colhidos pela secretária clínica do SU em 2018, o número de urgências no respetivo ano foi de 37.628 doentes.

Este serviço é dotado de meios humanos e técnicos adequados à concretização do objetivo fundamental que é cuidar com dignidade e equidade, de todos os doentes que a ela recorrem, de forma eficiente e eficaz. Aplicando Regulamento da Norma para Calculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), a dotação segura de Enf.<sup>os</sup> estimada neste SU é de 68 Enf.<sup>os</sup> existindo neste momento 67 profissionais, sendo que 17 são Enf.<sup>os</sup> coordenadores (Enf.<sup>o</sup> C). A maioria dos Enf.<sup>os</sup> C são especialistas. Existe assim em todos os turnos um Enf.<sup>o</sup> C que gere o serviço, quer seja a nível de gestão de recursos humanos (Enfermagem e Assistente Operacionais (AO)) quer a nível de recursos materiais (pedidos para a farmácia, pedidos de material para reparação), também faz a gestão de altas clínicas, nomeadamente pedidos de transporte e transferências inter-hospitalares principalmente para os CHUC. Sendo o método de trabalho maioritariamente o método em Equipa pois são coordenados pelo mesmo coordenador, utilizando também o método individual, os Enf.<sup>os</sup> são distribuídos por salas tendo em conta as prioridades do Protocolo de Triagem de Manchester (PTM). Existe nesta urgência um Gabinete de Informações (GI) que se situa junto do gabinete da admissão na sala de espera exterior. Neste gabinete está distribuído um Enf.<sup>o</sup> cuja função é comunicar com os familiares/pessoa de referência dos doentes admitidos no SU. Esta transmissão de informações pode ser realizada presencialmente ou por via telefónica, pode verificar que houve sempre o cuidado de obter o consentimento prévio do doente para transmissão da informação.

Sempre que um doente recorre ao SU deste Hospital é realizada uma ficha de admissão para ser triado o mais rapidamente possível por um dos Enf.<sup>os</sup> dos dois postos de Triagem. Na eventualidade do doente ser admitido diretamente na Sala de Emergência (SE), o Enf.<sup>o</sup> da triagem

pode deslocar-se à mesma e realizar *in situ* a triagem. O Sistema utilizado é o método de PTM e o doente é encaminhado para o sector correspondente à prioridade.

## 1.2. ENSINO CLÍNICO III – BLOCO OPERATÓRIO DO HDFS,EPE

O Serviço de BO está situado no 2º piso do HDFS,EPE funciona 24 h por dia, tem uma equipa de enfermagem composta por 25 Enf.<sup>os</sup> e uma equipa de AO compostas por 8 elementos.

No que se refere a estrutura física trata-se de um BO antigo, espaço reduzido, com muitas limitações, mas está previsto a curto prazo a construção de um BO novo, onde certamente as limitações existentes serão ultrapassadas.

Para facilitar a descrição da estrutura física atual considerei zonas distintas, assim Zona 1 onde se situa o gabinete de secretária clínica (à entrada); Zona 2 que é separada por uma porta em que a sua abertura é acionada por um botão para funcionários da Instituição, dando acesso ao local onde é efetuada a transferência do doente da cama para a maca do BO não existindo Transfer. Nesta zona existe: Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), gabinete de Anestesia, Vestiários masculinos e femininos; Copa; finalmente Zona 3 onde se encontra Gabinete da Enfermeira (Enf.<sup>a</sup>); 3 Salas Operatórias (SO); Sala de despejos; 2 “Lavabos” para lavagem e desinfeção da equipa cirúrgica; Armazém de material esterilizado; Armazém de material de consumo clínico em armazém avançado; Armazém de material não clínico e de suporte; Zona de sujos (material e roupa).

Neste BO existem armazéns avançados de esterilizados e materiais consumíveis, como seja Implantes utilizados na cirurgia Ortopédica, Ginecológica, Urológica, Cirúrgica e Otorrino que são uma mais-valia na rentabilização do reduzido espaço físico, aguardam-se os armazéns avançados de farmácia que serão o futuro.

São cumpridas as recomendações da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP, 2013), tendo sempre um Enf.<sup>o</sup> a fazer o acolhimento do doente, que verifica a Lista de Verificação de Admissão (LVA) ao BO, assegurando a verificação dos critérios de admissibilidade do doente à área de cuidados peri operatórios, sendo preenchida pelo Enf.<sup>o</sup> do serviço de onde é originário o doente. Nas SO estão alocados 3 Enf.<sup>os</sup> que exercem funções de Instrumentação, Circulação e Apoio à Anestesia e na UCPA está alocado 1 Enf.<sup>o</sup> por 3 unidades de doentes. O método utilizado é á tarefa.

Como o BO do HDFS, EPE serve uma população pediátrica, segundo o Regulamento referido anteriormente, deveria existir pelo menos 1 EE de Saúde Infantil e Pediátrica de apoio à SO, ao recobro e às consultas perioperatórias, fato que não acontece.

Recomenda-se também que na UCPA exista pelo menos 2 Enf.<sup>os</sup> preferencialmente especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, devendo o rácio ser de 1 Enf.<sup>o</sup> por 2 unidades de doentes, esta recomendação também não é cumprida.

Tendo em conta a fórmula de dotação do regulamento atrás mencionado, a dotação segura para o BO seria 28 Enf.<sup>os</sup>, portanto pode concluir que o número de profissionais de enfermagem fica aquém do preconizado pelo Regulamento (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

As especialidades cirúrgicas existentes neste BO são: Cirurgia Geral; Ortopedia; Ginecologia; Urologia e Otorrino. Os doentes são provenientes dos Serviços de: Cirurgia; Especialidades Cirúrgicas; Ortopedia; Urgência; Pediatria e Unidade de Cirurgia do Ambulatório (UCA).

Os horários praticados neste serviço são: Turno da Manhã 8h- 15h; 9h-16h (UCPA); Turno da Tarde 14.45h – 23.15h; Turno da Noite – 23h-8.15h.

Este BO, além do horário normal, tem horário de prolongamento (intervenção cirúrgicas de doentes da instituição) 8h-18h, e Programa de Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) – Intervenções cirúrgicas a doentes externos à instituição. O BO dispõe de apoio do Serviço de Imagiologia quando é necessário, bem como do Serviço de Laboratório de Análises Clínicas. Está informatizado com o S Clínico e do Sistema de GHAF.

Não é possível definir concretamente a área de abrangência uma vez que recorrem a este BO doentes de várias zonas do País sendo registadas, de Janeiro a Setembro do corrente ano, 6309 intervenções cirúrgicas programadas e 599 intervenções cirúrgicas urgentes, estes dados foram cedidos pela secretária clínica do BO do HDFS,EPE publicados em plataforma digital interna da instituição.

### 1.3. ENSINO CLÍNICO II – UTHPA DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA (CHUC)

A UTHPA dispõe de uma equipa multidisciplinar dedicada a esta atividade e tem condições técnicas para realizar procedimentos diferenciados e complexos, alguns dos quais exclusivos deste centro, a nível nacional.

Esta unidade tem como foco de funcionamento as necessidades dos doentes, situando-os no centro de todo o processo. Os cuidados prestados são apoiados na relação contínua dos profissionais de saúde, com disponibilidade diária de 24h, e adequados às necessidades dos doentes no que se refere à acessibilidade, equidade, segurança, continuidade de cuidados e qualidade clínica.

A UTHPA tem uma equipa de enfermagem composta por 27 Enf.<sup>os</sup> e uma equipa de AO compostas por 10 elementos.

No que se refere à estrutura física da UTHPA, considere-se zona exterior à unidade composta por Copa; Gabinete da Chefe e Vestiários e zona interior à unidade composta por: Balcão Central com Monitorização Centralizada; Sala de Preparação de Medicamentos; Sala Polivalente (utilizada para reuniões de enfermagem, passagem de turno, reuniões médicas e gabinete de trabalho com computadores e impressora); Sala de Tratamentos; 1 Quarto de Banho (WC) comum para os doentes; 2 Quartos com 1 unidade de doente com WC; 3 quartos com 2 unidades de doentes com WC; 1 Quarto com 4 unidades de doentes com WC; 4 Arrecadações (1 Roupa; 1 Material Clínico, que funciona como Armazém Avançado de reposição por níveis; 1 Material de Equipamento e 1 de Apoio à Reabilitação).

A Unidade tem 12 camas, 5 das quais de Cuidados Intensivos (CI), método de trabalho é individual, o programa informático é o S. Clínico, tem apoio da farmácia 24h e a medicação para os doentes é distribuída por unidade. Existe um Enf.<sup>o</sup> Responsável por turno estipulado pela Enf.<sup>a</sup> Chefe, a distribuição dos Enf.<sup>os</sup> é efetuada diariamente e por turno.

Tendo em conta a classificação das UCI e rácio Enf.<sup>o</sup>/Cliente referida no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), a UTHPA é considerada pela instituição como UCI nível II e I, uma vez que se trata de uma Unidade constituída por 5 camas de CI com capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não proporcionar de modo casual ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico--cirúrgicas distintas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, ...), garantindo a sua articulação com unidades de nível superior; 7 camas de internamento que dispõem basicamente de monitorização não invasiva com presumida capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior, sendo o rácio Enf.<sup>o</sup> /Utente de 1/2 e 1/3, respetivamente.

A equipa dispõe de Enf.<sup>os</sup> suficientes para prestar cuidados de excelência, uma vez que é composta por mais de 10 Enf.<sup>os</sup>, dos quais 5 são EE em EMC, 2 EE em Reabilitação que asseguram

um rácio de 8 h de cuidados de enfermagem especializados por cada 5 doentes todos os dias da semana, tendo para isso a colaboração de 2 EE em Reabilitação da Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios (UCCI).

Tendo em conta a fórmula de dotação do regulamento atrás mencionado, a dotação segura para a UTHPA está adequada para o número de profissionais de enfermagem, ficando além do preconizado pelo Regulamento (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Não é possível definir concretamente a área de abrangência, uma vez que recorrem a esta Unidade de Transplantação doentes de várias zonas do país.

O horário das visitas não é rígido, embora esteja estipulado 15h – 20h, é flexível a outras horas, uma vez que existem doentes de várias zonas do país.

Nesta unidade estão internados doentes transplantados que têm necessidade de internamentos frequentes nesta Unidade, devido a complicações pós transplante. Para que haja sucesso do transplante é essencial uma mudança nos hábitos de vida, por isso a preparação do regresso a casa é fundamental, verificando-se uma preocupação acrescida por parte da equipa de Enfermagem para preparar o doente para a alta.

Nesta Unidade está integrada a UCCI composta por 12 unidades de doentes provenientes de todas as especialidades cirúrgicas.

A UTHPA dispõe de Hospital de Dia, com a dotação de três lugares, para realização de procedimentos em ambulatório: exames complementares de diagnóstico com necessidade de preparação hospitalar, administração de fármacos, realização de procedimentos invasivos (paracentese, manipulação de drenos, medulograma, etc.). A Consulta Externa da UTHPA está próxima do Hospital de Dia e funciona nos dias úteis entre as 9h e as 16h, com apoio Médico e de Enfermagem.

## **2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

O EEEPSC apresenta um conhecimento aprofundado no domínio específico da PSC.

Os cuidados de enfermagem especializados à PSC são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As Competências Específicas do Enf.º EMC na área de Enfermagem à PSC a incluir são: Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

### **2.1. CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA**

O foco principal do EEEPSC será priorizar a sua intervenção especializada e dirigida à pessoa/família em situação crítica tornando-se necessário observar o seu estado clínico com mais precisão. Tendo em consideração o desequilíbrio causado e as suas eventuais repercussões generalizadas, o EE mobiliza conhecimentos de modo a responder em tempo útil e de forma holística, potenciando os resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante o EC I estive quase sempre alocada à SE tendo-me deparado com variadas ocorrências de PSC, nomeadamente Vítimas com: Acidente Vascular Cerebral (AVC); Bloqueio de 3ºGrau; Fibrilhação Auricular; Flutter; Edema Agudo do Pulmão (EAP); Enfarte Agudo Miocárdio (EAM); Vítima de Paragem Cardiorrespiratória (PCR); Hipoglicémias, tendo a possibilidade de prestar cuidados em equipa a doentes principalmente do foro médico.

Tive a oportunidade de contactar com uma doente que deu entrada pela Via Verde Coronária (VVC) à qual prestei os cuidados iniciais (cateterizei veias periféricas, colhi sangue para

análises, monitorizei, administrei medicação prescrita pelo médico de Medicina Interna) sendo o ECG, solicitado pelo Enf.º que fez a triagem, de seguida acompanhei a doente para a hemodinâmica para a realização de cateterismo.

O Sistema de VV (Via Verde) é uma abordagem utilizada na tentativa de otimizar o atendimento aos doentes mais urgentes em muitos serviços de urgência. Esta mudança na organização dos serviços tem como objetivo diminuir a morbilidade e mortalidade devida a atrasos no diagnóstico e tratamento especialmente em entidades clínicas em que o diagnóstico atempado é crucial, como o EAM, pneumonia, Sépsis e AVC, combatendo problemas como longos períodos de espera, excessiva duração da estadia no SU, o acesso não facilitado aos recursos clínicos, terapêuticos e de meios complementares de diagnóstico (Carapeto, 2012).

Segundo Carrapeto (2012) a intervenção imediata conduz a ganhos em saúde enquanto que a redução dos tempos de diagnóstico e tratamento refletem-se na diminuição da mortalidade e das complicações, relacionando-se com uma melhoria no prognóstico destes doentes.

Neste serviço estava também implementada a VV AVC, já a VV Sépsis (VVS) estava em preparação para ser implementada, havendo da parte da chefia de enfermagem a preocupação de possibilitar a formação/informação aos Enf.ºs do serviço. Neste contexto, estando já agendada uma ação de formação nessa área, surgiu a possibilidade de frequentar a referida ação de formação em serviço, intitulada “Prevenção e Controlo da Infeção: O Contributo dos Enf.ºs no SU – Pólo SU HG do CHUC” a qual foi muito proveitosa uma vez que cimentei conhecimentos já adquiridos na teoria, na unidade curricular de Infeção Associada a Cuidados de Saúde (IACS), como adquirir novos conhecimentos nomeadamente no que diz respeito à VVS. A VVS é uma estratégia organizada que tem como objetivo a rápida acessibilidade, apropriada abordagem e eficiente antibioterapia nas situações críticas, em que o fator tempo é crucial entre o início da sintomatologia, diagnóstico e tratamento para diminuir a morbimortalidade (Direção-Geral da Saúde, 2010). Sendo unânime no universo científico que a intervenção precoce e adequada melhora consideravelmente o prognóstico dos doentes com Sépsis grave e choque séptico e reduz substancialmente os custos para as instituições, a Direção-Geral da Saúde (2010) determina, por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, a criação a nível nacional da VVS incluindo assim todos os Serviços de Urgência (SUs) nacionais: SU básicos (SUB), SU médico-cirúrgicos (SUMC) e SU polivalentes (SUP).

Tive um doente que entrou na SE por bradicardia/alteração do ritmo cardíaco tendo à posteriori efetuado PCR onde foi necessário aplicar algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV),

efetuar desfibrilhação e após a estabilização do doente acompanhei-o para a Hemodinâmica para colocação de pacemaker, durante toda a situação não senti dificuldades em atuar uma vez que na minha prática diária estas situações são frequentes, quero realçar que me senti parte integrante da equipa multidisciplinar. Embora alocada à SE colaborei também noutros sectores, como a triagem, tendo a realçar a forma como o doente é abordado assim como lhe é concedida a privacidade.

A prestação de cuidados no SU é realizada de forma individual, tendo em conta a avaliação inicial do doente, esta é baseada nas queixas do mesmo, nas evidencias fisiológicas por ele demonstradas, pela informação da equipa que transporta o doente e do familiar, e muitas das vezes, por carta do médico assistente que segue o doente, sendo esta carta aberta pelo Enf.º. Este procedimento é por mim considerado uma mais-valia para a adequada escolha de fluxograma da triagem.

Na transferência inter-hospitalar o doente crítico tem o direito de ser transportado de uma forma totalmente segura, onde deverá ser mantido o nível e a qualidade de cuidados prestados durante o transporte, que não deverão ser inferiores aos prestados na unidade de origem, sendo nesta situação importante o papel da equipa de Enfermagem. Assim o Transporte de Doentes Críticos é uma área fundamental para a melhoria do estado clínico e determinante para a sobrevivência e futura qualidade de vida dos mesmos (Machado, 2010).

A inexistência de recursos (humanos e técnicos) no hospital de origem é a principal indicação para transferência de um doente crítico com o intuito de tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

O despacho n.º 5058-D/2016, estabelece disposições sobre o transporte integrado de doente crítico. Compreende-se que o transporte inter-hospitalar de doentes críticos deve ser assegurado através do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) havendo a garantia de um conjunto de ações coordenadas, de âmbito inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS), possibilitando uma atuação rápida, eficaz e gestão de meios que melhor asseguram a qualidade e segurança do doente, considerando igualmente o modelo das urgências centralizadas (Assembleia da República, 2016).

O Guia de Transporte de Doentes Críticos tem como finalidade avaliar concretamente o transporte do doente, conferindo pontuação numérica, de forma a definir o tipo de acompanhamento e meio de transporte a utilizar, de acordo com as características e necessidades

do doente. A promoção e garantia da segurança durante o transporte estão intimamente relacionadas com a qualificação técnica do profissional, dependendo esta da formação e experiência clínica do mesmo (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

A mesma fonte salienta que a todos os profissionais, sem exceção, dever-se-á promover formação específica em transporte de doentes críticos, sendo esta pertinente no sector do ensino em Medicina Intensiva, nas suas diversas Especialidades, principalmente as relacionadas e que cooperam na Emergência Médica. A preparação da equipa de transporte deverá abranger formação em SAV e se possível em Suporte Avançado de Trauma (SAT).

Segundo Hsiao et al. (2017) os familiares vivenciam uma sucessão de impactos fisiológicos, psicológicos e emocionais ao acompanhar um familiar gravemente doente ao SU. A compreensão clínica correta das necessidades dos familiares é essencial para o atendimento adequado aos doentes e familiares, estas são influenciadas pela cultura e pelo contexto do cuidado. Para os familiares a “comunicação com os membros da família” é classificada como a necessidade mais importante.

Segundo a Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho todo o cidadão admitido num SU tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si assinalada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço, por outro lado o SU deve adaptar os serviços técnicos adequados e promover o direito ao acompanhamento. Se a situação clínica do doente não permitir a declaração da sua vontade, podem para esse efeito os serviços solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o paciente invocados pelo acompanhante, não podendo impedir o acompanhamento. No entanto, existem limites legislados para esse direito: caso o acompanhamento comprometa as condições e requisitos técnicos da prestação de cuidados médicos para que sejam eficazes ou no caso de intervenções cirúrgicas e outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, à exceção do clínico responsável ter dada a autorização em questão (Diário da República, 2009).

Tive a possibilidade de estar alguns turnos no GI, sector que me interessou particularmente, uma vez que o meu trabalho final de mestrado seria sobre a temática dos Benéficos do Enf.º da Comunicação/Informação à Família/Pessoa de Referência no SU, foi possível desenvolver a competência interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com o doente/família/ pessoa de referência face á situação muitas vezes complexa do estado de saúde do doente.

Os Enf.<sup>os</sup> transmitem a informação que é entendida como indispensável no processo de interação entre doentes, familiares e profissionais. Este procedimento obriga a partilha de conhecimentos onde a comunicação aberta e clara com os doentes/familiares é primordial para uma interação de êxito (Phaneuf, 2005).

No desempenho da sua profissão os Enf.<sup>os</sup> devem salientar a comunicação como parte integrante do seu exercício profissional para que os cuidados prestados sejam de qualidade, com a garantia do sucesso dos procedimentos técnicos e de convivência com quem necessita de cuidados de enfermagem (Bruschini et al., 2007).

Tive a oportunidade de observar que o Enf.<sup>o</sup> no sector GI desenvolve ações totalmente autónomas, transmite informações globais de forma cuidada indo ao encontro das preocupações de quem procura a informação, tenta saber quais são as informações que já são conhecidas, possibilita a visita do familiar ao doente acompanhando-o, embora por vezes de forma breve, no entanto, realça a sua importância uma vez que é notório a diminuição da ansiedade em ambos os intervenientes, doente e familiar/pessoa de referência.

Galinha de Sá et al. (2015) concluem ser importante que o Enf.<sup>o</sup> desenvolva competências comunicacionais eficientes e que desenvolva a sua capacidade de escuta ativa sendo necessário encaminhar a família para o centro dos cuidados.

De salientar que o Enf.<sup>o</sup> do GI fala com o doente e questiona se ele autoriza a transmissão da informação, salvaguardando assim o direito à privacidade e confidencialidade.

Este Enf.<sup>o</sup> é o elo de ligação entre o doente e o familiar, fato que no meu entender é de grande relevância como é enfatizado por Eggenberger e Nelms (2007) ,quando referem que os Enf.<sup>os</sup> têm uma profunda capacidade para ajudar as famílias a suportar a experiência de doença crítica. O cuidado com a família é potenciado com a presença do Enf.<sup>o</sup> que reconhece a importância de 'Ser Família', assim a relação Enf.<sup>o</sup>-família fica reforçada havendo um compromisso do Enf.<sup>o</sup> de estar com e para a família.

No que se refere ao EC III foi um desafio, uma vez que me era completamente desconhecido, enquanto profissional de Enfermagem, tendo procurado adquirir as bases do conhecimento das funções no BO, no sentido de desenvolver uma prática adequada baseada numa observação atenta que assenta essencialmente no saber estar e saber fazer.

No BO, mais que em qualquer unidade, a segurança do doente é uma prioridade. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, tenciona alcançar vários objetivos

estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Ministério da Saúde, 2015).

Este serviço é muito específico, não se compara a nenhum outro, existem vários rituais que são estranhos para quem não está integrado, por exemplo o fardamento, a forma como se deve estar dentro de uma SO, a forma como se contata com o materiais que envolvem o doente, a comunicação entre a equipa multidisciplinar, as competências e responsabilidades de cada elemento, a necessidade de cada um fazer a sua função, não descorando a interligação entre todos, tendo sempre como objetivo primordial a prestação de cuidados de qualidade efetiva com os menos riscos e a melhor recuperação pós cirúrgica

Muitas são as situações em que é necessário atuar de forma rápida e eficiente perante situações imprevistas, uma vez que as cirurgias podem complicar, podem surgir hemorragias, choque anafilático e mesmo PCR, o doente cirúrgico é um doente de risco eminente.

Durante o EC III felizmente, só me deparei com uma situação de emergência em que a doente ficou em choque durante a cirurgia, não tive dificuldades em agir em conformidade. Testemunhei todos os cuidados e precauções por parte da equipa do BO para que toda a intervenção cirúrgica decorra sem percalços, verifiquei na equipa multidisciplinar uma preocupação constante e concentração permanente. Frequentemente o programa operatório é alterado, quer seja por uma questão clínica, por exemplo uma situação de urgência, quer seja por uma questão de gestão cirúrgica; em todas estas situações o Enf.º é desafiado a atuar em conformidade quer seja com os seus conhecimentos científicos, quer seja com a sua prática clínica. A situação crítica do doente, o estado de consciência do doente aliada aos complexos procedimentos anestésicos, cirúrgicos e ao ambiente envolvente com tecnologia avançada exige que o Enf.º do BO desempenha corretamente as suas funções, para isso é primordial ter conhecimentos e prática cimentada que só são possíveis com uma formação e sua aplicação diariamente, sendo fundamental um período de integração longo e por áreas tendo em conta os conhecimentos anteriores.

Tive a oportunidade de assistir a várias intervenções cirúrgicas, tais como: Prótese Total do Joelho; Extração de Cavilha Trocantérica; Extração de Cavilha do Fémur; Quervain;

Osteossíntese de Fratura do Colo do Fémur com Cavilha “Intertam”; Osteossíntese de Fratura Bi-Maleolar com placa e parafusos de pequenos fragmentos; Osteossíntese de Fratura Sacroilíaca com parafuso canulado percutâneo; Osteossíntese de Fratura do Rádio e Cúbito com placas e parafusos; Sinuzoidectomia; Amigdalectomia; Exérese + Striping de varizes; Hernioplastia; Colecistectomia; Nefrectomia Total laparoscópica exploradora; Exérese do Nodulo da Mama; Cirurgia de Incontinência Urinária - aplicação de Botox; Exérese de Hidrócelo e Circuncisão.

Neste EC prestei funções na SO como Enf.º de Apoio à Anestesia e como Enf.º Circulante.

O Enf.º de apoio à Anestesista, colabora com o médico anestesista e mantém uma observação e vigilância permanentes de forma a detetar sinais e sintomas de complicações que podem acontecer, estando apto para agir em situações de urgência e emergência (AESOP, 2006).

Este Enf.º muitas vezes é o primeiro que entra em contato com o doente cirúrgico. Após se identificar, confirma a identidade do mesmo, explica os procedimentos de forma a diminuir a ansiedade e possíveis dúvidas.

Durante o EC III, efetuei o acolhimento do doente cirúrgico assim procedi à verificação da LVA ao BO, acalmei-o, transfere-o para a maca do BO de forma cómoda e com a privacidade possível, uma vez que não existe Transfer para esse efeito, acompanhei-o para a SO, proporcionando um posicionamento adequado à intervenção cirúrgica, colaborei na indução anestésica do doente administrando medicação anestésica quando solicitado pelo Anestesista, colaborei na observação e vigilância dos parâmetros vitais, despistei complicações possíveis, fiz os registos pré operatórios adequados, colaborei no despertar do doente no final da cirurgia e acompanhei na transferência para a UCPA.

Tive a necessidade de consultar bibliografia relacionada com diferentes técnicas anestésicas, fármacos usados e todos os conhecimentos relacionados com os cuidados de anestesia, por forma a conhecer o desempenho das funções do Enf.º de apoio à anestesia.

A atuação de um médico anestesista deste serviço destaca-se pela forma diferente de atuar aquando da indução anestésica, tentando utilizar a hipnose para esse efeito, no entanto não o consegue concretizar muitas das vezes, pois não dispõe do tempo necessário e por vezes a equipa não está sensibilizada para tal, no entanto o fato de haver esta sensibilização por parte do médico anestesista é um aspeto a valorizar, uma vez que começam a surgir medidas não farmacológicas na equipa médica.

A hipnose não deve ser considerada como um sono fisiológico, apesar de aparentemente ser semelhante a ele, no entanto pode ser utilizada como indutor de sono fisiológico. Não é um poder especial ou magia, nem é alguma força bárbara proveniente de origem perversa. É, simplesmente um estado peculiar de consciência no qual determinado comportamento escolhido da vida diária se manifesta de maneira direta, geralmente com a ajuda de outra pessoa podendo ser auto-induzido (Erickson, 1970). É também definida como uma experiência de uma nova consciência de si, sustentada principalmente no uso da fantasia ou da imaginação, que facilita uma atenção modificada e concentrada permitindo ao indivíduo o empenho em novas formas de pensar e de experimentar novas possibilidades de autocontrole. No contexto terapêutico, ajuda o doente a atingir os seus objetivos individuais, aceitando-os como altamente possíveis e atingíveis (Araoz, 2005).

Montgomery et al. (2007) no seu estudo concluíram que uma breve intervenção de hipnose pré-cirúrgica reduzia o uso de fármacos, a intensidade e o incómodo da dor, as náuseas, a fadiga, o desconforto e transtorno emocional em mulheres submetidas à cirurgia de cancro da mama. Esta abordagem tem como resultado a diminuição custos para a instituição, que em junção com as potenciais melhorias na carga de sintomas para as centenas de milhares de mulheres que enfrentam a cirurgia de cancro da mama em cada ano, argumentam persuasivamente pela aplicação mais ampla da hipnose pré-cirúrgica.

Ainda sobre o mesmo assunto, Murrer (2015) concluiu através do seu estudo e da sua experiência clínica que a utilização da Hipnose Ericksoniana na área odontológica é um notável procedimento, podendo ser também aplicada em procedimentos cirúrgicos na área médica, promovendo o controlo da dor e outros desconfortos, diminuindo a quantidade de anestésicos, analgésicos e anti-inflamatórios, bem como o tempo de internamento e custos institucionais.

O Enf.º Circulante deve desenvolver pensamento crítico e reflexivo dando respostas às necessidades da equipa, agindo de forma a garantir as condições de segurança da mesma e do doente, a manutenção do ambiente seguro e da assepsia do espaço operatório. Este Enf.º opera como líder, sendo responsável pela coordenação da equipa de enfermagem durante o período perioperatorio. Não tem só função de prestação de cuidados, mas também função de gestor, principalmente no que concerne à gestão do tempo, por forma a diminuir o seu desperdício, quer seja na chamada oportuna dos doentes, quer pelo envio e receção de materiais cirúrgicos necessários para os procedimentos; gestão de riscos intrínsecos ao BO e gestão organizacional da SO, tendo responsabilidade sob algum evento (AESOP, 2006). Tive a noção que este Enf.º

é fundamental para garantir a segurança do doente e de toda a equipa. É o Enf.º que circula em redor do campo operatório, da equipa estéril, do cirurgião, do Enf.º instrumentalista e do doente. Assim apoiei a equipa cirúrgica e o Enf.º Instrumentista a vestir-se com indumentária estéril; colaborei na colocação de mesas cirúrgicas; direcionei os focos de luz operatórios: preparei o material necessário para a cirurgia garantindo a manutenção da técnica asséptica; colaborei com o Enf.º Instrumentista na contagem de compressas e restante material; a acondicionar e rotular amostras de tecidos para análise patológica; cumpri as regras de assepsia; colaborei na triagem de resíduos; colaborei na elaboração de pensos cirúrgicos; cooperei no despertar confortável do doente; transporte o doente para a UCPA; efetuei registos em suporte papel e em suporte digital de modo a permitir acompanhamento do ato anestésico-cirúrgico e colaborei na reposição e reorganização da SO para o doente seguinte.

O Enf.º Instrumentista poderá ser erroneamente percecionado como um elemento da equipa simplesmente vocacionado para a área técnica, como é enfatizado por Teixeira (2018) quando refere que o posto de Enf.º Instrumentista está diretamente relacionado com o saber fazer podendo ser apelidado de técnico, no entanto a profissão de enfermagem está inevitavelmente relacionada com o cuidar. Assim o Enf.º presta cuidados individuais e holísticos por forma a combater a vulnerabilidade e fragilidade existentes em qualquer doente cirúrgico, diminuindo assim o stress e angústia.

A função de Enf.º Instrumentista requer tempo de aprendizagem e integração mais prolongado, (Teixeira, 2018), assim não foi possível executar essa função num EC com as características do meu, no entanto no último dia do EC foi-me dada a oportunidade de estar na mesa operatória com o meu orientador para uma cirurgia de Extração de placa e parafusos Pós Osteossíntese de Fratura Bi-Maleolar, só para observar e sentir a sensação de estar o mais junto possível da intervenção. Foi muito gratificante sentir a importância do profissional de enfermagem neste setor.

Ao invés, pude desempenhar funções do Enf.º UCPA onde monitorizei o restabelecimento hemodinâmico do doente cirúrgico, vigiando e corrigindo o aparecimento de complicações de pós-operatório imediato. Este sector é uma unidade de muita atividade com elevado número de doentes que permanecem por curtos períodos de tempo em que se verifica uma pressão permanente, onde o Enf.º deve agir com rapidez e eficácia perante situações de emergência, para tal deve estar atento aos valores de parâmetros vitais, estado de consciência, sinais de hemorragia, permeabilidade das vias respiratórias, drenagens cirúrgicas e vesicais.

A dotação adequada de Enf.ºs, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos,

são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Tal como referido anteriormente a dotação de Enf.<sup>os</sup> não está adequada ao que é preconizado, no entanto futuramente esta lacuna será ultrapassada uma vez que a Administração do HDFF,EPE nomeadamente a Direção de Enfermagem está sensibilizada para a correção desta situação.

Na opinião de Gomes et al.(2012) a comunicação é um denominador que está sempre presente em todas as ações de enfermagem, influencia a prestação de cuidados ao doente e deverá ter como objetivo alcançar vantagens terapêuticas. Neste sentido, durante a minha permanência no BO, procurei sempre comunicar eficazmente com o doente, tendo em conta o seu estado de consciência e a intervenção cirúrgica à qual foi submetido.

Em todas as cirurgias deve proceder-se ao registo da utilização da “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica” e do Apgar Cirúrgico nos sistemas de informação locais, que tenham interface com a Plataforma de Dados da Saúde, garantindo assim a implementação do projeto Cirurgia Segura, Salva Vidas (Ministério da Saúde, 2012), sendo que estes registos são efetuados informaticamente pelo Anestésista responsável pela cirurgia com a colaboração do Enf.º de Apoio de Anestesia, garantindo a implementação do projeto Cirurgia Segura, Salva Vidas.

A Consulta de Enfermagem Pré-Operatória (CEPO), faculta o primeiro contacto entre o doente que vai ser submetido à intervenção cirúrgica e o Enf.º, proporcionando o estabelecimento de empatia que identifica o Enf.º como uma referência na segurança e no cuidar no BO (Pelarigo, 2019).

Como salienta (Lopes, 2011) a ansiedade é uma emoção habitualmente vivenciada pelo doente cirúrgico no período pré operatório, pode ser uma resposta antecipatória a uma experiência entendida pelo doente como ameaçadora, desconhecida e até perigosa.

Araújo (2012) refere que na CEPO o Enf.º deve perceber quais as dúvidas do doente cirúrgico de forma a efetuar os ensinamentos adequados para cada indivíduo, informando no pré para preparar o pós - operatório estabelecendo uma relação de empatia.

A operacionalização da CEPO permite aos Enf.<sup>os</sup> a elaborar de um plano de cuidados personalizados, prever necessidades e organizar cuidados anestésico-cirúrgicos dando

visibilidade e evidência dos cuidados prestados, conduzindo para a instituição de saúde várias vantagens, nomeadamente diminuição do tempo de consulta de anestesia, permitindo aumentar a quantidade de consultas efetivas, rentabilização dos tempos operatórios, diminuição da infeção do local cirúrgico (ILC) e complicações pós operatórias, diminuindo assim o tempo de internamento. Os doentes beneficiam dos ensinamentos e informações, sendo a CEPO um momento privilegiado de interação entre o doente e o Enf.º do BO, diminuindo assim a ansiedade perante o processo cirúrgico (Pelarigo, 2019).

Com o objetivo de colaborar na melhoria dos cuidados prestados ao doente cirúrgico, disponibilizei-me para a elaboração de um Guião para a CEPO (Apêndice I), Folha de Registo da CEPO (Apêndice II) e um Folheto intitulado “Guia de Acolhimento do Utente Cirúrgico” (Apêndice III) para entregar na CEPO, saliento que tive a colaboração do Enf.º Orientador.

O início do EC II foi para mim um pouco stressante uma vez que, neste EC teria de estar alocada a uma UCI, mas tal não foi possível, uma vez que não existia disponibilidade do serviço em causa, foi-me então proposto desenvolver o EC na UTHPA, mais um desafio para ultrapassar.

Neste EC tive a oportunidade de contactar com 2 doentes submetidos a transplante hepático, uma vez que a transplantação hepática é uma atividade sazonal e atualmente verifica-se escassez de órgãos para transplantação, pois a atuação das Equipas de Emergência no Pré-Hospitalar é cada vez mais eficaz. Espera-se que esta situação seja revertida com o projeto de Transplantação de Coração Parado que poderá ser uma realidade breve nesta Unidade, uma vez que já acontece no nosso país.

Um dos casos clínicos atrás mencionados tratou-se de uma doente do sexo feminino com 64 anos que tinha como antecedente ingestão de bebidas alcoólicas desde os 12 anos, estando em abstinência alcoólica há cerca de 1 ano a esta parte. História clínica de ter adoecido há 7 anos, tendo desenvolvido Síndrome Hepático-Renal, teve necessidade de efetuar diversas Paracenteses Evacuadoras, foi então efetuado Apelo Nacional em 2019 altura em que foi transplantada, tendo como indicação para transplante - Cirrose de etiologia etílica com ascite refratária.

A prestação de cuidados de enfermagem à doente referida anteriormente foi efetuada 15h após transplante. Apresentava-se Consciente, Orientada, com Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), registo horário de débitos urinários e de drenagem e monitorização horária de sinais vitais. Após avaliação médica no início do turno a doente teve indicação para ser extubada. Foram prestados todos os cuidados inerentes à situação da doente, como seja penso ao cateter venoso central

(CVC), avaliação e vigilância de pensos das suturas cirúrgicas, vigilância de drenagens, avaliação de sinais vitais, cuidados de higiene e conforto.

O 2º caso clínico tratou-se de um doente do sexo masculino com 57 anos que recorreu à Unidade por Mielopatia Hepática (hepatopatia devido a doença do 1 neurónio) e cirrose etílica, apresentava défices motores e também défice da fala, foi feito Apelo para transplante, cerca de 1 semana após internamento devido a agravamento do estado geral. Contactei com o doente 24h após transplante, com VMI, em sedado-analgésia, Cateter Central Swan-Ganz com noradrenalina em perfusão, a cumprir protocolo de Insulina, Albumina e antibioterapia em perfusão, com dreno Jackson Pratt, Sonda Nasogástrica em drenagem. Avaliei os sinais vitais tensão arterial (TA); TA artéria pulmonar; saturação venosa de oxigénio; débito cardíaco; glicémia; saturação periférica de oxigénio e débito urinário. Foram efetuados registos horários. O doente encontrava-se instável com frequência cardíaca elevada, necessitando de vigilância permanente. Foram prestados os cuidados de higiene e conforto e efetuados pensos a sutura cirúrgica com pensos Pico (Penso de Pressão Negativa).

O transplante de fígado possibilita ao doente com doença hepática terminal a oportunidade de aumentar sua qualidade de vida, aliada à maior sobrevivência. No entanto, os resultados estão intimamente ligados ao comprometimento diário do paciente com sua terapia imunossupressora (R. A. Oliveira et al., 2016).

Segundo Moreno (2012) a não adesão à terapêutica assume uma especial importância nos doentes transplantados, pois tem impacto no aumento da morbilidade e diminuição da qualidade de vida podendo originar, entre outros resultados, a rejeição do transplante. Assim o processo de adesão passa por um envolvimento progressivo dos doentes, com o conseqüente crescimento na autonomia e gestão de todo o esquema terapêutico.

No âmbito do ensino ao doente transplantado hepático os Enf.<sup>os</sup> implementam intervenções relativas à dieta, aos hábitos de exercício físico, à gestão do regime terapêutico, à prevenção de complicações, à necessidade de tratamentos, aos sinais de infeção e à atividade sexual. As terapêuticas de enfermagem implementadas têm integridade referencial para os aspetos de saúde identificados pelos Enf.<sup>os</sup>. Verifica-se uma preocupação acrescida por parte destes profissionais com a vigilância e a capacitação do próprio para identificar precocemente alterações das respostas corporais que indiquem a presença de complicações (Mota et al., 2018).

Nestas Unidades o foco de atenção é o bem-estar do doente e a sua rápida melhoria, assim verifica-se uma preocupação acrescida na reabilitação quer respiratória quer motora, efetuada

pelo EE de Reabilitação, no entanto verifica-se um envolvimento de toda a equipa de Enfermagem no incentivo à promoção da autonomia do doente.

A quando do EC, a UTHPA estava em fase de processo de acreditação, verifiquei assim a preocupação de toda a equipa na realização de protocolos de atuação como seja Protocolo de Insulina, de CVC; Cateter Venoso Periférico (CVP); Monitor de Transporte; Ventilador de Transporte; Linha Arterial; Cateter Swan-Ganz e de Drenagem Torácica.

Os diagnósticos mais frequentes nesta Unidade são: Paramiloidose, Défice alfa antitripsina, Colite, Doença de Crohn, Cirrose alcoólica, Cirrose biliar, Cirrose por causa desconhecida, Atresia das Vias Biliares, Alterações dos valores de ferritina, Hepatocarcinoma, Hepatite C, Doença de Wilson, Intoxicações por chás, medicamentosas e por cogumelos.

Tive a oportunidade de acompanhar um doente na realização de um exame denominado Colangiografia Percutânea Transhepática (CPT), que é um exame invasivo efetuado ao fígado e às vias biliares, por RX, com o objetivo de verificar bloqueio das vias biliares. Após o exame o doente ficou em vigilância de sinais vitais e de possíveis efeitos adversos tais como vômitos, boca seca, visão embaciada e reações alérgicas graves.

Contactei com os doentes no pré e pós transplante uma vez que participei e colaborei na consulta externa de Transplante. Na consulta pré transplante são transmitidas informações, ao doente e família sobre a possível cirurgia, é efetuada uma avaliação inicial sobre as condições habitacionais do doente e possível apoio familiar, uma vez que esse é fundamental para a recuperação no pós-operatório. São avaliados sinais vitais, avaliado peso, altura e efetuadas medições do perímetro xifóideo e abdominal.

Nos doentes transplantados são avaliados sinais vitais e peso. Verifica-se uma preocupação para averiguar a situação individual de cada doente sendo reforçada a necessidade de manter hábitos saudáveis e ingestão correta da medicação. A frequência destas consultas dependem do tempo do transplante, assim habitualmente nos primeiros meses a consulta é efetuada todas as semanas, indo espaçando ao longo dos meses, após 3 anos de transplantação os doentes são avaliados semestralmente. Contactei com doentes transplantados há mais de 20 anos, que têm uma vida ativa sem grandes limitações, no entanto saliento o cumprimento rigoroso das indicações Médicas e de Enfermagem (Mota, 2018).

A equipa de transplante hepático acompanha o doente desde o pré-transplante até o pós-transplante, existe um padrão de acompanhamento baseado num critério temporal em que a data

principal é a data do transplante e a presença ou a ausência de complicações. Na fase do pré transplante depois do registo na lista, o doente é seguido na consulta médica pré transplante, consulta de psicologia/psiquiatria e consulta de enfermagem; após o transplante o doente é seguido na consulta médica, consulta de enfermagem e se necessário seguido por médicos das especialidades necessárias. Assim a forma como é efetuado o acompanhamento dos doentes submetidos a transplante hepático tem impacto considerável no sucesso do transplante, pelo que o desenvolvimento de modelos de acompanhamento de enfermagem é fundamental na promoção do autocuidado e na ajuda à vivência de transições saudáveis (Mota, 2018).

Durante o EC constatei a possibilidade que os elementos da equipa de enfermagem têm para proporcionar cuidados holísticos aos doentes que recorrem a esta unidade, seja para conversar, promover toque terapêutico e escuta ativa do doente e seus familiares.

Como é salientado por Moreira (2011) estabelecer uma relação de empatia e confiança com o doente, saber escutar e entender a sua perspetiva definem-se entre outras, por capacidades essenciais do Enf.º, a par de uma comunicação verbal, escrita clara e assertiva, cujo impacto reflete na satisfação do doente. O ensino destas competências é fundamental para habilitar os profissionais a lidar com diversas situações, contribuindo para a excelência técnica e qualidade dos cuidados.

Durante o EC procurei sempre comunicar eficazmente com o doente, tendo em conta o seu estado de consciência, a intervenção cirúrgica à qual foi submetido, não descorando a importância de envolver a família. Verifiquei que alguns doentes transplantados têm necessidade de internamentos frequentes nesta Unidade, devido a complicações pós transplante. Para que haja sucesso do transplante é essencial uma mudança nos hábitos de vida, por isso a preparação do regresso a casa é fundamental, verificando-se uma preocupação acrescida por parte da equipa de Enfermagem para preparar o doente para a alta.

Os doentes submetidos a transplante hepático são portadores de doenças crónicas e necessitam do uso constante de medicamentos, que acarretam riscos para a saúde, o que torna imperativo que eles sejam capazes de compreender a importância do procedimento; aprendam a lidar com os medicamentos e mudem hábitos de higiene, com o objetivo de combater processos infecciosos e adaptem-se a mudanças de autoimagem, sociais e profissionais (M. S. De Oliveira et al., 2012).

A dor é considerada o 5º sinal vital, segundo a circular normativa da Direção Geral de Saúde (DGS, 2003) o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos

doentes que dela sofrem, sendo acontecimento fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde. Importa assim que a Dor e os efeitos da terapêutica sejam valorizados, diagnosticados, avaliados e registados sendo uma norma de boa prática.

Sendo a dor um sintoma de difícil avaliação e caracterização pelos profissionais de saúde, é importante respeitar a avaliação do próprio doente quando este se consegue exprimir. Assim quando o doente está impedido de o fazer, por estar entubado orotraquelamente, sob VMI e muitas vezes sob sedação, o Enf.º deve recorrer a escalas de avaliação da dor validadas (de Queiróz Pinheiro & Marques, 2019).

A complexidade na monitorização da dor aparece quando estamos perante a PSC, geralmente com alterações de consciência, podendo estar sob sedação, que mostra alterações da comunicação verbal, habitualmente por presença de tubo oro-traqueal ou até mesmo por ventilação não invasiva contínua. Nestes doentes, o Enf.º pode fundamentar-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor (Teixeira & Durão, 2016).

Segundo os autores referidos anteriormente, as escalas BPS (Behavioral Pain Scale), BPAS (*Behavioral Pain Assessment Scale*) e CPOT (*Critical Care Pain Observation Tool*) são as mais apropriadas para avaliação da dor nos doentes de CI, sendo a BPS a escala mais utilizada, porém nem todos os doentes inviabilizados de comunicar estão ventilados e a BPS só deve ser utilizada nesta situação.

As escalas BPS e CPOT são apropriadas para a avaliação da dor em doentes entubados orotraquelamente internados em CI no entanto apresentam limitações em doentes vítimas de trauma, queimados e do foro neurocirúrgico (de Queiróz Pinheiro & Marques, 2019).

Na UTHPA nos doentes sedados sob ventilação mecânica é utilizada a Escala da Dor BPS, uma das escalas apropriadas para este tipo de doentes uma vez que são incapazes de autoavaliar a Dor.

Quero realçar que este sinal vital foi sempre avaliado por mim nos cuidados prestados aos doentes em todos os EC, muitas vezes apliquei medidas não farmacológicas, tais como: imobilização/mobilização; massagem; aplicação de gelo; medidas de conforto; toque terapêutico; técnicas de respiração e gestão de um ambiente calmo e tranquilo.

Tive a oportunidade de aplicar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística ao doente crítico, para isso, além de prestar cuidados na UTHPA estive também na UCCI por forma a ter oportunidade de contatar com outro tipo de doentes como seja

politraumatizados, carcinoma do esófago, carcinoma da bexiga, entre outros.

Constati a existência da uniformização na prática de enfermagem, nas unidades referidas anteriormente, prestei cuidados a doentes com linha arterial (LA) e CVC, incluindo realização de respetivos pensos e avaliação da pressão arterial invasiva e da PVC, monitorização e registo horário de sinais vitais, débito urinário, drenagens, soroterapia, hidratação oral e avaliação de balanço hídrico, possibilitando a identificação atempada de focos de instabilidade. Prestei todos os cuidados de higiene e conforto, promovendo sempre a autonomia do doente, havendo a possibilidade diária de dialogar com o doente e família por forma a preparar o regresso a casa.

## 2.2. DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA, DA CONCEÇÃO À ACÇÃO

As catástrofes e emergências multivítimas são acontecimentos imprevisíveis, que acarretam uma procura súbita de cuidados de saúde de urgência e, para que se obtenha uma resposta adequada, são necessários profissionais de saúde experientes e especializados na área. A capacidade de resposta dos profissionais de saúde e das respetivas instituições, só por si, não são suficientes para uma resposta adequada em situação de catástrofe, é necessária a existência de um planeamento, formação e treino, de forma a organizar a capacidade de resposta de profissionais e instituição nestas situações (Godinho & Leal, 2018).

Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, torna-se fundamental que diversas entidades realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro que, pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (Godinho & Leal, 2018). Um plano de emergência pode ser definido como a sistematização de um conjunto de normas, regras e procedimentos, destinadas a minimizar os efeitos dos desastres, que se prevê que venham a ocorrer em determinadas áreas, sob determinadas condições, gerindo de forma otimizada o emprego de recursos e a participação de pessoal técnico especializado para lidar com eles (Araújo, 2012). No EC I verifiquei a existência

de um Plano de Emergência Externo do HG assim como uma Sala de Crise, criada para ser local de reunião dos intervenientes do Gabinete Crise.

Acionado o Plano de Catástrofe as vítimas entradas no SU são triadas utilizando o algoritmo de avaliação primária e secundária do PTM.

Na triagem 2 existe um local - Armário fechado, onde se encontram 100 Kits cada um com impresso de catástrofe numerado; folhas para registo de terapêutica; folhas de requisição de análises e de exames complementares de diagnóstico; pulseiras com as respetivas cores (vermelho, amarelo, verde e preto) de acordo com o algoritmo de avaliação primária e secundária de PTM, impresso de espólio numerado e etiquetas numeradas.

Embora não tenha havido a necessidade de acionar o plano de catástrofe durante o ECI reconheço que a forma como este está programado e desenhado não seria difícil integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar do SU em causa.

Neste ECI não tive a oportunidade de contactar com vítimas de crime, nomeadamente Violência Doméstica (VD) existindo neste SU um projeto para estas vítimas em especial que se iniciou em 2005. Durante este trajeto foram realizadas várias ações formação dirigidas à equipa de enfermagem, no sentido de prestar cuidados de excelências às vítimas de VD que recorrem a este serviço. Assim quando o Enf.º da Triagem contacta com um doente que refere ter sido agredido ou em que surgem dúvidas da possível agressão, neste caso não esclarecida pelo doente, contacta com o Enf.º C, que tem a responsabilidade de efetuar a entrevista estruturada em local apropriado, ou seja, que proporcione a privacidade e segurança necessária e adequada à situação, sendo por vezes utilizada a sala de crise. O Enf.º C relata no processo do doente toda a informação em “notas relevantes” que permanecem no processo do mesmo, mas que não são impressas na Nota de Alta para assim também se proteger de eventuais processos judiciais. Este Enf.º é o pivô de todo o encaminhamento da vítima no SU com o objetivo de evitar a revitimização.

Este SU faz parte integrante de uma rede que o apoia e sustenta e da qual fazem parte outras instituições e entidades, a saber: Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana, Administração Regional de Saúde, Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social do Distrito de Coimbra, Delegação de Coimbra do Instituto de Medicina Legal, Departamento de Investigação e Ação Penal, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Fundação Bissaya Barreto, Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra, Instituto Nacional de Emergência Médica e Comissão de Proteção e Crianças e Jovens

de Coimbra.

A preservação de provas é uma preocupação da equipa de Enfermagem, no entanto quando é necessário e urgente proceder à colheita de vestígios de indícios de prática de crime, a vítima é transferida para o SU - CHUC polo A, que tem protocolo com a Medicina Legal. Nas situações, não urgentes as vítimas são encaminhadas (com guia fornecida pela PSP) para a Medicina Legal que avalia todos os dias úteis após as 14h, para uma melhor caracterização das lesões apresentadas pelas vítimas.

De salientar que todos os coordenadores têm formação/informação sobre esta temática por forma a agir em conformidade com a situação, procurando proteger a vítima, não fazendo juízos de valor, respeitando as suas opções, demonstrando sempre disponibilidade e informando todos os apoios disponíveis na rede.

Constato a não existência de Plano de Emergência no local onde foi realizado o ECIII, lacuna reconhecida pela Enf.<sup>a</sup> que exerce funções de chefia que salientou ser algo que tem que ser planeado com maior brevidade possível, no entanto como está a exercer funções de chefia há menos de 1 ano, ainda não tinha surgido a oportunidade da equipa se debruçar sobre todos os assuntos que estavam pendentes e como existe a possibilidade da construção de um novo BO, este assunto foi ficando adiado. A equipa multidisciplinar do BO estava numa fase de adaptação uma vez que surgiu mudança na chefia do serviço e, como se trata de um serviço com muita especificidade, as alterações devem ser progressivas e por graus de prioridade. Aliás esta situação ocorria um pouco por todos os serviços do HDFF.EPE uma vez que a Gestão Hospitalar era recente havendo necessariamente formas diferentes de pensar, agir e fazer.

No EC II, foi possível consultar a Planta do Hospital – CHUC, o Plano Sectorial do Serviço de UHTPA, a localização e funcionamento do Gabinete de Crise e tomar conhecimento do Plano de Emergência Externo e Interno (2017). Consultei a pasta de gestão de risco, que é composta por Mapas que contêm o Percurso de Evacuação; Saídas de Emergência; Pontos de Encontro (Evacuação). Saliento a clareza da informação dos documentos que consultei, podendo servir para que os profissionais atuem em conformidade com as situações que possam vir a surgir.

Surgiu durante o EC uma situação de emergência com um doente crítico em ventilação mecânica que teve uma PCR. O prognóstico do doente já era muito reservado, no entanto, agi em conformidade e colaborei aplicando o algoritmo do SAV por indicação da médica anestesista de serviço. Infelizmente apesar de todos os esforços não foi possível reverter a situação, mas ficou o sentimento de dever cumprido e a avaliação positiva e agradecimento da

médica anestesista.

Em todos os momentos dos EC agi salvaguardando as condições de segurança adequadas para cada situação quer relativamente à sua pessoa, ao doente e à equipa multidisciplinar com quem me relacionei.

Durante todos os EC não tive qualquer situação de conflito interpessoal com as equipas multidisciplinares querendo salientar que fui muito bem acolhida, sentindo-me parte integrante das mesmas, saliento que senti da parte das chefias disponibilidade e apoio.

### 2.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS

As IACS integram um problema de saúde devido à elevada morbi-mortalidade e aos custos associados, sendo essencial a sua prevenção (Pina et al., 2010). Não são um problema recente, no entanto tem maior importância e gravidade quando se trata da PSC.

As infeções hospitalares existem e os profissionais de saúde devem dar-lhes a devida atenção. Os Enf.<sup>os</sup> tem um papel fundamental nesta problemática pois são os profissionais que estão em contato mais próximo com o doente, têm assim um papel preponderante no combate a este problema.

Portugal é um dos Países da Comunidade Europeia com maior taxa de infeção associada aos cuidados de saúde e a maior taxa de resistência a antimicrobianos, facto que é inquietante. Assim foi estabelecido um Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) pelo Ministério da Saúde (2013), Despacho n.º 2902/2013 que estabeleceu como objetivos a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.

Os profissionais de saúde em contexto hospitalar experienciam práticas profissionais distintas, enquanto uns se mostram acomodados com a problemática da infeção hospitalar, outros esforçam-se por promover uma prática eficaz e segura, podendo alterar e mesmo prevenir essa situação adotando modificações comportamentais (Nascimento, D.O.; Santos, 2016).

A IACS é uma Infecção adquirida pelos indivíduos em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados (independentemente do nível de cuidados: agudos, reabilitação, ambulatorio, continuados, domiciliários) e que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua profissão (Pisoeiro, 2019). Tendo em conta esta definição, é notório a importância da tomada de consciência por parte dos profissionais de Enfermagem por forma a combater a ocorrência das IACS, uma vez que são um dos grupos profissionais que têm um contato mais próximo com o doente, podendo ser veículo de transmissão. No decorrer do ECI tive a oportunidade de assistir a uma formação em serviço, sobre essa temática, que complementou e reforçou os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas do curso de mestrado.

Como refere Monteiro (2018), as instituições de saúde devem indicar profissionais com formação e treino em controlo de infeção para realizar programas promocionais da prática de higiene das mãos, com o intuito de aumentar a adesão dos Profissionais de Saúde a esta prática dando-lhe a importância devida, uma vez que a segurança e a qualidade dos cuidados prestados depende da consciencialização e empenho de toda a equipa de saúde.

Verifiquei que no SU do CHUC-HG existe uma preocupação permanente para se cumprirem as normas e regras implementadas pelo PPCIRA, principalmente da parte da chefia, que fomenta a formação em serviço, sendo o grupo de elos de ligação (três Enf.<sup>os</sup> do SU) a conceder a formação adequada e atualizada. Confirmei a correta atuação da equipa de enfermagem e de AO na prestação de cuidados a doentes infetados em quartos de isolamento.

De salientar que este serviço estava na fase de formação dos profissionais para a futura implementação da VVS que consiste em ter uma equipa constituída no mínimo por um médico e um Enf.<sup>o</sup>, esta norma abrange todos os SU. São definidos dois níveis de SU, sendo o de nível 1 o que não dispõe de serviço de medicina intensiva; e o nível 2 o que dispõe de serviço de medicina intensiva, reconhecido pela Ordem dos Médicos, e apoio laboratorial e de radiologia 24 horas por dia; o caso das VMER (viatura médica de emergência e reanimação) e dos Heli (helicóptero) do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) participam também no processo e estão ao nível do SU nível 1.

É pretendido que haja uma identificação de caso suspeito o mais precoce possível, quer se trate na triagem do SU, quer na VMER, quer no Heli; identificação de Caso Confirmado VVS, pela equipa de Sépsis nos SU ou pelo médico VMER ou Heli; execução do algoritmo básico de avaliação e terapêutica; cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica

(Direção-Geral da Saúde, 2017)

Como salienta Ponte e Ruivo (2016), cumprindo os algoritmos consegue-se atuar em tempo útil. A aplicação e cumprimento do protocolo VVS é essencial para identificar, avaliar e tratar adequadamente os doentes com suspeita de infeção. Para melhorar a acessibilidade e continuidade de cuidados com segurança e qualidade, é fundamental a existência de registos estruturados.

No que se refere ao EC III a temática da prevenção da infeção hospitalar é uma preocupação permanente. A técnica asséptica cirúrgica consiste num conjunto de medidas e procedimentos realizados intensionalmente pela equipa cirúrgica com dois objetivos principais: reduzir o risco das IACS, principalmente da infeção do local cirúrgico, minimizando a contaminação da incisão; e prevenir a contaminação dos profissionais envolvidos no processo cirúrgico (AESOP, 2013). Verifiquei que no BO do HDFF,EPE existe uma preocupação permanente para se cumprirem as normas e regras implementadas pelo PPCIRA por toda a equipa cirúrgica. Existe um EE em EMC que é o elo de ligação entre o serviço e o Grupo Coordenador Local (GCL) PPCIRA que transmite à equipa a informação adequada e atualizada. Existem procedimentos instituídos como seja: Metodologia de Higienização das macas, dos colchões, das mesas cirúrgicas e das SO; Higienização dos Frigoríficos; Limpeza e Desinfeção do Ventilador.

Segundo a AESOP (2013), todos os profissionais presentes na SO têm o dever de garantir o ambiente cirúrgico seguro. Assim no BO é fundamental a manutenção da técnica asséptica, sendo que barreira entre o estéril e o não estéril nunca deve ser quebrada sob o risco do doente ser exposto a possíveis infeções que poderão ser fatais. É essencial ter consciência cirúrgica e promover medidas corretivas em situações de quebra de assepsia.

Tive sempre preocupação em respeitar as normas e regras de implementação para as medidas de controle de infeção, utilizei sempre vestuário exclusivo e adequado para circular no BO (farda do BO, touca, máscara, luvas, socas). A higienização e desinfeção das mãos foi frequente. Neste BO a roupa suja e os lixos são acondicionados hermeticamente e enviados (para fora do serviço) em diferentes horários por uma rampa para o exterior do serviço. O material esterilizado é acondicionado em local próprio, existindo uma separação entre sujos e limpos.

Tive a oportunidade de várias vezes me deslocar à Central de Esterilização onde verifiquei a forma metódica e asséptica como o material cirúrgico é preparado e acondicionado por pessoal com formação específica para o efeito, AO da Central de Esterilização e Enf.<sup>os</sup> do BO. Foi-me permitida a oportunidade de colaborar no acondicionamento do instrumental cirúrgico com

supervisão do Enf.º orientador.

No entanto, constatei que o espaço físico do BO é reduzido, a inexistência de Transfer provoca constrangimentos no seu funcionamento, existe um grande número de cirurgias, a maioria dos dias as três SO estão a funcionar no período da manhã e da tarde, por vezes não existe a separação entre doentes, ou seja, o doente que vai ser submetido a intervenção cirúrgica e o que já foi intervencionado acabam por se cruzar no corredor, quando o primeiro vai para a UCPA, assim há uma atenção e preocupação acrescida para manter as áreas limpas e desinfetadas, no entanto esta lacuna será ultrapassada com a construção do novo BO.

Na UTHPA existe uma preocupação permanente para se cumprirem as normas e regras implementadas pelo PPCIRA por toda a equipa de enfermagem e de AO. Existe um EE em EMC, que é o elo de ligação entre o serviço e o GCL-PPCIRA, que transmite a ambas as equipas a informação adequada e atualizada através de formação em serviço tais como: Higiene do Ambiente; Planos de Higienização; Atuação perante notificação de microrganismos epidemiologicamente importante ou Surto; Reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo; Triagem acondicionamento e encaminhamento de resíduos sólidos; Política de Gestão Integrada de Resíduos Hospitalares: Triagem, Acondicionamento e destino final e Manuseamento seguro de roupa hospitalar. Existe procedimento geral de Precauções baseadas em Vias de Transmissão.

Segundo a Norma da Direção Geral da Saúde (2015), em doentes internados, a requisição de estudo microbiológico de fezes para diagnóstico de infeção por *Clostridium difficile* deve ser efetuada nos doentes com diarreia internados há mais de 72h e em doentes admitidos com diarreia sem causa aparente, quer seja causa patológica (ex: colite inflamatória) ou terapêutica (alimentação entérica, laxantes), no entanto verifiquei que nesta unidade os rastreios (pesquisa por zaragatoa retal) de *Clostridium* eram efetuados a todos os doentes aquando da admissão e todas as segundas feiras, independentemente do doente ter diarreia. Esta prática estava protocolada no serviço em concordância com o GCL-PPSIRA uma vez que se tinha verificado algumas semanas antes a existência de um grande número de doentes infetados. Constatei o envolvimento de toda a equipa na mudança de doentes para quartos de isolamento, bem como a preocupação acrescida para o controlo da propagação, quer da parte da chefia de enfermagem, quer de toda a equipa multidisciplinar.

Para além dos rastreios efetuados pelos Enf.ºs, estes demonstram uma preocupação assertiva na utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI's) uma vez que são os elementos da

equipa multidisciplinar que prestam com maior frequência cuidados diretos ao doente crítico. Uma das medidas que quero salientar é a preocupação de haver Enf.<sup>os</sup> apenas distribuídos pelos doentes infetados, evitando assim ao máximo novas contaminações.

Nesta Unidade a roupa suja e os lixos são acondicionados hermeticamente e retirados do serviço por circuito próprio, havendo assim uma separação entre limpos e sujos. No entanto, o Guia Prático para a Prevenção de Infeção no Hospital (World Health Organization, 2002) neste contexto, mais do que considerar circuitos “limpos” ou “sujos”, considera os circuitos onde os diferentes fluxos se podem cruzar sem risco, assim um elevador ou num corredor pode ser utilizado pelos profissionais, material esterilizado, visitas e resíduos, desde que cada um deles seja tratado de forma apropriada. Tanto os produtos esterilizados como os resíduos devem circular em contentores fechados e o exterior desses contentores não deve apresentar risco de contaminação biológica, assegurando assim que o circuito dos resíduos se faz em segurança.

Testemunhei a preocupação dos Enf.<sup>os</sup> em promover a educação dos familiares dos doentes internados quanto a precauções básicas de prevenção e controlo de infeção, uma vez que essa problemática é crucial no pós transplante.

“ A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. É consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes, e entre doentes através das mãos, é uma realidade incontornável” (DGS, 2010, p2).

Os doentes e visitas devem ser encorajados a minimizar o risco de infeção cruzada através da higiene das mãos, uso de barreiras protetoras, cuidados intrínsecos ao tipo de isolamento, evitar contactos com os outros doentes internados, restrição de visitas quando se justificar (DGS, 2007). A mesma fonte refere ainda que a família deve ser sensibilizada para o cumprimento das boas práticas através de uma linguagem acessível, adaptada e direcionada.

Quero salientar esta premissa no ECIII, no qual a preocupação com o ensino à família/pessoa de referência durante o período de visita é uma realidade. É nessa altura que são realizados ensinamentos à família/pessoa de referência pelos Enf.<sup>os</sup> relativos à importância da desinfeção das mãos antes e após o contato com o doente, a utilização de EPI's de acordo com o estado clínico do doente, com vista a prevenir a possível propagação da infeção.

Durante os três EC tive sempre preocupação em respeitar as normas e regras de implementação para as medidas de controlo de infeção, nomeadamente a frequente higienização das mãos, uma

vez que é um procedimento eficaz para a prevenção das infeções nosocomiais, no entanto sei que em determinadas situações de urgência/emergência no SU é difícil cumprir sempre e meticulosamente os 5 momentos da higienização das mãos e este fato foi bem demonstrado na formação em serviço do EC I com uma demonstração prática simulada.

Utilizei sempre os EPI's adequados à situação em causa e tive sempre a preocupação de cumprir a triagem dos resíduos, utilizando o saco correspondente ao que pretendia rejeitar. Não foi difícil cumprir com este objetivo, uma vez que na prática diária tento proceder em conformidade cumprindo com as regras e medidas de controle de infeção.

Em todos os EC demonstrei bastante preocupação e rigor em manter as medidas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente na correta lavagem, baseada nos cinco momentos preconizados, e desinfeção das mãos com a Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA), que se encontrava distribuída por diversos locais estratégicos dos serviços, nomeadamente na UTHPA, junto ao leito de cada doente.

### 3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIROS ESPECIALISTA

Conforme descrito pela Ordem dos Enfermeiros, (2019a,p.4745) ““Competências comuns”: são as competências, partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;”

O EE tem um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde de grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

#### 3.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL ÉTICA E LEGAL

No exercício da profissão de Enfermagem o profissional deverá “adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019a), as competências do domínio da Responsabilidade profissional Ética e Legal constituem o desenvolvimento da prática profissional e ética na área da intervenção, procedendo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, promovendo a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Tive a oportunidade de constatar que uma equipa bem coordenada e com uma liderança eficaz promove segurança e fluidez na prestação de cuidados. A tomada de decisão é fundamental no SU, principalmente quando se trata da atuação na SE, uma vez que é capital que todos os elementos da equipa tenham a capacidade de tomar decisões de forma rápida, eficiente e eficaz, assim colaborei prestando cuidados, revelando conhecimento seguro, profissional e ético. Como refere Nunes (2007) decidir, tomar decisões, poderá ser definido como sendo a escolha entre duas ou mais alternativas de ação que possibilitem alcançar um determinado resultado esperado, assim a escolha deverá ser feita com racionalidade, competência e consciência para que se escolha a alternativa para que o resultado seja o objetivo esperado ou próximo dele.

A tomada de decisão é consistente com os valores culturais, sociais e ideológicos, com o nível

de conhecimento, com a informação presente e com as práticas experienciadas do indivíduo (Nunes, 2007).

A privacidade é uma necessidade e um direito de todo ser humano, sendo fundamental para a manutenção da dignidade. É natural que as pessoas procurem preservar a sua intimidade, quando invadida, manifestam surpresa e vergonha, temor e nervosismo quando tocadas na execução de procedimentos (Bettinelli et al., 2010).

Assim pude constatar que a prestação de cuidados de enfermagem no SU é condicionada pelas características específicas do mesmo, com seja a grande afluência de doentes; a partilha conjunta do mesmo espaço físico por vários doentes; possibilidade dos doentes estarem nos elementos de cooperações de Bombeiros, Cruz Vermelha ou outros. Assim procurei alternativas para a prestação dos cuidados, havendo a necessidade de deslocar os doentes das suas Unidades para zonas com maior privacidade (zonas com cortinas, p.ex), recorrer à utilização de biombos e diminuir o número de pessoas nos corredores.

Saliento que a prestação de cuidados de enfermagem no BO, onde desenvolvi o EC III, é condicionada pelas características específicas do mesmo: o espaço físico diminuto; a afluência de doentes de vários serviços para serem submetidos a intervenção cirúrgica; transferência de doentes da UCPA para os serviços de origem; o estado de ansiedade em que o doente cirúrgico se encontra. Assim procurei estar atenta a todas estas condicionantes, procurando prestar cuidados personalizados e de qualidade.

No EC II tomei conhecimento de procedimentos e orientações sobre os Direitos e Deveres dos Utentes; Regulamento de Espólio dos Doentes Assistidos; Cumprimento da diretiva antecipada de vontade Testamento vital; Circuito Interno de Reclamações, Sugestões e Elogios; Garantia da Intimidade e Privacidade do Utente e Regulamento de Espólio dos Doentes Assistidos que são cumpridos pela equipa de enfermagem.

A passagem de turno em enfermagem garante a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, num momento de análise das práticas e de formação em serviço. Assim é fundamental desafiar os Enf.<sup>os</sup> a compreender a importância da informação a transmitir, o tempo necessário e a forma de execução (Cavaco & Pontífice-Sousa, 2013).

A passagem de turno é por excelência uma ocasião de troca de informação importante de forma a garantir a continuidade de cuidados, independentemente do local onde se realize, seja em sala de trabalho, junto do doente ou junto do doente e complementada na sala de enfermagem, é

indispensável respeitar a confidencialidade das informações e o direito de privacidade que assiste o doente, para isso os Enf.<sup>os</sup> devem ser ponderados quanto à informação que devem transmitir junto dos doentes.(Teixeira et al., 2013).

A passagem de turno poderá levantar algumas questões éticas relativamente ao local onde é realizada, neste âmbito e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), sobre a problemática da passagem de turno, conclui-se que esta pode ser realizada junto do doente, em sala própria ou em ambos, de acordo com as características de cada contexto de trabalho, sendo que a informação transmitida na presença do doente poderá ser complementada num local de trabalho específico dos Enf.<sup>os</sup>. No decorrer do exercício profissional têm de ser salvaguardados os direitos dos doentes, nomeadamente, o que respeita à privacidade, confidencialidade e à garantida a possibilidade de utilização do “privilégio terapêutico”.

Portanto o que poderá estar em causa, não será o local, propriamente dito, mas o conteúdo das informações transmitidas, diante terceiros. Assim a passagem de turno pode ser realizada em diferentes espaços.

No EC I a passagem de turno é efetuada de formas diferentes dependendo do sector onde o doente se encontra, assim se estiver em observação (“internado”) os Enf.<sup>os</sup> reúnem se numa zona central, tipo ilha de trabalho onde se transmitem as informações que são pertinentes, tendo o cuidado de falar baixo e de forma simplificada para que se cumpra o sigilo profissional, a informação é transmitida de forma assertiva e eficaz tendo em conta o respeito pela confidencialidade dos doentes, quando os doentes se encontram em vigilância nas várias salas (prioridade Amarela ou Laranja) a transmissão da informação é efetuada perto do doente tendo sempre o cuidado de preservar a intimidade e a confidencialidade do mesmo.

No EC III verifiquei que se realiza uma reunião em sala própria com porta fechada, com a presença da Enf.<sup>a</sup> Chefe no início do turno da manhã na qual se transmitem aspetos relacionados com a gestão de materiais, ocorrências que tenham surgido em turnos anteriores e onde a Enf.<sup>a</sup> Chefe comunica as cirurgias que estão programadas para os próximos turnos (Manhã e Tarde) e distribui os Enf.<sup>os</sup> pelas SO.

No EC II a passagem de turno é efetuada numa sala própria, no entanto em situações em que os doentes requerem vigilância permanente a informação é transmitida perto do doente, reconheço que existe atenção necessária na transmissão de conteúdos por forma a salvaguardar os direitos do doente designadamente o respeito á privacidade e confidencialidade.

Antunes (2019) considerou a passagem de turno como pertinente na transmissão de informação acerca dos doentes, entre profissionais de saúde, no término e no início de cada um turno, proporcionando a segurança e a qualidade dos cuidados seguros e contínuos. É um momento que deveria ser de partilha de conhecimento entre a equipa de enfermagem contribuindo para a continuidade de cuidados de uma forma informal, relacional e de gestão, sendo um instrumento de transferência de informação, responsabilidade e autoridade. No entanto a investigação demonstra que existem algumas condicionantes no desenrolar desta prática como seja a falta de tempo, as interrupções e uma elevada carga de trabalho que são barreiras na comunicação, originando falta e ou perda de informação acerca das condições do doente podendo levar a diagnósticos e procedimentos incorretos. Deste modo, uma passagem de turno destruturada poderá contribuir para erros, omissões, eventos adversos, aumento da duração de internamento ou reinternamentos evitáveis e aumento de custos.

Refletindo sobre os 3 EC, posso afirmar que em todos eles verifiquei uma preocupação constante da parte das equipas de enfermagem em desenvolver todos os esforços para que o momento da passagem de turno contribui-se para a qualidade de cuidados prestados aos doentes.

O consentimento informado, livre e esclarecido pode ser declarado de forma verbal ou escrita e abrange duas noções inseparáveis, a de compreensão e autonomia. A informação deverá ser facilitada numa linguagem clara e compreensível, baseada no estado da arte e isenta de juízos de valor (Direcção-Geral da Saúde, 2015).

O consentimento informado, esclarecido e livre é um fator muito importante na relação entre o Enf.º e o doente. O consentimento informado é uma manifestação de vontade onde se respeita o direito que o doente tem de decidir sobre a sua saúde, sendo basilar a transmissão adequada da informação para que o consentimento seja verdadeiramente esclarecido (Almeida et al., 2007).

No EC III constatei que todos os doentes que entravam no BO tinham o consentimento informado assinado e que estavam devidamente informados e esclarecidos da intervenção a que iriam ser sujeitos.

Quer no EC I como no EC II estive em contato com doentes inconscientes ou, que por qualquer outro motivo, não conseguiam comunicar, em situações de emergência ou falência orgânica. Nestas situações a minha prestação teve sempre em conta o bem-estar do doente, a sua estabilização, conforto, dignidade e privacidade, não esquecendo a família, tendo sempre presente o respeito pela vida humana, prestando cuidados de enfermagem de qualidade.

O EE deve ter a capacidade para fazer uma análise reflexiva sobre as situações de cuidados de saúde que diariamente lhe suscitam dúvidas e dilemas éticos, ajustando respostas e promovendo a qualidade e segurança dos cuidados. Assim no decorrer dos EC, na minha prática clínica nunca coloquei em causa valores como seja o respeito pelos direitos humanos, prestei cuidados individualizados, tendo sempre em conta o direito à privacidade, autonomia, dignidade e à liberdade de todos os envolvidos no processo, doente, família e equipa multidisciplinar. Em todos os EC, na minha prestação dos cuidados ao doente e à família, tive sempre presente o Código Deontológico do Enfermeiro, procurando sempre manter a confidencialidade da informação adquirida enquanto profissional de saúde e o respeito pelos costumes, valores e crenças espirituais do doente e família.

### 3.2. MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE

Segundo Ordem dos Enfermeiros (2019a), as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, residem na garantia do desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica em desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, promovendo um ambiente terapêutico e seguro.

O Plano Nacional de Segurança dos doentes 2015-2020 surge integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde e coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde. O referido plano inscreve-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes associados à prestação de cuidados de saúde constituindo a gestores e clínicos na utilização de boas práticas de segurança (Ministério da Saúde, 2015). Cada unidade prestadora de cuidados de saúde deverá assegurar a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, confirmando a boa gestão dos recursos envolvidos. O Plano visa melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS. A segurança é considerada um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, permitindo aferir a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e, em particular, no SNS. Assim este plano propor-se a atingir os seguintes objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos

doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos, como já foi referido anteriormente. Assim sendo as Comissões da Qualidade e Segurança existentes nas Unidades Hospitalares devem referir as atividades anuais que pretendem alcançar os objetivos mencionados anteriormente (Ministério da Saúde, 2015).

Uma das atividades intrínseca aos cuidados de enfermagem é a administração terapêutica que obriga a uma atenção redobrada e máxima responsabilidade, no entanto está sujeita a falhas e erros que poderão ter consequências graves para o doente, por vezes letais. Assim saliento a experiência que tive no EC I com a existência de duas Pyxis no SU com objetivo de evitar ou minimizar o erro na administração de terapêutica. Este é um sistema de controlo e segurança de medicação de modo a controlar a medicação utilizada e fornecer informação diretamente ao serviço de Farmácia relativamente ao stock existente no serviço. A medicação está fechada e apenas acessível mediante código, sendo uma enorme vantagem num serviço que possui um ambiente controlado mas com risco de erro pelo contacto com os mais variados tipos de medicação.

No EC III em todas as cirurgias procedeu-se ao registo da utilização da “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica” e do Apgar Cirúrgico nos sistemas de informação locais, que tenham interface com a Plataforma de Dados da Saúde, garantindo assim a implementação do projeto Cirurgia Segura, Salva Vidas (DGS, 2013).

Segundo o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), nas SO, para além de deverem estar alocados três Enf.<sup>os</sup> a exercer as funções descritas anteriormente, seria adequado que esses postos de trabalho fossem assumidos por EE em EMC na área de EPS Perioperatória, no BO em questão, existem somente 3 EE em EMC, numa equipa de 25 Enf.<sup>os</sup>, ficando aquém do preconizado, sendo necessário incentivar os restantes elementos para investirem na formação especializada.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem constituem um alicerce para o exercício profissional de enfermagem de excelência, na medida em que as exigências crescentes dos cidadãos e a visão estratégica da gestão nos serviços de saúde, permeia um aumento do nível de conhecimentos e a utilização da informação baseada na evidência pelos Enf.<sup>os</sup>, sendo a formação em serviço um meio de maior influência (C. I. da S. R. A. Ferreira, 2015).

Como salienta Ferreira (2015), a formação em serviço constitui uma pedra basilar nas organizações. Assim quero realçar o facto de nos EC ser notório a importância da formação em serviço demonstrada pelas chefias e pela maioria dos elementos das equipas, no desenrolar dos EC aproveitei a oportunidade de assistir a várias formações como já referi neste relatório.

No ECIII quero salientar a qualidade de prestação de cuidados de todos os profissionais deste BO. Embora os recursos humanos não estejam devidamente adequados às necessidades do serviço, nota-se um empenho e preocupação constante com o bem-estar do doente cirúrgico. Saliento o clima tranquilo, habitualmente sem conflitos pela parte da equipa multidisciplinar.

Verifiquei que a equipa de enfermagem está motivada para a formação em serviço, uma vez que vários EE envolvidos em formações, havendo uma Enf.<sup>a</sup> responsável por estas. Neste serviço existem alguns procedimentos instituídos tais como: Funções de Enfermagem por Turno; Controle de Prazos de Validade de Fármacos; Controle de Temperatura do Frigorífico; Instrumental de Empréstimo; Controle de Dispositivos Médicos Esterilizados; Equipamentos Avariados; Débito de Armazém Clínico (Avançado); Diretivas para Aplicação do Aloenxerto Ósseo (transporte, receção, aplicação e eliminação segura).

No ECII tive a oportunidade de consultar documentos que existem no serviço, nomeadamente alguns procedimentos específicos instituídos, tais como: Troca de sistemas de infusão todos os dias pares; Procedimento da utilização e manutenção do carro de emergência (Verificação diária, Verificação mensal primeiras 2<sup>a</sup> feiras de cada mês, todas as 4<sup>a</sup> feiras verificação do teste de desfibrilhador; Verificação e reposição do carro sempre que é utilizado); Funções e Competências dos Enf.<sup>os</sup> e AO de Organização; Identificação Inequivocas das Pessoas e Amostras para provas diagnósticas (baseado na Orientação DGS 018-2011 segurança do doente); Pedido de cópia do processo clínico; Segurança e confidencialidade no registo eletrónico e informação clínica do Utente; Notificação de Incidentes e eventos Adversos na UTHPA; Gestão de ocorrências; Circuito Interno de reclamações, sugestões e elogios; Procedimento das condições de estabilidade e período de validade de medicamentos; Distribuição e Armazenamento do medicamento no UTHPA; Gestão de Armazém; Manutenção de Equipamentos e Dispositivos Técnicos; Otimização de drenos biliares; Cateterismo Vesical; Tratamentos de Feridas Cirúrgicas; Acolhimento do Doente; Guia de Acolhimento e funcionamento de Consulta Externa da Transplantação Hepática; Sistematização do Regresso a Casa e Recomendação para a Alta após Transplante Hepático.

A equipa médica semanalmente (4<sup>o</sup> feira) reúne-se com a Enf.<sup>a</sup> Chefe para analisar assuntos

pertinentes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente transplantado e família. Quero salientar a preocupação permanente com a família/pessoa de referência do doente transplantado, em especial o papel desempenhado pelo o Enf.º responsável pelo doente, uma vez que promove a preparação do regresso a casa desse doente, através do contato com todas as instituições de retaguarda como seja Centro de Dia, Centro de Saúde, em especial com o Enf.º de Cuidados Primários, Junta de Freguesia e entre outras. Quando necessário recorre ao assistente social, que intervêm por forma a colaborar na preparação do regresso a casa do doente transplantado.

Nos EC realço a qualidade de prestação de cuidados de todos os profissionais, notando-se empenho e preocupação constante com o bem-estar do doente crítico, saliento o clima tranquilo, habitualmente sem conflitos pela parte da equipa multidisciplinar ao invés da minha realidade profissional que é bem diferente, uma vez que presto funções num SU que tem escassez acentuada de Enf.ºs e AO, onde surgem frequentemente momentos de conflito e de stress acentuados entre os elementos da equipa multidisciplinar, habitualmente por falta de recursos humanos, para as necessidades do serviço. Assim ao conhecer uma nova realidade, poderei ser uma mais-valia, pois tenho a oportunidade de falar com conhecimento de causa e contribuir assim para a melhoria da qualidade, sugerindo alternativas, quer a nível de recursos humanos, quer a nível de recursos materiais e de formação em serviço, dando exemplos de prestação de cuidados de qualidade e demonstrando as diferentes práticas de atuação, mesmo a nível de gestão de recursos.

Quero salientar a importância da existência de protocolos que são fundamentais para o desempenho da prestação de cuidados de qualidade e de em enfermagem, tal como é enfatizado por Pimenta et al. (2015) que refere a existência de vantagens mencionadas para o uso de protocolos nos cuidados, nomeadamente maior segurança para os doentes e profissionais, uniformidade de cuidados, melhoria na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão no cuidado, facilidade para a implementação de novas tecnologias, mudança no cuidado, racionalização dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ainda a referir que os protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a divulgação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado. Assim esta aprendizagem poderá ser um contributo precioso para a minha prática profissional e para o serviço onde desempenho funções.

### 3.3. GESTÃO DOS CUIDADOS

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019a), as competências do domínio da gestão dos cuidados residem na gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa de saúde, a adaptação da liderança e da gestão de recursos às situações e ao contexto apontando a garantia da qualidade de cuidados.

Fernandes et al. (2008), salientam que a conduta da coordenação envolve um conjunto de habilidades técnicas e científicas, amplo conhecimento das relações interpessoais, autoconhecimento, sensibilidade e criatividade para que o desempenho dos Enf.<sup>os</sup> promova o atendimento, tendo em conta as necessidades em saúde. Assim o Enf.<sup>o</sup> C deverá ser detentor dessas características para poder gerir o serviço do qual faz parte integrante.

No seu estudo Manenti et al. (2012) destacaram no EC as competências relacionadas ao Saber Ser, demonstrando a importância atribuída às características comportamentais do coordenador de área no desempenho de suas atribuições, a atitude e postura ética, imparcialidade, flexibilidade e liderança foram as características mais valorizadas. Quem assume a coordenação de áreas e gestão de pessoas enfrenta alguns desafios, como sendo trabalhar com pessoas difíceis, lidar com situações problemáticas e gerir conflitos.

No EC I tive a possibilidade de entender a gestão de recursos e materiais efetuada diariamente pelo Enf.<sup>o</sup> C. Assim compete a este Enf.<sup>o</sup> efetuar a distribuição diária dos Enf.<sup>os</sup> por sectores na tarde do mesmo dia, na noite e manhã seguinte. Essa distribuição tem indicações específicas transmitidas pela chefia ao grupo de Coordenadores, que são na maioria EE, no que se refere aos Enf.<sup>os</sup> que devem ser distribuídos na Coordenação, na SE, nas Salas de Triagem e no GI, uma vez que existem regras muito bem definidas para prestar cuidados nestes sectores, principalmente ter formação/informação nessas áreas. O método de trabalho é o de Enf.<sup>o</sup> responsável tem sempre a preocupação ao distribuir os Enf.<sup>os</sup>, não repetir os mesmos locais onde anteriormente tinham prestados cuidados de enfermagem, proporcionando assim a motivação, sensação de equidade, serenidade e tranquilidade na equipa. Este fato não se verifica no SU onde exerço funções, uma vez que por vezes os Enf.<sup>os</sup> repetem consecutivamente os mesmos locais fomentando a desmotivação e aumento de cansaço.

Ao Enf.<sup>o</sup> C neste serviço, compete comunicar as altas clínicas à família falando sempre em primeiro lugar com o doente e providenciar o transporte do mesmo, quando o doente tem esse

direito (isenção de taxas moderadoras); providenciar o pedido de medicamentos para a farmácia que estejam em falta ou não existam no serviço; gerir a equipa de enfermagem e AO, bem como as transferências de doentes intra ou inter-hospitales. Verificam-se muitas transferências deste SU para CHUC, algumas acompanhadas pelo Enf.º mas a maioria acompanhadas por um AO que já está escalado para tal, na distribuição diária.

Este Enf.º também apoia a SE sempre que haja necessidade ou durante o período das refeições, no entanto também presta cuidados noutros sectores, nomeadamente o sector de Triagem, quando necessário.

Saliento neste serviço a capacidade de liderança do Enf.º Chefe, que considera ser maioritariamente democrática embora também autoritária. É delegada no Enf.º C a gestão de recursos humanos (diária) e a gestão de materiais, no entanto é notório as regras pré definidas transmitidas a todos os coordenadores (a maioria deles especialistas) por forma a haver equidade na atuação. Saliento ainda o ambiente de respeito e tranquilidade que se vivencia neste SU onde a decisão do Enf.º C é respeitada e não é questionada, isto porque as regras estão muito bem definidas, claras e concisas.

Realço a qualidade de prestação de cuidados de todos os profissionais do BO, embora os recursos humanos não estejam devidamente adequados às necessidades do serviço, como já referi anteriormente neste relatório.

Tive a oportunidade de estar um turno com a Enf.ª Chefe, tendo sido possível entender a gestão de recursos e materiais efetuada diariamente pelo Enf.º gestor. Diariamente os Enf.ºs são distribuídos nas SO, tendo em conta a sua experiência profissional e as funções para as quais estão preparados. Os Enf.ºs sabem com antecedência (véspera) onde estão alocados, podendo assim prepararem-se antecipadamente para a cirurgia, havendo no serviço documentos nos quais estão descritos os materiais necessários para cada cirurgia.

Normalmente a integração dos Enf.ºs no BO depende da sua experiência anterior, assim se se tratar de um Enf.º com experiência em BO, deverá ficar em integração durante algum tempo para se familiarizar e adaptar à forma de funcionamento do BO, começando por exercer funções no Apoio à Anestesia, depois Circulação e Instrumentação sendo a especialidade de Ortopedia a última a ser experienciada. Caso se trate de um Enf.º que não tenha experiência em BO a integração durará entre 6 meses a 1 ano, começando a exercer funções no Apoio à Anestesia, na UCPA, depois na Circulação e por fim na Instrumentação, começando sempre por cirurgias menos complexas, com menos instrumentais cirúrgicos. Existe um clima de interajuda por parte

dos Enf.<sup>os</sup> mais experientes para com os menos experientes. Durante o período de integração é possível a partilha de sentimentos e opiniões quer seja do Enf.<sup>o</sup> que está em integração, quer seja da parte da Enf.<sup>a</sup> Responsável pela gestão do serviço e também da restante equipa multidisciplinar, promovendo assim um clima tranquilo de aprendizagem sem pressões e stress.

O processo de integração do profissional promove a obtenção de autoconfiança, a formação da identidade profissional e o desenvolvimento de competências profissionais, condicionando o desempenho do exercício das suas funções, sendo determinante no sucesso de adaptação do indivíduo à organização. É fundamental que os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem sejam a base da integração dos Enf.<sup>os</sup> no contexto de trabalho, devendo as instituições promover condições e tempo de integração adequados, proporcionando o desenvolvimento de novas atitudes profissionais, melhorando a qualidade dos cuidados prestados (Carvalho, 2016).

Uma das formas de facilitar o processo de integração é através da elaboração de guias com vários conteúdos, que transmitam informações adequadas aos novos elementos. Esses guias ou programas devem ser constituídos por informações que relatem a história, missão e objetivos da organização ou serviço; os direitos e deveres do Enf.<sup>o</sup>; as responsabilidades dos vários profissionais; regulamento e estrutura da organização/serviço; padrões de qualidade, normas e critérios para os cuidados de enfermagem; avaliação e desempenho; condições de trabalho e horários de trabalho; etc. (AESOP, 2006). No local onde foi desenvolvido o ECIII não existe manual organizado para os novos elementos, se existisse, seria benéfico para o processo de integração, como foi salientado pelo autor referido anteriormente.

Saliento neste serviço a capacidade de liderança da Enf.<sup>a</sup> Responsável a exercer funções de chefia, que considero ser maioritariamente democrática. A coordenação do serviço nos turnos da tarde e noite relativamente à gestão de recursos humanos e a gestão de materiais é delegada aos EE, na ausência destes, ao elemento com mais experiência no serviço. Tive assim possibilidade de acompanhar o meu Enf.<sup>o</sup> Orientador na gestão do serviço e pude verificar a forma como a equipa aceita e colabora nas decisões que são tomadas em conjunto verificando-se um empenho dos elementos da equipa.

Na UTHPA diariamente estão escalados no turno da manhã 6 Enf.<sup>os</sup> sendo 1 EE em Reabilitação; turno da tarde 4 Enf.<sup>os</sup> e no turno da noite 3 Enf.<sup>os</sup>. De salientar que o número poderá ser alterado tendo em conta as horas necessárias na prestação de cuidados de enfermagem aos doentes internados.

No que se refere à equipa de AO no turno da manhã 8:00h-15:00h - 3 elementos; manhã 13:00h-20:00h - 1 elemento; Tarde 14.30h-23:00h – 1 elemento; Noite - 22.30h - 8:30h – 1 elemento.

Na distribuição diária dos profissionais de Enfermagem há a preocupação de continuidade de cuidados ao doente.

No que se refere à formação em serviço, os Enf.<sup>os</sup> estão distribuídos por áreas como: Gestão de Risco, Gestão de formação em serviço, Gestão de Stocks, materiais e equipamentos; Avaliação e Desempenho; Gestão de Cuidados; Padrões de Qualidade; Ética; Quedas; Úlceras de Pressão; Dor; IACS; Sistematização do Regresso a casa; Elo de ligação GASIDE (Grupo Apoio Sistemas Informação e Documentação de Enfermagem); Ensino Clínico; PCR; Diabetes. Existe um Enf.<sup>o</sup> como Elo de ligação GASIDE.

Nesta unidade estão bem definidas as funções e competências dos Enf.<sup>os</sup> e dos AO, bem como as funções dos Responsáveis de Turno.

Saliento nesta unidade a capacidade de liderança da Enf.<sup>a</sup> Chefe, que considero ser maioritariamente autoritária, no entanto emerge um ambiente de colaboração, espírito de equipa e motivação.

A gestão de recursos humanos e de materiais no turno da tarde e noite é delegada pela Enf.<sup>a</sup> Chefe aos EE, na ausência deste, ao elemento com mais experiência no serviço. Tive possibilidade de observar a forma como a equipa aceita e colabora nas decisões que são tomadas pelo Enf.<sup>o</sup> Responsável do turno verificando-se empenho e envolvimento dos elementos da equipa.

Nos EC tive a oportunidade de estar um turno com os a Enf.<sup>os</sup> Chefes, sendo possível entender a gestão de recursos e materiais efetuada diariamente pelo Enf.<sup>o</sup> gestor.

Todos os orientadores dos diferentes EC exerceram funções Enf.<sup>o</sup> C assim pude observar e vivenciar experiências que me são úteis quando desempenho funções de Enf.<sup>o</sup> C no meu serviço, aperfeiçoando assim a minha forma de Ser e Estar.

#### 3.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019a) são competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolver o autoconhecimento, a assertividade e basear a

praxis clínica especializada em evidência científica.

É esperado da parte do EE o desenvolvimento da assertividade e autoconhecimento, assim deve adquirir o conhecimento quer de si próprio e como profissional de Enfermagem demonstrando autoconfiança expondo a sua opinião sem dificuldades de forma coerente e oportuna.

Como é salientado por Marques (2019) a assertividade é a capacidade de nos expressarmos de forma clara, direta e objetiva, utilizando métodos que façam com que o outro entenda, com exatidão, aquilo que queremos dizer. Uma pessoa com essa característica é positiva, demonstra autoconfiança e sabe manifestar sua opinião de forma transparente. Essas qualidades cooperam para que ela se comporte com mais equilíbrio e segurança ao tomar decisões e executar suas ações.

Aroso et al. (2015) no seu estudo sobre as competências emocionais do profissional de saúde, referem a importância da competência emocional (CE) em profissionais de saúde que desenvolvem as suas funções em ambientes geradores de emoções, stress e cansaço. CE é definida como conceito inicial de Inteligência Emocional (IE), constituída por cinco capacidades: autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de relacionamentos em grupos.

Os mesmos autores referem ainda que níveis superiores de CE produzem comportamentos mais assertivos que permitem a partilha e interações focadas no respeito pela dignidade humana e escolhas individuais. Comportamentos assertivos e responsáveis permitem alcançar o equilíbrio e gerar bem-estar emocional.

Segundo Fonseca et al. (2016) IE define-se como o saber controlar e gerir as emoções, ter habilidade para compreender as ações dos outros, tornando-se fundamental no mundo organizacional. Segundo estes autores atualmente para além do conhecimento técnico, o mercado exige um profissional com autoconhecimento ligado ao autogerenciamento, automotivação, empatia e habilidades sociais, assim a IE ganha posição na vida organizacional e mostra caminhos para que o ambiente mude através do controle psíquico do profissional

Assim ao longo dos EC adaptei-me sem dificuldade às equipas multidisciplinares, que desde cedo me receberam de forma acolhedora, disponível e amigável, facilitando assim o meu percurso, permitindo a partilha de conhecimentos teóricos e relacionais. Reconheço que antes de iniciar estes EC lidei com algum sentimento de incerteza e insegurança, por vários motivos, entre eles, como o facto de ir encontrar colegas mais novos em profissão e em idade; por há

muito tempo não estar na situação de estudante; o ir contactar com outras realidades; desenvolvi no meu íntimo algum receito e ansiedade, mas consciencializei-me que a minha função era aprender, consolidar e partilhar. Na realidade não foi difícil desempenhar esse papel, mas quero salientar a disponibilidade dos Enf.<sup>os</sup> Orientadores que demonstram durante os EC a disponibilidade, compreensão e atenção necessárias para que fosse possível concluir esta etapa de forma muito satisfatória. Em alguns momentos mantive-me somente como observadora, uma vez que nunca esqueci o meu papel como estudante. Reconheço que a minha personalidade facilitou também a adaptação a novas situações e que, por natureza, não tenho dificuldades em me expressar, sendo transparente, clara, coerente nas minhas opiniões e atitudes.

Ao longo dos EC foram muitos os momentos que proporcionaram o estímulo ao raciocínio e a articulação entre os diversos saberes e competências da prática especializada de enfermagem, assim como já foi referindo a pesquisa bibliográfica foi fundamental para o meu processo de aprendizagem, a partilha de ideias, de experiências, as reflexões que surgiram com os Enf.<sup>os</sup> orientadores e restante equipa foram bastantes enriquecedoras.

No EC I não me deparei com situações de grande complexidade ou novas para mim, uma vez que estou no SU há 23anos, no entanto tive a oportunidade de observar os relacionamentos interpessoais. Realço o relacionamento entre toda a equipa multidisciplinar, onde transparece um clima de respeito, de responsabilidade, competência demonstrado na qualidade de cuidados prestados ao doente. Saliento neste sentido a liderança da chefia, pude constatar a disponibilidade da equipa para a interajuda, o apoio dado aos Enf.<sup>os</sup> mais novos no serviço.

Destaco o papel que é dado à Família/Pessoa de Referência, tantas vezes desvalorizado no SU onde presto serviço e que neste não é esquecido, havendo uma preocupação acrescida da parte da equipa de Enfermagem em minimizar o afastamento inevitável do doente com a família/pessoa de referência através do Enf.<sup>o</sup> que está no GI.

No decorrer deste caminho realço a forma como as equipas multidisciplinares me receberam facilitando o meu percurso, permitindo a aprendizagem de conhecimentos teóricos e relacionais, principalmente em serviços desconhecidos para mim, como foi o caso do EC III e ECII, um desafio mas que foi superado. Tive a necessidade de efetuar pesquisa bibliográfica de forma global para poder cimentar alguns conceitos essenciais por forma a conseguir apreender alguns procedimentos.

Todo o contexto é diferente e complexo, por exemplo para desempenhar funções no BO é necessário um longo tempo de integração, no entanto posso afirmar que termino com outra

visão do que se passa por detrás daquelas portas que se fecham quando entrego o doente do SU para ser submetido a uma intervenção cirúrgica. Sei toda a problemática, toda a preocupação, todo o esforço que a equipa cirúrgica desempenha para que tudo se processe sem percalços e para que a cirurgia seja um sucesso. Houve momentos em que me mantive como observadora, uma vez que reconheci o meu desconhecimento sobre a forma de ser e estar no BO.

Nunca esqueci o papel como estudante ao longo de todo o percurso, no entanto o fato de não ter dificuldade em me expressar, de reconhecer as minhas limitações, dificuldades e desconhecimentos facilitou a minha aprendizagem.

A consciencialização de mim, enquanto pessoa, em constante relacionamento com outros em determinados contextos é fundamental para perceber quais os meus limites e quais as minhas potencialidades. A enfermagem é por conseguinte uma profissão que se baseia na relação com a pessoa a quem se destinam as intervenções, com os profissionais que constituem a equipa multiprofissional envolvida no processo de cuidados à pessoa e família/pessoa de referência com o contexto e especificidades onde se desenvolve esse mesmo processo.

**PARTE II – BENEFÍCIOS (DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE, STRESS E ACEITAÇÃO DA DOENÇA/SAÚDE/AUMENTO DA SEGURANÇA DO DOENTE E FAMÍLIA) DO ENFERMEIRO COMO FACILITADOR NA COMUNICAÇÃO/INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA DE DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

## RESUMO

**Introdução:** A família/pessoa de referência, que acompanha o doente crítico ao SU, faz parte integrante do doente crítico e da prestação dos cuidados. Na maioria das situações, quando se trata do doente adulto, a família/pessoa de referência permanece na sala de espera exterior do SU, aguardando notícias do seu ente querido, desenvolvendo sentimentos de ansiedade e stress, uma vez que o contacto com o profissional de saúde é, na maioria das vezes, tardio.

**Metodologia:** Assim, com a RSL teve como objetivo sintetizar a evidência científica dos benefícios (diminuição da ansiedade, stress e aceitação da doença/saúde/aumento da segurança do doente e família) do Enf.º como facilitador da comunicação/informação da família/pessoa de referência do doente em situação crítica no SU.

Após ter sido delineada a estratégia de investigação, e com base na metodologia PICOD, procedeu-se à pesquisa através das bases de dados: Pubmed CINAHL, Medline, SciELO.

**Resultados:** Dos 481 artigos, apenas 5 resultados apresentaram os critérios de inclusão e qualidade metodológica sobre os quais foi suportada a RSL em causa.

Apesar de termos localizados um número reduzido de artigos verificou-se que a família/pessoa de referência do doente crítico no SU beneficia da existência do Enf.º facilitador da Comunicação/informação, havendo necessidade de mais investigação sobre esta temática.

**Conclusão:** É fundamental que a nível organizacional surja uma mudança de atitude no que se refere ao papel da família/pessoa de referência do doente crítico que recorre ao SU, sendo importante envolver os profissionais, sensibilizando-os para essa necessidade através da reflexão, formação e partilha, por forma a prestar cuidados diferenciados de acordo com as necessidades da família/pessoa de referência

**Palavras-Chave:** Enfermeiros; Comunicação; Família; Serviço Urgência; Ansiedade; Stress; Segurança do Doente; Aceitação da Doença

## ABSTRACT

**Introduction:** The family/reference person, who accompanies the critical patient to the Emergency Department, is an integral part of the critical patient and the provision of care. In most situations, when it comes to the adult patient, the family/reference person remains in the outside waiting room of the Emergency Department, waiting for news from their loved one, developing feelings of anxiety and stress, since contact with the health professional health is, in most cases, late.

**Methodology:** Thus, with Systematic Review of the Literature it aimed to synthesize the scientific evidence of the Nurse's benefits (decreased anxiety, stress and acceptance of illness/health/increased patient and family safety) as a facilitator of communication/family information/reference person of the patient in critical condition in the Emergency Department. After the research strategy was outlined, and based on the PICOD methodology, the research was carried out through the following databases: Pubmed CINAHL, Medline, SciELO.

**Results:** Of the 481 articles, only 5 results presented the inclusion criteria and methodological quality on which the Systematic Review of the Literature in question was supported.

Although we have located a small number of articles, it was found that the family/reference person of the critically ill patient in the Emergency Department benefits from the existence of the Nurse who facilitates communication/information, with the need for further research on this topic.

**Conclusion:** It is essential that, at the organizational level, a change of attitude arises with regard to the role of the family/reference person of the critical patient who uses the Emergency Department, it is important to involve professionals, making them aware of this need through reflection, training and sharing, in order to provide differentiated care according to the needs of the family/reference person

Key words: Nurses; Communication ;Family; Emergencie servisse; Hospital; Anxiety; Stress; Patient Safety; Disease Acceptance

## 1. INTRODUÇÃO

Importa definir os conceitos de Comunicação e Informação, assim, usando a linguagem CIPE®, segundo Internacional Council of Nurses, (2013)) entende-se por Comunicação - “Comportamento interativo - dar e receber informações, utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face e com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (p.45); e por Informação - ” ação de comunicar alguma coisa a alguém” (p,97).

Como refere (Loureço, 2012) a comunicação é um método social básico essencial em todas as fases da vida, da mais simples à mais complexa, integrando a base da vivência e existência na relação com o outro. Sendo uma das atividades humanas básicas e vitais essenciais à vida, tem um papel de elevada importância em todo o processo de desenvolvimento do ser humano. Verifica-se assim que a comunicação e a existência são conceitos indissociáveis.

A comunicação entre os indivíduos é um processo de interação, onde há a partilha de mensagens, ideias, emoções e sentimentos, influenciando desta forma o comportamento dos intervenientes que respondem de acordo com os seus valores, crenças e suas vivências. Existem vários fatores que podem afetar o processo de comunicação, quer seja positiva ou negativamente, como seja, as atitudes corporais e a postura, a expressão facial, os gestos, o olhar, a voz, a proximidade ou o distanciamento, o toque, o silêncio, as características físicas, os limites do sentido, a cultura e suas diferenças, os valores, a religião, o estatuto social, os preconceitos e estereótipos sociais, o idioma utilizado, a diferença de idades, o nível educacional e o nível intelectual (Phaneuf, 2005).

Pode afirma-se que a comunicação constitui um processo de criação e recriação de informação, de troca e de partilha de sentimentos e emoções entre os indivíduos. Como refere Phaneuf (2005, p.22), “comunicar consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo”, salientando, “pela magia das palavras exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas” (Phaneuf, 2005, p.82).

A comunicação é de especial importância na relação entre os indivíduos e é parte integrante do percurso de vida do ser humano, sendo este eminentemente social. É a forma através da qual os indivíduos participam no meio em que vivem, promovendo a partilha de experiências. Assim, o processo de comunicação consiste na compreensão e na partilha de mensagens emitidas e recebidas, sendo que essas interagem e influenciam o comportamento dos

indivíduos em causa (Stefanelli & Carvalho, 2012).

Como enfatizam Gomes et al. (2012) a comunicação é um denominador que está presente em todas as ações de enfermagem e afeta a prestação de cuidados à pessoa e família, tendo como objetivo principal a obtenção de vantagens terapêuticas.

O conceito de família é definido pela CIPE®, como “ (...) unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior que a soma das partes” (p. 143) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Está legislado na lei nº 15/2014 de 21 de Março (p.2019) que “Todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço” (Diário da República, 2014).

Os Enf.<sup>os</sup> no desempenho da sua profissão devem evidenciar a comunicação como parte integrante do seu exercício profissional para que os cuidados prestados sejam de qualidade, com a garantia do sucesso dos procedimentos técnicos e de convivência com quem necessita de cuidados de enfermagem (Bruschini et al., 2007).

Esta perspetiva é salientada por Saiote e Mendes, (2011)), quando referem que a comunicação e a partilha de informação adotam uma centralidade inevitável na prática de enfermagem, quer seja na relação entre pares, com os doentes ou família, assegurando assim a continuidade e a qualidade na prestação de cuidados.

Segundo Galinha de Sá et al., (2015) os Enf.<sup>os</sup> são os profissionais de saúde com presença assídua e com competências para avaliar e intervir nas necessidades do doente e família devido à relação única que criam com ambos. Assim, é importante que o Enf.<sup>o</sup> desenvolva competências comunicacionais eficientes e que desenvolva a sua capacidade de escuta ativa, sendo necessário encaminhar a família para o centro dos cuidados.

Quem deve comunicar com a família é o profissional de enfermagem, como é salientado por Vieira e Sousa (2014) quando referem que a comunicação é uma ferramenta fundamental em Enfermagem, que deve ser desenvolvida pelo Enf.<sup>o</sup>, independentemente da sua área de intervenção. É através da comunicação que o Enf.<sup>o</sup> pode entender o doente e a sua família/pessoa de referência, identificando as suas necessidades e problemas atuais, com a finalidade de utilizar opções de ajuda e humanizar os cuidados prestados. Os autores referem ainda que o processo terapêutico é facilitado pelas relações interpessoais que se estabelecem através da

comunicação, pois tornam possível entender o outro, reconhecer os seus comportamentos, sentimentos e necessidades com a finalidade de ajudar no processo de recuperação.

Considerando as competências específicas do EEEPSC, referidas no regulamento nº 429/2018, o EE gere a comunicação interpessoal que suporta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No regulamento nº 429/2018 (p.19363) é salientada a importância do cuidado à família da PSC, afirmando que é uma competência específica do EE nesta área, o qual tem o dever de “assistir a pessoa e família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Tendo em conta o Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 84º, o Enf.º tem o dever de informar o indivíduo e a família relativamente aos cuidados de enfermagem prestados; deve respeitar, defender e promover o direito ao consentimento informado; responder com atenção e responsabilidade a todo o pedido de informação que for solicitado, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem e informar os recursos disponíveis e a forma de os obter (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Na opinião de Pytel et al., (2009) é importante que os Enf.ºs do SU estejam formados e sensibilizados para as necessidades de comunicação com o doente e família. Assim, quer a família, quer o doente são encorajados a expressar as suas necessidades acolhendo informações suficientes e relevantes para que o tratamento e a recuperação da doença sejam otimizados.

A informação é reconhecida pelos familiares como uma das necessidades mais importantes em todos os períodos de doença. A família, para participar nas decisões e entender o que se passa com o seu familiar, necessita de estar informada, podendo ser um suporte para o doente. Assim, é habitual recorrer aos Enf.ºs para receber conforto e informações. Estes transmitem a informação, que é entendida como indispensável no processo de interação entre doente, familiares e profissionais. Este procedimento obriga a partilha de conhecimentos onde a comunicação aberta e clara com os doentes/familiares é primordial para uma interação de êxito (Phaneuf, 2005).

De acordo com Saiote, (2010), o Enf.º é o profissional que mais tempo permanece ao lado do doente, assim, é importante que estabeleça um relacionamento interpessoal com o doente/família, de modo a poder auxilia-los a adaptarem-se às novas necessidades impostas

pela doença. Posto isto a comunicação aberta é a solução para possibilitar o êxito no processo de adaptação saúde/doença, diminuindo a ansiedade e o stress acumulado. De salientar que é fundamental que o Enf.º possibilite ao familiar colocar todas as dúvidas, medos e anseios respondendo-lhe ao que deseja saber, colocando em prática comportamentos como a escuta, a compreensão e o diálogo sincero, tendo atenção às expressões verbais e não-verbais, possibilitando então uma comunicação e partilha de informação de qualidade.

O mesmo autor refere que os familiares apontam como aspetos negativos a falta de informação ou o facto de considerarem que esta não lhes é proporcionada no momento oportuno. Neste contexto, a comunicação torna-se um elemento chave para a transmissão atempada de informação útil por parte do Enf.º, à família da PSC.

Segundo Hsiao et al.(2017) os familiares vivenciam uma sucessão de impactos fisiológicos, psicológicos e emocionais ao acompanhar um familiar gravemente doente no SU. Referem que a identificação das necessidades dos familiares é essencial para o atendimento adequado aos doentes e familiares. Salientam ainda que, para os familiares a “comunicação com os membros da família” é classificada como a necessidade mais importante, seguida pela “participação dos membros da família nos cuidados no SU, ”apoio aos membros da família” e “conforto organizacional” (p. 3).

Ferreira et al. (2016) salientam que o Enf.º na prestação de cuidados deve intervir e avaliar as necessidades do doente e família tendo como objetivo minorar os efeitos negativos da transição saúde/doença. A família/pessoa de referência contesta o elevado tempo de espera até ser informada ou visitar o doente, sendo uma das suas principais necessidades. É referido ainda que o confronto com SU pode influenciar o doente e a família/pessoa de referência, pois este apresenta características muito específicas como, situações imprevistas, variabilidade de casos clínicos e obrigatoriedade de agir de forma rápida e segura, podendo ser interpretado como impessoal, incitando sentimentos negativos, como dor, sofrimento, ansiedade, desconforto e o receio de perda.

Como referem Vieira e Sousa (2014), a equipa de enfermagem deve agir com carinho, utilizar palavras de conforto, ouvir os familiares para minimizar a insegurança e ansiedade, visando a humanização da assistência de enfermagem. Ser escutado pelos profissionais de saúde significa ser cuidado de um modo individualizado e atento, proporcionando sensação de conforto, valorização e compreensão. A escuta ativa implica o contacto visual, o uso terapêutico do silêncio, a aproximação física e a utilização de expressões verbais simples que

encorajem a continuidade do diálogo.

Quando as pessoas precisam de ajuda e sentem que podem confiar na pessoa a quem a solicitam, estão preparadas para expor os seus segredos, o seu corpo e revelar as suas vulnerabilidades. Se a organização valorizar o cuidado ao doente/ família estes reconhecem-no e comportam-se de forma bastante tranquila, pois sentem-se seguros, respeitados, informados e sabem que serão tratados com dignidade e consideração (Chambel, 2012).

Ao transmitir informações à família/pessoa de referência o Enf.º deve em primeiro lugar identificar-se, encaminhá-la para um lugar próprio (p.ex sala destinada para a ocasião) no qual seja possível haver privacidade e tranquilidade que a situação o exige. Ao informar é importante saber o que a família/pessoa de referência sabe do seu familiar doente, o que pretende saber e o que está preparado para ouvir. Utilizando uma linguagem acessível sem grandes detalhes técnicos, falando calmamente sem enfatizar, sem eufemismos, sem banalizar a situação e sem retirar a esperança, mostrando disponibilidade para ouvir, validar e reforçar a informação transmitida, estando atento às preocupações para as tentar colmatar à posterior (Pereira, 2009).

No processo de transmissão de informações à família/pessoa de referência nem sempre é possível este procedimento ser presencial, assim o Enf.º é confrontado com a solicitação da transmissão de informação via telefone. Este processo constitui um desafio - Deve ou não transmitir informação do utente pelo telefone ao familiar? Essa dúvida é esclarecida, tendo em conta o Parecer do Conselho Jurisdicional da OE de 8/2008 (pág. 1 e 2), no qual é referido, que: *“O direito do doente á confidencialidade reforça o direito de que o próprio deve decidir, sempre que possível, aquilo que, da informação, pode ser partilhado. Quando o interessado não pode decidir, deve ser sempre considerado o seu melhor interesse, ou seja, o bem-estar, a segurança física, emocional e social e os seus direitos. A informação relativa a cuidados de Enfermagem, ao cliente e família/pessoa significativa, é uma competência específica dos enfermeiros, que visa o processo terapêutico e deve respeitar os princípios gerais e deontológicos da profissão. Quando o meio de comunicação utilizado é o telefone, deverão ser salvaguardados os aspetos relativos á identidade do interlocutor e a vontade do cliente, bem como o princípio da responsabilidade do enfermeiro. A relação terapêutica estabelecida com o cliente e família e o diagnóstico das suas necessidades específicas devem orientar o enfermeiro da adequação da informação a transmitir por esta via em*

*cada contexto, não devendo, á partida ser recusada a transmissão de informação pelo facto de ser utilizado o telefone(Ordem dos Enfermeiros, 2008)*

Na opinião de Morelló et al. (2016) a família/pessoa de referência apresenta na maioria das vezes uma enorme carga emocional criada pela incerteza e angústia, pelo que necessita de atenção baseada fundamentalmente na informação periódica no que se refere ao diagnóstico e evolução clínica do seu familiar doente. Ao comunicar, os Enf.<sup>os</sup> devem ter em conta vários fatores como: periodicidade, idoneidade da informação, acessibilidade e qualidade da mesma, para assim fomentar todos os benefícios da comunicação/informação, tendo por base a ética profissional na partilha de informação. Os autores mencionados anteriormente concluíram que, os Enf.<sup>os</sup> pretendem incluir a família/pessoa de referência dentro de suas responsabilidades de cuidado, com uma abordagem holística no contexto do cuidado humanizado. Ainda há espaço para melhorias em alguns aspetos como seja, o cuidado, a qualidade da informação, organização e mudanças estruturais na unidade e a abordagem aos familiares em situações trágicas, inesperadas e traumáticas.

Lukmanulhakim et al.,(2016) no seu estudo concluíram que existe uma relação considerável entre o nível de ansiedade dos familiares e a comunicação dos Enf.<sup>os</sup> em situações de emergência, indicando assim, que uma comunicação eficaz realizada pelos Enf.<sup>os</sup> diminui o nível de ansiedade dos familiares. É indispensável que o Enf.<sup>o</sup> seja capaz de desenvolver habilidades de comunicação terapêutica, sendo a empatia uma forma de construir um relacionamento terapêutico reduzindo a ansiedade vivenciada pela família.

A percepção da experiência familiar durante o atendimento de emergência é qualificada por intenso sofrimento, diretamente influenciado pela forma como os profissionais recebem e aceitam o doente e sua família. Quando a família se depara com um familiar em situação crítica, demonstra sentimentos de fragilidade e desamparo, necessitando de uma explicação cuidadosa, de tempo para processar as informações recebidas e de apoio profissional sólido para permitir a tomada de decisões e facilitar o confronto de desafios. Uma comunicação eficaz alivia a ansiedade durante um período stressante e melhora a sensação de segurança para o doente e família, além de colaborar na recuperação do doente. Dessa forma, ao ajudar a família nas diferentes necessidades e ao estabelecer processo comunicacional eficaz, claro e objetivo, proporciona-se a cada membro da família o reconhecimento de pontos fortes e, assim, contribuir para que todos os membros vivenciem os momentos críticos (Barreto et al., 2020).

## 2. METODOLOGIA

A revisão sistemática permite uma avaliação rigorosa, imparcial e abrangente da literatura a sua elaboração, permite os autores tornam-se conhecedores do tema e, apesar de poder ser demorada, possibilita o desenvolvimento de um conjunto de competências incluindo a de pesquisa da literatura e da redação científica. A revisão sistemática concebe uma avaliação rigorosa, imparcial e abrangente da literatura (Donato & Donato, 2019).

De seguida relatam se os passos seguidos na metodologia desta RSL.

### 2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com a finalidade de contribuir para um conhecimento mais alargado do fenómeno e mediante esta RSL, definiu-se a seguinte questão de investigação A Comunicação/informação da família/pessoa de referência do doente em situação crítica no SU realizada pelo enfermeiro, promove a diminuição da ansiedade, stress e a aceitação da doença/saúde e o aumento da segurança do doente e família?

### 2.2. OBJETIVOS

O principal objetivo deste estudo foi sintetizar /resumir a evidência científica dos benefícios (diminuição da ansiedade, stress e aceitação da doença/saúde/aumento da segurança do doente e família) do Enf.º como facilitador da comunicação/informação da família/pessoa de referência do doente em situação crítica no SU.

Para a realização deste estudo, a questão de investigação foi formulada de acordo com a estratégia PICOD em que “P” corresponde a “Participantes”, “I” corresponde a “Intervenção”, “C” corresponde a “Comparador” e “O” corresponde a *outcomes* ou Resultados e “D” desenho de estudo.

### 2.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS, ESTRATÉGIA DE PESQUISA E QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

A definição dos critérios de inclusão e exclusão teve como finalidade direcionar a pesquisa e a seleção da literatura científica de modo a desenvolver resultados precisos tendo em conta a questão identificada.

De modo a proceder à definição de critérios a estratégia PICOD define como:

**Participantes:** Família/pessoa de referência (com mais de 18 anos) do doente em situação crítica no SU

**Intervenção:** comunicação entre Enf.º facilitador de informação/comunicação e família/pessoa de referência de doente em situação crítica no SU

**Comparador:** não aplicável

**Outcomes (Resultados):** benefícios do Enf.º como facilitador na comunicação/informação da família operacionalizados nas seguintes variáveis diminuição da ansiedade, stress e aceitação da doença/saúde/aumento da segurança do doente e família

**Desenho de estudo:** Todos os estudos

A pesquisa para esta RSL foi efetuada durante os meses de Setembro e Outubro de 2020. Foram incluídos artigos escritos em português, inglês e espanhol independentemente do ano de publicação. A pesquisa inclui família/pessoa de referência (com mais de 18 anos) e doente em situação crítica no SU. Os artigos de texto incluídos foram os completos e gratuitos.

Procedeu - se à busca de temas mais apropriados de forma a identificar os termos nas bases de dados: Pubmed, EBSCO, Medline, CINAHL, ScieLO e no motor de busca Google académico chegando aos seguintes palavras-chaves/descriptores Enfermeiros; Comunicação; Família; Serviço de Urgência; Ansiedade; Stress; Aceitação da doença; Segurança do doente.

De seguida efetuou se a pesquisa onde são incluídos termos mesh (Nurses; Communication ;Family; Emergency service, Hospital; Anxiety; patient safety) e não mesh (disease

acceptance e Stress).

Estes descritores foram pesquisados nas bases de dados utilizando o operador booleano AND.

Utilizaram-se as seguintes equações de pesquisa:

- Nurses and Communication and Family and Emergency service, Hospital and Anxiety;
- Nurses and Communication and Family and Emergency service, Hospital and Stress;
- Nurses and Communication and Family and Emergency service, Hospital and patient safety;
- Nurses and Communication and Family and Emergency service, Hospital and disease acceptance;

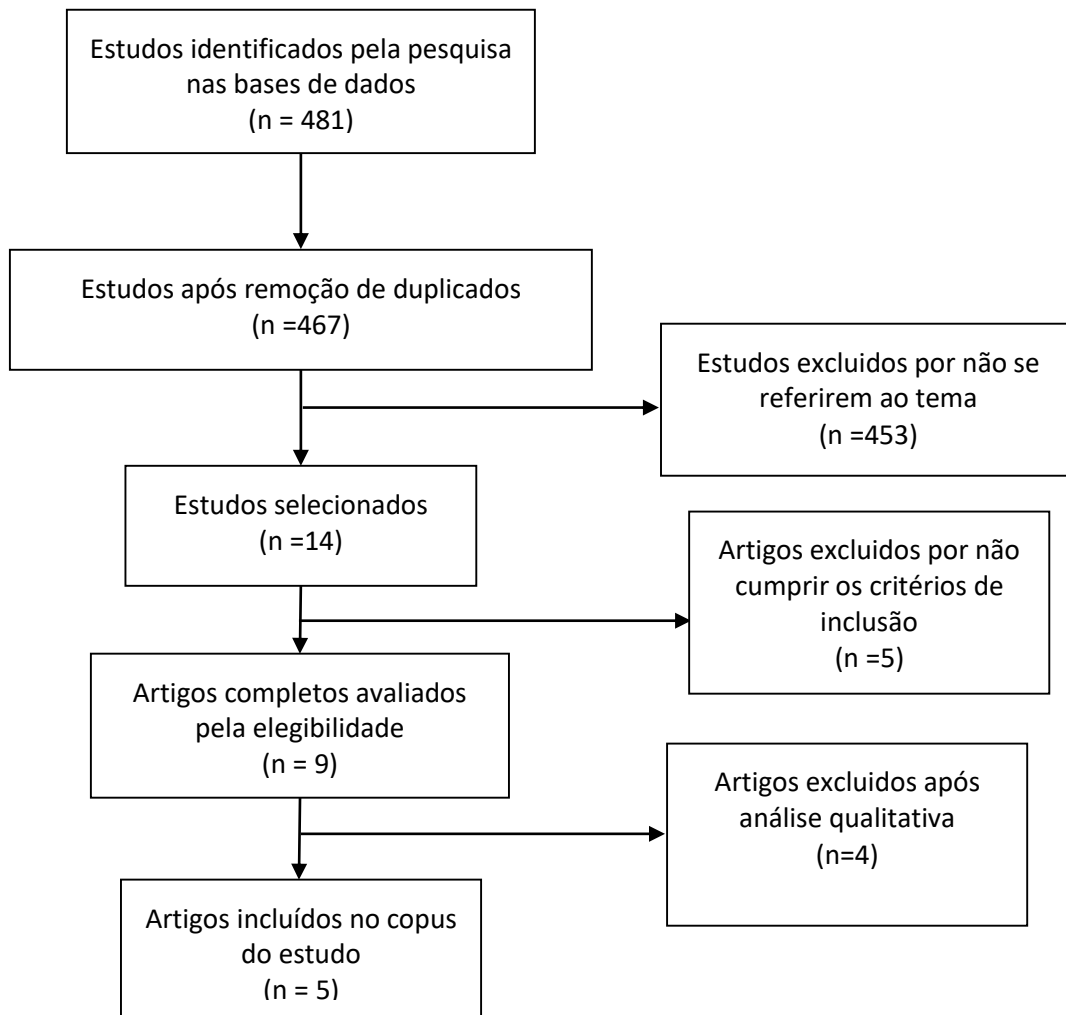
As bases de dados consultadas foram Pubmed CINAHL, Medline, SciELO.

Os estudos repetidos foram retirados da pesquisa, procedendo-se à análise dos títulos e dos resumos sendo excluídos os que após leitura não apresentavam os critérios de inclusão definidos na estratégia PICOD. Avaliada a qualidade metodológica dos artigos pelos dois investigadores, foram selecionados apenas 5 para o corpo deste trabalho o processo de seleção dos estudos encontra-se esquematizado no diagrama do prisma apresentado no ponto 3.

### 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Concluída a aplicação da metodologia de pesquisa, foram selecionados 5 estudos como representado no seguinte diagrama Prisma:

Figura 1: Diagrama Prisma



Os 5 estudos selecionados incluídos são:

- Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons
- Family needs of critically ill patients in the emergency department
- Family needs during critical illness in the Emergency Department: A retrospective factor analysis of data from three countries

- The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng
- Families' needs in emergency departments: instrument development

O quadro de apresentação dos resultados dos estudos está exposto no Apêndice IV.

No que se refere as características da população em todos os estudos foi considerada a família/pessoa de referência que acompanha o doente crítico ao SU.

A totalidade dos estudos envolveram mais de 600 familiares.

No primeiro estudo a amostra considerada foram todos familiares/pessoas de referência com mais de 18 anos que se encontravam na sala de espera do SU e que sabiam ler e escrever inglês e foram excluídos aqueles que estavam emocionalmente afetados e preocupados em cuidar do doente e que acompanhavam o doente na ambulância.

A amostra do segundo estudo incluiu 150 familiares do doente crítico que aguardou no SU mais de 8h horas para ser internado. Os membros da família escolhidos foram os consanguíneos, os cônjuges ou os adotivos. Todos tinham mais de 20 anos e comunicavam, verbalmente ou por escrito, em mandarim. A amostra foi constituída também por 150 Enf.<sup>os</sup> do SU. Foram excluídos os familiares dos doentes com prognóstico reservado ou portadores de grande sofrimento.

Do terceiro estudo fazem parte 3 amostras de diferentes países:

Austrália - 124 familiares com mais de 18 anos, comunicavam em inglês

Taiwan – 150 familiares com mais de 20 anos, Os membros da família escolhidos foram os consanguíneos, os cônjuges ou os adotivos e que comunicavam em mandarim.

África do Sul – 100 familiares com mais de 18 anos que comunicassem em inglês, africano outro idioma oficial usado na comunidade local.

Nos quatro estudo a amostra foi selecionada em 2 situações distintas: 50 familiares abordados ao entrar no SU e outros 50 familiares abordados à saída do mesmo serviço. Foi incluído qualquer parente próximo ou porta-voz eleito pela família ou doente, todos com mais de 18 anos e que falavam inglês.

O último estudo inclui 86 famílias que compareceram no SU, com mais de 18 anos com laços genéticos ou interpessoais com o doente e que falassem o inglês. Foram excluídos os familiares que não fossem contactáveis telefonicamente, os que dessem entrada no SU como doentes e os que não concordaram fazer parte do estudo.

A temática dos benefícios (diminuição da ansiedade, stress e aceitação da doença/saúde/aumento da segurança do doente e família) do Enf.º como facilitador na

comunicação/informação da família de doente em situação crítica no SU é pouco estudada na sua essência, sendo a literatura escassa havendo dificuldade em encontrar artigos que fossem de encontro à questão inicial.

Assim foram selecionados 5 estudos que permitiram demonstrar que a comunicação/informação com o Enf.º era uma necessidade crucial no entender da família/pessoa de referência diminuindo a ansiedade e stress e consequentemente aumentando a aceitação da doença/saúde e aumentando da segurança do doente e família.

O tema da comunicação surgiu como necessidade específica da família/ pessoa de referência em todos os contextos estudados.

Para a família/pessoa de referência o confronto com a situação crítica do seu ente querido no SU é particularmente stressante devido a ser um evento inesperado, imprevisível e de incerteza. Para que os Enf.ºs proporcionem cuidados adequados à família/pessoa de referência é fundamental compreender as suas necessidades, promovendo resultados apropriados quer à família quer ao doente (Redley et al., 2019).

A família/pessoa de referência ao vivenciar uma situação inesperada, súbita e stressante considera a comunicação como uma necessidade específica (Redley et al., 2003).

No estudo de Hsiao et al., (2017) é referenciado que as necessidades de comunicação foram classificadas como as mais importantes quer pela família/pessoa de referência quer pelos Enf.ºs. A família/pessoa de referência considera de grande importância a atualização frequente, por parte do Enf.º, relativa à condição clínica do doente crítico e o conhecimento dos resultados dos exames ou tratamentos. Assim a ineficaz comunicação pode agravar as emoções negativas da família/pessoa de referência e levá-la à insatisfação com o cuidado.

As necessidades positivamente classificadas incluíram a necessidade de informações honestas, bem como a necessidade de sentir que há esperança e ter certeza da qualidade dos cuidados. Assim, a ansiedade de não saber a condição de um ente querido ferido pode ser reduzida garantindo uma boa comunicação entre o Enf.º e a família /pessoa de referência (Botes & Langlely, 2016).

Os autores referidos anteriormente, salientam assim que a transmissão honesta de informações e a qualidade da relação terapêutica foi considerada uma necessidade pela família/pessoa de referência auxiliando a lidar com o prognóstico.

Este aspeto foi enfatizado por Redley et al., (2003) quando referem que a transmissão informações verdadeiras e a qualidade da relação terapêutica é considerada uma necessidade, pela família/pessoa de referência, auxiliando a enfrentar o prognóstico. A esperança, a garantia

de que é prestado o melhor atendimento, o sentimento de que os funcionários do hospital se preocupam com o familiar doente, respostas honestas e fatos específicos sobre o atendimento ao doente foram classificados como muito importantes.

A família/pessoa de referência expressa como necessidade crucial conversar com o Enf.º, para que lhe sejam dadas informações em termos compreensíveis, atuais e frequentes, diminuindo drasticamente a ansiedade sentida por não se saber do seu ente querido (Botes & Langley, 2016).

As famílias/ pessoa de referência que interagiram com uma Enf.<sup>a</sup> enquanto aguardavam na sala de espera relataram níveis de satisfação claramente maiores do que as que não tiveram essa oportunidade. Assim a comunicação regular e a transmissão de informações à família/pessoa de referência reduz os níveis de ansiedade desta, aumentando a satisfação relativa dos cuidados no SU (Ekwall et al., 2009).

Os mesmos autores salientam que a transmissão de informações abrangentes relacionadas com os cuidados e apoio aos doentes pode auxiliar a diminuição da ansiedade experimentada quer pela família/pessoa de referência quer pelo doente, mas essa transmissão pode não ser suficiente para aliviar uma situação de stress no SU, uma vez que quer os doentes quer a família/pessoa de referência podem ter dificuldades em usar as informações de maneira adequada.

Os autores Hsiao et al. (2017), destacam a importância dos Enf.<sup>os</sup> do SU conversarem e ouvirem a família/pessoa de referência, obtendo uma compreensão de suas preocupações, encorajando-os a desabafar e determinando se as necessidades dos familiares estão a ser atendidas o mais rápido possível, a fim de garantir que as medidas de apoio adequadas sejam implementadas prontamente, diminuindo o stress da família/pessoa de referência.

Os autores Ekwall et al. (2009) referem a existência de situações em que a família/pessoa de referência manteve níveis de ansiedade e de stress elevados apesar de terem sido informados, uma vez que receberam más notícias, por exemplo de mau prognóstico após um evento traumático.

A disponibilidade do Enf.º do SU pode condicionar a capacidade de atender às necessidades específicas de comunicação (Redley et al., 2003).

Os autores referidos anteriormente, nos resultados do seu estudo, sugerem que, para que os profissionais de saúde atendam às necessidades da família/pessoa de referência com um parente gravemente doente no SU, devem começar por se focalizar nas preocupações da família/pessoa de referência com a pessoa doente.

As famílias têm manifestado a necessidade de apoio e comunicação com o Enf.º, que por sua

vez pode oferecer uma prática de enfermagem mais holística, levando em consideração a família em crise. É importante que a consideração pelas necessidades da família se torne parte do papel e responsabilidade do Enf.º de Emergência (Botes & Langley, 2016).

Ekwall et al. (2009) referem que mais pesquisas são necessárias para entender a necessidade de informações e seus efeitos sobre os níveis de ansiedade dos doentes e das famílias que os acompanham. Conhecer as preocupações e expectativas da família/pessoa de referência concede à equipe do SU a oportunidade de comunicar de forma mais relevante. Neste estudo é salientado que a redução dos níveis de ansiedade da família/pessoa de referência pode beneficiar o doente, uma vez que este necessita de ter ao seu lado uma pessoa bem informada e segura.

Botes e Langley (2016) salientam que o papel do Enf.º na comunicação tem sido enfatizado e precisa ser realizado na prática.

Neste sentido Alves, (2011) apoia a ideia anterior quando constata que novos desafios são exigidos aos Enf.ºs devido às novas políticas de saúde, em que se defende a adoção de atitudes tendo em conta as necessidades diagnosticadas. A pessoa doente é vista como um todo, um ser bio psico – social e portanto, integrado na família/pessoa de referência, não é só o fenómeno saúde/doença. Neste processo, no núcleo familiar surgem mudanças que levam a momentos de stress e crise, afetando todos os elementos. Assim é importante o Enf.º conhecer as necessidades e a reação de cada núcleo perante a situação de doença e as implicações na sua dinâmica para que desenvolva estratégias eficientes mantendo a estabilidade e/ou recuperação do desequilíbrio causado pela hospitalização/doença. No processo do cuidar a interação entre Enf.ºs e a família/pessoa de referência por vezes é marcada por situações de tensão que se exprimem em momentos stresse/conflito.

Borges (2015) afirma que, no contexto da informação, os Enf.ºs têm em conta as necessidades de informação sentidas pela família/pessoa de referência. Esta entende que a linguagem utilizada pelos Enf.ºs deve ser perceptível e que o conteúdo da informação e a forma como é transmitida condicionam o processo de comunicação Enf.º - família/pessoa de referência, o que vai de encontro mencionado anteriormente por Hsiao et al. (2017) quando referem que uma comunicação ineficaz conduz à insatisfação no cuidado.

Assim os fatores facilitadores e dificultadores da comunicação possibilitam que o Enf.º atue como facilitador no processo de transição vivido pela família/pessoa de referência através do estabelecimento de uma comunicação eficaz e adequada (Borges, 2015). No entanto como é salientado por Redley et al. (2003) é fundamental a disponibilidade do Enf.º do SU para que o processo da comunicação/informação aconteça.

A família/pessoa da referência é uma componente fundamental da unidade de cuidados num SU. Para melhorar os cuidados de Enfermagem prestados nessa unidade é importante aperfeiçoar a ligação com a família/pessoa de referência e sua participação, especialmente através da empatia e da compreensão recíproca. Assim sendo, melhorando o sistema de informação, é facilitado o vínculo entre família/pessoa de referência, profissionais e doentes. (Sousa et al., 2011).

Este fato foi salientado anteriormente quando Botes e Langley (2016) referem a importância das necessidades da família/pessoa de referência ser da responsabilidade do Enf.º do SU.

Em todos os estudos foi salientado a importância para a família/pessoa de referência da necessidade de estar informada sobre a situação clínica do doente crítico, que deveria ser atualizada, compreensível e frequente, assim sendo e pelo fato do Enf.º ser o elemento da equipa que está mais próximo do doente, prestando-lhe cuidados individualizados, pode e deve, em meu entender, prestar o cuidado de comunicar/informar a família/pessoa de referência da situação do familiar doente.

O SU como foi salientado por vários autores é caracterizado por ser um serviço agitado, hostil, onde surgem situações inesperadas, urgentes e emergentes que fomentam sentimentos de medo, insegurança, ansiedade e stress (Chambel, 2012; Sousa et al., 2011). A família/pessoa de referência pode por vezes ficar para segundo plano na equipa de saúde, no entanto deve o Enf.º evitar que tal aconteça. Assim a figura do Enf.º facilitador da comunicação/informação tem todo o sentido, uma vez que a comunicação/informação é uma necessidade primordial para a família/pessoa de referência e a presença do Enf.º pode ter benefícios (diminuição da ansiedade, stress e aceitação da doença/saúde/aumento da segurança do doente e família) para família/pessoa de referência do doente em situação crítica no SU.

Ao analisar a literatura científica encontrada, fica patente a necessidade de proceder a uma investigação mais preponderante na temática, possibilitando concluir que a existência do Enf.º como facilitador da comunicação/informação da família de doente em situação crítica no SU, promove a diminuição da ansiedade, stress e a aceitação da doença/saúde e o aumento da segurança do doente e família.

## REFLEXÃO FINAL

Ao terminar este relatório, é essencial refletir sobre a sua elaboração e considerar as competências desenvolvidas através das atividades concretizadas para atingir os objetivos proposto ao longo dos vários EC.

Posso constatar que o meu percurso durante todos os EC possibilitou o meu crescimento quer a nível profissional como pessoal, uma vez que superei as minhas expectativas, quer a nível técnico - científico quer a nível social e humano.

Os EC foram muito enriquecedores, cimentei conhecimentos adquiridos na componente teórica do Mestrado EPSC, adquiri conhecimentos novos, vivenciei experiências únicas e contatei com realidades completamente desconhecidas para mim.

Nos três momentos de EC, consegui através de empenho e dedicação adquirir um conjunto de saberes inerentes ao cuidar da pessoa em situação crítica, fui sempre recebida de forma acolhedora e quero destacar os momentos de partilha de conhecimentos e de opiniões. Saliento a importância da existência de equipas de enfermagem com conhecimentos sólidos e rigorosos nos seus procedimentos, apesar de em condições por vezes adversas conseguirem dar respostas às necessidades do doente crítico e família/pessoa de referência.

Vivenciei excelentes momentos de aprendizagem e de evolução no que diz respeito ao desenvolvimento quer das Competências Específicas do EEEPSC na área de EPSC quer das Competências Comuns do EE.

A segunda parte deste trabalho consiste na realização de uma RSL tendo por base a comunicação/informação com a família/pessoa de referência do doente do SU, onde procurei conhecer se o Enf.º, como facilitador da comunicação/informação da família/pessoa e referência de doente em situação crítica no SU, promove a diminuição da ansiedade, stress e a aceitação da doença/saúde e o aumento da segurança do doente e família.

A minha prática clínica de 26 anos no SU médico-cirúrgica, onde é comum existência de emergências e escassez de recurso humanos, a família/pessoa de referência é colocada muitas vezes em segundo plano, sendo na minha opinião uma lacuna, pois a família/pessoa de referência faz parte integrante do doente crítico.

O confronto com o SU afeta não só o doente mas a maioria das vezes a sua família/pessoa de referência. As características de imprevisibilidade, diversidade e necessidade de atuação rápida pode ser interpretado como impessoal e hostil fomentando sentimentos negativos como dor, ansiedade, stress, desconforto, medo e sentimento de perda. O profissional de enfermagem deve

ter capacidade de avaliar e intervir por forma a minorar esses sentimentos, indo ao encontro das necessidades específicas da família/pessoa de referência, com o objetivo de mitigar os efeitos negativos da transição saúde/doença.

Os doentes ficam mais calmos quando sabem que a família/pessoa de referência está devidamente informada da sua situação clínica, sendo os Enf.<sup>os</sup> o seu apoio e quem facilita a informação/comunicação. A escuta ativa, disponibilidade, simpatia, acolhimento, acompanhamento e rapidez de informação/ comunicação assertiva são gestos que, parecendo insignificantes, podem fazer a toda a diferença.

É fundamental que a nível organizacional surja uma mudança de paradigma no que se refere ao papel da família/pessoa de referência do doente crítico que recorre ao SU. Para isso é importante envolver os profissionais sensibilizando-os para essa necessidade através da reflexão, formação e partilha, por forma a prestar cuidados diferenciados de acordo com as expectativas da família/pessoa de referência.

Em Portugal é fraca a literatura sobre esta temática. Este estudo constitui um ponto de partida para refletir sobre a importância da existência do Enf.<sup>o</sup> facilitador da comunicação/informação na diminuição dos efeitos adversos para a família/pessoa de referência com a ausência de informação/comunicação sobre o estado do ente querido.

Assim, dado a escassez de estudos acerca desta temática, considero que esta RSL é importante para a consciencialização da importância da existência do Enf.<sup>o</sup> facilitador da comunicação/informação da família/pessoa de referência do doente em situação crítica no SU uma vez que poderá ter benefícios para esta, indo ao encontro das suas necessidades.

Investir na prática humanizada de Enfermagem é uma necessidade emergente ambicionando a melhor qualidade de vida para o doente e família/pessoa de referência, neste sentido a comunicação/informação é um fator fundamental na relação Enf.<sup>o</sup> - família/pessoa de referência - doente crítico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória: a filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidata, Lda, 374.
- AESOP. (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório* (E. Lda, Gráfico (ed.)). AESOP.
- Almeida, O. M. de O., Helena, & Melo, P. de. (2007). O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem. *2º CURSO DE MESTRADO EM BIOÉTICA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO*.
- Alves, C. M. P. D. M. (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito. *Dissertação de Mestrado Em Ciências de Enfermagem*, 119. <http://hdl.handle.net/10216/71914>
- Antunes, M. (2019). *Perceção dos enfermeiros acerca da passagem de turno*.
- Araoz, D. (2005). Defining hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2–3), 123–126. <https://doi.org/10.1080/00029157.2005.10401506>
- Araújo, S. B. (2012). *Administracao de Desastres*.
- Aroso, A., Andrade, D., & Fernandes, A. (2015). Competência Emocional do Profissional de Saúde. *Livro de Atas Do II Seminário Internacional Em Inteligência Emocional, Instituto*, 263–276.
- Assembleia da República. (2016). Disposições sobre o transporte integrado de doente crítico. *Diário Da República 2.ª Série, N.º 72 (13-04-2016)*, 5, 12164.
- Barreto, M. D. S., Marcon, S. S., Garcia-Vivar, C., Do Prado, E., Da Costa, J. R., Ferreira, P. C., & Seguraço, R. D. S. C. (2020). Vivência Familiar Do Atendimento De Emergência. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34(April). <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35100>
- Bettinelli, L., Pomatti, D., & Brock, J. (2010). Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. *Rev Bioethicos–Centro ...*, 4(1), 44–50. <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/73/44a50.pdf>
- Borges, D. R. de O. (2015). *A comunicação com a Família em contexto de cuidados intensivos*. 327–334.
- Botes, M. L., & Langley, G. (2016). The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. *Curationis*, 39(1), 1567. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1567>
- Bruschini, T., Sousa, A., & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente (Considerations about the Nurse-Patient Interpersonal Relationship). *Revista Fafibe On Line*, 3, 1–5. [www.fafibe.br/revistaonline-FaculdadesIntegradasFafibe-Bebedouro-SP](http://www.fafibe.br/revistaonline-FaculdadesIntegradasFafibe-Bebedouro-SP)
- Carapeto, S. (2012). Via verde coronária e enfarte agudo do miocárdio: tempo médio entre a admissão no serviço de urgência central e a reperfusão por angioplastia primária. *Cardiologia*.
- Carvalho, A. (2016). *A Supervisão Clínica no Processo de Integração de Enfermeiros*. 165. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Dissertação\\_Ana Carvalho VERSÃO DEFINITIVA.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Dissertação_Ana%20Carvalho%20VERSÃO%20DEFINITIVA.pdf)
- Cavaco, V. S. J., & Pontífice-Sousa, P. C. (2013). PASSAGEM DE TURNO EM ENFERMAGEM: uma reflexão. *Sinais Vitais N° 115*.
- Chambel, É. M. G. M. (2012). *Cuidar no Serviço de Urgência na Presença de Acompanhantes Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirurgica Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.

- de Queiróz Pinheiro, A. R. P., & Marques, R. M. D. (2019). Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4), 571–581. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>
- DGS. (2003). *Circular Normativa - A Dor como 5º sinal vital-registo sistemático da intensidade da dor*.
- DGS. (2007). *Recomendações para as precauções de Isolamento - Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão (em revisão)*.
- DGS. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Circular Normativa n.º 13/DQS/DSD, 1*, 44.
- DGS, M. D. S. (2013). *Norma 02/2013, de 12/02/2013 e atualizada em 25/06/2013*. 1–8.
- Diário da República. (2009). *Lei n.º 33/2009 - Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde*. 4467.
- Diário da República. (2014). *Lei n.º 15/2014 de 21 de março - Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário Da República, 1.ª Série — N.º 57 — 21 de Março de 2014*, 2127–2131. <https://dre.pt/application/conteudo/571943>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS). *Circulares Normativas DGS, N.º 01*, 1–20.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Via Verde Sepsis no Adulto. *Norma N.º 010/2016 de 30/09/2016 Atualizada a 16/05/2017*, 1–27. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015). Diagnóstico da Infecção por *Clostridium difficile* nos Hospitais, Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados e na Comunidade. *Norma Da Direção - Geral Da Saúde, Norma n.º 0*, 9. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. *Norma N.º 015/2013 de 03/10/2013 Revista a 04/11/2015*, 16. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family: The family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01659.x>
- Ekwall, A., Gerdtz, M., & Manias, E. (2009). Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: Perspectives of accompanying persons. *Journal of Clinical Nursing*, 18(24), 3489–3497. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02873.x>
- Élia Maria Gil Marques Chambel. (2012). *Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- Erickson, M. B. (1970). Hypnosis: Its Renascence as a Treatment Modality. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 13(2), 71–89. <https://doi.org/10.1080/00029157.1970.10402085>
- Fernandes, C. N. da S., Murani, D. B., Soares, S. M., & Medeiros, M. (2008). Habilidades e atributos do Enfermeiro como coordenador de grupos. *Revista Rene Fortaleza n 1*, 9, 146–153.

- Ferreira, A. R., Gomes, J. F. C., & Martins, C. A. (2016). Um (novo) cuidar: os acompanhantes no Serviço de Urgência. *I Congresso de Enfermagem JMS "Enfermagem: A Ciência Do Cuidar,"* 20(2011), 2015.
- Ferreira, C. I. da S. R. A. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. 219. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese\\_finalCarlaRego\\_fev2015.pdf%0Ahttps://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/.../1/tese\\_finalCarlaRego\\_fev2015.pdf%5Cn](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarlaRego_fev2015.pdf%0Ahttps://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/.../1/tese_finalCarlaRego_fev2015.pdf%5Cn)
- Fonseca, L., Valle, T. M. do, Reis, R., & Mesquita, K. (2016). Inteligência Emocional – Uma Competência da Atualidade área temática: Gestão do Conhecimento Organizacional. *XII Congresso Nacional de Excelência Em Gestão . Inovarse*.
- Galinha de Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf)
- Godinho, P. M. G., & Leal, M. T. (2018). Catástrofe ou Emergência Multivítimas Desenvolvimento de Competência para uma Intervenção Especializada de Enfermagem-Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*.
- Gomes, F., Amendoeira, J., & Martins, M. (2012). A Comunicação no Processo Terapêutico das Famílias de Doentes Mentais. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 7(7), 54–60. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0080>
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y. C., Lin, C. C., Han, C. Y., & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>
- Internacional Council of Nurses. (2013). *Copyright © 2013 pelo ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros 3, Place Jean-Marteau, 1201 Genebra (Suíça)*.
- Lopes, P. C. G. (2011). *A Ansiedade do doente no período pré-operatório. Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirurgica. Instituto Politécnico de Viseu. Viseu*.
- Loureço, L. (2012). Comunicação em enfermagem: que trajetos? Que caminho? *Revista Nursing, Ano 24 Nº 277*.
- Lukmanulhakim, L., Suryani, S., & Anna, A. (2016). The relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room dr. Dradjat Prawiranegara hospital, Serang Banten, Indonesia. *International Journal of Research in Medical Sciences, December*, 5456–5462. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20164228>
- Machado, P. M. F. (2010). *Transpote de Doentes Críticos – Vivências dos Enfermeiros do Serviço de Urgência. Universidade Fernando Pessoa -Faculdade de Ciências Da Saúde. Ponte Lima*.
- Manenti, S. A., Ciampone, M. H. T., Mira, V. L., Minami, L. F., & Soares, J. M. S. (2012). The construction process of managerial profile competencies for nurse coordinators in the hospital field. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 46(3), 727–733. [https://doi.org/10.1590/S0080\\_62342012000300027](https://doi.org/10.1590/S0080_62342012000300027)
- Marques, J. R. (2019). Comunicação assertiva – desenvolva uma comunicação clara e reduza conflitos. *Portal IBC*.
- Ministério da Saúde. (2012). Circular Normativa Nº 15/DQS/DQCO de 22/06/2010. *Direção-Geral Da Saúde*, 785–792.
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro de 2013. *Diário Da República*, 38,

- 7179–7180. <https://dre.pt/application/file/1937273>
- Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República*, 2.<sup>a</sup> Série — N.º 28 — 10 de Fevereiro de 2015.
- Monteiro, D. L. (2018). *Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde - Percepção da Importância da Higienização das Mãos pelos Profissionais de Saúde Projeto de Graduação de Licenciatura em Enfermagem*. 2. <https://doi.org/10.1051/mateconf/201712107005>
- Montgomery, G. H., Bovbjerg, D. H., Schnur, J. B., David, D., Goldfarb, A., Weltz, C. R., Schechter, C., Graff-Zivin, J., Tatro, K., Price, D. D., & Silverstein, J. H. (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(17), 1304–1312. <https://doi.org/10.1093/jnci/djm106>
- Moreira, A. I. A. A. P. K. (2011). *COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS EM SAÚDE: COMUNICAR PARA A QUALIDADE, COM O UTENTE E EM EQUIPA MULTIDISCIPLINAR*.
- Morelló, M. C. B., López, G. M., & Grau, C. F. (2016). El proceso de cuidar a la familia en urgencias. Una aproximación desde la teoría fundamentada. *Metas de Enfermería* N 8, 19.
- Moreno, M. F. C. H. (2012). *Adesão Terapêutica Em Doentes Submetidos a Transplante Hepático E Renal*. 89. <http://hdl.handle.net/10362/9707>
- Mota, L. (2018). *A Pessoa Submetida a Transplante Hepático: Um Modelo de Acompanhamento de Enfermagem*.
- Mota, L., Bastos, F., Alice, M., & Brito, C. (2018). A pessoa submetida a transplante de fígado : terapêuticas de enfermagem no follow-up. *Revista de Enfermagem Referência*, 16, 19–28.
- Murrer, R. D. (2015). *Revista Brasileira de Hipnose A Utilização da Hipnose como Coadjuvante em Procedimentos Cirúrgicos e Operatórios The use of hypnosis as Supporting in Surgical and Operative Procedures*. 26(1), 9–12.
- Nascimento, D.O.; Santos, L. A. (2016). Infecção relacionada á saúde: percepção dos profissionais de saúde sobre seu controle. *Revista Interdisciplinar*, 9(2), 127–135.
- Nunes, F. M. F. (2007). Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. *Nursing* N° 219.
- Oliveira, M. S. De, Meira, L., Valente, M., Catarino, R., Cunha, S., Brito, B., & Borges, B. (2012). Situação de Exceção - Manual TAS. In *Inem*. <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Oliveira, R. A., Turrini, R. N. T., & Poveda, V. D. B. (2016). Adesão à terapêutica imunossupressora após o transplante de fígado: Revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1072.2778>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias - Parecer CJ/20 – 2001. *Ordem Dos Enfermeiros*, 3.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro dos comentários à Análise de Dados*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Parecer cj – 8 / 2008 -Informações telefónicas a familiares de utentes*. 1–3.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. 103–104.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário Da República*, 2.<sup>a</sup> Série, N.º 135, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26, 4744–4750*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário Da República, II Série (Nº 184 de 25-09-2019)*, 128–155.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos. (Comissão da Competência em Emergência Médica)*, 1–30.
- Pelarigo, A. S. (2019). *Implementação da consulta de enfermagem pré-operatória - Cuidar no pré preparando o pós-operatório*.
- Pereira, V. (2009). Comunicar O Fim De Vida Papel Do Enfermeiro.Pdf. *ENformação, 14*.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (Lusociência (ed.)).
- Pimenta, C. A. de M., Jensen, R., Lopes, C. T., Amorim, A. F., Nishi, F. A., & Shimoda, G. T. (2015). Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. In *Coren-Sp*. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100014>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*.
- Pisoeiro, Z. (2019). *Prevenção e Controlo das IACS (Infeção Associada aos Cuidados de Saúde). Material cedido pela professora na Unidade Curricular IACS, no 7º Mestrado de Enfermagem á Pessoa em Situação Critica*.
- Ponte, S., & Ruivo, A. (2016). Via Verde Sepsis: Análise do Primeiro Ano de Implementação. *Cuid'arte - Revista de Enfermagem, 9(15)*, 1–6.
- Pytel, C., Fielden, N. M., Meyer, K. H., & Albert, N. (2009). Nurse-Patient/Visitor Communication in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing, 35(5)*, 406–411. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.09.002>
- Redley, B., LeVasseur, S. A., Peters, G., & Bethune, E. (2003). Families' needs in emergency departments: Instrument development. *Journal of Advanced Nursing, 43(6)*, 606–615. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02759.x>
- Redley, B., Phiri, L. M., Heyns, T., Wang, W., & Han, C. Y. (2019). Family needs during critical illness in the Emergency Department: A retrospective factor analysis of data from three countries. *Journal of Clinical Nursing, 28(15–16)*, 2813–2823. <https://doi.org/10.1111/jocn.14857>
- Saiote, E. (2010). A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos. *Sociologia, 106*.
- Saiote, E., & Mendes, F. (2011). a Partilha De Informação Com Familiares Em Unidade De Tratamento Intensivo: Importância Atribuída Por Enfermeiros. *Cogitare Enfermagem, 16(2)*, 219–225. <https://doi.org/10.5380/ce.v16i2.21814>
- Soares, C. S. (2004). *Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho*. January, 356.
- Sousa, L., Almeida, A., & Simões, C. J. (2011). Vivências em serviço de urgências: O papel dos acompanhantes dos doentes. *Saude e Sociedade, 20(1)*, 195–206. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100021>
- Stefanelli, M. C., & Carvalho, E. C. de. (2012). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (Manole (ed.)).
- Teixeira, A., Martins, C., Dias, D., & Vieira, L. (2013). Questões éticas inerentes à passagem de turno junto dos

doentesle. *Sinais Vitais* Nº 115.

- Teixeira, J., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Teixeira, M. (2018). *Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório : criação de um dispositivo de formação*.
- Vieira, E. de J. M., & Sousa, P. P. de. (2014). *As estratégias de comunicação no cuidado á pessoa em situação crítica Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa Instituto Ciências da Saúde*. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.7345>
- World Health Organization. (2002). Prevenção de infecções adquiridas no hospital - Um guia prático. *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*, 93. [http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man\\_oms.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf)

## APÊNDICES

**APÊNDICE I - Guião para a Consulta de Enfermagem Peri-Operatória (CEPO)**

## **Guião para a Consulta de Enfermagem Pré-Operatória (CEPO)**

- Apresentação pessoal
- Explicar ao doente cirúrgico os objetivos da CEPO
- Preenchimento das questões relativas ao Exame Físico
- Preenchimento da Anamnese
- Efetuar os ensinamentos adequados à Intervenção Cirúrgica, no entanto alguns são comuns

como sejam:

- Consentimento Informado
- Jejum pelo menos de 6h antes da Cirurgia
- O que não deve levar para o BO
- Circuito do BO, Tempo previsto da Cirurgia e UCPA
- Escala da Dor
- Esclarecimento de Dúvidas
- Entrega de folheto

### **Considerações Gerais**

O enfermeiro do BO deve avaliar as condições do doente no período pré-operatório, identificando os seus problemas e fornecendo-lhes informações que certamente contribuirão para diminuir os seus medos e suas angústias, ansiedade e insegurança. (Jorgetto, Noronha e Araújo, 2005).

Na CEPO além da realização do exame físico e da anamnese o enfermeiro deve compreender o modo de estar dos utentes dando-lhes oportunidade de exporem os seus sentimentos, suas emoções e pontos de vista diante dos problemas que estão a vivenciar esperando respostas coerentes dos profissionais (Araújo et al, 2013).

Assim nesta consulta o enfermeiro do BO deve ser assertivo e conciso, adequar a linguagem, tendo em conta idade do doente, o grau de escolaridade, experiências anteriores e também a disponibilidade para ser ouvido. Para além dos ensinamentos descritos anteriormente, poderão ser efetuados outros adequados a cada situação, dependendo também da receptividade do doente e dos seus conhecimentos.

A operacionalização da CEPO permite aos enfermeiros a elaboração de um plano de cuidados personalizados, prever necessidades e organizar cuidados anestésicos-cirúrgicos dando visibilidade e evidencia dos cuidados prestados, conduzindo para a instituição de saúde várias vantagens nomeadamente diminuição do tempo de consulta de anestesia permitindo aumentar a quantidade de consultas efetivas, rentabilização dos tempos operatórios, diminuição da infeção do local cirúrgico (ILC) e complicações pós operatórias diminuindo assim o tempo de internamento. Os doentes beneficiam dos ensinamentos e informações sendo a CEPO um momento privilegiado de interação entre o doente e o enfermeiro do BO, diminuindo assim a ansiedade perante o processo cirúrgico (Pelarigo,2019).

Segundo a Lei nº 48/90 o doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado, assim a informação deve ser real, clara e concisa esclarecendo dúvidas evitando falsas conclusões, a linguagem deverá ser adaptada aos conhecimentos do doente ao seu grau de escolaridade à sua cultura e à sua idade.

Tendo em conta o Código Deontológico do Enfermeiro (OE,2005) no artigo 84º o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família relativamente aos cuidados de enfermagem prestados; deve respeitar defender e promover o direito ao consentimento informado; responder com atenção e responsabilidade a todo o pedido de informação que for solicitado no que diz respeito aos cuidados de enfermagem e informar os recursos disponíveis e a forma de os obter.

Esta consulta deveria ser preferencialmente efetuada por um enfermeiro do BO que vai estar na intervenção cirúrgica, no entanto essa escolha dependerá dos recursos humanos existentes e da escolha por parte da chefia de enfermagem.

A CEPO facilita o primeiro contato entre o doente cirúrgico e o enfermeiro do BO permitindo uma interação que vai contribuir para a melhoria da experiência cirúrgica do doente, uma vez que para o doente é uma forma de obter a informação e ensinamentos importante para o seu bem-estar físico e emocional e ao enfermeiro do BO é possibilitado a colheita de dados/informações fundamentais para a melhoria da prestação de cuidados.

Na perspetiva organizacional, a consulta pré-operatória reflete-se na eficiência e acreditação dos cuidados de enfermagem perioperatória e na rentabilização de recursos com otimização de custos/benefícios AESOP (2006).

## BIBLIOGRAFIA

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações. *Enfermagem Perioperatória – da Filosofia à Prática de Cuidados*. (2006). Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.

Araújo, L. M, L., David, L. R., Duarte, J.R. *A Pessoa Submetida a Cirurgia: Pertinência da Consulta Pré-Operatória de Enfermagem*. Defesa de Monografia. (2013). Universidade de Mindelo.

Diário da Republica nº195/1990 serie Ide 24 de Agosto de 1990. *Lei nº 48/90*. Lei de Bases da Saúde Acedido <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/574127/details/normal?l=1>.

Jorgetto, G. V. Noronha, R. Araújo, I.E.M. *Assistência de Enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa*. (2005). Revista Eletrónica de Enfermagem

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)

Pelarigo, A.S.C.P (2019). *Implementação da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória- Cuidar no Pré Preparando o Pós Operatório*. Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. Setúbal

APÊNDICE II- Folha de Registo da CEPO

<b>FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA</b>	Data da Consulta	
	<b>Vinheta do doente</b>	
	Data da Cirurgia	
	Enfermaria	
	Cama	
	Diagnóstico	
	Cirurgia proposta	

<b>EXAME FÍSICO</b>	
<p align="center"><b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b></p> <p>Eupneico ( ) Dispneico ( ) Taquipneico ( )</p> <p>Superficial ( ) Profunda ( ) Ruidosa ( )</p> <p>Obs: _____</p>	<p align="center"><b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b></p> <p>TA _____ mmhg</p> <p>FC _____ bpm Rítmico ( ) Arritmico (...)</p> <p>Obs: _____</p>
<p align="center"><b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b></p> <p>Sono: &gt; ou = 8h ( ) &lt;8h ( ) Outro padrão ( )</p> <p>Obs: _____</p> <p>Acuidade Visual Sim ( ) Não ( )</p> <p>Óculos ( ) Lentes de Contato ( )</p> <p>Acuidade auditiva Sim ( ) Não ( )</p> <p>Prótese auditiva Sim ( ) Não ( )</p> <p>Orientação espaço-temporal Sim ( ) Não ( )</p> <p>Dor Não ( ) Sim ( ) Local _____</p> <p align="center">Escala Numérica da Dor _____</p>	<p align="center"><b>SISTEMA GASTROINTESTINAL</b></p> <p>Peso _____ Kg Altura _____ m</p> <p>IMC _____</p> <p>Próteses Dentárias Sim ( ) Não ( )</p> <p>Obs: _____</p>
	<p align="center"><b>SISTEMA IMUNOLÓGICO</b></p> <p>Alergias Sim ( ) Não ( )</p> <p>Quais? _____</p> <p>Obs: _____</p>

**PELE E MUCOSAS**

Temp. auricular \_\_\_\_\_C

Integridade Cutânea Sim ( ) Não ( )

Obs: \_\_\_\_\_

Higiene Cuidada Sim ( ) Não ( )

Presença de Varizes Sim ( ) Não ( )

Obs: \_\_\_\_\_

**SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO**

Alterações da Mobilidade

Sim ( ) Não ( )

Obs: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE**

Antecedentes Patológicos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicação Habitual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes Cirúrgicos Não ( ) Sim ( )

Cirurgias Anteriores: Data/Cirurgia/ Instituição

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

Intercorrências Não ( ) Sim ( )

Obs: \_\_\_\_\_

Pré Medicação Não ( ) Sim ( ) Obs \_\_\_\_\_

Hábitos tabágicos Não ( ) Sim ( ) Cigarros / dia \_\_\_\_\_

Consumo de álcool Não ( ) Sim ( ) Quantidade \_\_\_\_\_

Consumo de outras substâncias Não ( ) Sim ( ) Quais \_\_\_\_\_ Quantidade \_\_\_\_\_

Existência de Sondas Não ( ) Sim ( ) Obs: \_\_\_\_\_ (Quais? Data da colocação)

Grau de Dependência: Independentes ( ) Parcialmente Dependente ( ) Dependente ( )

Obs \_\_\_\_\_

**ENSINOS PRÉ OPERATÓRIOS ( Direcionado para o Doente /Cirúrgia em questão)**

*Ensino do Consentimento Informado - ( )*

*Ensino do Banho Pré Operatório; Tricotomia - ( )*

*Ensino do Jejum - ( )*

*Ensino do que pode levar e do que não pode levar para o BO - ( )*

*Ensino do circuito do dia da cirurgia - ( )*

*Ensino sobre o tempo cirúrgico previsto - ( )*

*Ensino sobre o ambiente do BO e equipa multidisciplinar - ( )*

*Ensino do processo anestésico e seus efeitos - ( )*

*Ensinar sobre a analgesia intra operatória - ( )*

*Ensinar sobre a permanência na UCPA - ( )*

*Ensinar sobre escala de dor + sinais de alarme - ( )*

*Cuidados especiais no dia da Cirurgia \_\_\_\_\_*

**O doente compreendeu toda a informação Sim ( ) Não ( )**

Outras informações solicitadas pelo doente \_\_\_\_\_

**Entrega de Folheto de Apoio ao Doente Cirúrgico Não ( ) Sim ( )**

Obs \_\_\_\_\_

**Atitude da pessoa face à CEPO**

*Interesse ( ) Apatia ( ) Indiferença ( ) Desinteresse ( )*

Obs \_\_\_\_\_

Enfermeiro do BO \_\_\_\_\_ Mecnográfico nº \_\_\_\_\_

APÊNDICE III- Folheto intitulado “Guia de Acolhimento ao Utente Cirúrgico

## PODE AJUDE-NOS A CONTROLAR A SUA DOR

Sempre que sentir dor alerte-nos.  
Utilizaremos uma escala para avaliar a sua dor,  
onde ZERO corresponde “sem dor”  
e a 10 “máxima dor” (dor de intensidade máxima imaginável)  
pedimos-lhe que indique a intensidade.



Não fique com dúvidas sobre a cirurgia, a anestesia e os procedimentos a que vai ser submetido esclareça-as !  
Se surgir alguma alteração após a Consulta de Enfermagem Pré- Operatória informe.  
Se tiver algum tipo de dor comunique ao enfermeiro

NÃO ESQUECER QUE É IMPORTANTE MANTER UMA ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA DURANTE O PERIODO PÓS OPERATÓRIO POIS FAVORECE A RECUPERAÇÃO E A CICATRIZAÇÃO.



**A Equipa de Enfermagem deseja-lhe muito sucesso na sua recuperação**



Elaborado pela estudante do Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica  
Ivone Mouro  
Sob orientação do Enfermeiro Especialista Pedro Ribeiro  
Novembro 2019

# GUIA DE ACOLHIMENTO AO UTENTE CIRÚRGICO



**CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA**

**BLOCO OPERATÓRIO**

**OÍÁ SOMOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO (BO)  
CARO UTENTE VAMOS DAR-LHE ALGUMAS INFORMAÇÕES QUE  
PODEM SER ÚTEIS PARA SI**

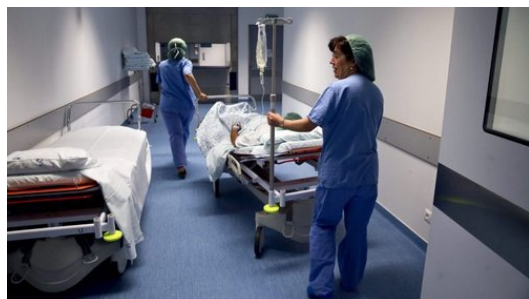
**1 – NA VÉSPERA DA CIRURGIA NA ENFERMARIA**

- Terá consulta de Enfermagem Peri Operatória com o Enfermeiro/a do BO, preencherá a ficha de registo da CEPO e o enfermeiro/a explicará o que lhe irá acontecer no dia da cirurgia e serão esclarecidas dúvidas e efetuados ensinios.
- Efetuadas colheitas de sangue, se necessário
- Será efetuada tricotomia (rapar os pelos) se necessário
- Se tiver verniz nas unhas deve retirar
- Poderá ter que tomar alguma medicação antes da intervenção
- Se não conseguir dormir fale com a enfermeiro/a do serviço



**2- DIA DA CIRURGIA - BO**

- Antes de ir para o BO deve retirar todos os adornos (aneis, pulseiras, etc)
- Tomar banho com Clorexidina
- Deve Manter o Jejum
- Será encaminhado para o BO pelo Enfermeiro/a da Enfermaria na sua cama
- No BO será recebido por profissionais vestidos de amarelo, com toucas na cabeça, habitualmente por Enfermeiro de apoio à anestesia, o Assistente Operacional e por vezes pelo Anestesiista.
- Caso tenha alguma duvida que não esclareceu na CEPO poderá colocá-la no momento que chega ao BO.
- A sua roupa será retirada e é lhe colocada uma touca na cabeça, será lhe questionado o seu nome, qual a cirurgia a que irá ser submetido e confirmado se tem o Consentimento Informal assinado.



**3 – ENTRADA NA SALA OPERATÓRIA**

- Na Sala Operatória (SO), existem vários equipamentos que fazem parte do ambiente normal do BO e que servem para manter a sua segurança, é uma sala escura e fria.
- Os profissionais usam mascara na face e batas esterilizadas principalmente os cirurgiões e o enfermeiro instrumentista, a equipa normalmente é composta por três enfermeiros, um Assistente Operacional, um médico anestesista e dois médicos da especialidade
- Serão colocados eléctrodos autocolantes no peito, braçadeira no braço ou perna (dependendo da cirurgia) e um sensor no dedo para vigiar os sinais vitais durante toda a intervenção (Monitorização Cardíaca, Tensão Arterial, Pulso e Saturações de Oxigénio no sangue)
- Toda a equipa presente na sua cirurgia respeitará a sua privacidade, ficando só destapado a zona a ser intervencionada, o restante é coberto por campos esterilizados.
- O despertar da Cirurgia dependerá do tipo de Anestesia que foi acordado na consulta de Anestesia.



**4- UNIDADE DE CUIDADOS PÓS ANESTÉSICOS**

- Ao terminar a cirurgia irá ser transferido para uma unidade chamada vulgarmente Recobro onde ficará sob vigilância durante algumas horas, sendo vigiado por um enfermeiro/a e por um médico Anestesista.
- Ao acordar é normal que sinta a boca seca, frio, tremores, ligeiras náuseas (indisposição) e dor. É importante que tenha entendido a escala da dor na CEPO.
- Não se preocupe porque o enfermeiro/a está atento a todas as alterações e procurará diminuir os seus efeitos.
- Permanecerá no recobro o tempo que for necessário até ficar bem acordado e estável quando estiver bem terá alta para a enfermaria.
- Durante a sua permanência na enfermaria e a quando da alta receberá ensinios e acordo com sua intervenção cirúrgica nomeadamente: próxima consulta; cuidados ter com os pensos cirúrgicos e retirar pontos ou agrafos; inicio de sessões de fisioterapia e medicação que deve tomar.



APÊNDICE IV- Quadro de Análise dos Resultados

Autor(es)	Objetivos	População	Intervenção	Comparador	Outcomes- resultados	Tipo de estudo
Anna Ekwall, Marie Gerdtz e Elizabeth Manias	<p>Medir os níveis de ansiedade da família/pessoa de referência do doente no serviço de urgência;</p> <p>Explorar como a ansiedade influencia a satisfação da família/pessoa de referência do doente no atendimento.</p>	Família/pessoa de referência com mais de 18 anos que acompanhava doentes críticos e se encontrava na sala de espera do serviço de urgência.	<p>Interação do enfermeiro com a família enquanto esta aguarda na sala de espera transmitindo informações relacionadas com os tempos de espera.</p> <p>Interação do enfermeiro com a família enquanto esta aguarda na sala de espera transmitindo informações relacionadas com os cuidados ao doente</p>	Não aplicável	<p>Família/pessoa de referência bem informados e confiantes</p> <p>Redução dos níveis de ansiedade, aumento da satisfação da família</p>	Projeto prospetivo
Ping-Ru Hsiao, Bernice Redley, Ya-Chu Hsiao, Chun-Chih Lin, Chin-Yen Han e Hung-Ru Lin	<p>Descrever as necessidades da família/pessoa de referência taiwaneses que acompanham o doente crítico no serviço de urgência;</p> <p>Comparar as necessidades da família/pessoa de referência com as perceções das enfermeiras que cuidam do doente.</p>	150 familiares do doente crítico no serviço de urgência e 150 enfermeiros que prestam cuidados no serviço de urgência	<p>O enfermeiro comunica à família/pessoa de referência os resultados dos exames e ou tratamentos</p> <p>O enfermeiro comunica à família/pessoa de referência a condição clínica do doente crítico.</p>	Não aplicável	Atualização frequente da condição clínica do doente	Pesquisa transversal prospetiva
Bernice Redley, Lesego M. Phiri, Tanya, Wei Wang e Chin-Yen Han	Analisar as necessidades a família/ pessoa de referência que acompanham o doente crítico no serviço de urgência.	Família/ pessoa de referência que acompanha o doente crítico em 4 serviços de urgência (2 na Austrália, 1 na África do Sul e 1 em Taiwan).	Atualização frequente da situação clínica do doente, resultados esperados e as questões efetuadas pela família/pessoa de referência	Não aplicável	A comunicação foi indicada pela família/ pessoa de referência dos 4 serviços de urgência como uma necessidade	Análise secundária retrospectiva de dados colhidos em três pesquisas transversais.

<p>Meghan L. Botes e Gayle Langley</p>	<p>Determinar as necessidades da família/pessoa de referência que acompanhava o doente crítico;</p> <p>Analisar se as necessidades da família/pessoa de referência foram atendidas.</p>	<p>Família/pessoa de referência com mais de 18 anos do doente crítico no serviço de urgência em 2 situações distintas: 50 participantes abordados ao entrar no serviço e outros 50 participantes abordados à saída do mesmo serviço.</p>	<p>Transmissão de informações por parte do enfermeiro do serviço de urgência de forma compreensível, atualizada e frequente</p>	<p>Não aplicável</p>	<p>Ajuda a lidar como o prognóstico</p> <p>Diminuição da ansiedade sentida pela família/pessoa de referência por não se saber do seu ente querido</p>	<p>Estudo quantitativo, descritivo.</p>
<p>Bernice Redley, Sandra A. LeVasseur, Gwenda Peters e Elizabeth Bethune</p>	<p>Testar a ferramenta, métodos e plano de análise de um estudo com o intuito de examinar as necessidades percebidas dos família/ pessoa de referência que acompanham o doente crítico ao serviço de urgência e suas percepções sobre a capacidade da equipe do mesmo serviço de atender a essas necessidades.</p>	<p>86 famílias que compareceram no serviço de urgência com um doente crítico</p>	<p>O enfermeiro do serviço de urgência de forma compreensível, atualizada e frequente informa a família/pessoa de referência sobre a situação do doente</p>	<p>Não aplicável</p>	<p>Diminui o stress</p> <p>Ajuda a lidar com o prognóstico</p>	<p>Estudo piloto retrospectivo</p>