



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª. Edição

O Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória: uma Revisão Scoping

Vera Lúcia da Silva Lopes Ferreira

Agosto 2023



Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª. Edição

Estágio com Relatório Final: Em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

O Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória: uma Revisão Scoping

Vera Lúcia da Silva Lopes Ferreira

Trabalho realizado sob orientação de:
Professor Doutor Olivério Ribeiro

Agosto 2023

“Ser enfermeiro é assumir o papel de cuidar dos utentes/famílias que, no seu ciclo vital, estão dependentes, vulneráveis, carentes, angustiados, desprotegidos ou doentes. A prática de enfermagem está, em si, imbuída de um espírito de altruísmo e humanidade para com os outros – ingredientes elementares quando se cuida”

(Rodrigues, 2019a, p. 215).

Agradecimentos

À minha família, pelo amor incondicional.

Ao Professor Doutor Olivério Ribeiro, pela orientação e disponibilidade.

Aos professores do mestrado, por todo o conhecimento e, em especial, à Professora Doutora Madalena Cunha, coordenadora do curso, por estar sempre presente e pelos desafios propostos.

A todos os colegas do mestrado, pelos momentos de partilha, e em especial à grande parceira nesta aventura, Filipa Cascais, pela amizade e companheirismo.

Ao Professor Doutor Eduardo Santos por todo o apoio e por todas as “dicas”.

Aos Enfermeiros tutores e às equipas de enfermagem que me acolheram nos locais de estágio, pela orientação e compreensão, pelas experiências e conhecimentos partilhados.

A Todos, um Sincero Obrigada!

Resumo

Introdução: Os avanços da ciência e da tecnologia impõe a necessidade de uma constante atualização de saberes. A Enfermagem Médico-Cirúrgica implica o desenvolvimento de um conhecimento especializado acrescido de competências específicas assentes na prática baseada na evidência científica essenciais à prestação de cuidados de qualidade e seguros à pessoa em situação crítica.

A realidade clínica revelou-me que os doentes cirúrgicos carecem de uma educação pré-operatória de enfermagem eficaz que vá de encontro às suas necessidades e expectativas. Neste sentido foi realizada uma revisão *scoping* capaz de evidenciar o papel e sintetizar as intervenções educativas pré-operatórias realizadas por enfermeiros.

Objetivos: Demonstrar o percurso desenvolvido e evidenciar a consolidação das competências comuns e específicas adquiridas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Mapear e sintetizar a evidência científica disponível na literatura sobre o papel do Enfermeiro na Educação Pré-operatória da Pessoa em Situação Perioperatória.

Métodos: Este trabalho encontra-se dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma descrição, análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas durante os estágios clínicos realizados em contexto de urgência e cuidados intensivos, bem como o seu contributo para a aquisição e o desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No segundo capítulo é apresentado uma revisão *scoping* subordinada ao tema “Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória”.

Resultados: A realização dos estágios clínicos permitiu a aquisição de um conjunto de competências na área do cuidado à pessoa em situação crítica. Estas competências encerram os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a prevenção, a intervenção e o controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos na prestação de cuidados especializados ao doente em estado crítico.

A investigação desenvolvida revelou que o Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória é: avaliar as necessidades informativas bem como o nível de conhecimentos, a avaliação e preparação física, psicológica e emocional, a definição de um plano de cuidados, o apoio no processo de tomada de decisão, o reforço da comunicação, o apoio social e emocional, o planeamento da assistência de enfermagem e da alta envolvendo a família/ pessoa de referência, a visita pré-operatória e a colaboração com equipa multidisciplinar.

Conclusões: O desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica permite desenvolver uma prática assistencial integral, de qualidade e segura na vertente da pessoa em situação crítica.

O papel do enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória é preponderante e marca todo o processo cirúrgico. As intervenções educativas pré-operatórias visam o empoderamento da pessoa e família/pessoa significativa e capacitação para uma participação ativa na sua recuperação cirúrgica, promovendo autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao projeto de saúde de cada um.

Palavras-Chave: Doente crítico, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Educação Pré-Operatória, Pessoa em Situação Perioperatória, Cuidados de Enfermagem

Abstract

Introduction: Advances in science and technology impose the need for constant updating of knowledge. Medical-surgical nursing implies the development of specialized knowledge plus specific skills based on scientific evidence-based practice essential for the provision of quality and safe care to the critically ill person.

The clinical reality revealed to me that surgical patients lack effective preoperative nursing education that meets their needs and expectations. In this sense, a scoping review was carried out to highlight the role and synthesize the preoperative educational interventions performed by nurses.

Objectives: To demonstrate the path developed and to show the consolidation of the common and specific competences acquired in Medical-Surgical Nursing in the area of the person in critical situation. Map and synthesize the scientific evidence available in the literature on the role of nurses in the preoperative education of people in perioperative situations.

Methods: This work is divided into two chapters. In the first chapter, a description, analysis and critical reflection of the activities developed during the clinical internships carried out in the context of emergency and intensive care is carried out, as well as their contribution to the acquisition and development of Common and Specific Competences of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing. In the second chapter, a scoping review is presented on the theme "Role of the Nurse in the Preoperative Education of the Person in Perioperative Situation".

Results: The completion of the clinical internships allowed the acquisition of a set of skills in the area of care for the person in critical condition. These competences cover the areas of professional, ethical and legal responsibility, continuous improvement of quality and care management, development of professional learning, prevention, intervention and control of infection and antimicrobial resistance in the provision of specialized care to the critically ill patient.

The research revealed that the role of the nurse in the preoperative education of the person in a perioperative situation is to assess the information needs as well as the level of knowledge, the physical, psychological and emotional assessment and preparation, the definition of a care plan, the support in the decision-making process, the reinforcement of communication, social and emotional support, the planning of nursing care and discharge involving the family / caregiver, the preoperative visit and collaboration with the multidisciplinary team.

Conclusions: The development of skills in Medical-Surgical Nursing allows the development of a comprehensive, quality and safe care practice in the field of the person in critical situation.

The role of the nurse in the Preoperative Education of the Person in Perioperative Situation is preponderant and marks the entire surgical process. Preoperative educational interventions aim to empower the person and family/significant person and enable them to actively participate in their surgical recovery, promoting autonomy, critical awareness and behaviors appropriate to each person's health project.

Keywords: Critically ill patient, Medical-Surgical Nursing, Preoperative Education, Person in Perioperative Situation, Nursing Care

Sumário

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

Introdução 21

Parte I – Relatório da Componente Clínica

1 – Estágio em contexto de Urgência e Emergência e em contexto de Cuidados Intensivos 27

1.1 – Caracterização do Serviço de Urgência Polivalente do CHTV, EPE 27

1.2 – Caracterização do Serviço de Medicina Intensiva do CHTV, EPE 31

2 – Análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 35

2.1 – Responsabilidade profissional, ética e legal 36

2.2 – Melhoria contínua da qualidade 39

2.3 – Gestão dos cuidados 47

2.4 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais 50

3 – Análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica 55

3.1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa 56

3.2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação 78

3.3 – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. 80

Parte II – Investigação

Introdução	97
1 – Enquadramento teórico	99
2 – Métodos	103
3 – Resultados	108
4 – Discussão	123
Conclusão da Investigação	125
Referências Bibliográficas da investigação	127
Conclusão do relatório final de estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos	133
Referências Bibliográficas do Relatório Final de Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos	135

Apêndices

Apêndice I – Reflexão Crítica: Comunicação eficaz na transcrição dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência	147
Apêndice II – Trabalho escrito Via Verde Trauma	171
Apêndice III – Apresentação Via Verde Trauma	205
Apêndice IV – Póster Via Verde Trauma	221
Apêndice V – Procedimento: Colocação e Manutenção da Traqueotomia Percutânea e Convencional	223

Anexos

Anexo I – Suporte Básico de Vida: DAE	233
Anexo II – Suporte Avançado de Vida	235
Anexo III – Póster “O Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória: protocolo de revisão scoping”	237

Lista de tabelas

Pág.

Tabela 1	Indicadores de qualidade em Cuidados Intensivos	41
Tabela 2	Modelo explicativo da técnica ISBAR	46
Tabela 3	Abordagem ao doente crítico: ABCDE	62
Tabela 4	Escala de Conduta Indicativa de Dor (ESCID)	74
Tabela 5	Richmond agitation-sedation scale (RASS)	77

Lista de figuras	Pág.
Figura 1 Modelo Explicativo dos eventos adversos nos cuidados de enfermagem.	42
Figura 2 Tempos alvo previstos de atendimentos para as cinco cores da Triagem de Manchester.	60
Figura 3 Régua da dor.	73
Figura 4 Regras de administração de fármacos analgésicos, de acordo com a OMS.	75

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ADR	Área Diagnóstica Respiratória
AMSDC	Aliança Mundial para a Segurança do Doente
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CHTV, EPE	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
CVC	Cateter Venoso Central
DGS	Direção-Geral da Saúde
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG	Eletrocardiograma
ESCID	Escala de Conduta Indicativa de Dor
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
FC	Frequência Cardíaca
FiO2	Fração Inspirada de Oxigénio
FR	Frequência Respiratória
GSC	Escala de Coma de Glasgow
ICN	Internacional Council of Nurses
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISBAR	Identificação, Situação, Background/Antecedentes, Avaliação, Recomendações
LASA	look-alike-sound-alike
MRSA	Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina
NE	Nutrição Entérica
NP	Nutrição Parentérica
OE	Ordem dos Enfermeiros

OMS	Organização Mundial de Saúde
OVA	Obstrução da Vida Aérea
PAI	Pneumonia Associada à Intubação
PAM	Pressão Arterial Média
PAMSD	Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doentes
PaO2	Pressão Parcial de Oxigénio
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PBE	Precauções Básicas de
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PEEP	Pressão Expiratória Final Positiva
PHEE	Plano Hospitalar de Emergência Externa
PNEPC	Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil
PNSD	Plano Nacional para a Segurança do Doente
PSC	Pessoa em Situação Crítica
RASS	Richmond agitation.sedation scale
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SABA	Solução Antissética de Base Alcoólica
SaO2	Saturação Arterial de Oxigénio
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV-DAE	Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SpO2	Saturação Periférica de Oxigénio
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
TA	Tensão Arterial
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TEP	Tronboembolia Pulmonar
TET	Tubo Endotraqueal

TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
TVP	Trombose Venosa Periférica
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UDC	Unidade de Decisão Clínica
UPP	Úlceras Por Pressão
VA	Via Aérea
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não Invasiva
VVAVC	Via Verde AVC
VVT	Via Verde Trauma

Introdução

Os avanços da ciência e da tecnologia impõem à enfermagem, ciência do cuidar do ser humano no seu âmbito individual, familiar ou comunitário, a necessidade de uma constante atualização de saberes e de cuidados diferenciados. Para que a prática de enfermagem seja considerada de excelência, cabe ao enfermeiro desenvolver novos conhecimentos técnico-científicos, proporcionados pela formação e capacidade de reflexão, e adquirir competências necessárias para desenvolver uma prática baseada na evidência científica (PBE) e tomada de decisão sustentada, o que virá a traduzir-se numa prestação de cuidados efetivos, seguros e de qualidade.

A prática clínica é uma componente essencial para a formação dos enfermeiros. Os estágios permitem a prestação de cuidados na sua verdadeira essência, pois possibilitam a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos, o aperfeiçoamento de capacidades técnico-científicas, éticas e humanas e ainda o desenvolvimento e mobilização de competências, atitudes e valores.

O presente documento configura o Relatório Final de Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos conducente ao grau de Mestre de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado na Escola Superior Saúde de Viseu, oitava edição. Esta unidade curricular contempla um estágio realizado em contexto de urgência, no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE (CHTV, EPE) e o estágio em contexto de cuidados intensivos efetuado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do mesmo Centro Hospitalar. Por fim, integra também a componente de investigação titulada “O Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória: uma revisão scoping”.

O percurso formativo foi suportado no Código Deontológico do Enfermeiro, no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica.

Este relatório tem por objetivo geral explicar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-cirúrgica e, como objetivos específicos pretende:

- Contextualizar os locais da prática clínica: SUP e SMI;

- Elaborar uma apreciação crítica das atividades realizadas (aprendizagens, competências e dificuldades), analisando e refletindo o contributo das mesmas para a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica;
- Adquirir um juízo crítico fundamentado em evidências;
- Apresentar um estudo de investigação;
- Testemunhar o contributo no avanço da evidência científica em Enfermagem.

A PBE é um pilar fundamental e, deve fazer parte do quotidiano do Enfermeiro Mestre/Especialista. No sentido de contribuir para o desenvolvimento contínuo da enfermagem, aumentar os conhecimentos da disciplina e promover a tomada de decisões adequadas à prestação dos melhores cuidados, foi realizada uma investigação a qual consta deste relatório. No decorrer da minha prática profissional observo que existe uma lacuna no processo de preparação da pessoa em situação perioperatória; os doentes internados para cirurgia eletiva recebem, quase exclusivamente, informação médica; essa informação é bastante redutora restringindo-se ao diagnóstico clínico e tipo de cirurgia a realizar. Infelizmente neste período crucial a intervenção de enfermagem é escassa e resume-se a uma contato na véspera da intervenção cirúrgica que serve fundamentalmente para realizar a preparação física do paciente. A evidência científica revela-nos que os pacientes que receberam educação pré-operatória usufruem de benefícios do ponto de vista físico (maior mobilidade no pós-operatório imediato) e psicológico (reduz significativamente a ansiedade, a depressão, a dor e os medos) que se traduz num aumento da capacidade de enfrentamento do processo cirúrgico. Neste sentido, e sendo o enfermeiro o elemento da equipa multidisciplinar que acompanha o doente nas 24h, é necessário documentar e sistematizar o seu Papel na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória.

A sua elaboração teve por base o guia orientador de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), bem como os objetivos delineados nos projetos de aprendizagem e as atividades/ estratégias desenvolvidas para a sua concretização.

A metodologia adotada para a elaboração deste relatório baseia-se numa análise retrospectiva e reflexiva, suportada pelas experiências vivenciadas, momentos de discussão informais, consulta de fundamentação teórica e pesquisa bibliográfica considerada pertinente a fim de melhor fundamentar a reflexão e os conteúdos apresentados. Quando à investigação, esta será apresentada sob os critérios de elaboração/ formatação de um artigo de investigação.

Do ponto de vista estrutural este documento é composto por duas grandes componentes: a componente clínica e a componente de investigação. A primeira parte inicia-se com a caracterização dos locais de estágio seguida da apresentação e reflexão das atividades desenvolvidas e das competências comuns e específicas adquiridas. A segunda parte é alusiva à componente de investigação realizada cujo tema é “Papel do enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória: uma Revisão Scoping”.

Parte I – Relatório da Componente Clínica

1 – Estágio em contexto de Urgência e Emergência e em contexto de Cuidados Intensivos

Os campos de estágio são uma componente importante do curso que possibilita ao aluno colocar em prática os conhecimentos da sua experiência quotidiana, bem como os conhecimentos adquiridos de uma forma teórica, permitindo também conhecer outra realidade profissional e institucional.

As unidades curriculares de estágio visam materializar a componente de intervenção na prática especializada e de investigação do curso (ESSV, 2022a).

Os estágios dos mestrados procuram possibilitar uma experiência de formação prática/clínica orientada por objetivos de nível avançado, onde o aluno consiga desenvolver e aprofundar conhecimentos e demonstrar a aquisição de aptidões de juízo crítico, de planeamento e de decisão em situações complexas na área profissional de especialização (ESSV, 2022b).

1.1 – Caracterização do Serviço de Urgência Polivalente do CHTV, EPE

Os SU são serviços intra-hospitalares, multidisciplinares e multiprofissionais que, de acordo com o seu nível de diferenciação, têm por objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência (Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, 2014).

Na atualidade, os cuidados aos pacientes criticamente doentes ou graves não acontecem exclusivamente nos cuidados intensivos, mas também nos serviços de urgência e emergência, nas unidades cirúrgicas, na comunidade e até no domicílio do paciente (kaplow et al., 2019).

O estágio no contexto de urgência decorreu no SUP no CHTV, EPE, no período compreendido entre 28 de novembro de 2022 a 10 de fevereiro de 2023, sob a tutoria dos Enfermeiros Especialistas Albino Alberto e Natália Figueiredo e coordenação pedagógica da Professora Doutora Madalena Cunha.

O SUP do CHTV, EPE teve início em agosto de 1997, situa-se no segundo piso, e dá cobertura assistencial 24 horas por dia. Possui 8 unidades funcionais: gabinete de triagem, área médica urgente, área de cirurgia, pequena cirurgia, Unidade de Decisão Clínica (UDC),

sala de observações, a Área de Diagnóstico Respiratória (ADR), área médica menos urgente, área Covid e Sala de Emergência (SE). Pelo motivo das obras de requalificação e ampliação do espaço físico do SUP, desde 2020 que a estrutura física sofreu alterações, funcionando a maioria das suas valências (gabinete de triagem, a área médica urgente, a área de cirurgia, a pequena cirurgia, unidade de decisão clínica, a sala de observações e a área de diagnóstico respiratório) à data do estágio estavam localizadas em contentores.

- Gabinete de Triagem: possui dois postos, onde os utentes são atendidos, orientados e encaminhados para os respetivos locais de forma rápida e eficaz, em conformidade com as prioridades estabelecidas pela Triagem de Manchester, com recurso ao programa ALERT®.

Sala de Emergência (SE): destina-se à prestação de cuidados intensivos emergentes e de curta duração a doentes críticos com patologia médica, patologia cirúrgica ou vítimas de trauma. Dispõe de quatro unidades individuais, cada uma equipada com monitor/desfibrilhador, ventilador, rampa de oxigénio, ar respirável, rampa de aspiração, seringas, bombas infusoras e carro de apoio com todo o material clínico e farmacológico indispensável ao tratamento da pessoa em situação crítica com necessidade de cuidados emergentes. A estas quatro unidades acresce uma quinta que funciona em caso de doente crítico com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2.

Sala de pequena cirurgia: área na qual os doentes são observados e onde se prestam cuidados às pessoas vítimas de trauma com ferimentos de distintas etiologias, todavia sem compromisso das funções vitais. Realiza-se o tratamento de feridas, suturas e pequenas cirurgias.

- Sala de Cuidados de Enfermagem Urgentes: esta sala é destinada à prestação de cuidados aos doentes que se encontram em maca (independentemente da prioridade atribuída e do encaminhamento para a área médica urgente ou não urgente), cadeira de rodas ou a pé (doentes de todas as especialidades médicas). Nela realizam-se cuidados técnicos nomeadamente: colheita de sangue para análises, cateterismo vesical, entubações oro/nasogástricas, enemas de limpeza, terapêutica em perfusão intravenosa, apoio às especialidades cirúrgicas e médicas, cuidados de higiene e de conforto.

- Sala de Cuidados de Enfermagem Menos Urgentes: área para onde são encaminhados os utentes que deambulam a pé e/ou cadeira de rodas encaminhados, após triagem de prioridades para a triagem médica. Nesta área ficam também os doentes triados para a especialidade de Ortopedia.

- Unidade de Decisão Clínica: área polivalente, na qual podem permanecer utentes do foro médico e do foro cirúrgico que precisam de monitorização e vigilância permanente (idealmente durante um período de 6-8 horas). Tem a capacidade para 4 unidades

individualizadas, contando cada uma com equipamento de monitorização cardíaca, bombas infusoras, rampas de oxigénio, rampas de ar e sistemas de aspiração.

- Sala de Observação: esta tem a capacidade para 9 camas, uma das quais é um quarto de isolamento. Destina-se aos utentes com necessidade de curto internamento (idealmente inferior a 24horas) para vigilância da sua situação clínica.

- Área de Diagnóstico Respiratório: é uma área de transição entre os contentores e a estrutura física propriamente dita do hospital. Destina-se à realização de testes rápidos a utentes com critérios clínicos suspeitos de infeção por COVID-19.

A equipa do SUP do CHTV, EPE é uma equipa multidisciplinar, constituída a título permanente por um corpo clínico, equipa de enfermagem, equipa de assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e seguranças contratados por empresa externa. Trata-se de uma equipa maioritariamente jovem, dinâmica, motivada e interessada pela formação e atualização contínua.

A equipa de enfermagem está dotada de 98 enfermeiros, agrupados em 6 equipas, dos quais 6 são chefes de equipa e 1 Enfermeiro em funções chefia, o Enfermeiro João Gabriel.

O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem é preferencialmente o método individual centrado na particularidade e singularidade de cada paciente. Porém esta prática não é transversal a todo o SUP, nomeadamente na sala de doentes urgentes, pela afluência elevada de doentes esta prática é difícil de concretizar e por conseguinte todo o processo do cuidar do doente de forma holística fica comprometido.

A passagem de turno de enfermagem é realizada no início de cada turno pelos enfermeiros dos respetivos postos de trabalho, junto do doente na UDC, SE, sala de pequena cirurgia e sala de observações. Nestes espaços o momento da passagem de turno nem sempre é efetivamente cumprido, pelo que tendo por base a norma da DGS nº 01/2017 de comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde através do método ISBAR (I – identificação; S – situação atual; B – Background ou antecedentes; A – Avaliação; R – Recomendação) realizei uma reflexão crítica (Apêndice I).

No que respeita à gestão da medicação, existe um stock de medicação com pedido e reposição uma vez por semana, disponível para todo o SUP. Atualmente a medicação é gerida pelo enfermeiro em funções de chefia e pelos enfermeiros responsáveis na sua ausência.

Em termos de registos, o SUP apresenta uma aplicação administrativa de informação e gestão de doentes (Sistema Integrado de Informação Hospitalar - SONHO®) e uma

aplicação clínica, compatível com outros módulos e aplicações informáticas existentes no CHTV, EPE.

O ALERT® é um sistema de informação de apoio à atividade clínica dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos de saúde. É bastante funcional e completo, pois, possibilita o registo, a interligação, a reutilização e a análise de toda a informação relacionada com um episódio de urgência. Desde a entrada do paciente no SUP (triagem) até à alta/internamento toda a informação relativa ao episódio, único de cada doente, fica informatizada no ALERT®.

Esta ferramenta informática permite organizar o trabalho de enfermagem através de análise de tarefas pendentes relativas a medicação, análises clínicas, exames de imagem e procedimentos e integra outros sistemas de informação complementares (laboratório, radiologia).

O SUP dispõe ainda de um gabinete de informações aos familiares/acompanhantes dos doentes, no qual está em presença física diária um enfermeiro das 9:00h às 23:00h. Este enfermeiro atende telefónica e pessoalmente os pedidos de informação dos familiares/acompanhantes, autoriza e acompanha pequenas visitas quando a situação assim o permite. Ou seja, neste local, o enfermeiro é quem faz a ponte entre o doente e a família e entre a família e o médico responsável pelo doente. É uma das intervenções autónomas que o enfermeiro desenvolve neste serviço, devendo preservá-la e otimizá-la de modo a prestar melhores cuidados ao doente e família e dar visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados no SU. Em determinadas circunstâncias é permitida a visita dos familiares e esclarecimento de dúvidas e informações clínicas junto do médico responsável.

No SUP existem alguns grupos de trabalho, a abordar variadas áreas de intervenção, constituindo uma mais-valia não só em termos de uniformização de procedimentos e atualização, mas essencialmente como contributo para uma prestação de cuidados de excelência em cuidados intensivos. Durante o estágio, em conjunto com os colegas do grupo, tive a oportunidade de colaborar com os Enfermeiros tutores e restante equipa de enfermagem na realização de um protocolo para a implementação da Via Verde Trauma (VVT) na instituição.

1.2 – Caracterização do Serviço de Medicina Intensiva do CHTV, EPE

A Enfermagem em Cuidados Intensivos é um desafio constante para aos profissionais que desempenham funções numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e fora deste lugar. É uma área altamente especializada, alicerçada numa equipa multidisciplinar com competências em cuidar a pessoa em situação crítica, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Almeida, 2020).

O estágio no contexto de cuidados intensivos decorreu no SMI no Centro Hospitalar CHTV, EPE, no período compreendido entre 20 de fevereiro de 2023 a 28 de abril de 2023, sob a tutoria da Enfermeira Especialista Paula Machado e da Enfermeira Susana Antunes e coordenação pedagógica do Professor Doutor Olivério Ribeiro.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), atualmente nomeada de SMI, foi inaugurado em agosto de 1997. Esta unidade destina-se à vigilância e tratamento de doentes em situação crítica do foro médico cirúrgico resultante de patologia potencialmente reversível; recebe pessoas em situação crítica, que apresentam instabilidade das suas funções vitais e que necessitam de tratamento médico e de cuidados de enfermagem diferenciados, complexos e específicos, com recurso a tecnologia avançada de apoio e vigilância das funções vitais.

O SMI encontra-se situada no piso 3 do CTHV, EPE, imediatamente ao lado do bloco operatório de da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários. É uma unidade polivalente com duas subunidades (UCIP 1 e UCIP2), ambas com luz natural que trata doentes com diversas patologias, características e tratamentos, dotada de uma equipa própria (enfermagem, médica, assistentes operacionais e administrativa).

A UCIP1 tem uma lotação de 8 camas, 4 em sala aberta e 2 camas numa outra sala com uma área de aproximadamente de 29m² e ainda 2 camas de isolamento em quartos individuais com uma área de aproximadamente de 23m² cada, com possibilidade de pressão positiva/negativa e dispendo de sistema de vídeo vigilância.

A UCIP2, recentemente inaugurada, tem uma lotação de 12 camas, mas na atualidade, por falta de recursos materiais, apenas existem 4 camas disponíveis e aptas a receber doentes. Esta nova unidade está dotada de equipamentos sofisticados e, todos os quartos permitem pressões negativas/positivas.

Cada unidade do doente dispõe de uma cama, ventilador, equipamento que permite a monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, a infusão controlada de fluidos (bombas e seringas infusoras), medicação e alimentação, a realização de manobras de ressuscitação, para além de um pequeno stock de material de consumo clínico para procedimentos imediatos. O facto de estes equipamentos estarem colocados em sistema de torre com braços

movíveis consente uma maior organização dos mesmos sem que se encontrem cabos ou fios no chão. Cada unidade de cada pessoa internada dispõe individualmente de um carro de apoio aos cuidados de higiene com equipamento de proteção individual.

No SMI existe também uma máquina de leitura de gasometrias, máquinas de técnica de substituição renal, aparelho para a realização de ecografias e ecocardiograma, entre outros. Todos os equipamentos encontram-se identificados e cada um possui uma ficha onde se registam todas as intervenções realizadas e o historial das mesmas.

A equipa do SMI é uma equipa multidisciplinar, liderada pela Diretora Dra. Ana Albuquerque, constituída a título permanente por um corpo clínico, equipa de enfermagem, equipa de assistentes operacionais, equipa de fisioterapeutas e uma assistente técnica. A equipa médica assegura a presença física permanente através de escala realizada para o efeito.

A equipa de enfermagem é chefiada pelo Sr. Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, José António Costa, e é composta por 24 enfermeiros, sendo que a maioria são detentores de cursos de pós-licenciatura e de mestrados. Esta equipa encontra-se dividida por turnos da manhã, tarde e noite. Nos fins-de-semana de manhã procura-se que exista um elemento a mais como responsável de turno, sem doentes ao seu cuidado, a fim de efetuar a gestão necessária do serviço. O enfermeiro responsável assume as funções do enfermeiro de referência e da enfermeira chefe quando estes estão ausentes, fazem a divisão dos enfermeiros pelos doentes existentes no serviço para o turno seguinte (tendo em conta a complexidade e dependência de cada doente), fazem pedidos de material e medicação urgentes e tomam todas as decisões necessárias.

Cada enfermeiro fica responsável por uma ou duas pessoas, e presta todos os cuidados de forma holística. Assim, o método de prestação de cuidados usado pela equipa de enfermagem é o método individual de trabalho, baseado no conceito de cuidados de saúde globais, no qual o enfermeiro é responsável e presta a totalidade dos cuidados às pessoas que lhe foram destinadas, consoante as necessidades diagnosticadas. Contudo e apesar do método de prestação de cuidados, pode observar-se uma relação de interajuda entre os elementos da equipa de enfermagem. Trata-se de uma equipa jovem, dinâmica, ativa, motivada, interessada pela formação e atualização contínua, uma equipa que almeja diariamente a qualidade nos cuidados que prestam.

Quanto às assistentes operacionais, o seu número pode variar entre um ou dois elementos consoante os turnos.

Os tratamentos de fisioterapia são cumpridos diariamente no período da manhã e da tarde, inclusive ao sábado e domingo, por terapeutas específicos, com conhecimentos e experiência em doentes críticos, a todos os doentes com indicação para a sua realização.

Cada pessoa internada pode ter até 2 períodos de visita por dia, não devendo ser excedido o tempo previsto de vinte minutos. Aquando de uma primeira visita por parte de um familiar, o enfermeiro responsável por essa pessoa, acompanha o familiar desde a entrada do serviço até ao doente, fornece-lhe bata de proteção, e promove, através do ensino, formas de proteção individual, bem como esclarecimentos acerca do funcionamento do serviço, preparando os visitantes para o primeiro impacto perante um familiar sujeito a terapia intensiva. Em situações pontuais, como é o caso de situações que se preveem terminais, é permitida a presença de mais do que um familiar, e fora do horário estipulado para as visitas, permitindo aos familiares uma despedida humanizada.

Atualmente existem alguns grupos de trabalho, a abordar variadas áreas de intervenção, constituindo uma mais-valia não só em termos de uniformização de procedimentos e atualização, mas essencialmente como contributo para uma prestação de cuidados de excelência em cuidados intensivos. Durante o estágio, tive a oportunidade de colaborar com as Enfermeiras Tutoras na realização de um procedimento (Colocação e Manutenção da Traqueotomia Percutânea e Convencional – Apêndice V).

Os Sistemas de Informação na Saúde permitem a cooperação, a partilha de conhecimentos e informação, bem como o desenvolvimento de atividades de prestação de serviços nas áreas dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação.

No SMI do CHTV, EPE a equipa multidisciplinar trabalha com o BSimple patient care, um sistema de gestão de informação clínica muito versátil e adaptável. Foi concebido especificamente para contemplar métodos e rotinas das unidades de cuidados intensivos. É fácil de integrar, assegura a interoperabilidade de dados com outros sistemas já implementados no hospital. Funciona como um integrador de informação que reúne numa só aplicação os dados obtidos de dispositivos médicos (monitores, ventiladores, bombas perfusoras), dados laboratoriais e dados clínicos registados ao longo do internamento do doente.

2 – Análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na atualidade as mudanças constantes são uma realidade em vários setores; na esfera da saúde estas mudanças traduzem-se a nível da tecnologia, da gestão, da organização dos serviços de saúde, dos problemas de saúde que afetam as pessoas e da sua capacidade de resposta. Perante estes factos são exigidas aos enfermeiros competências indispensáveis para a gestão dos cuidados de enfermagem.

Todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, partilham de um conjunto de competências designadas de comuns. Sendo quatro os domínios de competências comuns: **responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Estas competências, segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE são

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 (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, p. 4745).

Neste capítulo, e tendo por referência as competências comuns do enfermeiro especialista acima apresentadas, farei uma descrição crítico-reflexiva baseada na evidência científica das atividades desenvolvidas e do contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista e procurarei também suportar as decisões e ações promotoras do desenvolvimento das competências, numa estreita relação com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

2.1 – Responsabilidade profissional, ética e legal

A formação ético-moral é inerente à profissão de enfermagem. A ética é pessoal, intrínseca ao próprio sujeito, é o lugar onde brotam os atos humanos, mas tende para a universalidade, logo é suscetível de aprendizagem, de desenvolvimento. A moral é a expressão social da ética, com cariz normativo e formal com origem nos princípios éticos. (Carvalho et al., 2018).

Para Carvalho et al. (2018) a prática dos enfermeiros deve ser suportada por princípios éticos de forma a favorecer uma melhor e apropriada assistência, avaliando cada situação e prevendo os resultados das suas ações realizadas com base na ética profissional. Os mesmos autores defendem ainda que os profissionais de enfermagem devem preocupar-se em ter atitudes coerentes e humanas em relação ao paciente e respeitar os direitos do paciente durante os cuidados prestados, o que levará a uma maior satisfação de ambas as partes.

O enfermeiro no exercício da sua profissão, depara-se frequentemente com problemas éticos e deontológicos, decorrentes de uma prática geradora de situações difíceis de administrar do ponto de vista ético-moral, que frequentemente levam à necessidade de tomar decisões sobre problemas que causam no profissional um dilema ético. Desta forma compete ao Enfermeiro Especialista “desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e garantir a implementação de “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746).

Durante a prática clínica demonstrei um exercício seguro e profissional, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Os cuidados prestados estiveram sempre assentes nos princípios éticos descritos pela OE (2015a): da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

De igual modo incorporei no meu exercício os princípios orientadores consagrados na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de agosto) e no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de abril de 1968) estão na base da carta dos direitos e dos deveres do doente: privacidade, dignidade, confidencialidade, segurança, direito à escolha, autodeterminação, valores, costumes, crenças espirituais e vontades individuais.

Ao longo dos estágios compreendi e respeitei os pacientes e suas famílias numa perspetiva bio-psico-social, cultural e espiritual, abstendo-me de juízos de valor. Adquiri também conhecimentos que permitiram desenvolver e aplicar estratégias ético legais e, na interligação teoria e prática fui capaz de construir uma consciência ética e deontológica nos diversos contextos da enfermagem especializada.

Com base no Artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015b) “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (...)” e como princípio orientador da atividade “o respeito pelos direitos humanos”.

No âmbito da **proteção dos direitos humanos** e mais concretamente no **respeito pelos valores e crenças, costumes e valores espirituais** destaco o caso de uma paciente que deu entrada no SU vítima de um atropelamento do qual resultou um esmagamento da perna direita. O estado clínico da doente agravou-se em muito pouco tempo e entrou em choque hipovolémico, necessitava de ser transfundida. Entretanto a doente era Testemunha de Jeová e negou-se desde o princípio em receber qualquer tipo de transfusão de hemoderivados. A doente acabou por ser encaminhada com urgência para o bloco onde foi realizada amputação do membro. Nesse caso em particular desde o início foi respeitada a autodeterminação da pessoa, e de acordo com as suas necessidades e crenças a paciente foi respeitada em toda a sua forma de ser não permitindo que sua opinião e crença interferisse nos cuidados de Enfermagem/cuidados médicos.

O **respeito pela dignidade humana** é uma questão central no ato de cuidar. Numa situação de fragilidade física e/ou psicológica o utente pode ter dificuldade em discriminar com clareza e tomar a melhor decisão ajustada à sua situação. Assim sendo, é da responsabilidade do Enfermeiro Especialista o respeito pela dignidade do doente, a proteção dos seus direitos e o zelo pela segurança e qualidade dos cuidados que presta.

O Artigo 84.º do Código Deontológico do Enfermeiro, referente ao tema “**dever de informar**” descreve como deveres do enfermeiro “informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem (...) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (...) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter” (OE, 2015b).

Para que a pessoa consiga tomar uma decisão conscientemente esclarecida é necessário haver um trabalho prévio; cabe á equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro especialista tem especial destaque, dar a informação necessária e suficiente ao utente e/ou família a fim de este consiga formar uma opinião clarificada. A informação deve anteceder as escolhas, de forma a que os utentes possam ser livres e esclarecidos e, para que subsequentemente, se possam respeitar estas decisões (OE, 2015b).

No **respeito pela autonomia da pessoa**, e com a finalidade de satisfazer o dever legal e ético de informar sobre todo e qualquer procedimento realizado e obter o consentimento explícito do doente, avaliei a capacidade de decisão e compreensão da informação, forneci

informação adequada e implementei uma atitude comunicativa facilitadora, ou seja, coloquei o doente no centro dos cuidados e dei-lhe um papel ativo no processo do cuidar.

O respeito pelo direito do doente/família à autodeterminação fundamenta o respeito pela autonomia, que assenta no pressuposto de que “os doentes têm de decidir por si, com conhecimento do seu estado de saúde, dos cuidados de que são alvo, das opções terapêuticas possíveis e da responsabilidade individual nas decisões (Rodrigues, 2019a, p. 214).

A respeito do **consentimento para terapêuticas** Ponce (2015b, p. 562) declara que “o conceito de consentimento informado deriva do princípio da autonomia pessoal e é baseado em três elementos: a obtenção de informação necessária e apropriada, a escolha voluntária e a capacidade de decisão”.

Só depois de devidamente esclarecido, o doente reúne as condições necessárias para emitir uma decisão livre e autónoma. No entanto, nem sempre as situações de urgência permitem obtenção do consentimento informado. Nesses casos, deve-se atuar no máximo benefício da pessoa e aplicar o consentimento presumido.

O enfermeiro tem o dever de **respeitar, proteger e salvaguardar a privacidade e a intimidade da pessoa** (OE, 2015b). Atendendo aos sentimentos de pudor inerentes à pessoa, no desenvolvimento da prática clínica estive atenta à prática dos enfermeiros, relativamente a estes aspetos, uma vez que a própria estrutura física colide com estes direitos (sala aberta em contexto do SU e em contexto do SMI). Foi minha preocupação garantir a preservação da intimidade e dignidade do doente nos momentos de necessidade de exposição corporal para prestação de cuidados. Um exemplo muito evidente relativamente à privacidade do doente, a que assisti com alguma frequência, foi na sala aberta, onde é colocado o biombo aquando dos cuidados de higiene, para proporcionar a privacidade ao doente e minimizar a sua exposição. Esta atitude vai de encontro à estratégia indicada no Artigo 86.º do Código Deontológico do Enfermeiro no âmbito “do respeito pela intimidade” (OE, 2015b).

Assim, durante os estágios procurei prestar cuidados mediante uma abordagem humanizada, fundamentados no respeito pelos valores individuais e dignidade humana, numa conduta ética, no apoio afetivo e psicológico no cuidar da pessoa e sua família.

2. 2 – Melhoria contínua da qualidade

A qualidade nas instituições de saúde é um dos pilares para a consecução de gestões vantajosas, com repercussão na segurança dessas organizações e especialmente nos utentes (Tronchin et al., 2022).

A qualidade na saúde é “satisfazer as necessidades dos doentes, é ser proativo, é reunir integralmente como atributo a competência técnica e humana que determinam a efetividade, a eficiência e a segurança na prestação de cuidados” (Afonso et al., 2022, p. 728).

O tema da qualidade e segurança em saúde, dois conceitos indissociáveis, tem sido uma das prioridades a nível nacional e internacional. Diversas organizações entre as quais a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional dos Enfermeiros, a Direção-Geral da Saúde (DGS) e a OE têm colaborado na elaboração de normas e procedimentos orientadores das melhores práticas com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde.

A segurança do doente constitui uma das dimensões fundamentais da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2022a).

No seguimento de uma crescente preocupação internacional em torno do dano evitável decorrente ou associado aos cuidados de saúde, desde 2004, com o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Doente (AMSD), que a OMS definiu a segurança do doente e a necessidade de cuidados de saúde de qualidade como uma prioridade global (Despacho n.º 10901/2022 do Ministério da Saúde, 2022b). Esta aliança tem por objetivo promover o estabelecimento de políticas e práticas clínicas seguras com reconhecimento internacional.

A AMSD tem centrado as suas ações em campanhas de segurança, designadas por Desafios Globais para a Segurança do Doente. O primeiro desafio (2005-2006) teve como foco de atenção a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), o segundo (2007-2008) dirigiu-se para a segurança dos cuidados cirúrgicos e o terceiro desafio (2017-2018) focaliza-se na segurança da medicação (Medication Without Harm).

A DGS (2017a, p.4) define segurança do doente como a “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro”.

A segurança do doente, não sendo um problema novo, assume-se como uma componente estruturante e incontornável da qualidade das organizações de saúde,

desafiando todos os profissionais, os gestores e os doentes a assumir uma atitude mais proactiva na promoção da segurança, favorecendo a aprendizagem organizacional (Castilho et al., 2022).

A prestação de cuidados de saúde, pela sua complexidade e elevada imprevisibilidade, é suscetível à ocorrência de incidentes que podem conduzir a resultados negativos com danos para os doentes e profissionais e também para o desempenho e credibilidade das instituições de saúde (Ramos et al., 2021).

A segurança clínica é uma dimensão da qualidade em saúde. Durante o estágio, e por forma a garantir um ambiente seguro e terapêutico, desenvolvi atividades com o objetivo de evitar ou minimizar os incidentes de segurança que potencialmente causassem dano ao doente, aos profissionais e à própria instituição de saúde e sustentei minha prática clínica nos protocolos e procedimentos institucionais bem como no *Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente* (PAMSD) 2021-2030 da OMS que esteve na génese do *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes* (PNSD) 2021-2026.

O PAMSD 2021-2030 tem como missão o desenvolvimento de políticas, estratégias e ações, com base na evidência científica e na experiência do doente; o desenvolvimento e desenho de sistemas e parcerias, que permitam eliminar todas as fontes possíveis de risco e de danos evitáveis, para os doentes e para os profissionais de saúde e a redução, o mais possível e à escala global, do dano evitável resultante da prestação de cuidados de saúde não seguros (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2022a).

O PAMSD tem por objetivo

consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde (...) que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2022a, p.21).

A segurança é parte da qualidade dos cuidados e um direito inalienável do doente e é o investimento numa cultura de segurança o fator que mais amplamente contribui para a sustentabilidade de uma política de segurança na saúde. Esta cultura de segurança deve promover formas de responsabilização, aprendizagem com os erros e empenho efetivo na diminuição dos acidentes, erros e eventos adversos (Afonso et al., 2022).

A cultura de segurança deve assentar numa comunicação aberta sobre os problemas de segurança, num efetivo trabalho em equipa, apoiada por líderes organizacionais que fazem da segurança uma prioridade (Fragata, 2011 cit por Castilho et al., 2022).

Os cuidados de saúde norteados pela qualidade são um imperativo ético e deontológico, evidenciados pelos valores individuais e do grupo, atitudes e comportamentos, com o objetivo de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados e, em última instância, a satisfação dos utentes (Rodrigues, 2019a).

Os cuidados de qualidade deverão ser “seguros, eficazes (evidence-based), centrados no doente, eficientes, no tempo certo e equitativos (igualdade no acesso, baseado na necessidade)” (Ponce, 2015a, p. 542).

Em cuidados intensivos existem indicadores de qualidade que podem avaliar a qualidade da estrutura organizacional, dos procedimentos para atingir os resultados esperados e dos resultados obtidos (tabela 1).

Tabela 1 – Indicadores de qualidade em Cuidados Intensivos

Indicadores	Valores alvo	Colheita de informação
Prevenção da Tromboembolia Pulmonar (TEP)/Trombose Venosa Profunda (TVP)	90% dos doentes sem contraindicações	90% dos doentes sem contraindicação deverão ter anticoagulação ou métodos mecânicos prescritos
Prevenção da hemorragia digestiva	100% dos doentes ventilados	Prescrição de protetor da mucosa gástrica
Reintubação traqueal	Em < 15% dos doentes extubados nas últimas 48 horas	Ver no processo clínico eletrónico quantos doentes foram reentubados 48 horas após serem extubados
Bacteriemia do Cateter Venoso Central (CVC)	< 5/1000 dias de CVC	Doente há mais de 48 horas na UCI com CVC e com hemocultura positiva
Infeção MRSA	< 3%	Cultura positiva em doentes com mais de 48 horas na UCI

Fonte: Ponce, P. (2015a). Aspectos da organização e Gestão de uma Unidade de Cuidados Intensivos. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coord.), Manual de Medicina Intensiva (pp.536-544). Lidel.

A enfermagem tem um papel primordial no que respeita ao tema da segurança e qualidade em saúde. O International Council of Nurses (ICN) reconhece que os enfermeiros impulsionam a segurança do doente em todos os aspetos do cuidar, informando sobre os riscos e a possibilidade de estes serem reduzidos (ICN, 2012 cit por Castilho et al., 2022).

Ou seja, os enfermeiros são capazes de detetar e intervir atempadamente em muitos incidentes decorrentes da prestação de cuidados. Todavia, a prestação de cuidados de enfermagem está associada a falhas, nomeadamente no âmbito da vigilância, julgamento clínico e implementação de ações que podem comprometer a segurança dos doentes. Neste sentido, Castilho em 2014 realizou um estudo que envolveu 65 unidades de internamento de

medicina e cirurgia de quatro hospitais portugueses, que permitiu propor um modelo explicativo dos eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem.

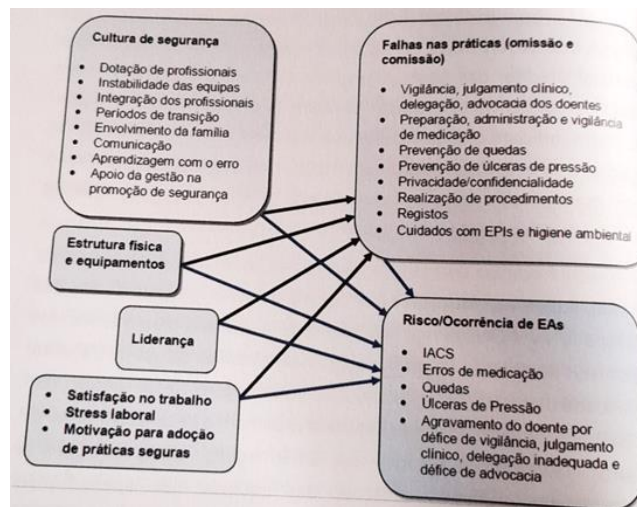


Figura 1 – Modelo Explicativo dos eventos adversos nos cuidados de enfermagem.

Fonte: Castilho, A., Mota, A., Cometto, M. & Malvarez, S. (2022). Gestão da Segurança do Doente. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos & M. L. Souza (Coord.), *Gestão das Organizações de Saúde: Qualidade, Segurança e Desafios para o Séc. XXI*, (vol. 3, pp. 121-153).

De acordo com este modelo as IACS, erros de medicação, quedas, úlceras de pressão, agravamento do estado do doente por défice de vigilância, julgamento clínico, delegação inadequada e défice de advocacia são os efeitos adversos mais suscetíveis de comprometer a segurança do doente.

Ao longo do estágio mobilizei e incorporei saberes e habilidades na área da qualidade e segurança na prestação de cuidados, garantindo a melhoria contínua da qualidade. Orientada pelo modelo explicativo anteriormente apresentado fui capaz de detetar os principais perigos e riscos que podiam colocar em causa a segurança do doente, e **apliquei práticas seguras na prestação de cuidados** nomeadamente:

- Identificação inequívoca do doente: A Orientação clínica nº 018 de 23 de maio de 2011 (Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde), emitida pela DGS, preconiza que a identificação dos doentes deve ser feita com pulseira, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados confirmar que os prestam à pessoa certa. Na pulseira deve ser colocada a informação dos dados de identificação fidedigna do doente. O nome deve constar em

maiúsculas, data de nascimento no formato dia/mês/ano e número único de processo clínico da instituição (DGS, 2011a).

No caso de alergias, tanto no SUP como no SMI, é adotada uma segunda pulseira (pulseira cor de rosa), onde se acrescenta a descrição do agente / fármaco alérgico, como medida de alerta.

A correta identificação do paciente determinará, em muito, a qualidade dos cuidados prestados. Uma “falha inicial pode ter consequências futuras catastróficas para o doente, que podem ser facilmente evitadas com este simples passo inicial” (Sales et al., 2021a, p. 216).

- Segurança na medicação: A segurança na medicação é um dos pontos fundamentais para a segurança do doente e para a redução de incidentes (Sales et al., 2021b).

Como medidas para maximizar a segurança na medicação procurei administrar o medicamento certo à pessoa certa, pela via certa, na hora e dose certas.

No que respeita ao acondicionamento, armazenamento, preparação e administração da medicação, respeitei as normas da DGS sobre os medicamentos de alerta máximo (DGS, 2015a) e “look-alike-sound-alike” (LASA) (DGS, 2014a). Foram aplicados ainda os princípios de prevenção do erro de modo a garantir a segurança da pessoa e evitar acidentes nomeadamente: mecanismo de ação, métodos, vias e técnicas de administração, metabolização e eliminação, reações colaterais, dose máxima e terapêutica e efeitos tóxicos.

- Prevenção de úlceras por pressão (UPP): infelizmente os doentes com risco de UPP são os pacientes que mais recorrem ao Serviço de Urgência (SU). São sobretudo idosos, pessoas emagrecidas e debilitadas física e cognitivamente. Uma grande maioria destes pacientes vai necessitar de internamento, contudo a falta de vagas faz com que o permaneçam um tempo superior ao que era espectável nas instalações do SU. A falta de recursos humanos e materiais faz com que estes pacientes apresentem risco moderado a elevado para o aparecimento de UPP. Por forma a evitar ou minimizar este risco procurei otimizar a fralda (evitar a pele húmida), protegia a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos de barreira (pomadas), realizava posicionamento por forma a aliviar as zonas de maior pressão e também recorria a superfícies de apoio.

De acordo com a orientação nº 017/2011 da DGS, em contexto de SU e UCI, a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão deveria ser realizada de 24 em 24 horas (DGS, 2011b).

No SMI consegui colocar esta orientação em prática, mas no SU isso não aconteceu. A escala de Braden avalia 5 parâmetros – percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade e nutrição – cujo objetivo é estratificar o risco do doente desenvolver úlceras de pressão. A

estratificação do risco através da aplicação da Escala de Braden está definido em dois níveis: alto risco de desenvolvimento de úlceras por pressão no adulto - valor final ≤ 16 ; e baixo risco de desenvolvimento de úlceras por pressão no adulto - valor final ≥ 17 (DGS, 2011b).

- Prevenção de quedas: As medidas para reduzir o risco de quedas “devem ser dirigidas, em especial, às pessoas avaliadas com alto risco, assim como a avaliação das medidas estabelecidas quer para a redução das lesões decorrentes das quedas quer para as consequências indesejáveis relacionadas (Costa-Dias et al., 2021).

Deve ser realizada a avaliação do risco de queda a todas as pessoas em internamento hospitalar. Esta avaliação é realizada através da escala de Quedas de Morse a qual integra seis itens: história anterior de queda, existência de um diagnóstico secundário, ajuda para caminhar, terapia intravenosa, postura no andar e na transferência e estado mental. A pontuação total da Escala de Quedas Morse varia entre 0 e 125 pontos: Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos) e Alto risco (≥ 51 pontos) (DGS, 2019).

- Aumento da segurança na comunicação: As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente. As falhas referem-se, nomeadamente, às omissões de informação, aos erros nas informações, à falta de precisão e à falta de priorização das atividades. (DGS, 2017a).

“Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados” constitui um dos objetivos estratégicos delineados pelo plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 de 2021, p.5).

A DGS (2017a) afirma que deve existir uma comunicação eficaz e inequívoca, na transição de cuidados de saúde, para segurança do doente, reduzindo o risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável e, para tal recomenda a normalização da técnica ISBAR. Acrescenta a mesma fonte que a cedência de informação entre os profissionais de saúde deve ser precisa, completa, sem ambiguidade, atempada para que o recetor compreenda devidamente a mensagem. Deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados.

O SU é um serviço próprio, onde há uma constante atividade propícia à ocorrência de interrupções, o que se pode repercutir em falhas de comunicação (Sousa, 2019).

Durante o estágio, através da prática reflexiva e de acordo com a prática baseada na evidência, foi identificado outro foco alvo de possível melhoria e este prende-se com os aspetos comunicacionais. Constatei que nem todos os enfermeiros adotam o mesmo estilo de comunicação e que são muito poucos os que asseguram a transcrição dos cuidados de

saúde de acordo com a norma nº 001/2017 da DGS. Assim, atentando à mais recente evidência científica e à norma da DGS que avança a técnica ISBAR como a ferramenta de padronização de comunicação em situações de transição de cuidados, considere pertinente realizar uma reflexão crítica sobre esta temática – *Comunicação eficaz na transcrição dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência* que consta no Apêndice I.

O método ISBAR é uma (ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. A mnemónica ISBAR é um auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações (DGS, 2017a).

Tabela 2 – Modelo explicativo da técnica ISBAR

Mnemónica ISBAR		
I Identificação	Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal
S Situação atual	Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes	Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação	Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas
R Recomendações	Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal

Fonte: Direção-Geral da Saúde (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Acedida em 26 de dezembro de 2022 em [comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf \(min-saude.pt\)](#)

Ainda no âmbito da segurança da comunicação **participei na passagem de turno**, através da qual partilhei informação considerada relevante, de forma clara e sucinta e reflexões acerca dos cuidados prestados, de forma assegurar a continuidade dos mesmos.

Um outro aspeto relevante no que se refere à melhoria da qualidade nos cuidados de enfermagem, é sem margem de dúvida a importância dos **registos de enfermagem**.

Desde sempre os enfermeiros tiveram uma grande preocupação com a documentação dos cuidados de enfermagem. Um sistema de informação em enfermagem é uma parte de um sistema de informação de cuidados de saúde que lida particularmente com os registos de enfermagem (Sousa & Pereira, 2022). De acordo com os mesmos autores a documentação em enfermagem não é simplesmente um mero produto de atividades quotidianas dos enfermeiros, com utilidade apenas para a promoção da continuidade dos cuidados e produção

de prova documental. Os dados de enfermagem devidamente trabalhados têm potencial para serem transformados em produtos informacionais (indicadores) capazes de apoiar os programas de promoção da qualidade em saúde.

Os registos de enfermagem são fundamentais no processo do cuidar. Tendo por base esta premissa em ambos os estágios realizei registos de enfermagem pertinentes, claros, sistematizados e de qualidade.

Também no domínio da “melhoria contínua da qualidade” colaborei na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com a instituição onde realizei os estágios.

Assim, no SMI, colaborei com a enfermeira que estava inserida no grupo de trabalho referente aos cuidados em enfermagem ao doente com traqueotomia e **elaborei um procedimento** para o serviço – Colocação e Manutenção da Traqueotomia Percutânea e Convencional (Apêndice V). O procedimento serviu em primeira instância esclarecer os termos traqueostomia e traqueotomia que eram utilizados de uma forma indistinta e serviu também para uniformizar os cuidados de enfermagem ao doente com traqueotomia, prevenir complicações associadas à presença de traqueotomia e assegurar uma abordagem segura ao doente com traqueotomia.

2.3 – Gestão dos cuidados

As organizações prestadoras de cuidados têm que ser dirigidas de forma a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados; tal processo envolve a formação e gestão dos recursos humanos, a gestão de recursos operacionais e instalações, das redes de comunicação, dos sistemas de informação, das tecnologias de saúde e dos sistemas de garantias de qualidade. Aos profissionais de saúde é-lhes exigido que sejam capazes de mobilizar de forma competente conhecimentos e habilidades, que sejam capazes de produzir, procurar e utilizar a evidência científica, de criar soluções inovadoras para os velhos e novos problemas (Fernandes, 2022).

A gestão é definida como um “processo estruturado de forma a possibilitar a produção de bens e serviços com o empenho dos membros da organização”, o que significa que a gestão

compreende um conjunto de operações que visam garantir a realização de um bom desempenho por parte dos recursos organizacionais, no intuito de serem atingidos os objetivos e as metas previamente delineados, de forma eficiente e

eficaz, através das suas principais funções: planeamento, organização, direcção e controlo (Reis, 2018, p. 21).

A importância do enfermeiro na gestão no contexto das organizações em saúde tem adquirido um reconhecimento cada vez mais elevado. O facto de ser o profissional que atende o doente e que está presencialmente representado igualmente 24 horas no serviço fazem dele um fator determinante na efetividade e eficiência da prestação de cuidados de qualidade, através da promoção e utilização eficiente dos recursos.

O enfermeiro de cuidados gerais gere os cuidados, com base nas necessidades do doente, sobre os quais toma decisões, a respeito da sequência e prioridade, planeando o processo de cuidados no qual pode ou não ser executor (Martins & Fernandes, 2022).

Segundo a OE, complexidade do nível de gestão em enfermagem aumenta, no caso do enfermeiro especialista. Assim, o enfermeiro especialista assume a responsabilidade de conceber, gerir e supervisionar os cuidados, sendo também responsável pelo apoio efetivo na formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O artigo 7º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, que regula as competências do enfermeiro especialista na área da gestão, especifica as seguintes competências: Gerir os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No desenvolvimento de competências profissionais neste domínio, adquiri habilidades de otimização do processo de cuidados e gestão de recursos e tomada de decisão, geri os cuidados à Pessoa em Situação Crítica, familiar de referência/cuidador, com rigor técnico-científico, tendo em conta a prioridade e o contexto.

Em ambos os contextos (Urgência e Cuidados Intensivos) **colaborei na gestão de cuidados**, desde a avaliação inicial, planeamento, execução e avaliação dos cuidados. No caso particular do SUP geri os cuidados de acordo com a prioridade de atendimento atribuída na triagem. Para conseguir sistematizar os cuidados iniciais ao doente crítico recorri à abordagem “ABCDE” que permite realizar uma avaliação inicial de uma forma estruturada e rápida, e reconhecer situações que colocam em risco imediato de vida o doente (INEM, 2012).

Durante os estágios vários foram os momentos de aprendizagem principalmente no que concerne à **gestão de recursos humanos e materiais**. Tanto no SU como no SMI na ausência do chefe é o enfermeiro especialista que assume funções de responsável naquele turno. No SU tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro responsável de turno e

participar/colaborar no seu trabalho. Ao enfermeiro responsável estão inerentes funções nomeadamente: notificação de incidentes e/ou eventos adversos; zelar pela assiduidade e pontualidade da Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais e providenciar a substituição dos mesmos em casos de ausências não programadas; liderar, coordenar, orientar e supervisionar as tarefas delegadas à equipa de Assistentes Operacionais; gerir conflitos, ocorrências e a equipa multidisciplinar, garantido o bom ambiente e funcionamento do serviço. Simultaneamente com a gestão de bens, equipamentos e recursos o enfermeiro em função de responsável de turno realiza a distribuição dos doentes pelos enfermeiros de turno, ajustando os recursos humanos às necessidades do doente alvo dos cuidados.

Os métodos de organização da prestação de cuidados em enfermagem, baseados nas teorias de gestão e nas teorias de enfermagem, definem a forma como os enfermeiros organizam e distribuem o trabalho, com o objetivo de tornar a prática eficaz e eficiente onde as questões de segurança ocupam um lugar de destaque, não devendo por isso ser encarados como uma simples atribuição de atividades, mas também o modo como selecionam e adotam uma filosofia do cuidar (Parreira et al., 2022).

Em ambos os locais de estágio, SU e SMI, o método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem era o método individual.

O **método individual**, um dos métodos centrados no doente, tem por base o método científico e inscreve-se nas perspetivas humanistas que valorizam a relação e a preocupação com o outro (Parreira et al., 2022). Corresponde à distribuição da responsabilidade total dos cuidados a prestar a um conjunto de utentes, durante um turno, a um só enfermeiro (Fairbrither, Jones & Rivas, 2010 cit por Parreira et al., 2022).

Parreira et al. (2022) aponta vantagens do método individual para o doente, para o enfermeiro e para a organização. Para o doente, favorece a individualização dos cuidados, a satisfação das suas necessidades, fomenta a relação enfermeiro-utente resultando num atendimento próximo, humanizado e personalizado, o que reforça a confiança no enfermeiro e a segurança do doente. Para o enfermeiro, promove a aplicação do processo de enfermagem, permite a continuidade dos cuidados prestados e favorece a diminuição de erros e/ou esquecimentos, proporciona um conhecimento mais aprofundado do doente por parte do enfermeiro, promove uma maior autonomia na prestação de cuidados. Para a organização traduz-se na maior qualidade dos cuidados.

O mesmo autor identifica algumas desvantagens/limitações. Para o utente, como cada enfermeiro irá prestar cuidados a diferentes doentes em cada turno, não há um enfermeiro que identifique como figura de referência ao longo do internamento; como cada enfermeiro difere entre si do nível de competência individual, poderá ser criada uma assimetria nos

cuidados prestados, proporcionando cuidados com diferentes níveis de assistência nos turnos. Para o enfermeiro, comporta algum potencial de envolvimento emocional. Para a organização exige maior dotação de pessoal.

Para mesurar a carga de trabalho em enfermagem em cuidados intensivos **apliquei a *Therapeutic Intervention Scoring System simplificado*** ou TISS 28, considerado um dos sistemas de classificação de doentes que é aplicado como instrumentos de gestão em Unidades de Cuidados Intensivos.

O TISS 28 é assim denominado porque contempla na sua composição 28 itens, subdivididos em sete categorias de intervenção terapêutica. A pontuação obtida através da aplicação deste instrumento permite estimar as intervenções mediante a gravidade da situação do doente, assim como avaliar e dimensionar a carga de trabalho de Enfermagem. Assume elevada significância como instrumento de gestão dos recursos de Enfermagem porque considera a especificidade de cada doente em relação à gravidade e permite uma comparação de carga de trabalho entre cada doente ou grupo de doentes, e tem uma fácil e rápida aplicabilidade, necessitando de poucos recursos para a sua implementação. É avaliado 1 vez por dia, reflete o trabalho de enfermagem das 24 horas prévias (Catalão, 2016).

2.4 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“A aquisição e atualização de conhecimentos no âmbito profissional corresponde à necessidade de formação contínua em enfermagem” (Martini et al., 2022, p. 268).

A complexidade atual na assistência em saúde e na educação em Enfermagem, resultado das inovações tecnológicas da informação e investigação sobre as melhores práticas que otimizam a qualidade e a segurança estão a revolucionar a forma como pensamos, aprendemos e prestamos cuidados aos doentes. Esta complexidade necessita de profissionais com excelente formação que guiem o seu trabalho mais pela reflexão do que pela mera execução de tarefas (Alfaro-LeFevre, 2021).

No que respeita a este domínio o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista esclarece que compete ao Enfermeiro especialista “desenvolver o autoconhecimento e a assertividade” e “basear a sua praxis clínica especializada em evidências científicas” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749).

Considero que o desenvolvimento de competências especializadas para além da prática clínica, deve basear-se na **reflexão crítica** das experiências vivenciadas e na **evidência científica** dos conhecimentos adquiridos, e que o processo crítico-reflexivo da

ação, na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Nesta linha de pensamento, no desenvolvimento do estágio procurei que o meu processo formativo e de construção profissional fosse dinâmico e responsável; tentei retirar o maior proveito de todas as experiências e aprendizagens proporcionadas, adotando sempre um papel ativo e colaborativo com os enfermeiros tutores e restante equipa, uma postura reflexiva e um pensamento crítico. Procurei igualmente ter vários momentos de reflexão com os Enfermeiros especialistas tutores e restantes enfermeiros da equipa sobre determinados procedimentos e atitudes em saúde, que me permitiram consolidar e adquirir novos saberes e novas práticas, contribuindo para o meu crescimento a nível pessoal e profissional.

O conceito de pensamento crítico consiste em não aceitar a informação como tal sem refletir com sentido crítico, analisar as suposições, avaliar as evidências antes de retirar conclusões e tomar decisões. É uma ação controlada e consciente, que utiliza estratégias racionais para obter os melhores resultados possíveis. Adquirir um pensamento crítico ajuda a adquirir confiança, a ser autónomo e atuar com segurança, a manter a segurança dos pacientes, a melhorar a qualidade assistencial e a satisfação com o trabalho (Alfaro-LeFevre, 2021).

Peixoto & Peixoto definem o pensamento crítico em enfermagem como

um processo complexo e multidimensional que engloba a capacidade intelectual que o individuo possui para procurar, identificar e desafiar premissas do raciocínio que considera relevantes para a tomada de decisão”, ou ainda como a “capacidade para conjugar a experiência, o conhecimento e o raciocínio na identificação e exploração de quadros alternativos de referência (Peixoto & Peixoto, 2017, p. 136).

Para Alfaro-LeFevre (2021) o pensamento crítico em enfermagem é uma forma de pensar consciente e informada baseada no método científico e processo de enfermagem e centrada na segurança e qualidade.

É conhecido que o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros é fundamental para o sucesso das instituições de saúde, pelo que o mesmo deve ser estimulado. A **formação em serviço**, adequada às necessidades dos profissionais e dos contextos, é uma possível estratégia para capaz de impulsionar a partilha de informação e desenvolver conhecimentos técnico-científicos numa procura permanente da excelência dos cuidados de enfermagem. Ela leva ao esclarecimento de dúvidas e promove a reflexão sobre

as práticas e a uniformização das mesmas, o que se traduz numa atualização constante de conhecimentos e conseqüentemente na melhoria contínua da qualidade (Martins et al., 2022).

Para Martins et al. (2022) a formação em serviço ultrapassa o processo pedagógico enquadrado no ensinar e no aprender, uma vez que tem uma aplicação direta no processo de gestão, no planeamento de mudanças ou mesmo na implementação de medidas corretivas.

A formação tem uma importância crucial, na medida em que permite a reflexão sobre a prática clínica, possibilita a atualização dos conhecimentos e serve ainda para sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de manter um espírito aberto à inovação e apelando à criatividade e responsabilidade individual.

A OE (2015b) atribui ao enfermeiro o dever de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos. Martins et al. (2022) considera que a existência de um elemento da equipa responsável pela formação deve ser preferencialmente um enfermeiro especialista.

Durante o estágio consegui conciliar e aproveitar a possibilidade de **participar como formanda** em dois cursos organizados pelo Departamento de Formação Permanente da instituição, que considero fundamentais para a minha prática enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Os cursos em questão foram o Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo (SBV-DAE) e o outro foi o Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo I e II).

O Curso de SAV tem como objetivo treinar os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, no reconhecimento precoce do doente crítico e dotá-los de competências e conhecimentos na abordagem emergente destes doentes. Este curso SAV “centra-se na abordagem sistematizada, seguindo uma sequência de avaliação e atuação por prioridades, que é conhecida por todos: A: via aérea; B: ventilação; C: circulação; D: disfunção neurológica e E: exposição” (INEM, 2020, p. 7).

Apesar de já ter a formação teórico-prática lecionada em contexto de sala de aula tive necessidade e a ousadia de validar esses conhecimentos e traduzi-los num certificado. Estas formações traduziram-se numa mais valia ao longo dos estágios e facilitaram em muito a minha abordagem ao doente crítico.

O Trauma é um problema de saúde pública, que constitui a principal causa de morte e morbilidade em todo o mundo, incluindo Portugal, sendo os acidentes de viação a principal causa de morte por trauma (OMS, 2022).

O trauma constitui um desafio permanente com múltiplas implicações para a sociedade, ao nível clínico, social e económico. Neste sentido, mostra-se necessária uma abordagem integrada e estruturada através da implementação de mecanismos de prevenção,

tratamento e acompanhamento dos efeitos do trauma, no âmbito da saúde (Portugal, Despacho n.º 2534/2021).

Recentemente a DGS, publicou a Norma n.º 012/2022 de 18 de novembro de 2022, relativa à VVT no Adulto, na qual são definidos os procedimentos para aumentar o acesso das vítimas ao tratamento adequado e diminuir a mortalidade. A VVT é definida pela DGS como “o conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma major” (DGS, 2022b, p.13).

Todo o trabalho desenvolvido no âmbito da Implementação da VVT no SUP do CHTV, EPE culminou na realização de uma proposta de protocolo, na elaboração de uma apresentação (permitiu-me, em colaboração com as colegas com as quais partilhei campo de estágio no SU, desenvolver **competências de formadora**) e na execução de um póster que descreve o circuito de encaminhamento da vítima de trauma no SU (Apêndice II, III e IV)

A apresentação decorreu no dia 02 de fevereiro de 2023 numa sala de formação do CHTV, EPE. Teve como objetivos conceptualizar a VVT, descrever os recursos humanos necessário e identificar as diferentes etapas do fluxograma de ativação da mesma. Durante a sessão foram abordados o conceito de Trauma e Via Verde Trauma, a evolução da implementação da VVT em Portugal, a estrutura organizacional da VVT, as vantagens e barreiras à implementação da VVT, a ativação e a referenciação da vítima de trauma.

Tivemos a felicidade de ter presentes um grupo significativo de enfermeiros do SUP entre os quais e Enfermeiro em funções de chefia do SU, os nossos tutores e ainda a Professora Doutora Madalena Cunha.

A apresentação decorreu com sucesso e recebemos bastantes elogios por parte do enfermeiro chefe. A sessão serviu de base a um “debate” sobre o modo como atualmente era abordado o doente vítima de trauma no SU, nomeadamente o que estava a ser menos bem realizado e o que deveria ser melhorado.

Durante todo o percurso formativo, adotei uma postura responsável e assertiva com os tutores, equipa multidisciplinar, com o utente e/ou familiar de referência/cuidador. De uma forma constante, procurei fazer pesquisas em bases de dados científicas, validadas e recomendadas pela ESSV e pela OE, sobre assuntos me suscitaram dúvidas nomeadamente na área dos cuidados intensivos; essas pesquisas fortaleceram o meu conhecimento e aumentaram a minha autoconfiança e capacidade de tomada de decisão.

3 – Análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa

O desenvolvimento de competências é um ato contínuo que emerge da prática reflexiva e assenta no desenvolvimento do conhecimento e nos cuidados de enfermagem de qualidade. As competências do Enfermeiro Especialista são um resultado do aprofundamento dos domínios de competência do Enfermeiro de Cuidados Gerais e da formação contínua desenvolvida no decurso da vida profissional (Monteiro & Dixe, 2020).

As competências constituem um conjunto de comportamentos capazes de integrar, mobilizar, transferir conhecimentos, habilidades, julgamentos ou atitudes (Chiavenato, 2010 cit por Mateus, 2021).

Para Mateus (2021) a competência refere-se à aplicação das habilidades adquiridas, com o intuito de alcançar metas, objetivos ou resultados.

As competências específicas são definidas pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 429/2018, como sendo

(...) as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

O perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica encontra-se definido no Regulamento n.º 429/2018. Este perfil, aliado às competências comuns, visam o enquadramento regulador para a certificação de competências por parte da OE nas diferentes áreas da especialidade e permitem à população saber o que esperar destes profissionais.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros de 2018, as competências específicas definidas pela OE para o enfermeiro especialista em EMC, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), 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 concepção à ação;
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos 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.

Neste capítulo, e tendo por referência as competências específicas do enfermeiro especialista acima apresentadas, farei uma descrição crítica, reflexiva baseada na evidência científica das atividades desenvolvidas e do contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista. Recorrendo ao pensamento teórico de enfermagem e à evidência científica disponível procurarei também suportar as decisões e ações promotoras do desenvolvimento das competências, numa estreita relação com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

3.1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa

A PSC é definida pela OE no seu Regulamento nº 429/2018 de 2018 como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

Tendo por referência este conceito considera-se que a PSC carece de cuidados de enfermagem contínuos e com alto grau de qualificação que visam dar resposta às necessidades afetadas e manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades ao mesmo tempo que é considerada a sua recuperação total; estes cuidados podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida (Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Não há dúvidas de que a PSC exige cuidados especializados de enfermagem que por sua vez obriga à elaboração, implementação e avaliação de um plano de intervenção ajustado às carências das pessoas e famílias “com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

No cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar um processo de doença crítica e/ou falência orgânica é da responsabilidade do Enfermeiro especialista estabelecer “uma relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados” e demonstrar “competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto” (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19360).

A **comunicação** apesar de ser utilizada todos os dias durante a prestação de cuidados de saúde, requer conhecimentos e competências que podem ser aprendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de uma comunicação eficaz (DGS, 2017; Costa et al., 2022).

A comunicação com o doente é fundamental para a adaptação e colaboração durante o tratamento, o que motiva os profissionais de saúde a desenvolverem estratégias de comunicação eficazes (Pina et al., 2020).

As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente. As falhas referem-se, nomeadamente, às omissões de informação, aos erros nas informações, à falta de precisão e à falta de priorização das atividades. (DGS, 2017a).

Em Medicina Intensiva e num SU, a pessoa, família/cuidador a vivenciar um processo de doença crítica e/ou falência orgânica vivenciam momentos de vulnerabilidade física e psíquica particularmente intensos e muitas vezes sentem-se “perdidos” num mundo desconhecido. Os enfermeiros, e em particular os enfermeiros especialistas devem apoiar, assegurar conforto, segurança, privacidade, empatia e respeito, saber ouvir e informar os familiares, utilizando uma linguagem adaptada a cada ouvinte e à complexidade da situação.

Ainda no âmbito do conforto importa reconhecer que o ambiente de cuidados intensivos envolvido por complexos sistemas tecnológicos encerra o desconhecido, sentimentos de insegurança, dor, sofrimento e ansiedade, que induzem ao doente crítico desconforto (Faria et al., 2018).

O doente internado em cuidados intensivos ventilado mecanicamente encontra-se impossibilitado de comunicar verbalmente, o que favorece o aparecimento de stress, medo, frustração e desesperança. O estabelecimento de uma comunicação eficaz traz benefícios para o doente, família e profissionais de saúde (Pina et al., 2020).

No desenvolvimento dos estágios realizados percebi que, no ambiente intensivo, o processo de comunicação constitui um elemento essencial do cuidado de enfermagem à

família, não só pela sua importância na relação terapêutica estabelecida, como pelo facto de constituir um favorável indicador da qualidade e humanização dos cuidados prestados. Deste modo estabeleci uma **comunicação eficaz** com a equipa multidisciplinar através da transição de informação oportuna, precisa e completa, e da documentação da situação clínica, referente à pessoa e às intervenções desenvolvidas. Desenvolvi habilidades para comunicar, ampliei a minha capacidade de escuta, o que me permite estar disponível para a pessoa e estabelecer com uma relação de ajuda.

A comunicação com a família em contexto urgência e em contexto de cuidados intensivos é crucial para o desenvolvimento de relação terapêutica enfermeiro-família. A inclusão da família na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica apresenta benefícios para o utente, pois permite uma tomada de decisão consciente e fundamentada por parte da família e apresenta ganhos em saúde. Assim, num ambiente calmo, acolhedor e reservado consegui estabelecer com os familiares uma comunicação clara, segura e objetiva.

Assim estabeleci uma **comunicação terapêutica**, com a pessoa e familiar de referência/cuidador numa tentativa de humanizar os cuidados prestados e favorecer o desenvolvimento de uma relação construtiva. Procurei também instituir uma relação de ajuda com os participantes no processo do cuidar, demonstrando apreço, compreensão empática, disponibilidade e escuta ativa e envolvendo a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de enfermagem, no sentido da independência e do bem-estar.

Ainda no âmbito da comunicação em saúde usei estratégias de comunicação verbal e não-verbal e adequei o conteúdo e tipo de linguagem em função do nível de literacia do paciente/família/cuidador/pessoa de referência e à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Registei também em processo clínico toda a informação pertinente de uma forma estruturada e sistematizada, utilizando linguagem técnica e científica.

Reconhecendo que a comunicação efetiva é elementar ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para a transição de cuidados de saúde, em ambos os estágios adotei a metodologia ISBAR nos momentos de partilha de informação com vista à continuidade dos cuidados. Esta metodologia já foi anteriormente apresentada e inclusive foi alvo de uma reflexão crítica durante a realização do estágio que decorreu no SU, a qual consta do Apêndice I.

A **abordagem à PSC** traduz-se numa sequência de intervenções, muitas delas decorrem em simultâneo, com o objetivo de identificar necessidades e estabelecer correta e eficazmente prioridades de intervenção.

Esta abordagem deve ser do mais estruturada e qualificada possível, por forma a conseguir detetar precocemente situações que possam colocar em risco de vida o paciente.

A abordagem ao doente crítico ou em situação de falência orgânica variou com os diferentes locais de estágio:

- No SU, excetuando os doentes que são admitidos na SE, a primeira abordagem é realizada no Gabinete de Triagem. Assim, de acordo com a sua queixa principal é-lhe atribuída uma prioridade clínica, que se traduz numa pulseira de cor vermelha, laranja, amarela, verde ou azul. Continuamente é utilizada a metodologia ABCDE seguida de uma avaliação secundária;
- No SMI numa fase aguda e risco de vida eminente a abordagem segue igualmente a sequência ABCDE e numa fase de estabilização a avaliação é realizada por sistemas do corpo humano (cardiovascular, respiratório, digestório, nervoso, sensorial, endócrino, excretor, urinário, reprodutor, esquelético, muscular, imunológico, linfático, tegumentar).

A palavra “triagem” deriva do verbo francês “trier”, que significa escolher, classificar, selecionar (Silva, 2009). É um termo com origem na saúde militar e foi implementada pela primeira vez em 1792, pelo Cirurgião Chefe dos Exércitos de Napoleão, o Barão Dominique Jean Larrey, sendo, por isso, considerado o “pai da moderna triagem”. Ao desenvolver este método permitiu que houvesse uma rápida avaliação e categorização dos feridos no campo de batalha e de seguida a evacuação dos que requeriam tratamentos médicos urgentes. A descoberta deste sistema teve impacto na redução da morbimortalidade dos feridos de guerra (Oliveira et al., 2012).

No SUP do CHTV, EPE a triagem é realizada de acordo com o Protocolo de Triagem de Manchester. Este foi implementado em novembro de 1994, em Manchester, com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do SU, com vista à criação de normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico. Em Portugal entrou em vigor em outubro de 2000 (Grupo Português de Triagem, 2010).

A triagem permite identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de uma forma objetiva e contínua ao longo do tempo e permite ainda integrar vias verdes e normativos nos serviços de urgência e algoritmos clínicos aprovados pelo diretor-clínico até serem emitidas Normas Clínicas (DGS, 2018).

De acordo com o Manual do formando do Grupo Português de Triagem (2010) na triagem o ponto de partida é a queixa do doente (o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional) que o levou a procurar o SU. A queixa principal conduz o enfermeiro responsável pela triagem a um fluxograma que deve ser o mais específico possível em relação à queixa apresentada. Depois percorre os discriminadores do fluxograma, escolhendo o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar. Os discriminadores, colocados sob a forma de pergunta para facilitar o processo, permitem a determinação da prioridade clínica. São especialmente valorizadas as situações relacionadas com perigo de vida, dor, hemorragia, estado de consciência, temperatura ou em que existe agravamento da situação clínica.

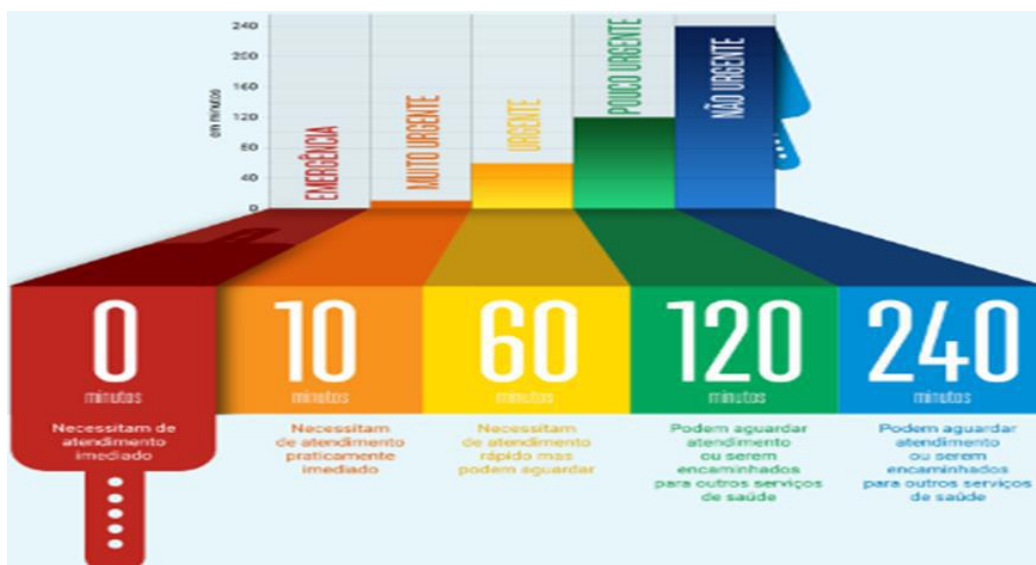


Figura 2 – Tempos alvo previstos de atendimentos para as cinco cores da Triagem de Manchester.

Fonte: Site oficial do Grupo Português de Triagem disponível em <https://www.grupoportuquestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

No decorrer do estágio tive oportunidade de participar e colaborar com os enfermeiros tutores na realização da triagem de Manchester. Não tendo qualquer tipo de experiência com este sistema de triagem, numa fase inicial optei por realizar uma pesquisa de fontes bibliográficas relevantes para aprofundar conhecimentos teóricos adquiridos em contexto de sala de aula.

A **passagem pelo gabinete de triagem** permitiu-me compreender que o processo de triagem é uma avaliação de prioridades, rápida e focada do doente, de forma a obter informação completa acerca da sua situação clínica. Exige conhecimento do manual de

Triagem de Manchester, perspicácia, concentração e acima de tudo envolve-se num contexto de elevada responsabilidade. Compete ao enfermeiro interpretar, discriminar e avaliar criticamente a informação que recolhem acerca dos pacientes (Grupo Português de Triagem, 2010). Possibilitou-me também perceber a filosofia de base do Sistema de Triagem de Manchester (identificar a queixa inicial e seguir o respetivo fluxograma de decisão), bem como o compreender o circuito e encaminhamento do doente para o setor de atendimento adequado.

Notei, na realidade prática, que o recurso a um SU nem sempre está devidamente justificado; existem muitas queixas que poderiam ser resolvidas com o recurso ao médico de família, ou ao centro de saúde. Há pessoas recorrem ao SU sem uma queixa que assim o justifique, porém fazem-no porque sabem que independentemente do tempo de espera vão ser atendidos. Depois há outras pessoas que vão ao SU como forma de contornar falhas graves que existem no Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente a inexistências de Médicos de Família e de Serviços de Atendimento Permanente. Talvez a ausência ou a diminuição da literacia em saúde sejam um dos principais motivos para isto acontecer. Assim, será também nossa função, enquanto enfermeiros especialistas, consciencializar os doentes para os riscos associados ao uso inadequado dos recursos do SU.

Na abordagem direta à PSC e para conseguir sistematizar os cuidados iniciais ao doente crítico recorri à **metodologia “ABCDE”** – Airway (via aérea), Breathing (respiração), Circulation (circulação), Disability (estado de consciência/incapacidade) e Exposure (exposição), seguida de uma avaliação secundária. A abordagem ABCDE (INEM, 2012) permite realizar uma avaliação inicial de uma forma estruturada e rápida, e reconhecer situações que colocam em risco imediato de vida o doente. Na abordagem secundária é comum reavaliar a adequação da analgesia e medidas de conforto; instituir antibioterapia, se indicada, e profilaxia antitétânica; realizar meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o registo de dados adequados e validar a resposta à terapêutica instituída (Ponce & Mendes, 2019).

De acordo com o Manual de SAV (INEM, 2020, p.7) os objetivos e princípios da abordagem ABCDE são a estruturação da avaliação e da abordagem baseada em prioridades, de forma a “tratar primeiro aquilo que mata primeiro”.

Tabela 3 – Abordagem ao doente crítico: ABCDE

<p>A: Airway Permeabilização da via aérea (VA) com controlo da coluna cervical</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se Trauma garantir a estabilidade cervical. ○ Pesquisar: cavidade oral, sinais de obstrução da via aérea (OVA); Rouquidão? Desvio da traqueia? Ingurgitamento Jugular? ○ Palpar: região da laringe (Enfisema subcutâneo, crepitações, fratura) ○ Permeabilizar a VA: Remover corpos estranhos, Aspirar, Posicionamento (subluxação da mandíbula, extensão da cabeça e elevação do mento), uso de adjuvantes básicos da VA e/ou avançados (Dispositivo laríngeo; Tubo endotraqueal (TET) se equipa treinada), Cricotiroidotomia de recurso; ○ Ponderar sedação e analgesia; ○ Identificar e corrigir situação “life-threatening”: OVA.
<p>B: Breathing Ventilação e oxigenação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pesquisar: Movimentos simétricos da parede torácica? Uso de músculos acessórios? (uso excessivo de músculos abdominais, tiragem supra-esternal, espaços intercostais, supra-clavicular, subcostal, adejo nasal), cianose central? ○ Inspeccionar e Palpar Tórax: Avaliar as características da ventilação, Instabilidade da parede torácica? Dor? Deformidades e/ou Crepitações? ○ Percussão digital torácica (hiper-ressonância ou macizez) ○ Auscultação: sons respiratórios (presença e características) e sons cardíacos ○ Monitorizar (se disponível): SpO₂, Capnografia ○ Oxigenoterapia (SpO₂ ≥ 95%, se Grávida ≥ 97%, se DPOC [88,92] %), Ventilação assistida (8cr/min < FR > 35cr/min); ○ Identificar e Corrigir situação “life-threatening”: OVA inferior, Pneumotórax hipertensivo, Hemotórax maciço, Tamponamento cardíaco; Ferida torácica aberta; Retalho costal; Hipóxia.
<p>C: Circulation Assegurar a circulação com controlo da Hemorragia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pesquisar e Inspeccionar: identificar Hemorragias Externas; Pele (temperatura, humidade e coloração); pesquisa de hemorragia oculta (tórax, abdómen, bacia, fémur, úmero); TPC; Palpar Pulsos (Central e Periférico; Avaliar simetria de pulsos radiais e femorais) ○ Monitorizar (se disponível): Ritmo ECG, FC, TA ○ Identificar Choque ○ Controlar hemorragias; Acessos intravascular/intraósseo; ○ Fluidoterapia (se Hemorragia não controlada manter PAM [40,60] mmHg ou TAS [80,90] mmHg: Adulto bólus de 1-2 L de Cristalóide; Criança bólus de Cristalóide: 20 mL/Kg); ○ Iniciar estabilização de fraturas; Antecipar necessidade de intervenção cirúrgica (Bloco operatório): Hemorragia torácica maciça; Hemorragia compartimento abdominal; Disjunção da bacia com hemorragia não controlada; Lesões vasculares graves; ○ Identificar e Corrigir situação “life-threatening”: Hipovolémia, Alterações metabólicas (Hipo ou Hipercalemiemia), Tromboembolismo.

<p>D: Disability Disfunção Neurológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliar: Pupilas (tamanho e reatividade), estado de consciência (GCS), Sinais focais bilateralmente (força muscular e déficits sensório motores? músculos da face, membros inferiores e membros superiores, alterações da linguagem), nível da lesão (TVM); ○ Pesquisar ativamente critérios de inclusão na VVAVC; ○ Avaliar Glicemia capilar; ○ Garantir ABC, Excluir/Corrigir: Hipóxia, Hipovolémia e Glicemia; ○ Se GCS ≤ 8 Garantir permeabilidade da VA (Dispositivo laríngeo / TET); ○ Identificar e Corrigir situação “life-threatening”: Tóxico e/ou iatrogenia medicamentosa; Tromboembolismo (AVC).
<p>E: Exposure Exposição com controlo da temperatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Controlo da Temperatura; ○ Remover roupa, imobilizações, tratamento de feridas, preservar membros amputados; ○ Assegurar a privacidade e dignidade da vítima; ○ Pesquisar: outras lesões; ○ Marca o início da avaliação secundária.

Fonte: INEM (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. Departamento de Formação em Emergência Médica. Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>

O período de estágio (SU e SMI) permitiu-me cuidar de um amplo número de utentes com as mais variadas queixas, sinais e sintomas, e aprofundar conhecimentos sobre algumas urgências médicas e respetiva intervenção, como exemplo: Politraumatizado, Vítima de acidente de viação, AVC (Acidente Vascular Cerebral), EAM (Enfarte Agudo do Miocárdio), Disritmias (Bradiarritmia e Taquiarritmia), Alteração do Estado de Consciência, Alterações Hidroeletrólíticas graves, Dispneia, Insuficiência Respiratória Aguda, Falências multiorgânicas (ex.: Choque Séptico), Pneumonia, Recuperação pós-intervenção cirúrgica (Paciente submetido a cirurgia maxilo-facial e neurocirurgia), entre outros.

No estágio que decorreu no SU ainda consegui participar numa situação de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) intra-hospitalar, que envolveu a ativação da Equipa de Emergência Interna. A equipa de Emergência Interna é formada por enfermeiro e médico destacados na SE (ambos com obrigatoriedade de terem o curso de SAV validado e atualizado). A ativação desta equipa reúne determinados requisitos e é efetuada mediante um código interno (#112) que é válido em qualquer lugar da instituição.

Os protocolos institucionais, fundamentados em diretrizes nacionais e internacionais e na melhor evidência científica, têm como objetivo primordial a padronização dos cuidados e facilitar a tomada de decisão. Assim, com vista à segurança do doente e melhoria na

prestação de cuidados de enfermagem, não basta conhecê-los é necessário coloca-los em prática.

Em ambos os estágios, por forma a garantir a **administração de protocolos terapêuticos complexos**, nos primeiros turnos de integração procurei conhecer os protocolos/procedimentos instituídos o que me permitiu diagnosticar precocemente as complicações, implementar respostas de enfermagem apropriadas e monitorizar a adequação das respostas aos problemas identificados.

No SUP, não descurando os outros protocolos, recolhi e procurei perceber e aprofundar conhecimentos sobre os protocolos de atuação das Vias Verdes implementadas (protocolo da Via Verde AVC (VVAVC) e protocolo da Via Verde Coronária) considerando serem uma mais valia no desempenho do meu trabalho enquanto futura enfermeira especialista.

As doenças cérebro-vasculares constituem um importante problema de saúde pública que atinge transversalmente os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento económico (DGS, 2017b).

A VVAVC traduz o conceito de obviar quaisquer situações que provoquem atrasos no acesso da pessoa com suspeita de AVC, desde a porta de casa ou de qualquer outro local até à porta da unidade de saúde adequada e desta até ao início do tratamento adequado. (DGS, 2017b).

A importância da VVAVC prende-se com a necessidade encurtar o tempo decorrido desde o início dos sintomas até à realização do exame imagiológico que determinará, primeiro, o diagnóstico e, segundo, o tratamento recomendado. Quanto mais curto for o tempo, menor será o risco de o paciente ficar com sequelas para o resto da sua vida.

Conforme preconizado pela DGS, na presença da instalação de dificuldade em falar, boca ao lado ou falta de força num membro deve suspeitar-se de AVC (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B) (DGS, 2017b), com tempo de instalação inferior ou igual a 24 horas e com autonomia prévia, sendo prontamente encaminhado para a sala de emergência. São também incluídos na VVAVC os doentes com autonomia prévia que despertam com défices (devem ser incluídos doentes que se desconhece a hora do início dos défices) ou apresentam défices neurológicos transitórios, mesmo que até já tenha recuperado no momento de algum deles.

No atendimento à pessoa vítima de AVC agudo consegui realizar várias intervenções, nomeadamente: acolhimento, triagem, ativação de protocolos de resposta rápida de AVC, avaliação inicial, avaliação de risco de AVC, a aplicação de escalas, a estabilização, monitorização de sinais vitais, execução de procedimentos de enfermagem invasivos, a

administração de tratamento intravenoso, preparação e acompanhamento para realização de exames complementares de diagnóstico, preparação para realização de procedimentos médicos invasivos, avaliação da disfagia, deteção precoce de complicações, transferência/transição de cuidados, colaboração no serviço de atendimento à distância, bem como a implementação de intervenções no domínio da qualidade.

As várias experiências que tive na SE sempre que foi ativada a VVAVC traduziram-se numa mais valia e melhoria da minha prática clínica no contexto real onde trabalho (Serviço de Cirurgia). Assim, no dia 31 de dezembro de 2022 tive a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos aí adquiridos. Um doente submetido a uma resseção anterior do reto que cumpria o quarto dia pós-cirurgia, sem nada que nada nem ninguém suspeitasse apresentou desvio da comissura labial, afasia de expressão e hemiplegia direita. Imediatamente, através de um número interno, ativei a VVAVC intra-hospitalar (constituída por uma equipa médica da Unidade de AVC), passei todos os dados e prontamente deram algumas orientações que, entretanto, já estavam a ser realizadas (Abordagem ABDCE com: monitorização, tinha um cateter venoso periférico infiltrado e rapidamente colocamos outro, já estava algaliado e procedemos à colocação de urimeter e avaliação de glicémia capilar). A equipa de AVC chegou, avaliou o doente e acompanharam o doente ao serviço de Imagiologia para realização de TAC. O AVC isquémico confirmava-se. Por estar sob enoxaparina e ter realizado uma cirurgia recente não foi candidato a trombólise, mas foi encaminhado para Centro Hospitalar Universitário de Coimbra para realização de trombectomia. Antes do doente ser transferido pedi à médica da Unidade de AVC para contactar a família e informar de tudo que tinha acontecido. Mais tarde consegui obter informações sobre o doente; saíra do hospital pelo próprio pé, recuperou a força do hemicorpo direito e apenas tinha uma disfonia, já encaminhado para consulta de Terapia da Fala. Foi uma situação difícil de gerir, mas sinto que as competências que adquiri no SU nomeadamente sobre o funcionamento da VVAVC e sua rápida ativação foram a chave do sucesso desta situação. Este caso veio confirmar o que ouvi nas aulas teóricas, ou seja, que o prognóstico da pessoa em situação crítica depende da eficácia da atuação da equipa que a assiste.

Sempre que o doente recorre ao SU por dor torácica, dor abdominal com localização epigástrica, dispneia associada a dor pré-cordial ou palpitações o enfermeiro responsável pela triagem solicita e encaminha-o para o gabinete do Eletrocardiograma (ECG) onde é realizado um ECG simples de 12 derivações. Se o ECG revelar supradesnivelamento de ST ou Bloqueio Completo do Ramo Esquerdo “de novo” é ativada a Via Verde Coronária e é desviado para a SE.

No caso do EAM com supradesnivelamento de ST o tratamento de primeira linha, segundo as guidelines da European Society of Cardiology, é a intervenção coronária

percutânea (ICP), preferível à fibrinólise se respeitados os tempos de tratamento preconizados. Se for possível realizar ICP primária em menos de 120 minutos, esta é a terapêutica a aplicar. Quando este tempo não pode ser assegurado deve ser realizada fibrinólise em 10 minutos, devendo o doente em seguida ser transferido para um centro com capacidade de ICP, no qual realizará uma angiografia de emergência e ICP, se indicado (INEM, 2020).

Já no SMI rapidamente incorporei os protocolos aí implementados que me ajudaram a prestar cuidados com qualidade e seguros.

Na abordagem ao doente crítico em ambiente de cuidados intensivos realizei uma avaliação cefalocaudal envolvendo os sistemas do corpo humano.

Relativamente a avaliação do nível de consciência, no paciente sem sedação recorri à Escala de Coma de Glasgow (GCS). Trata-se de uma escala que varia entre 3 e 15 pontos e que contempla a avaliação de três parâmetros de resposta: abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora (Pinho, 2020; Ponce & Mendes, 2019). Se doente sedado, estando a avaliação neurológica comprometida, avaliei o estado de consciência utilizando a escala Richmond agitation-sedation scale (escala RASS). Se além da sedação, o doente também estivesse curarizado era monitorizado do Índice Bi-Espectral (BIS). Este último trata-se de um sistema de monitorização neuro-fisiológica que continuamente analisa electroencefalogramas para determinar o nível de consciência. Ainda dentro da avaliação neurológica avaliei a resposta pupilar que consiste na observação do diâmetro pupilar e na resposta à estimulação luminosa de ambas as pupilas.

Todos os doentes críticos devem ter uma monitorização contínua com eletrocardiograma, pressão arterial e oximetria de pulso; devem ainda ser medidos os lactatos séricos e as variáveis bioquímicas (Lamas, 2015). Esta monitorização pode ser invasiva e não invasiva, contudo em cuidados intensivos que pela instabilidade do doente e pela necessidade de obter valores exatos e fidedignos a monitorização hemodinâmica é invasiva. Para Alves & Sampaio (2020, p. 74) a monitorização invasiva “requer obrigatoriamente a introdução de um CVC para vigilância do estado hemodinâmico venoso e dum cateter arterial para vigilância do arterial, com todos os riscos associados devido à iatrogenidade da técnica de implante ou dos riscos de infeção.”

A medição da pressão arterial é a “pedra angular da monitorização hemodinâmica” (Lamas, 2015, p. 176). Para a monitorização arterial invasiva é preciso um cateter intravascular, um sistema de monitorização eletromecânico com um tubo rígido, um transdutor de pressão, um sistema com soro heparinizado e, por fim um monitor que converte o sinal elétrico gerado pelo transdutor numa curva de pressão arterial. A monitorização arterial

invasiva permite a determinação instantânea da pressão arterial média (PAM). A PAM ótima varia conforme a causa da instabilidade hemodinâmica e a pressão arterial basal do paciente, contudo, como regra geral, a PAM alvo deve ser cerca de 90 mmhg num contexto de lesão cerebral e acima de 65 mmhg nas outras formas de choque (Lamas, 2015).

Realizei e interpretei gasimetrias, e efetuei os devidos ajustes em função dos achados (se hiperglicemia o doente iniciava perfusão de insulina, se potássio inferior a 3,3 o doente inicia reposição de potássio), porém perante resultados mais graves, nomeadamente em valores de lactatos e pressões parciais de oxigénio e dióxido de carbono era contactado o médico de serviço. A regularidade da sua realização depende do plano médico (realizado e ajustado diariamente) e da evolução clínica do doente.

Ainda no âmbito da monitorização do controlo da glicémia era realizado pelo menos 2 vezes por turno e quando necessário. A Associação Americana de Endocrinologia Clínica e a Associação Americana de Diabetologia recomendam o início de terapêutica com insulina por via endovenosa em infusão contínua em doentes na UCI quando a glicémia atinge 180mg/dl para manter valores entre os 140-180mg/dl (Ponce, 2015c).

A hiperglicemia em doentes não diabéticos, a que alguns chamam de hiperglicemia induzida pelo stress, é um achado comum na UCI. Os mecanismos fisiopatológicos incluem: o aumento da produção endógena de glicose, o aumento da resistência periférica à insulina, o efeito da nutrição entérica ou parentérica, o aumento de níveis hormonais endógenos (glucagon, catecolaminas, corticoides) ou iatrogenia (administração de corticoides) (Ponce, 2015c).

A necessidade da monitorização da glicémia capilar advém do facto de que “a hiperglicemia e não a presença de diabetes mellitus em si aumenta comprovada e significativamente o risco de morbilidade e mortalidade na UCI nas mais variadas patologias de base” (Ponce, 2015c, p. 305). A glicémia era avaliada simultaneamente com a gasimetria porque “os valores de glicemia capilar tendem a sobrestimar o valor da glicémia no plasma; no entanto, no doente com instabilidade hemodinâmica, sob medicação vasopressora, a hipoperfusão capilar aumenta a extração de glicose à periferia, o que associado ao facto de a glicose em sangue total ser cerca de 10% inferior à determinação no plasma, reduz os valores da glicémia. A anemia e o edema, contribuem igualmente para subestimar os valores da glicémia capilar” (Ponce, 2015c).

No doente crítico as necessidades nutricionais devem estar adequadas ao estado clínico do doente. O suporte nutricional adequado no doente crítico pode ser fornecido por via entérica e/ou parentérica, devendo esta ter uma carga energética e proteica ajustada às suas necessidades metabólicas.

Durante instância no SMI prestei cuidados a doente que faziam exclusivamente nutrição entérica (NE,) outros exclusivamente nutrição parentérica (NP) e outros mista.

Associado aos cuidados ao doente com NE era protocolo do serviço lavar a sonda no mínimo com 20ml de água e avaliar o resíduo gástrico de 4/4h. A NE era iniciada a um ritmo por indicação médica e estabelecido um ritmo alvo; em simultâneo o doente fazia uma glicose 10% via endovenosa e por turno o ritmo da perfusão da NE era aumentado em 10ml e o da glicose reduzido em 5ml. Mediante o protocolo do serviço até 250ml era considerado resíduo gástrico e um valor superior ou igual a 250ml era considerado estase gástrica. Se valores < 250ml o conteúdo era reintroduzido e, se \geq a 250ml o conteúdo era rejeitado, mas mantido o ritmo de perfusão. Se em 3 avaliações consecutivas o doente apresentasse estase iniciava eritromicina 250mg via endovenosa 6/6h; se após 2 tomas de eritromicina mantivesse resíduo gástrico \geq 250ml era colocada sonda nasojugal e o doente iniciava nutrição mista.

Nos doentes com instabilidade hemodinâmica geri drogas vasoativas, administrei fluidos como colóides e cristalóides, tendo sempre atenção aos efeitos secundários dos mesmos, procurando a estabilidade hemodinâmica do utente.

Outra intervenção autónoma que tive a possibilidade de realizar foi a gestão do balanço hídrico. Cada doente, em função do seu estado clínico, tinha um balanço hídrico prescrito (positivo, negativo ou neutro) e, ao longo do turno era função do enfermeiro gerir todos os líquidos administrados e eliminados pelo doente. Assim, sabendo o tipo de balanço preconizado para o doente alterei ritmos de perfusões de medicação (soroterapia, perfusão de furosemida) e fiz o registo horário de todas as entradas e saídas.

O transporte do doente crítico gera exposição a riscos adicionais, exigindo recursos materiais e humanos diferenciados e proporcionais ao risco de falência de órgão.

No período do estágio pude acompanhar no transporte intra-hospitalar do doente crítico (realização de TAC). O SMI, no que respeita às boas práticas no transporte do doente crítico, rege-se pelas “Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos”, um documento criado em conjunto com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e da Ordem dos Médicos publicado em 2008. O transporte de do doente crítico envolve três fases: decisão, planeamento e efetivação. A decisão, 1ª etapa do transporte, é sempre médica, na segunda e terceira etapa (Planeamento e Efetivação) acontecem pela colaboração estrita de uma equipa mais alargada (enfermeiro, assistente operacional e médico). Percebi que o planeamento era tão importante que o transporte efetivo e, que foi executado de acordo com as “Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos”, documento elaborado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e pela Ordem dos Médicos. Assim, foi reunido um conjunto de material (monitor de transporte; mala com equipamento e medicação de

ressuscitação e estabilização; insuflador manual; ventilador de transporte) assegurado se as seringas e bombas infusoras tinham bateria e se as perfusões tinham a quantidade adequada ao tempo que ia ser despendido no transporte.

Também participei na transferência de um doente para nível de cuidados II; a doente em questão já não reunia critérios de doente crítica pelo que teve alta e, sendo uma doente cirúrgica, foi transferida para uma Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico.

Ao longo dos estágios procurei orientar a minha prática no sentido de realizar procedimentos nunca antes realizados, melhorar técnicas e aproveitar as oportunidades de aprendizagem proporcionadas pelos tutores e restante equipa multidisciplinar. Assim, orientada pelos protocolos institucionais e normas da DGS, foquei sobretudo a minha atenção no doente sob ventilação mecânica, sobretudo sob ventilação mecânica invasiva e **prestei cuidados específicos ao doente ventilado**.

A ventilação mecânica substitui a atividade espontânea da ventilação, por incapacidade de o doente manter esta função vital. Pode ser instituída de forma invasiva e não invasiva, mediante as exigências do estado clínico e características do doente (Miguel & Mendes, 2020).

Para Mendes (2015, p.113) a ventilação não invasiva (VNI) é “uma forma de fornecimento de suporte ventilatórios sem a utilização de prótese traqueal (tubo orotraqueal, nasotraqueal ou cânula de traqueotomia) que permite uma maior autonomia e conforto do doente.

A ventilação mecânica invasiva (VMI) é uma técnica básica em medicina intensiva que através da utilização de ventiladores específicos e de uma interface invasiva (tubo endotraqueal ou traqueostomia permite reduzir o trabalho ventilatório e manter a oxigenação/ventilação. As evoluções técnico-científicas dos últimos anos no âmbito da VMI têm levado a uma mudança de paradigma: o objetivo deixou de ser a correção para valores normais da oxigenação e das alterações do equilíbrio ácido-base e o enfoque passou a ser na segurança e no conforto/sincronia, enquanto se mantém valores adequados à situação clínica do doente (Cruz & Martins, 2019; Mendes, 2015).

A maioria dos doentes do SMI são admitidos por falência respiratória, o que vem a culminar na necessidade de suporte ventilatório. São várias as indicações para o início da ventilação mecânica, sendo que é fundamental o enfermeiro estar alerta e ser conhecedor do material disponível, dos equipamentos envolvidos e dos procedimentos associados; é igualmente importante conhecer o ventilador, o seu modo de funcionamento e os parâmetros reguláveis (Miguel & Mendes, 2020).

Fundamentada na melhor evidência científica, normas e protocolos do serviço e na procura da excelência e qualidade dos cuidados de enfermagem fui capaz de prestar cuidados de forma autónoma ao doente sob VMI nomeadamente: verificar da pressão do cuff antes da higiene oral, realizar a higiene oral, aspiração de secreções na cavidade oral e brônquicas, tosse mecanicamente assistida, drenagem postural, substituição do fio de nastro alternando o lado da comissura labial, monitorização da pressão do cuff e observação do Raio X diário.

No que respeita à aspiração de secreções, tive a oportunidade de realizar esse procedimento pelo TET e traqueotomia. Executei novos métodos, nomeadamente aspiração subglóticas e o sistema fechado de aspiração traqueal; este último é o enquanto procedimento de eleição em situações de maior instabilidade, previne alterações fisiológicas decorrentes da aspiração (diminuição da saturação periférica de oxigénio), diminui o risco de contágio por dispersão de gotículas e aerossóis, impede o desrecrutamento alveolar e previne atelectasias.

No planeamento dos cuidados ao doente ventilado um dos principais aspetos que dei enfoque foi a prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI). A PAI é a pneumonia que surge em pessoa com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubada há menos de 48 horas (DGS, 2015b). Ainda participei na avaliação da adaptação do paciente ao ventilador (interpretação de valores hemodinâmico e gasimétricos) e realização dos ajustes necessários (alterar parâmetros ou modos ventilatórios).

No âmbito deste tema cumpro com as orientações explanadas na circular normativa nº 021/2015 da DGS, atualizada em 30/05/2017. As recomendações sobre a prevenção da PAI assentam essencialmente em seis intervenções:

- Reduzir diariamente e, se possível, a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico (Categoria IA);
- Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registando no processo clínico (Categoria IA);
- Manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, a não ser que exista alguma contraindicação, e o cumprimento desta medida deve ser registada no processo clínico (Categoria IIbA);
- Realizar a higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e tal procedimento deve ser documentado no processo clínico (Categoria IIA);
- Substituir os circuitos ventilatórios, apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes (Categoria IA);

- Manter a pressão do balão do tubo endotraqueal (cuff) entre 20 e 30 cmH₂O, e o valor deve ser registado em processo clínico (Categoria IIC).

O suporte ventilatório total é mantido durante o tempo necessário até à estabilização clínica, fazendo-se a transição a transição para uma forma de suporte ventilatório parcial o mais precocemente possível. A redução progressiva do suporte ventilatório que leva ao restabelecimento da capacidade de ventilação espontânea é designado de desmame ventilatório. Por sua vez a extubação ou descanulação corresponde à retirada da prótese ventilatória (Mendes, 2015).

Ao longo do estágio no SMI tive oportunidade de colaborar na extubação/descanulação de dois doentes. De acordo com a literatura existem quatro condições que nos indicam os doentes candidatos à realização do teste de respiração espontânea:

- Resolução da causa primária;
- Oxigenação adequada ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 150$ mmhg com $\text{PEEP} \leq 6$ cmH₂O);
- Estabilidade hemodinâmica com boa perfusão tecidual (ausência de arritmias, isquemia do miocárdio ou hipotensão requerendo suporte aminérgico significativo);
- Estado de consciência adequado (ausência de sedativos).

É também necessário assegurar: explicação de todo o procedimento ao paciente, um controlo adequado da dor, elevação da cabeceira da cama a 45°, suspender a alimentação entérica 1 hora antes da hora prevista da extubação, garantir ausência de secreções brônquicas na via aérea e preparação de insuflador manual com filtro e conectado ao oxigénio.

Reunidas estas condições avançamos para a realização do teste de respiração espontânea que consiste em “colocar o paciente com tubo em T ou pressão de suporte 7 cmH₂O durante 30 a 120 minutos” (Mendes, 2015, p. 108).

De seguida é feita uma apertada monitorização respiratória, hemodinâmica e gasimétrica no sentido de despistar precocemente alterações que possam surgir. De acordo com Mendes (2015):

- Se o paciente demonstrar boa tolerância ao teste de respiração espontânea ($\text{SpO}_2/\text{SaO}_2 > 90\%$ com $\text{FiO}_2 < 0,5$, subida da $\text{PaO}_2 < 10$ mmhg, Frequência respiratória < 35 cpm, Frequência cardíaca < 140 bpm e Pressão arterial sistólica entre 80 e 160 mmhg) deve ser considerada a extubação.
- Se o paciente não passar no teste de respiração espontânea, deve ser conectado novamente ao ventilador numa modalidade ventilatória que lhe proporcione conforto e eficazes trocas gasosas procurando identificar as potenciais causas da falência e

repetir teste em 24 horas. Se persistir falha no desmame considerar a traqueotomia a partir do décimo dia de ventilação mecânica.

No campo da **gestão diferenciada da dor e do bem-estar** da PSC e/ou falência orgânica, identifiquei as evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, demonstrei conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, garanti a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, demonstrei conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor e na gestão de situações de sedo-analgesia.

A dor constitui por si só o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. O controlo da dor é uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade (DGS, 2013) e um princípio básico que sustenta a prática de todos os profissionais de saúde (Estilita, 2015).

A dor é um fenómeno transversal a quase todos os processos patológicos que preocupa os profissionais de saúde; o papel da enfermagem no controlo da dor passa por uma intervenção farmacológica e não farmacológica (Costa, 2020).

A *International Association for the Study of Pain* define a dor como sendo “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a dano real ou potencial ao tecido”, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico (IASP, 2020).

Compete aos enfermeiros a responsabilidade de conhecer o fenómeno dor em toda a sua amplitude, desde manifestações clínicas, apresentação, subjetividades inerentes, processo de gestão e respetivo tratamento. Têm também a responsabilidade ética e profissional de promover um controlo da dor efetivo e seguro, o que implica a sua avaliação e reavaliação sistemáticas (Mota et al., 2020).

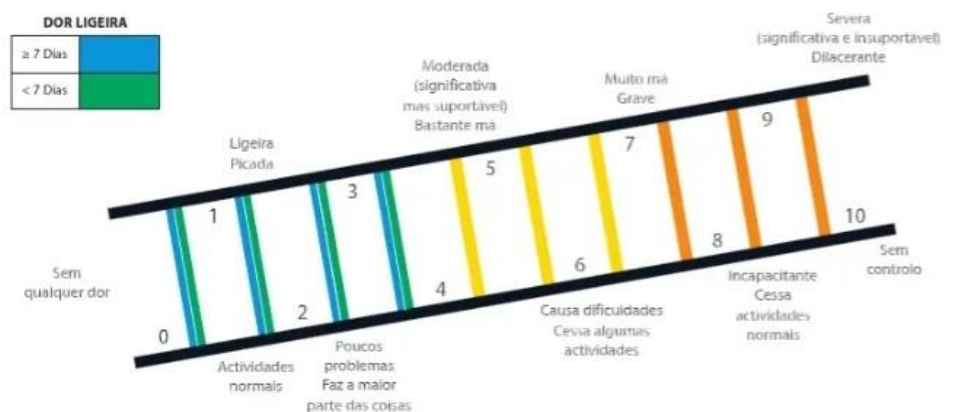
A dor e os efeitos da sua terapêutica devem ser valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital (DGS, 2013).

A complexidade do fenómeno dor e a subjetividade subjacente são as principais barreiras à sua correta avaliação. As escalas de avaliação são uma ferramenta importante para a sua monitorização e são cruciais para a eficácia do tratamento. A subjetividade inerente à avaliação e quantificação da dor apenas é ultrapassada quando a própria pessoa é capaz de descrever e avaliar com exatidão a sua dor (Mota et al., 2020).

A **avaliação e registo da dor** é a pedra angular para fornecer alívio e conforto ao paciente. Cuidados de enfermagem de alta qualidade não são possíveis sem a avaliação sistemática do nível de dor e desconforto.

No SU a primeira avaliação da dor ao doente é realizada na triagem. Não é um processo fácil, porque poderá haver doentes que se sintam pressionados a referir dor para justificar o ser recurso ao SU. Existem três tipos principais de instrumentos avaliação da dor: a Escala Descritiva Verbal (nenhuma, ligeira, moderada, severa), a Escala Visual Analógica (consiste numa linha reta que representa vários níveis de dor em que num extremo corresponde a sem dor e o outro extremo a maior intensidade de dor que pode existir) e Instrumentos Comportamentais da dor (resposta verbal, linguagem gestual, expressão facial, mudanças comportamentais, estado de consciência e alterações psicológicas) (Grupo Português de Triagem, 2010).

Não há um instrumento de avaliação da dor melhor que o outro. Todavia, a régua da dor tem um vasto conjunto de vantagens que a posicionam como sendo o instrumento ideal para utilização no SU nomeadamente: rápida e fácil de usar; mede a intensidade da dor e os seus efeitos nas funções normais; combina o uso de descritores verbais com uma escala visual analógica; promove o diálogo, o que, por sua vez, convence o doente de que a sua dor está a ser valorizada e produz uma classificação que facilita a avaliação contínua (Grupo Português de Triagem, 2010). (Figura 3).



Ao usar a Régua de Dor considera-se para efeitos de registo: Dor severa entre 8-10, dor moderada entre 5-7 e dor ligeira entre 1-4 (esta última independentemente da sua duração).

Figura 3 – Régua da dor.

Fonte: Site oficial do Grupo Português de Triagem disponível em <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

A dor em pacientes que não se conseguem expressar (doentes submetidos a ventilação mecânica), deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos. Baseadas em indicadores comportamentais foram desenvolvidas escalas para detetar e medir a dor em doentes críticos com um bom grau de fiabilidade e validade tal como: a Behavioural Pain Scale (BPS) a Critical Care Pain Observation Tool e a Escala de Indicadores Comportamentais de Dor (ESCID). No SMI do CHTV, EPE na avaliação da dor no paciente crítico submetido a sedação profunda, tratamento com bloqueadores neuromusculares, tetraplegia e polineuropatia utilizei a escala ESCID, uma escala que inclui 5 itens comportamentais (musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, adaptação ventilatória, conforto).

São critérios de exclusão para aplicação da Escala de Indicadores Comportamentais de Dor (ESCID): pessoa com capacidade para efetuar auto-avaliação da dor; pessoa em ventilação espontânea; pessoa com tratamento com bloqueadores neuromusculares; pessoa com tetraplegia; Pessoa em Situação Crítica com polineuropatia; pessoa em coma profundo por afetação metabólica; pessoa com Escala de Coma de Glasgow de 3; e pessoa em morte cerebral.

Tabela 4 – Escala de Conduta Indicativa de Dor (ESCID)

	0	1	2
Musculatura Facial	Relaxada.	Em tensão, testa franzida e/ou fâcies de dor.	Testa franzida habitualmente e/ou dentes cerrados.
Tranquilidade	Tranquilo, Relaxada, Movimentos normais.	Movimento ocasionais de inquietude e/ou mudança de posição.	Movimentos frequentes incluindo cabeça ou extremidades.
Tónus Muscular	Normal.	Aumentado. Flexão dos dedos das mãos e/ou pés.	Rígido.
Adaptação à ventilação mecânica (VM)	Tolera VM.	Tosse, mas tolera VM.	Luta contra o ventilador.
Conforto	Confortável e/ou Tranquilo.	Tranquiliza-se ao toque e/ou voz. Fácil de distrair.	Difícil de confortar ao toque e à voz.
0 Sem dor	1 - 3 Dor ligeira	4 - 6 Dor Moderada	8 - 10 Dor Intensa

Fonte: Procedimento do Serviço de Medicina Intensiva do CHTV, EPE: Interpretação da Escala de Campbel Modificada – ESCID

É vital para os enfermeiros entender que o impacto da dor não controlada durante a doença crítica pode-se estender para o tempo de recuperação de tal doença. Para Wiencek (2019) os benefícios do alívio efetivo da dor afetam vários sistemas orgânicos: cardiovascular (diminui a frequência cardíaca e pressão arterial), pulmonar (melhora a ventilação e respiração, capacidade de realizar exercícios respiratórios e tosse, diminui a incidência de complicações pulmonares), neurológico (redução da ansiedade e confusão mental, melhoria do sono), digestivo (melhoria no esvaziamento gástrico, aumento do apetite), musculoesquelético (deambulação precoce, redução das complicações relacionadas com a imobilidade).

Ainda no âmbito da avaliação da dor incorporei os resultados do Plano Nacional de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, nomeadamente a avaliação da dor a todos os doentes, pelo menos uma vez por turno e sempre que se justifique.

No **controlo e tratamento da dor** implementei medidas farmacológicas e não farmacológicas. Como medidas farmacológicas antecipei a dor pois “a prevenção da dor é mais eficaz do que o tratamento de dor previamente estabelecida (Estilita, 2015, p. 62), iniciei a terapêutica analgésica de uma forma gradual e estruturada seguindo a escada analgésica proposta pela OMS (figura 3).

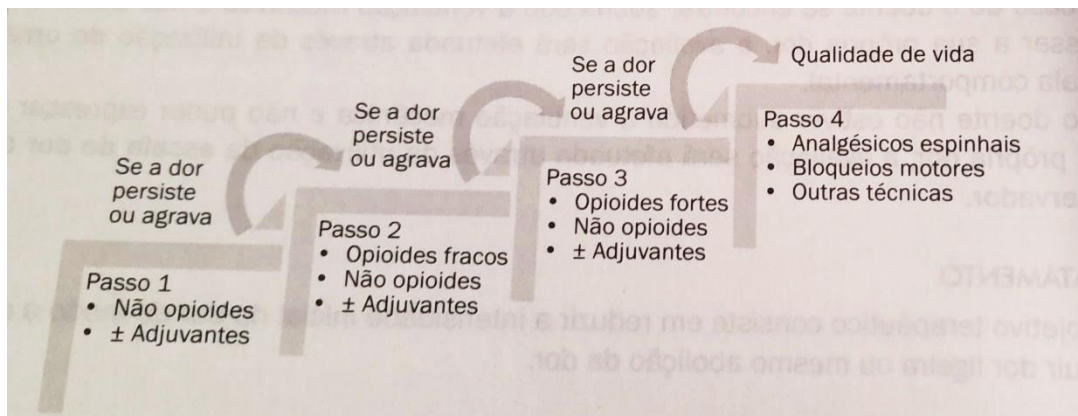


Figura 4 – Regras de administração de fármacos analgésicos, de acordo com a OMS

Fonte: Estilita, J. (2015). Analgesia, Sedação de Delirium. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coord.), Manual de Medicina Intensiva (pp. 61-69). Lidel.

Como medidas não farmacológicas procurei reduzir a ansiedade e potenciar os efeitos analgésico dos fármacos recorrendo a uma abordagem psicológicas mediante o toque, voz e atitude calma, empatia e explicação prévia dos atos diagnósticos e terapêuticos e utilizando meios físicos como a massagem, o alívio das zonas de pressão, os posicionamentos e ainda a aplicação de fio ou calor.

Toda a avaliação requer uma reavaliação e um registo associado só assim conseguimos investigar e ter a perceção da eficácia das nossas intervenções.

Em contexto de cuidados intensivos, às medidas não farmacológicas e farmacológicas implementadas à pessoa para alívio da dor e do stress, acrescenta-se outras estratégias para promover o bem-estar da pessoa a vivenciar situações críticas e/ou de falência orgânica, nomeadamente a sedação.

A **sedação** é um processo dinâmico determinado pela condição do doente em cada momento, ou seja, o nível desejado de sedação deve ser definido no início da terapêutica e reavaliado diariamente à medida que a situação clínica se altera. A sedação consiste no alívio da ansiedade/agitação, através da modulação de sinais do Sistema Nervoso Central. O objetivo da sedação em cada doente depende primariamente do processo agudo e das intervenções necessárias (Estilita, 2015).

A sedação do doente no SMI veio contrariar a minha ideia em relação ao tema; achava que todos os doentes estariam profundamente adormecidos, porém não era isso que acontecia; sempre que possível o doente era mantido com uma sedação mínima necessária para tolerar todos os dispositivos que o rodeavam e não comprometer a sua segurança. Tudo isto vem corroborar o pensamento de Monte (2020, p.115) que afirma a “sedação de um doente crítico deve ser evitada” (...) pois está associada a um “aumento do tempo de ventilação mecânica, do tempo de internamento e da mortalidade em cuidados intensivos”.

Para avaliar o nível de sedação utilizei a escala de RASS, que consiste numa escala validada para avaliar a qualidade e profundidade da sedação em utentes de UCI adultos, conforme exposto na Tabela 5.

Tabela 5 – Richmond agitation-sedation scale (RASS)

Escola	Termo	Descrição
+ 4	Combativo	Agressivo, violento
+ 3	Muito agitado	Puxa, remove tubos ou cateteres; agressivo
+ 2	Agitado	Movimentos involuntários frequentes, luta com o ventilador
+ 1	Irrequieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos
0	Alerta/Calmo	-
- 1	Sonolento	Não vigil, mas despertável à voz (contato visual > 10 segundos)
- 2	Sedação ligeira	Desperta com contato visual (< 10 segundos)
- 3	Sedação moderada	Movimento ou abertura de olhos à voz, sem contato visual
- 4	Sedação profunda	Sem resposta à voz, com movimento ou abertura de olhos à estimulação física
- 5	Não despertável	Sem resposta à voz ou estimulação física

Fonte: Estilita, J. (2015). Analgesia, Sedação de Delirium. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coord.), Manual de Medicina Intensiva (pp. 61-69). Lidel.

O nível de sedação varia com as necessidades de cada paciente; é da responsabilidade da Equipa de Médica a sua prescrição, porém é dever da equipa de enfermagem a monitorização, controlo e reavaliação, pelo menos uma vez por turno ou quando observada mudança, do nível de sedação pré-estabelecido bem como, o registo no processo clínico.

A titulação diária das necessidades individuais de cada paciente no ambiente de cuidados intensivos permite reduzir a sobressedação e o aparecimento de efeitos secundários associados, contribui para uma redução da duração da ventilação mecânica e o tempo de permanência na unidade (Estilita, 2015).

Na gestão de situações de sedo-analgesia, administrei os fármacos de acordo com o nível de escala de sedação prescrito; colaborei na aplicação de protocolos de sedação, nomeadamente no procedimento desmame/manutenção do sedativo ou interrupção diária.

Na abordagem ao doente crítico retive uma importante aprendizagem: a prestação de cuidados exige intervenções complexas e atempadas realizadas por uma equipa multidisciplinar em completa sintonia, como se de uma orquestra se tratasse. Reconheci,

antecipei e intervi nas complicações e focos de instabilidade que podem colocar a vida no paciente em risco. Planei e executei cuidados de enfermagem, autónomos e interdependentes de acordo com a situação clínica e prioridade de intervenção. Realizei ensinamentos pontuais ao utente, familiar de referência/cuidador, por forma a minimizar o impacto dos processos médicos/cirúrgicos e de transição saúde/doença inerentes.

3.2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Uma situação de catástrofe é um acontecimento súbito quase sempre imprevisível. Em Portugal a catástrofe é definida como um acidente grave, ou uma série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica), suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Decreto-Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto - segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil).

Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica, consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos existentes (Lopes, 2021).

Perante acidente grave, catástrofe, ou perigo de sua ocorrência, são desencadeadas operações de proteção civil, de acordo com os planos de emergência, com objetivo de promover a unidade de direção nas ações a desenvolver, melhorar a coordenação técnica e operacional dos meios a alocar e adequar as medidas de carácter excepcional a adotar. (Oliveira et al., 2012).

Face ao facto de durante a realização dos estágios não ter ocorrido nenhuma situação de catástrofe, acidente grave ou de exceção, para a aquisição desta competência foi especialmente relevante o contributo dos conteúdos lecionados na Unidade Curricular de Intervenção em Trauma e Catástrofe. Procurei igualmente obter conhecimento sobre o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil e sobre o Plano Interno de Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe da instituição.

O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC) é um instrumento de apoio às operações de proteção civil em caso de iminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental. De acordo com o definido na Lei de Bases da

Proteção Civil, este Plano classifica-se como geral, quanto à finalidade, e como nacional, quanto à área geográfica de abrangência.

O PNEPC articula-se, diretamente, com os Planos Regionais e Distritais de Emergência de Proteção Civil, e, indiretamente, com os Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil.

O CHTV tem um Plano Hospitalar de Emergência Externa (PHEE), revisto e atualizado em fevereiro de 2019 que visa dar resposta à necessidade de mobilização e rentabilização de recursos, no contexto de uma ocorrência inesperada com afluência extraordinária e significativa de utentes ao SU e, instituir cadeias de responsabilidade, comunicação e gestão.

Este plano contempla dois níveis diferentes de atuação: por índice de rutura (quando a afluência ao serviço de urgência for superior a 30% das urgências habituais em 3 horas), ou por índice de catástrofe (quando for superior a 50% das urgências habituais em 4 a 5 horas).

No PHEE do SUP do CHTV, EPE estão consideradas três fases de resposta, sequenciais e progressivas, onde cada fase só será iniciada depois de esgotada a anterior e desde que esta se mostre insuficiente. A Fase A (Fase de prevenção) é ativada e gerida pelo Chefe de Equipa; a Fase B (Fase de mobilização) é ativada depois de esgotada a fase anterior e é gerida pelo Diretor do SUP, ao passo que a Fase C (Prolongamento das Fases A e B) preparam o hospital para uma catástrofe comunitária sendo ativada pelo Diretor Clínico.

O PHEE do SUP inclui ainda a existência de cartões de Tarefas ("Action Cards") e a "trouxa de catástrofe", ambos localizados na SE. Os cartões de tarefas definem as funções de cada elemento da equipa/entidades/gabinetes/serviços em situação de catástrofe. E a "trouxa de catástrofe", que deve ser mobilizada pelo chefe de equipa. É um "kit" que contém 150 envelopes numerados, cada um com uma ficha de avaliação em catástrofe, impressos e pulseiras identificativas com as cores da triagem. De acordo com o PHEE, nesta fase os utentes são triados pelo fluxograma "catástrofe - avaliação primária" do Sistema de Manchester.

A triagem em catástrofe visa classificar a prioridade clínica das vítimas, com base na sua queixa principal e priorizando o atendimento daqueles com grau de risco elevado e é utilizada em situações em que a emergência ultrapassa a capacidade de resposta da equipa de socorro (Lopes, 2021).

3.3 – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

O Controlo da infeção hospitalar é tao antigo quanto a origem dos hospitais, dando os primeiros passos ainda na Idade Média. São vários os nomes que marcaram a evolução histórica do controlo de infeção a nível mundial destacando-se o de Florence Nightingale, que em 1863 (Guerra da Crimeia) institui um conjunto de cuidados relacionadas com os doentes (dieta adequada, individualização dos cuidados, redução do número de camas por enfermaria) e com o ambiente (limpeza, condições sanitárias, ventilação, temperatura) que culminaram com a diminuição da taxa de mortalidade em 45% (Silva, 2013, cit. por Pereira, 2019).

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são questões intimamente relacionados e de crescente importância a nível mundial (Rocha et al., 2019).

A IACS é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007).

São também definidas como sendo qualquer infeção adquirida 48 horas após a admissão da pessoa na instituição hospitalar e que se manifesta durante o internamento ou após a alta (Pinho, 2020).

As IACS são responsáveis por internamentos mais prolongados, ausências laborais, agravamento das incapacidades prolongadas, aumento da resistência a antibióticos, aumento das taxas de morbimortalidade, consumo acrescido dos recursos hospitalares e comunitários, para além dos custos indiretos, como a qualidade de vida, dor e sofrimento dos utentes e famílias (Pais, 2019; Rodrigues, 2019b).

As IACS assumem uma peculiar relevância na PSC pois são considerados eventos adversos que colocam em causa a segurança do paciente. A gravidade da sua situação clínica, a sua própria condição imunológica acrescida de uma panóplia de intervenções e de dispositivos médicos tornam-no um alvo fácil a potenciais infeções. Assim sendo, e devido ao seu impacto, a implementação de medidas de precaução básicas de controlo de infeção mediante elaboração de políticas, procedimentos, normas ou recomendações, bem como programas de vigilância epidemiológica, formação e sensibilização dos profissionais de saúde e da comunidade são a chave para a segurança do doente e maiores ganho em saúde (Pais, 2019; Pereira, 2019).

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) são recomendações de boas práticas cujo objetivo é garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde e a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos. O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco” (DGS, 2012).

De acordo com Norma nº 029/2012 da DGS, atualizada a 31/10/2013, as PCBI têm por base uma abordagem multimodal que engloba 10 componente:

- A colocação dos doentes: avaliação do risco de transmissão cruzada;
- A higiene das mãos: a medida mais importante de redução na transmissão de microrganismos;
- A etiqueta respiratória: medidas destinadas a conter secreções respiratórias e minimizar a transmissão de agentes infecciosos;
- A utilização de equipamentos de proteção individual (EPI): proporcionar proteção adequada aos profissionais;
- Descontaminação do equipamento clínico: fonte de contaminação de forma indireta;
- O manuseamento da roupa: considerar contaminada após o uso;
- A recolha segura dos resíduos: triagem correta no local de produção;
- As práticas seguras na preparação e administração de injetáveis: técnica asséptica e uso de embalagens de dose única;
- Exposição a agentes microbianos no local de trabalho: risco de exposição pelos profissionais de saúde.

Durante o estágio foi minha preocupação o tema da IACS. Sou consciente do seu impacto na qualidade de vida do doente e socioeconómico do país, pelo que com base na melhor evidência científica e no Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos institucional procurei intervir na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. A origem das IACS é multifatorial e uma estratégia de prevenção integrada e ampla constitui a melhor arma de combate, deste modo promovi e instituí uma cultura de segurança baseada na adoção de normas, estabelecidas em função do risco para minimizar a transmissão da infeção

Assim, ao longo do estágio procurei desenvolver uma prática clínica segura e, no meu ponto de vista adotei as medidas recomendadas pela DGS e OMS nomeadamente:

1. Utilizei os EPI adequados ao risco associado ao procedimento a efetuar.

Os EPI são uma diversidade de barreiras protetoras, que tem o objetivo de proteger as mucosas, pele e roupa do contato com agente infecciosos e incluem luvas, batas, máscaras, respiradores, óculos, viseiras e aventais ou batas. A sua seleção é da responsabilidade de cada profissional, tendo em conta o procedimento a realizar, tipo de intervenção prevista com o utente e risco de exposição a sangue, fluidos orgânicos ou outras exposições patogénicas (Duarte & Martins, 2019).

Todos os EPI foram utilizados tendo em conta o procedimento a realizar e o tipo de interação prevista com o doente. Utilizei-os sempre nas situações em que é preconizado (sempre que seja previsível a exposição a sangue, fluidos orgânicos ou outras exposições patogénicas), respeitando as normas de boas práticas, evitando o uso indevido e assegurando a sustentabilidade dos recursos (Rodrigues, 2019c).

2. Adotei do modelo da OMS para a higiene das mãos

As mãos são o principal veículo de transmissão de infeção devido aos microrganismos existentes na flora residente e transitória. Podem ser encontradas, em determinado momento, entre 2 a 10 milhões de microrganismos nos antebraços e mãos de um ser humano (Flora residente). A flora transitória é formada por microrganismos que se encontram na pele, em consequência do contato com superfícies, com o doente ou profissionais de saúde (Contreiras, 2019).

A Higiene das Mãos é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução da IACS, mas tem de ser associada às restantes medidas que compõem as PBCI. Os profissionais de saúde têm o dever ético e deontológico de higienizar as mãos no âmbito da prestação de cuidados de saúde, de acordo com o modelo dos “5 momentos” preconizado pela OMS (World Alliance for Patient Safety, 2009).

A DGS na sua circular normativa nº 13/DQS/DSD de 16/10/2019 (Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde) com o objetivo de interromper eficazmente a transmissão de microrganismos durante a prestação de cuidados apresenta cinco momentos para a higiene das mãos: antes do contato com o doente (Categoria IB), antes de procedimentos limpos ou assépticos (Categoria IB), após o risco de exposição a fluidos orgânicos (Categoria IA), após contato com o doente (Categoria IB) e após contato com o ambiente envolvente do doente (Categoria IB).

O método mais eficaz para o fazer é a lavagem com antissépticos ou a desinfecção alcoólica das mãos. A higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) surge como a forma mais rápida e eficaz de desinfetar as mãos (Categoria IA) e deve ser realizada no local onde se vão prestar os cuidados de saúde diretos (Contreiras, 2019).

3. Integrei as boas práticas seguras dando cumprimento aos “feixes de intervenção” para Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos;

Os “Feixes de Intervenções” ou “bundles” são um conjunto de intervenções que, quando implementadas de forma integrada, promovem a melhoria dos resultados, com maior impacto quando comparado com a aplicação de cada uma das intervenções individualmente (DGS, 2015b).

A DGS define 4 conjuntos de feixes de intervenções: os “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, os “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central, os “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, os “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico.

Estas intervenções inserem-se no Objetivo Estratégico “5.3 Reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” do Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.

A **PAI** é a infeção adquirida em UCI mais frequente, sendo responsável por aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade. Como já referido anteriormente surge em pessoa com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubada há menos de 48 horas (DGS, 2015b).

Ao longo do estágio tive presente esta problemática, executei e evidenciei com registo adequado as intervenções que constam da circular normativa nº 021/2015 que foi atualizada em 17/11/2022. Assim, mantinha a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, a não ser que existisse alguma contraindicação, e registava o cumprimento desta medida no processo clínico (Categoria IIbA). Realizada higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia e sempre que necessário, em todos os doentes, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e registava a sua execução no processo clínico (Categoria IIA) para prevenir a colonização do trato oral e digestivo. Substituí os circuitos ventilatórios, apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes (Categoria IA) e mantinha a pressão do cuff da prótese ventilatória (tudo endotraqueal (TET) ou traqueostomia) entre 20 e 30 cmH₂O, e o valor ficava registado em processo clínico (Categoria IIC).

O cateterismo venoso consiste na inserção de um cateter numa veia para fins terapêuticos ou diagnósticos. O cateter pode ser inserido numa veia periférica/superficial (cateterismo venoso periférico) ou numa veia de grande calibre (cateterismo venoso central); ambos podem ser uma importante fonte de infeção, tanto localizada como sistémica (Rocha et al., 2019).

Na prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao cateterismo venoso central ou periférico procurei cumprir a Norma n.º 022/2015 de 16/12/2015 da DGS, atualizada a 29/08/2022, pelo que realizei sempre: higiene das mãos antes da manipulação do CVC (Categoria IA), utilizei a técnica no-touch nos pontos de acesso ao mesmo (Categoria IB), descontaminei as conexões com material de uso único e estéril, com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, por fricção durante 15 segundos, antes do seu manuseamento local (Categoria IA) e usei a técnica assética, com clorexidina a 2% em álcool, na realização do penso (Categoria IA) (DGS, 2015c). Todo o circuito (linhas e sistemas de perfusão) era substituído a cada 96h.

À semelhança do CVC tive os mesmos cuidados na manipulação dos cateteres venosos periféricos e linha arterial.

No procedimento de **cateterismo vesical** cumpro a técnica assética e de conexão ao sistema de drenagem (categoria IB); cumpro a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado (Categoria IB), mantive o cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga, e assegurando o esvaziamento sempre que atingida 2/3 da sua capacidade (Categoria IB) (DGS, 2015d).

O *Staphylococcus aureus* permanece uma das principais causas de infeções da comunidade e sobretudo associadas a cuidados de saúde. Atualmente, o *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) é o agente etiológico mais frequente de IACS resistentes a antimicrobianos no mundo, pelo que as medidas de prevenção e controlo de colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina tornaram-se um desafio terapêutico à escala global (DGS, 2014b).

A 09 de dezembro de 2014 a DGS emanou a **Norma “Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados”**, atualizada a 27/04/2015, onde contam um conjunto de medidas que visam diminuir o risco de infeção associado ao MRSA e que coloquei em prática nos estágios, principalmente no SMI. Assim a todos os doentes internados em unidades de cuidados intensivos realizei a higiene corporal

(incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhetes nos primeiros 5 dias após admissão (Categoria IB).

A todos os doentes internados no SMI e com tubo ou cânula endotraqueal realizei a higiene oral, pelo menos três vezes por dia com gluconato de clorohexidina a 0,2% (Categoria IA).

Neste âmbito ainda era prática no SMI realizar a pesquisa ativa (rastreamento) de portadores de MRSA aos doentes transferidos de outras unidades hospitalares com internamento nessa unidade de saúde superior a 48 horas.

Em todos os momentos de prestação de cuidados **respeitei e cumpri os princípios da prevenção da infeção**, tendo em conta os recursos existentes e o tempo útil disponível em cada situação, procurando assim promover um ambiente de cuidados seguro.

A prevenção das IACS é um dever ético e deontológico. A responsabilidade pela prevenção e controlo das IACS é multidisciplinar, individual e coletiva, pelo que é fundamental a consciencialização de todos os profissionais que assistem o paciente do importante papel que desempenham (Duarte & Martins 2019).

A prevenção é incontestavelmente a melhor forma de combate às IACS. Cabe aos gestores/administradores dos hospitais oferecer condições (recursos humanos e materiais), para uma prática segura e investir na formação baseada na melhor evidência científica de todos os seus colaboradores, desde os serviços gerais até as equipas que prestam cuidados de saúde diretos.

Os profissionais de saúde contam com a colaboração de uma equipa multidisciplinar especializada (Unidade Local de Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) responsável pela elaboração de políticas organizacionais, criação de protocolos e normas técnicas, gestão racional do uso de antimicrobianos e dão o seu contributo na formação dos colaboradores da instituição para reduzir as taxas de infeção hospitalar. Ainda supervisionam as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos; promovem e corrigem práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental.

Parte II – Investigação

**PAPEL DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA PESSOA EM
SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: UMA REVISÃO *SCOPING***

Resumo

Introdução: A educação pré-operatória é uma poderosa ferramenta com efeito positivo no processo, recuperação e segurança cirúrgica: os utentes percebem melhor a sua responsabilidade na reabilitação e colaboram mais nos cuidados pós-operatórios. O papel do enfermeiro e as intervenções de enfermagem administradas nesta etapa crucial do perioperatório favorecem a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa que vai enfrentar um procedimento cirúrgico.

Objetivo: Mapear e sintetizar a evidência científica disponível na literatura sobre o papel do Enfermeiro na Educação Pré-operatória da Pessoa em Situação Perioperatória.

Métodos: Realizou-se uma Revisão *Scoping* de acordo com a metodologia Joanna Briggs Institute. Dois investigadores independentes realizaram a seleção dos estudos, extração e síntese de dados, com base nos objetivos e nas questões de investigação definidas. Os resultados são apresentados com recurso a diagrama (PRISMA Flow Diagram), tabelas de evidências e uma síntese narrativa.

Resultados: Foram incluídos 12 artigos no corpus do estudo que revelam que o papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória passa por identificar as necessidades informativas, físicas, psicossociais e emocionais e desenvolver respostas adaptativas, adequando as suas intervenções e garantindo a satisfação, a consciência crítica e o empoderamento do paciente e/ou família/pessoa de referência com vista a uma participação ativa na recuperação cirúrgica e à segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Conclusão: O Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória é preponderante e marca todo o processo cirúrgico: mais do que a preparação física a sua ação é determinante na avaliação das necessidades e elaboração de um plano de cuidados especializado e individualizado de alta qualidade.

Palavras chave: educação pré-operatória, cuidados de enfermagem, pessoa em situação perioperatória

Abstract

Introduction: Preoperative education is a powerful tool with a positive effect on the surgical process, recovery and safety: patients better understand their responsibility in rehabilitation and are more collaborative in postoperative care. The role of the nurse and the nursing interventions administered in this crucial perioperative stage favor the efficiency and quality of care provided to the person facing a surgical procedure.

Objectives: To map and synthesize the scientific evidence available in the literature on the role of the Nurse in the Preoperative Education of the Person in Perioperative Situation.

Methods: A scoping review was conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology. Two independent researchers performed study selection, data extraction and synthesis based on the objectives and research questions. The results are presented using a PRISMA Flow Diagram, evidence tables and a narrative synthesis.

Results: Twelve articles were included in the corpus of the study that reveal that the role of the Nurse in Preoperative Education is to identify the informational, physical, psychosocial and emotional needs and develop adaptive responses, adapting their interventions and ensuring the satisfaction, critical awareness and empowerment of the patient and / or family / caregiver with a view to active participation in surgical recovery and the safety and quality of care provided.

Conclusion: The role of the nurse in the preoperative education of the person in a perioperative situation is preponderant and marks the entire surgical process: more than physical preparation, their action is decisive in assessing the needs and elaborating a specialized and individualized care plan of high quality.

Keywords: preoperative education, nursing care, person in perioperative situation

Resumen

Introducción: La educación preoperatoria es una poderosa herramienta con un efecto positivo en el proceso quirúrgico, la recuperación y la seguridad: los pacientes son más conscientes de su responsabilidad en la rehabilitación y colaboran más en los cuidados postoperatorios. El papel de la enfermera y las intervenciones de enfermería administradas en esta etapa perioperatoria crucial favorecen la eficacia y la calidad de los cuidados prestados a la persona que se enfrenta a una intervención quirúrgica.

Objetivos: Mapear y sintetizar la evidencia científica disponible en la literatura sobre el papel de la Enfermera en la Educación Preoperatoria del Perioperatorio.

Métodos: Se realizó una revisión de alcance según la metodología del Instituto Joanna Briggs. Dos investigadores independientes realizaron la selección de estudios, la extracción de datos y la síntesis en función de los objetivos y las preguntas de investigación. Los resultados se presentan mediante un diagrama de flujo PRISMA, tablas de evidencia y una síntesis narrativa.

Resultados: Doce artículos fueron incluidos en el corpus del estudio que revelan que el papel de la Enfermera en la Educación Preoperatoria es identificar las necesidades informativas, físicas, psicosociales y emocionales y desarrollar respuestas adaptativas, adaptando sus intervenciones y garantizando la satisfacción, conciencia crítica y empoderamiento del paciente y/o familia/cuidador con vistas a la participación activa en la recuperación quirúrgica y en la seguridad y calidad de los cuidados prestados.

Conclusiones: El papel de la enfermera en la educación preoperatoria de la persona en situación perioperatoria es preponderante y marca todo el proceso quirúrgico: más que en la preparación física, su actuación es decisiva en la valoración de las necesidades y en la elaboración de un plan de cuidados especializado e individualizado de alta calidad.

Palabras Clave: educación preoperatoria, cuidados de enfermería, persona en situación perioperatoria

Introdução

No percurso da vida da pessoa vários são os obstáculos que vão exigir capacidade de adaptação e resiliência. Um desses obstáculos são as doenças, que quase sempre colocam o indivíduo perante uma situação de ameaça. A doença por si só pode por em causa o bem-estar físico e psicológico da pessoa, acrescida a necessidade de hospitalização e intervenção cirúrgica esta ameaça é potencializada podendo interferir no seu tratamento e na sua reabilitação.

A intervenção cirúrgica é um método de tratamento invasivo passível de cursar com grandes mudanças na vida do paciente (Gürler et al., 2022). Para Dawson (2003) uma cirurgia pode inclusive ser um dos acontecimentos mais desgastantes da vida de um indivíduo.

Os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios desenvolvem-se num método padronizado de boas práticas onde configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico (Ordem Enfermeiros, 2017).

A esfera de cuidados de enfermagem perioperatórios estende-se além do bloco operatório, pois antecede e precede a intervenção cirúrgica. Com vista à excelência dos cuidados, o enfermeiro perioperatório estabelece uma interação e relação de ajuda entre a pessoa em situação perioperatória, planeia cuidados, intervém e avalia os padrões de resposta e resultados, dando início ao processo de enfermagem. Este processo inicia-se na consulta pré-operatória, na visita pré-operatória e termina na consulta pós-operatória (Freitas et al., 2021).

A educação pré-operatória é um momento essencial, pois permite envolver o utente no seu próprio processo cirúrgico através da transmissão de informações que têm como foco principal a melhoria da preparação pré-operatória e diminuição dos riscos de complicações no pós-operatório (Breda, 2019).

É reconhecido ao enfermeiro o profissional que, ao estar preparado e sendo detentor da informação que o doente carece, deve, legal e moralmente, informá-lo, através de uma linguagem acessível, acerca dos cuidados de enfermagem que serão prestados ao longo de todo o período perioperatório (Gonçalves et al., 2017), porém os dados relativos ao papel do enfermeiro estão dispersos e fragmentados na literatura o que dificulta o acesso ao conhecimento dos profissionais de saúde, em particular dos Enfermeiros. É neste contexto que emergem as questões às quais se pretende dar resposta e que justificam a definição de

boas práticas para a assistência de enfermagem no período perioperatório. Por essas razões, foi realizada uma Revisão *Scoping* para mapear sistematicamente a pesquisa realizada nesta área, bem como identificar eventuais lacunas de conhecimento existentes. Assim, partimos das seguintes questões de investigação:

- Qual o Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória?
- Quais as Intervenções Educativas Pré-Operatórias realizadas por enfermeiros?

A Revisão *Scoping* teve como objetivo identificar e mapear a evidência científica disponível na literatura sobre o Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória.

1 – Enquadramento teórico

Os cuidados de Enfermagem perioperatórios sempre estiveram presentes no cuidado à pessoa que é submetida a uma intervenção cirúrgica e, deste modo, não se pode ocultar o facto da própria história e evolução da enfermagem perioperatória estar muito próxima da história da cirurgia, da história dos hospitais e da história da própria Enfermagem (Freitas et al., 2021).

O Perioperatório abrange toda a experiência cirúrgica e divide-se em períodos que começam e terminam em determinados pontos na sequência de eventos do procedimento cirúrgico. O período pré-operatório, fase de preparação física e psicológica da pessoa para a cirurgia, começa com a decisão de realizar a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a sala de operações; nesta primeira etapa o objetivo é que o paciente esteja o mais saudável possível, para isso é necessário avaliar e corrigir os fatores de risco que possam contribuir para as complicações pós-operatórias e para retardar a recuperação cirúrgica. O período intraoperatório começa quando o paciente é transferido para a mesa cirúrgica e termina quando este é admitido na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). O período pós-operatório começa com a admissão na UCPA e termina quando o paciente está recuperado da cirurgia (Regulamento nº 429/2018, 2018; Hinkle & Cheever, 2020).

Nos últimos anos, o conceito de enfermagem perioperatória evoluiu, tornando-se mais centrado no utente, uma vez que espelha a preocupação de aproximar a prática das necessidades dos utentes (Arakelian et al., 2011).

A enfermagem perioperatória deixou de estar condicionada à intervenção dos profissionais do bloco operatório, mas orientada à pessoa em situação perioperatória. Esta é que determina a necessidade e o direito a cuidados especializados e individualizados, prestados por profissionais qualificados. Esta evolução de pensamento veio favorecer os cuidados perioperatórios estruturados no processo de enfermagem, ao identificar diagnósticos de enfermagem individualizados, planear e intervir através de cuidados perioperatórios adequados, manter a continuidade no momento de transcrição de cuidados e avaliar os resultados em saúde visíveis e comparáveis (Freitas et al., 2021).

Cada período operatório inclui as mais diversas atividades que o enfermeiro realiza, tanto pelo processo de enfermagem quanto pelos padrões de práticas recomendadas da Association of periOperative Registered Nurses, anteriormente chamada de Association of

Operating Room Nurses, e a American Society of PeriAnesthesia Nurses (Hinkle & Cheever, 2020), e contempla um conjunto vasto de intervenções de enfermagem prestadas com o objetivo de assegurar os melhores e mais adequados cuidados ao paciente cirúrgico proporcionando-lhe uma experiência cirúrgica o menos traumática possível. Nesta área de atuação, entende-se que os enfermeiros deverão ter saberes e competências específicas e aplicar as normas do processo de enfermagem que visam diminuir o risco cirúrgico e promover o bem-estar do utente (Mendes, 2020).

A prestação de cuidados no período perioperatório é complexa, envolve uma equipa multidisciplinar e um conjunto de intervenções que devem ser otimizados para cada utente individualmente (Matos et al., 2021).

Ao longo das diferentes fases o enfermeiro deve identificar as necessidades do utente, recorrendo a uma avaliação sistemática e aplicando a melhor evidência à sua prática. Todas estas etapas exigem do enfermeiro competências específicas e constituem um desafio, cujo objetivo principal é a melhoria dos cuidados prestados, a segurança e a satisfação do utente (Castanheira, 2014).

Num contexto de atuação multiprofissional na equipa de saúde, o enfermeiro perioperatório estabelece uma relação e colaboração entre os pares e outros profissionais, com a implementação de intervenções interdependentes iniciadas por outros técnicos da equipa e intervenções autónomas iniciadas pela prescrição do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2012). A ação do enfermeiro perioperatório é, segundo a Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (AESOP), “o conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar” (AESOP, 2012, p. 108).

Este contexto da prática perioperatória, engloba não só os cuidados de enfermagem prestados nas fases que medeiam a cirurgia, como também contempla intervenções consideradas mais avançadas como a educação do paciente, o aconselhamento, a recolha de dados, o planeamento de cuidados e a sua avaliação (Freiberger & Mudrey, 2011).

Os enfermeiros devem investir no fortalecimento da informação acerca dos cuidados de enfermagem ao longo do período perioperatório. Esta integra uma área autónoma da profissão, relevante na prestação de cuidados de qualidade (Gonçalves et al., 2017).

O enfermeiro tem um papel crucial na experiência cirúrgica do paciente durante o período perioperatório, pois é ele que inicia e apoia todo o processo de adaptação à nova situação e ambiente (Dawson, 2003; Malley et al., 2015).

O enfermeiro perioperatório tem a responsabilidade de promover resultados positivos a ajudar a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar e assegurar um padrão

de excelência no cuidar antes, durante e após o procedimento cirúrgico de acordo com as necessidades da pessoas e boas práticas baseadas na evidência científica. O enfermeiro age em contexto de vigilância antecipatória como forma de minimizar as complicações e eventos adversos e, simultaneamente tem competências na gestão dos riscos e das consequências possíveis e prováveis de cada decisão ou ato (Associação de Enfermeiros de Sala de Operações, 2015, cit. por Freitas et al., 2021).

Há uma necessidade iminente de instruir os utentes no período pré-operatório e sobre os cuidados no pós-operatório, no sentido de diminuir a sua ansiedade e promover o autocuidado (Barel et al., 2018; Mulugeta et al., 2018).

O'connor et al. (2020) desenvolveram um estudo cujo principal objetivo foi determinar o nível percebido de preparação para a cirurgia. Como principais resultados dos estudos apontam: existência de lacunas de informação pré-operatória para a educação do paciente e da família e asseguram que a melhorar a preparação para a cirurgia tem o potencial de melhorar os resultados clínicos, aumentar a qualidade e a satisfação do paciente, diminuir o tempo de permanência e reduzir o tempo de terapia adjuvante.

A educação não é mais uma escolha, mas um requisito para oferecer práticas seguras e respeitar os direitos dos pacientes (Dina et al., 2004).

A educação pré-operatória é parte importante da profissão do enfermeiro cirúrgico (Pettersson et al., 2017).

A educação pré-operatória vai para além da preparação física para a cirurgia. A avaliação psicossocial pré-operatória deve ser incorporada à prática de enfermagem e nela devem ser abordados assuntos como o medo de complicações, a preocupação com a família, o medo da dor pós-operatória, a mudança de ambiente e os resultados da operação (Mulugeta et al., 2018).

Os benefícios da educação pré-operatória, físicos e psicológicos, são identificados por vários autores em diversos estudos: maior mobilidade no pós-operatório imediato e redução do tempo de permanência hospitalar e conseqüentemente os custos associados aos cuidados de saúde (Jones et al., 2022); pacientes mais informados percebem melhor a sua responsabilidade na recuperação e colaboram mais nos cuidados pós-operatórios, o que favorece o processo cirúrgico e a melhoria dos outcomes (Cooke et al., 2016; Mendes et al., 2020; Koivisto et al., 2020); reduz significativamente a ansiedade, a depressão, a dor e os medos em relação à experiência cirúrgica, ajuda os pacientes a manter a calma e enfrentar a situação de forma positiva e melhora o conhecimento e a satisfação (Fink et al., 2013; Kalogianni et al., 2016; Ng et al., 2022; Feninets et al., 2022).

A avaliação pré-operatória de enfermagem pode ser entendida como uma poderosa ferramenta para identificar e documentar os fatores de risco do utente – sendo esta intervenção crucial na antecipação do risco cirúrgico; promove informação preponderante para o utente assim como possibilita a gestão das suas expectativas ao longo de todo o percurso cirúrgico (Malley et al., 2015).

A educação pré-operatória é aplicada para preparar o paciente física e psicologicamente, assim como manter a sua segurança. As explicações e demonstrações para cada paciente são individualizadas, levando em consideração quaisquer preocupações e necessidades de aprendizagem específicas. O enfermeiro deve explicar e fazer demonstrações para o paciente sobre os procedimentos, fornecer tempo suficiente para as perguntas e incluir explicações sobre as sensações que o paciente terá. Saber o que esperar ajuda o paciente a prever reações e a alcançar um grau superior de relaxamento (Hinkle & Cheever, 2020).

Para Feninets et al. (2022) a intervenção educativa pré-operatória de enfermagem e a promoção da alfabetização em saúde são parte integrante da assistência de enfermagem e sua implementação pode ser facilitada pelo desenvolvimento de protocolos educativos.

O nível de preparação do doente na fase pré-operatória vai determinar a evolução ao longo de todo o processo cirúrgico. Os enfermeiros, são quem mais tempo passa com os pacientes, devendo por isso assumir uma posição privilegiada em relação à informação ao doente e família. Neste sentido é de extrema importância a sistematização do seu papel na educação pré-operatória da pessoa em situação perioperatória.

2 – Métodos

O movimento da Prática Baseada na Evidência (PBE) é um campo em expansão (Peters et al., 2020). Foi fortemente desenvolvido no início da década de 1990 na área da Medicina, mas, devido ao seu positivo impacto na prática clínica, foi rapidamente adotado por outras áreas da saúde, nomeadamente pela Enfermagem (Rodrigues & Cardoso, 2017).

A PBE constitui a aplicação dos resultados das melhores pesquisas disponíveis (evidências) na tomada de decisões sobre os cuidados de saúde. A prática baseada na intuição ou na informação sem base científica não é segura, ao passo que a PBE é um passo crucial para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde (Peters et al., 2020).

A Revisão *Scoping*, também chamada de revisão de mapeamento, é considerada uma nova abordagem de evidência científica. É uma metodologia de investigação com o objetivo de mapear evidências subjacentes a um campo de pesquisa, identificar os tipos de evidência científica disponíveis, as principais características, fatores relacionados a um conceito ou lacunas de conhecimento existente, esclarecer conceitos-chave, constituir um exercício preliminar que justifique a realização de uma revisão e relatar os tipos de evidências que abordam e informam a prática em uma área de tópico. A Revisão *Scoping* visa, apenas, mapear a evidência científica existente, e como tal, não exige a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos (Peters et al., 2020).

Esta revisão foi redigida tendo por base o Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018) e projeta o método proposto pela Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020). O protocolo da revisão foi realizado e seguido pelos autores embora não tenha sido publicado e/ ou registado. Contudo, foi apresentado em forma de póster no 1º Congresso Internacional de Saúde Global que decorreu nos dias 28 e 29 de junho da ESSV (Anexo III), está à disposição da comunidade científica e pode ser providenciado mediante pedido.

Uma pesquisa preliminar realizada na MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO) e PROSPERO revelou que não existe nenhuma Revisão Scoping ou Sistemática sobre a temática em estudo, na população e no contexto pretendido.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina e SciELO e, foram incluídos estudos em língua inglesa, francesa,

portuguesa e espanhola. A pesquisa realizada foi uma pesquisa livre, ou seja, sem limitação temporal.

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram transferidas para o Mendeley Desktop e os duplicados removidos. A fim de avaliar a sua elegibilidade, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes. Na ausência de consenso foi incluído um terceiro revisor como critério de desempate.

Critérios de Inclusão

Os artigos completos foram, então, analisados com base nos seguintes critérios de inclusão:

PARTICIPANTES: Foram considerados todos os estudos em pessoas com idade superior ou igual a 18 anos, submetidos a qualquer cirurgia com enfoque no papel do enfermeiro na educação pré-operatória.

CONCEITO: A educação pré-operatória e intervenções de enfermagem foram os conceitos considerados para a revisão *scoping*.

A **educação pré-operatória** é um processo ativo, inserido no período pré-operatório, que tem como principais objetivos facultar ao paciente e familiares a compreensão e a preparação da experiência cirúrgica e envolvê-los nos seus próprios cuidados. Neste processo procura-se fornecer informação adequada às necessidades individuais de cada paciente (verbal e escrita). Fornecer informação ao paciente confere-lhes a capacidade de fazer escolhas, colocar questões e ajuda a aliviar o stress e a ansiedade que acompanham qualquer internamento hospitalar; ajuda também na recuperação cirúrgica e conseqüentemente reduz o tempo de internamento (Dawson, 2003).

Foram consideradas como **intervenções de enfermagem** todas as “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 1996, p. 3), administradas e avaliadas como efetivas na educação pré-operatória da pessoa em situação perioperatória.

CONTEXTO: Foram considerados todos os estudos que destaquem o papel do enfermeiro e as intervenções de enfermagem realizadas na educação pré-operatória em contexto hospitalar.

TIPOS DE ESTUDOS: Todos os tipos de estudos, nomeadamente revisões sistemáticas, estudos quantitativos, qualitativos, em conformidade e coerentes com a informação que se pretende mapear.

Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão considerou-se os estudos em pessoas com idade inferior a 18 anos ou grávidas, com enfoque em intervenções implementadas por outros profissionais de saúde, com exceção dos Enfermeiros; os estudos sobre procedimentos invasivos; os estudos sobre cirurgia dentária, cesariana ou parto e redigidos noutros idiomas para além dos definidos nos critérios de inclusão.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa delineada procurou encontrar estudos publicados e não publicados. Para o efeito, foi realizada uma pesquisa eletrónica nas bases de dados PubMed, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e SciELO.

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas. Primeiramente, conduziu-se uma pesquisa limitada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL (via EBSCO), de modo a listar termos naturalistas comumente utilizados nos títulos e resumos de artigos desenvolvidos na área científica pretendida, assim como os termos de indexação, Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeSC).

Seguidamente, as palavras e termos incluídos foram combinados numa estratégia de pesquisa única adaptada de acordo com as especificidades de cada base utilizada na revisão, com recurso a operadores booleanos (AND e OR). No final, a lista de referências de cada estudo selecionado foi analisada de modo a incluir potenciais estudos.

Tabela 1 – Resultados da pesquisa nas bases de dados

Bases de dados	Fórmula de pesquisa	Resultados
PubMed	("nursing care"[MeSH Terms] OR "patient care planning"[MeSH Terms] OR "nursing assessment"[MeSH Terms] OR "nurse s role"[MeSH Terms] OR "nursing care management"[Title/Abstract] OR "nursing care plan"[Title/Abstract] OR "nursing practice"[Title/Abstract] OR "nursing intervention"[Title/Abstract] OR "nursing interventions"[Title/Abstract] OR "nursing action"[Title/Abstract] OR "nursing actions"[Title/Abstract] OR "nursing assistance"[Title/Abstract] OR "nursing led"[Title/Abstract] OR "nursing role"[Title/Abstract] OR "nursing consultation"[Title/Abstract]) AND ("preoperative education"[Title/Abstract] OR "preoperative teaching"[Title/Abstract] OR "preoperative instruction"[Title/Abstract] OR "preoperative instructions"[Title/Abstract] OR "preoperative information"[Title/Abstract] OR "preoperative assessment"[Title/Abstract] OR "preoperative patient education"[Title/Abstract] OR "preoperative patient teaching"[Title/Abstract] OR "preoperative patient information"[Title/Abstract] OR "preoperative patient assessment"[Title/Abstract] OR "preoperative patient optimization"[Title/Abstract] OR "preoperative patient preparation"[Title/Abstract] OR "presurgical information"[Title/Abstract] OR "presurgical intervention"[Title/Abstract] OR "presurgical interventions"[Title/Abstract] OR "preoperative patient care"[Title/Abstract] OR "preoperative education program"[Title/Abstract] OR "preoperative education programs"[Title/Abstract])	335
CINAHL Complete		437
MEDLINE Complete		279
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	nursing care OR patient care planning OR nursing assessment OR nurse´s role OR nursing care management OR nursing care plan OR nursing practice OR nursing intervention OR nursing interventions OR nursing action OR nursing actions OR nursing assistance OR nursing-led OR nursing role	44
Cochrane Central Register of Controlled Trials	AND	35
Cochrane Database of Systematic Reviews	preoperative education OR preoperative teaching OR preoperative instruction OR preoperative instructions OR preoperative information OR preoperative assessment OR preoperative patient education OR preoperative patient teaching OR preoperative patient information OR preoperative patient assessment OR preoperative patient optimization	0
Cochrane Methodology Register	OR preoperative patient preparation OR presurgical information OR presurgical intervention OR presurgical interventions OR preoperative patient care OR preoperative education program OR preoperative education programs	0
Library, Information Science & Technology Abstracts		0
MedicLatina		5
SciELO		0

Seleção dos estudos

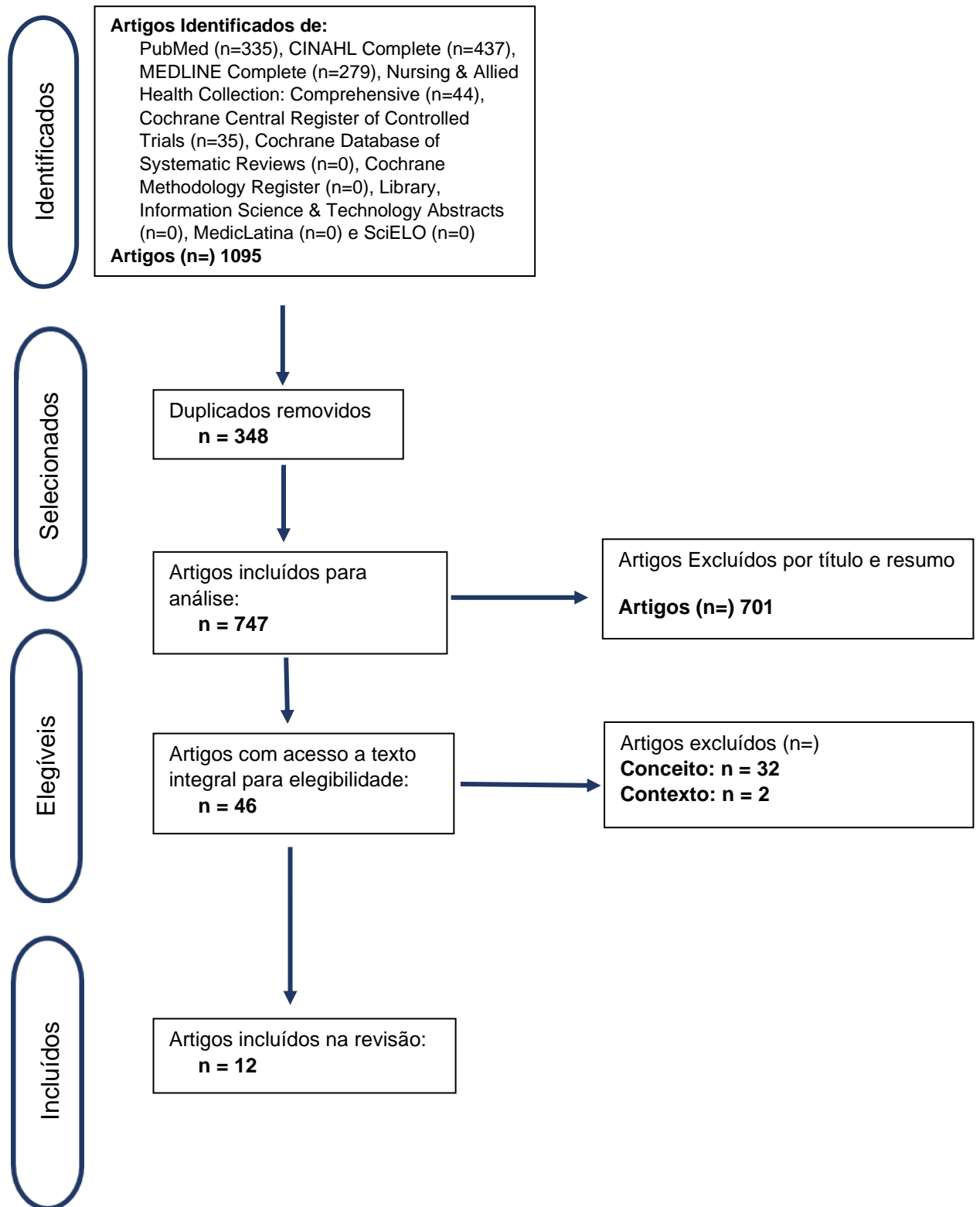


Figura 1 – Diagrama do processo de seleção dos estudos: PRISMA Flow Diagram.

Extração de dados

Os dados foram extraídos por dois investigadores independentes para uma grelha de colheita de dados construída especificamente para este efeito, alinhados com o objetivo e as questões de investigação. Os resultados são acompanhados por uma síntese narrativa, de acordo com os objetivos da revisão conduzida.

3 – Resultados

A pesquisa de estudos publicados e não publicados foi realizada em dez bases de dados. Após as combinações possíveis para a pesquisa nos vários bancos de dados foram identificados no total 1095 estudos. Destes, 348 foram excluídos por motivo de duplicação; dos restantes estudos, 701 foram excluídos após análise do título e resumo. Dos 46 estudos considerados para análise de critérios de elegibilidade e leitura de texto integral, foram excluídos 34 por não cumprirem os critérios de inclusão definidos. Apenas 12 artigos foram incluídos nesta Revisão *Scoping*. Os artigos incluídos evidenciam o Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória.

Os estudos abrangidos na revisão foram publicados entre 1998 e 2022, dos quais três provenientes dos Estados Unidos da América (EUA), um da Austrália, três do Brasil, dois da China, um da Turquia, um da Nova Zelândia e um do Reino Unido. Resultam de estudos quantitativos, qualitativos, revisões da literatura e declarações de Orientação. Os dados dos estudos relativos à identificação dos participantes, objetivos e outros dados pertinentes, de acordo com os critérios de inclusão, exclusão e questões de investigação, são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Achados dos estudos incluídos na Revisão Scoping.

Autor/Ano/País/Título/ Tipo de Estudo	Objetivo	População	Resultados
E1 – Zeng et al. (2022) / China / Avaliação do Efeito da Enfermagem Psicológica Pré-Operatória. Intervenção em pacientes com sinusite em geral. Anestesia por TC Baseada em Reforma Multiplanner / Estudo quantitativo	- Explorar o efeito clínico das imagens de TC baseadas na reformatação multiplanner (MPR) combinadas com um modelo de intervenção psicológica de enfermagem pré-operatória em pacientes com sinusite submetidos à anestesia geral	- 60 pacientes (39 homens e 21 mulheres) com diagnóstico de sinusite por TAC que foram submetidos a cirurgia de 2018 a junho de 2021. - Foram divididos aleatoriamente em grupo controle (n = 30) e grupo experimental (n = 30). O grupo de controle recebeu educação pré-operatória tradicional e o grupo experimental acrescentou métodos de intervenção psicológica de enfermagem (psicoterapia)	- O conteúdo da intervenção psicológica de enfermagem pré-operatória incluiu uma compreensão detalhada da preparação do paciente e do estado psicológico antes da cirurgia e explicação do conhecimento sobre anestesia geral, métodos de anestesia, efeitos e sentimentos intraoperatórios. Para pacientes com histórico de tabagismo e álcool, os malefícios do fumo e do álcool para a condição devem ser informados detalhadamente, bem como os benefícios após a interrupção do tabagismo e do álcool com a abstinência. - A intervenção psicológica de enfermagem pré-operatória pode efetivamente reduzir a tensão e a ansiedade dos pacientes antes da anestesia geral, o que teve um bom efeito no processo operatório e na reabilitação pós-operatória. <u>Papel do Enfermeiro evidenciado:</u> avaliar o estado psicológico e promover aconselhamento psicológico eficaz; descrever de uma forma o mais compreensível possível o plano de tratamento aproximado e o processo cirúrgico (métodos e efeitos da anestesia, sentimentos intra-operatórios) para o paciente; preparação física.
E2 – Forsyth et al. (2019) / Austrália / Otimizando o consentimento e a adesão em ambientes médicos de alto risco: o papel dos enfermeiros como provedores de informações no transplante alogénico de medula óssea/ Estudo qualitativo	- Destacar o papel dos enfermeiros como provedores de informações no transplante alogénico de medula óssea	Realizada uma entrevista semi-estruturada a profissionais de saúde (hematologistas, enfermeiros, outros profissionais de saúde da equipa de transplantes) e pacientes submetidos a transplante alogénico de medula óssea (n = 53)	- Os pacientes confiavam nas enfermeiras para traduzir as informações em termos leigos e avaliar a relevância dessas informações. - O processo e a prática de fornecimento de informações é tão importante quanto o conteúdo dessas informações na obtenção do consentimento informado. - O enfermeiro tem um papel de suporte contínuo de informações e um papel único no apoio às necessidades físicas e emocionais dos pacientes, ao mesmo tempo que prestam cuidados clínicos; - Os enfermeiros garantem que informações adequadas são fornecidas e compreendidas pelo paciente. <u>Papel do enfermeiro evidenciado:</u> garantir que os pacientes recebam informações relevantes, rigorosas, de modo a que a sua autonomia seja respeitada e sua adesão e capacidade de enfrentamento sejam otimizadas; apoio às necessidades físicas e emocionais; prestação de cuidados clínicos. Os enfermeiros desempenham um papel de comunicadores, doadores de informação e advogados.

<p>E3 – Benwella & Rhysb (2018) / Reino Unido / Negociando relevância em avaliações pré-operatórias / Estudo qualitativo</p>	<p>- Analisar como a enfermeira e o paciente negociam a relevância da resposta expandida à agenda institucional</p>	<p>Quinze avaliações pré-operatórias com seis enfermeiras. (n = 6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Uma abordagem centrada no paciente deve permitir espaço para que os pacientes revelem informações de saúde potencialmente relevantes, o que, sem dúvida, o design otimizado das perguntas da lista de verificação pode prejudicar. ○ A avaliação pré-operatória é uma etapa crucial do processo perioperatório projetado para tranquilizar os pacientes e identificar potenciais áreas de risco. ○ Os pacientes às vezes apresentam informações de saúde em respostas expandidas despreferidas cuja relevância para a lista de verificação deve ser negociada de forma colaborativa. <p><u>Papel do Enfermeiro:</u> abordagem centrada no paciente, ouvir possíveis preocupações com mente aberta, simpatia e empatia; fornecer um espaço de interação para que o paciente expresse o que verdadeiramente o preocupa (não se restringir a listas de verificação pré-definidas)</p>
<p>E4 – Pereira et al. (2016) / Brasil / O ensino pré-operatório na perspectiva de pacientes oncológicos/ Estudo exploratório de abordagem qualitativa</p>	<p>- Analisar as expectativas dos pacientes oncológicos sobre as informações pré-operatórias fornecidas pelos profissionais de saúde.</p>	<p>- 16 pacientes com cancro colorretal com média de idade 57.75 (n = 16)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ As informações pré-operatórias recebidas foram percebidas de diferentes maneiras: para uns resultou excessiva e para outros houve assuntos que não foram abordados. ○ No que diz respeito ao ensino pré-operatório os pacientes valorizaram a informação adequada às suas necessidades reais e que serviram para diminuir a ansiedade. Alegaram também que a enfermeira simplificou a informação fornecida por outros profissionais e que ter um acompanhante que possa receber as informações pré-operatórias lhe transmite segurança e confiança. ○ O período pré-operatório deve estar integrado com o planejamento da alta hospitalar; deve envolver os familiares e respeitar a individualidade e as necessidades de cada paciente; ○ No período pré-operatório deve ser abordada a preparação física, o ambiente do bloco operatório (visita-pré-operatória) e o uso de equipamentos e dispositivos no pós-operatório. Isto poderá resultar no estímulo para o autocuidado e na prevenção de complicações pós-operatórias. <p><u>Papel do enfermeiro evidenciado:</u> Fornecer informação de forma objetiva e suficiente e avaliar o nível de aprendizagem alcançado; complementar e explicar com maior clareza informações que outros profissionais de saúde fornecem; visita pré-operatória; envolver a família/acompanhante na educação pré-operatória preparando-os para a continuidade dos cuidados e prevenção das complicações pós-operatórias; providenciar momentos em que o paciente possa esclarecer as suas dúvidas e receios.</p>

<p>E5 – Malley et al. (2015) / EUA/ O Papel do Enfermeiro e a Avaliação Pré-Operatória na Transições de pacientes / Descritivo Qualitativo</p>	<p>Identificar as contribuições da enfermagem para as transições no cuidado no ambiente perioperatório e identificar o papel da avaliação pré-operatória nessa transição.</p>	<p>Grupos focais foram conduzidos com 24 enfermeiros com experiência em enfermagem perioperatória divididos em 4 grupos guiados por um roteiro de entrevista semiestruturado composto por cinco questões</p> <p>(n = 24)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Os dados foram agrupados em 4 temas: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Compreensão de vulnerabilidades</i>: compreender as vulnerabilidades do paciente que possam afetar a trajetória do cuidado (preocupações do paciente, risco de quedas, condição física) e auxiliar na compreensão dos fatores de risco do paciente bem como comunicar as preocupações de enfermagem a outros profissionais no ambiente perioperatório. • <i>Comunicação Multidimensional</i>: existem lacunas na informação que é oferecida aos pacientes. Os enfermeiros devem obter as informações necessárias que lhe permitam cuidar. • <i>Gestão de Expetativas</i>: Antecipar as vulnerabilidades e identificar as necessidades de cada paciente. As expetativas que não foram atendidas e as informações que não são previamente conhecidas aumentam a carga do cuidado para o enfermeiro. • <i>Conectar o desconectado</i>: Reconhecer e preencher lacunas que ocorrem para garantir a prestação de cuidados adequados; integrar os dados de diversas fontes. ○ Existem lacunas de comunicação na transição dos cuidados perioperatórios. Se as vulnerabilidades ou riscos dos pacientes não poderem ser diminuídos, devem ser pelo menos identificados e comunicados. <p><u>Papel do enfermeiro evidenciado</u>: Abordagem centrada no paciente e na família; advogado que gere as expetativas; identifica as necessidades e os fatores de risco/vulnerabilidades do paciente que podem ser afetados pela experiência cirúrgica e comunica-os a toda a equipe perioperatória.</p>
<p>E6 – Ascari et al. (2013) / Brasil / Percepções do paciente cirúrgico no período pré-operatório sobre cuidados de enfermagem / Estudo qualitativo</p>	<p>Descrever a percepção de pacientes cirúrgicos no período pré-operatório sobre os cuidados de enfermagem</p>	<p>- Entrevistados 6 pacientes internados numa clínica de cirurgia geral</p> <p>(n = 6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Os participantes tiveram dificuldade em nomear os cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios. Identificaram como sendo cuidados de enfermagem a administração de medicamentos, terapia intravenosa, cateterismo, avaliação de sinais vitais e realização de tratamento de feridas (natureza processual); as orientações quanto à preparação física e abordagem psicológica raramente foram identificadas; os doentes pouco sabiam sobre a cirurgia. ○ Foram identificados sentimentos positivos (segurança) e negativos (insegurança, medo e nervosismo). ○ Identificada inconsistência nos cuidados de enfermagem. <p><u>Papel do enfermeiro evidenciado</u>: Abordagem integral e individual pautada nas necessidades e nas expetativas do paciente; promover a preparação física e psicológica; estabelecer uma comunicação efetiva com o paciente e família; compreender a forma de pensar do paciente cirúrgico no pré-operatório.</p>
<p>E7 – Agnew & Jorgensen (2012) / Nova Zelândia/ Consentimento Informado: um estudo do processo de consentimento informado na Nova Zelândia/ Estudo qualitativo</p>	<p>- Avaliar o processo de consentimento informado</p>	<p>- Entrevistados 18 pacientes cirúrgicos (8 mulheres e 10 homens)</p> <p>(n = 18)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Embora os pacientes falassem com os médicos e enfermeiros, ainda havia falta de compreensão. ○ As informações educativas nem sempre foram baseadas no conhecimento ou na compreensão prévia dos pacientes. ○ À semelhança do período pré-operatório o processo de consentimento informado cirúrgico deve abranger desde a primeira consulta até à entrada na sala de cirurgia. ○ O consentimento informado é um processo complexo no qual a sua variabilidade depende e é determinado pelas necessidades de cada paciente. <p><u>Papel do enfermeiro evidenciado</u>: reforçar o consentimento informado desde a primeira consulta pré-admissão até ao dia da cirurgia; apoiar ativamente o processo de consentimento; ser proativos na colaboração com pacientes e médicos para garantir que estes tenham todas as oportunidades de tomar uma decisão informada; defender o paciente e garantir que este entende os procedimentos aos quais está a consentir.</p>

<p>E8 – Lee & Lee (2012) / China / Ensino Pré-operatório: a prática e as percepções dos enfermeiros de cirurgia / Estudo quantitativo (Inquérito transversal)</p>	<p>Explorar a coerência entre as percepções e a prática real do ensino pré-operatório e também os fatores que afetam a prestação de ensino na perspectiva dos enfermeiros.</p>	<p>86 enfermeiras que trabalham em enfermarias cirúrgicas responderam a um inquérito composto por um questionário de ensino pré-operatório e uma ficha com dados sociodemográficos (recolha de dados outubro de 2009 e abril 2010)</p> <p>(n =86)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Existem discrepâncias entre as percepções dos enfermeiros e a prática real no fornecimento da educação pré-operatória. A explicação oral foi relatada como o meio mais prevalente de entrega da informação. ○ Embora as enfermeiras classifiquem os detalhes sobre a anestesia e os detalhes da operação como as duas dimensões mais importantes na educação pré-operatória, raramente ensinavam os pacientes com informações tão importantes. Na prática real era valorizado sobretudo a preparação pré-operatória e as expectativas pós-operatórias. ○ Foram identificados como principais fatores que afetam a prestação do ensino pré-operatório tais como a restrição do tempo, a carga de trabalho de enfermagem e as dificuldades de comunicação e recursos de ensino limitados. <p><u>Papel do Enfermeiro:</u> avaliar o nível de conhecimento e compreensão dos pacientes antes de fornecerem informações, o que vai ajudar a negligenciar ou sobrepor qualquer tipo de informação pré-operatória importante; usar uma linguagem simples; avaliar a eficácia da educação pré-operatória, através dos esclarecimentos, da avaliação do nível de compreensão e da expressão facial.</p>
<p>E9 – Ribeiro et al. (2012) / Brasil / A importância da relação enfermeiro-paciente no período pré-operatório / Revisão integrativa da literatura entre 1991 e 2011</p>	<p>- Esclarecer e refletir, com base na literatura, a importância da relação do enfermeiro com o paciente no período pré-operatório e os aspetos emocionais envolvidos</p>		<ul style="list-style-type: none"> ○ O ato cirúrgico, pode ser considerado uma espécie de transição na vida do paciente, pode gerar instabilidade e produzir efeitos negativos. ○ O enfermeiro deve atender às necessidades individuais de cada pessoa, caminho que leva à compreensão do cuidar e que contempla a relação enfermeiro-paciente; ○ A relação de comunicação estabelecida entre o enfermeiro e paciente e família é uma oportunidade para que possam ser identificados problemas e serem estabelecidos os níveis de assistência necessários ao cuidado; ○ A visita pré-operatória é de fundamental importância para a preparação do doente (esclarecimento de dúvidas, informar sobre as etapas do procedimento ao qual vai ser submetido). <p><u>Papel do enfermeiro evidenciado:</u> transmitir confiança e segurança ao paciente, diminuindo a sua ansiedade e angústia, através do relacionamento estabelecido entre ambos; atender às necessidades individuais; visita pré-operatória; comunicação terapêutica (troca, partilha, interação); esclarecer dúvidas sobre os procedimentos que vão ser realizados e condições no pós-operatório; preparação emocional (amenizar e/ou evitar sentimentos negativos); identificar o estado de saúde do paciente e fornecer uma assistência de enfermagem de qualidade; incluir a família no plano terapêutico.</p>
<p>E10 – Sayin & Aksoy (2012) / Turquia / O papel do enfermeiro na prestação de informações para pacientes cirúrgicos na Turquia: um estudo descritivo / Estudo não experimental, transversal e descritivo</p>	<p>- Determinar a informação que era exigida por pacientes perioperatórios e seus familiares, e até que ponto essas informações foram fornecidas; - Determinar o papel dos enfermeiros nesse processo.</p>	<p>- 394 pacientes internados e ambulatoriais e seus familiares (197 pacientes e 197 familiares) e 30 enfermeiros</p> <p>(n = 424)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ As informações fornecidas tanto aos pacientes quanto aos familiares não atenderam às suas necessidades fisiológicas e psicológicas. ○ 43,3% dos enfermeiros relataram que forneceram informações sobre a atividade pós-operatória; ○ 80,0% dos enfermeiros afirmou acreditar que as informações fornecidas aos pacientes e familiares eram inadequadas (motivos: falta de tempo e pessoal (100%), conhecimento inadequado para dar informações (46,7%); ○ 46,7% dos enfermeiros acreditavam que eram responsáveis por psicologicamente os pacientes e apenas 40,0% acreditavam que eram responsáveis por fornecer aos pacientes e familiares informações sobre o consentimento informado. ○ Os enfermeiros não estão a realizar a educação do paciente de forma eficiente e, como resultado, os pacientes e seus familiares consideram os médicos como a principal fonte de informação; ○ Os motivos que apontaram para essa lacuna foram a falta de conhecimentos e a escassez de recursos humanos ajustados às necessidades institucionais. <p><u>Papel do Enfermeiro:</u> saber qual a educação que são responsáveis por fornecer; entender as necessidades de informação do paciente e família; planejar o melhor meio de fornecer informações para atender as necessidades de</p>

			informação; colmatar o déficit de conhecimento sobre o processo do perioperatório; garantir a continuidade dos cuidados domiciliares e aumentar a satisfação do paciente e seus familiares.
E11 – AORN (2005) / EUA/ Declaração de Orientação da AORN: Cuidados pré-operatórios do paciente no ambiente de cirurgia ambulatorial	- Fornecer uma estrutura que os profissionais de saúde possam usar para desenvolver e implementar políticas e procedimentos para o atendimento pré-operatório do paciente no ambiente de cirurgia ambulatorial; - Promover a segurança do paciente no ambiente de cirurgia ambulatorial.		<ul style="list-style-type: none"> ○ A avaliação de enfermagem pré-admissão deve incluir: avaliação física inicial; alergias e sensibilidades; sinais de abuso ou negligência; avaliação cultural, emocional e socioeconômica; avaliação abrangente da dor; histórico de medicamentos, incluindo medicamentos não prescritos, drogas ilícitas e medicamentos fitoterápicos e suplementos; histórico anestésico; resultados de exames radiológicos e outros testes pré-operatórios; planejamento da alta; documentação e comunicação de todas as informações, encaminhamentos; identificação de alterações físicas que requerem equipamentos ou suprimentos adicionais; medicamentos a ser tomados ou retidos antes da cirurgia; banho pré-operatório; consentimento informado e/ou conhecimento do procedimento planejado; desenvolvimento de um plano de cuidados. ○ A avaliação de enfermagem pré-operatória deve ser realizada no dia da cirurgia e deve envolver o paciente e os familiares e garantir uma avaliação completa e atender às necessidades emocionais do paciente. As intervenções relacionadas à avaliação podem incluir: verificar a identidade do paciente; rever a avaliação pré-admissão; avaliação e gestão da hipotermia (manter a normotermia); avaliação da escala da dor; necessidades pré-operatórias relevantes do paciente e familiares; diretivas antecipadas; identificação do procedimento planejado pelo paciente ou familiar/pessoa de referência; verificação do local cirúrgico, lado ou nível, conforme aplicável; preparação cirúrgica prescrita (banho pré-operatório, enema, medicação); dispositivos protésicos (dentadura, aparelhos auditivos, óculos, lentes de contato); dispositivos eletrônicos implantáveis (pacemaker, estimuladores cerebrais); disponibilidade de transporte seguro para casa e cuidados posteriores; informações de contato da pessoa de suporte ao paciente; compreensão do ensino pré-operatório e planejamento de alta. <p><u>Papel do enfermeiro evidenciado:</u> realizar uma avaliação pré-admissão para determinar o estado pré-operatório e uma avaliação pré-operatória que vai fundamentar o plano de cuidados de enfermagem; comunicar a todos os elementos da equipa cirúrgica os achados da avaliação de enfermagem pré-admissão e pré-operatória; preparação do doente (física, psicossocial e emocional); prevenir a infeção; incluir na educação pré-operatório os familiares ou responsáveis pelo paciente.</p>
E12 – Duun (1998) / EUA/ Avaliação Pré-Operatória Critérios e ensino do paciente para cirurgia de ambulatorio/ Revisão de literatura			<p>O enfermeiro deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar uma abordagem individualizada para cada paciente ○ Explicar a sequência de eventos no dia da cirurgia ○ Descrever os estímulos sensoriais (cheiros, sons, visões) que pode experimentar ○ Abordar o tema das visitas e acompanhante ○ Trazer uma lista dos medicamentos que toma em casa ○ Deixar os objetos de valor em casa ○ Trazer roupa confortável ○ Abordar o tema do jejum ○ Limpeza da pele e preparação do intestino. ○ Tomar providências para o transporte para casa ○ Preparar o ambiente físico em casa ○ Fornecer instrução sobre o uso do espirómetro, ventilações profundas e tosse ○ Explicar ao paciente e à família quanto tempo estará na sala de cirurgia e na UCPA ○ Envolver a família no planejamento da alta e nos ensinamentos pós-operatórios

			<ul style="list-style-type: none">○ Ensinos pós-operatórios (cuidados na alta com a ferida cirúrgica, regresso à atividade física, progressão na dieta, medicamentos pós-operatórios. Nomear as complicações que devem ser comunicadas ao cirurgião e/ou motivar vinda ao serviço de urgência).○ Avaliar o índice de Katz que avalia as atividades da vida diária (alimentar-se, vestir-se, tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho e transferir-se) e avaliar as atividades da vida instrumentais (fazer compras, preparar alimentos, tomar medicamentos) para um adequado planeamento da alta○ Questionar sobre alergias medicamentosas e não medicamentosas: tentar perceber o tipo de reação procurando distinguir uma reação alérgica dos efeitos secundários○ Discutir com o paciente os critérios que ele deve cumprir para ter alta hospitalar (dor controlada, sinais vitais estáveis, drenagem escassa da ferida cirúrgica, capacidade para tolerar líquidos e alimentos, capacidade para deambular sem tonturas)○ Certificar-se de que o doente compreendeu o procedimento para o qual assinou.○ Dar apoio emocional. <p><u>Papel do Enfermeiro evidenciado:</u> envolver o paciente atribuindo-lhe a responsabilidade pelos seus próprios cuidados de saúde, melhorando os comportamentos e o estado de saúde; explicar a sequência de eventos no dia da cirurgia; diminuir as discrepâncias entre as experiências previstas e as reais; realizar uma avaliação integral e individual identificando todas as necessidades do paciente; preparação física, emocional e psicossocial.</p>
--	--	--	---

As intervenções educativas pré-operatórias dirigidas à pessoa em situação perioperatória devem, para além do enfoque fisiológico e funcional, considerar o seu contexto cognitivo, psicoemocional e a capacidade de adaptação à nova condição (AORN, 2015; Forsyth et al., 2019; Zeng et al., 2022).

Os estudos evidenciam o papel do enfermeiro na Educação Pré-Operatória e as intervenções educativas pré-operatórias realizadas por enfermeiros. De forma a sistematizar a informação extraída e facilitar a sua consulta foram elaboradas as tabelas seguintes (Tabela 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11), que reúnem a síntese das evidências.

Tabela 3 – Intervenções Educativas Pré-Operatórias de Enfermagem: Cognitivo-Comportamental

Intervenções Educativas Pré-Operatórias	Papel do Enfermeiro
<p>Cognitivo-Comportamental^{1,2,3,4,6,7,8,10}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever o plano de tratamento definido e o processo cirúrgico¹ - Proporcionar informações amplas, relevantes e rigorosas sobre o procedimento a ser realizado, a expectativa de recuperação e possíveis complicações^{1,2} - Suporte contínuo de informações² - Traduzir as informações em termos leigos e avaliar a relevância dessas informações² - Garantir que informações adequadas são fornecidas e compreendidas pelo paciente² - Identificar potenciais áreas de risco³ - Ouvir as preocupações dos pacientes com mente aberta, simpatia e empatia³ - Fornecer informação de forma objetiva e suficiente e avaliar o nível de aprendizagem alcançado⁴ - Compreender a forma de pensar do paciente⁶ - Adequar a informação às necessidades específicas do paciente⁷ - Avaliar nível de compreensão antes de fornecer informações⁸ - Usar linguagem simples⁸ - Avaliar a eficácia da educação pré-operatória, através dos esclarecimentos, da avaliação do nível de compreensão e da expressão facial⁸ - Saber qual a educação que são responsáveis por fornecer¹⁰ - Entender as necessidades de informação do paciente e família¹⁰ - Planear o melhor meio de fornecer informações para atender as necessidades de informação¹⁰

Fonte: ¹Zeng et al. (2022); ²Forsyth et al. (2019); ³Benwella & Rhysb (2018); ⁴Pereira et al. (2016); ⁶Ascari et al. (2013); ⁷Agnew & Jorgensen (2012); ⁸Lee & Lee (2012); ¹⁰Sayin & Aksoy (2012).

Na Educação Pré-Operatória o enfermeiro antes de fornecer informações deve, através de uma postura empática, identificar as necessidades informativas do paciente e família/pessoa de referência, ouvir as suas preocupações e avaliar o nível de compreensão (Lee & Lee, 2012; Benwella & Rhysb, 2018). Com recurso uma linguagem simples deve fornecer informações precisas e detalhadas sobre o processo cirúrgico, expectativas de

recuperação e possíveis complicações (Forsyth et al., 2019; Zeng et al., 2022). Mais do que transmitir instruções é fundamental adequar a informação às necessidades de cada paciente e no final avaliar o nível de aprendizagem alcançado (Sayin & Aksoy, 2012; Pereira et al., 2016) (conforme tabela 3).

Tabela 4 – Intervenções Educativas Pré-Operatórias de Enfermagem: Fisiológicas

Intervenções Educativas Pré-Operatórias	Papel do Enfermeiro
Fisiológicas ^{1,2,4,5,6,9,11,12}	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação e Preparação física^{1,2,4,6,11} - Apoio às necessidades físicas^{2,11} - Prestar cuidados clínicos² - Avaliar a condição/estado de saúde do paciente^{5,9} - Avaliação física inicial¹¹ - Identificar alergias e sensibilidades^{11,12} - Avaliação da dor e escala da dor¹¹ - Histórico dos medicamentos e histórico anestésico¹¹ - Verificação do local cirúrgico¹¹ - Identificar dispositivos protésicos (dentadura, aparelho auditivo, óculos, lentes de contato)¹¹ - Identificar dispositivos implantáveis (pacemaker, estimuladores cerebrais)¹¹ - Preparação da pele para a cirurgia (banho pré-operatório)^{11,12} - Avaliação e gestão da hipotermia (manter a normotermia)¹¹ - Garantir que os resultados dos exames pré-operatórios estão disponíveis e acessíveis^{11,12} - Abordar o tema do jejum¹² - Conhecer os medicamentos que o doente toma em casa¹² - Deixar objetos de valor em casa, trazer roupa confortável¹² - Fornecer instruções sobre o uso do espirômetro, ventilações profundas e tosse¹² - Avaliar o índice de Katz e as atividades da vida instrumentais¹²

Fonte: ¹Zeng et al. (2022); ²Forsyth et al. (2019); ⁴Pereira et al. (2016); ⁵Malley et al. (2015); ⁶Ascari et al. (2013); ⁹Ribeiro et al. (2012); ¹¹AORN (2015); ¹²Dunn (1998).

A evidência científica aponta para a pertinência das intervenções educativas pré-operatórias no âmbito fisiológico (Dunn, 1998; Ribeiro et al., 2012; Ascari et al., 2013; Forsyth et al., 2019; AORN, 2015; Malley et al., 2015; Pereira et al., 2016; Zeng et al., 2022). Além dos cuidados clínicos, compete ao enfermeiro avaliar a condição e necessidades físicas de cada paciente (Ascari et al., 2013; Malley et al., 2015; Forsyth et al., 2019; Zeng et al., 2022). No domínio Fisiológico das Intervenções Educativas Pré-Operatórias está inerente ao papel do enfermeiro fornecer informações sobre o jejum, a identificação de alergias e sensibilidades, verificar o local cirúrgico e identificar dispositivos protésicos e implantáveis (Dunn, 1998; AORN, 2015). O enfermeiro é também responsável por fornecer informações que vão de encontro à norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 da DGS (“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico) nomeadamente a preparação da pele antes da

cirurgia (banho pré-operatório) e a avaliação e a gestão da hipotermia (Dunn, 1998; AORN, 2015).

Ainda na dimensão biofisiológica compete ao enfermeiro avaliar a dor e escala da dor e ainda, fornecer exercícios de reabilitação respiratória principalmente o uso do espirômetro, as ventilações profundas e a tosse (Dunn, 1998) (conforme tabela 4).

Tabela 5 – Intervenções Educativas Pré-Operatórias de Enfermagem: Psicológicas e Emocionais

Intervenções Educativas Pré-Operatórias	Papel do Enfermeiro
<p>Psicológicas e Emocionais^{1,2,3,4,5,6,9,12}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever o plano de tratamento definido e o processo cirúrgico¹ - Compreender detalhadamente a preparação e o estado psicológico do paciente antes da cirurgia¹ - Fornecer explicações sobre a anestesia geral, métodos de anestesia, efeitos e sentimentos intra-operatórios¹ - Proporcionar informações amplas sobre o procedimento a ser realizado, a expectativa de recuperação, possíveis complicações^{1,12} - Apoio às necessidades emocionais^{2,12} - Ouvir as preocupações dos pacientes com mente aberta, simpatia e empatia³ - Tranquilizar os pacientes³ - Fornecer um espaço de interação para que o paciente expresse as suas preocupações³ - Abordar o ambiente do bloco operatório e o uso de equipamentos e dispositivos no pós-operatório⁴ - Providenciar momentos em que o paciente possa esclarecer as suas dúvidas e receios^{4,5} - Gerir expectativas^{5,6,12} - Promover a preparação psicológica⁶ - Estabelecer uma comunicação efetiva com o paciente e família^{6,9} - Auxiliar o paciente no enfrentamento da cirurgia⁶ - Amenizar e/ou evitar sentimentos negativos (preparação emocional)⁹ - Transmitir confiança e segurança ao paciente⁹ - Esclarecer dúvidas sobre os procedimentos que vão ser realizados e condições no pós-operatório⁹ - Explicar a sequência de eventos que no dia da cirurgia¹² - Descrever os estímulos sensoriais (cheiros, sons, visões) que pode experimentar¹² - Discutir com o paciente os critérios que ele deve cumprir para ter alta hospitalar¹² - Explicar os cuidados pós-operatórios¹²

Fonte: ¹Zeng et al. (2022); ²Forsyth et al. (2019); ³Benwella & Rhysb (2018); ⁴Pereira et al. (2016); ⁵Malley et al. (2015); ⁶Ascari et al. (2013); ⁹Ribeiro et al. (2012); ¹²Dunn (1998).

A qualidade da assistência à Pessoa em Situação deve transpor para além da identificação e intervenção relacionadas à dimensão fisiológica (Dunn, 1998; Ribeiro et al., 2012; Ascari et al., 2013; Malley et al., 2015; Pereira et al., 2016; Forsyth et al., 2019; Zeng et al., 2022). Na Educação Pré-Operatória o enfermeiro deve compreender a preparação e o

estado psicológico do paciente antes da cirurgia. Deve ouvir e esclarecer todas as dúvidas e receios relacionados com o procedimento cirúrgico, com o ambiente do bloco operatório, com a anestesia e as condições no pós-operatório. Deve também saber gerir expectativas e compreender as suas vulnerabilidades no sentido de diminuir as discrepâncias entre as experiências previstas e as reais (Dunn, 1998; Ribeiro et al., 2012; Ascari et al., 2013; Malley et al., 2015; Pereira et al., 2016; Zeng et al., 2022).

A preparação psicológica passa também pelo apoio às necessidades emocionais e pela transmissão de confiança e segurança (Dunn, 1998; Ribeiro et al., 2012; Forsyth et al., 2019). O estabelecimento de uma comunicação efetiva com o paciente e com a família é sem dúvida, por todos os benefícios que lhe estão inerentes, um pilar essencial na Educação Pré-operatória; a qualidade desta relação vai permitir instituir um plano de cuidados de enfermagem em conformidade com as necessidades identificadas (Ascari et al., 2013; Ribeiro et al., 2012) (conforme tabela 5).

Tabela 6 – Intervenções Educativas Pré-Operatórias de Enfermagem: Apoiar no processo de tomada de decisão

Intervenções Educativas Pré-Operatórias	Papel do Enfermeiro
<u>Apoiar no processo de tomada de decisão</u> ^{2,4,7,12}	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir que os pacientes recebam informações relevantes, rigorosas, de modo a que a sua autonomia seja respeitada e sua adesão e capacidade de enfrentamento sejam otimizadas^{2,7} - Fornecer informação de forma objetiva e suficiente⁴ - Simplificar a informação fornecida por outros profissionais⁴ - Apoiar ativamente o processo de consentimento informado reforçando-o desde a primeira consulta pré-admissão até ao dia da cirurgia⁷ - Ser proativos na colaboração com pacientes e médicos para garantir que estes tenham todas as oportunidades de tomar uma decisão informada⁷ - Adequar a informação às necessidades específicas do paciente⁷ - Certificar-se de que o paciente compreendeu o procedimento para o qual assinou¹²

Fonte: ²Forsyth et al. (2019); ⁴Pereira et al. (2016); ⁷Agnew & Jorgensen (2012); ¹²Dunn (1998).

Os estudos incluídos evidenciam que no processo do consentimento informado os enfermeiros desempenham o papel de advogados, comunicadores e doadores de informação (Dunn, 1998; Agnew & Jorgensen, 2012; Forsyth et al., 2019).

Na educação pré-operatória apoiar ativamente no processo de consentimento informado é fornecer informação de forma objetiva e suficiente, garantir que o paciente tenha todas as oportunidades de tomar uma decisão informada desde a primeira consulta até ao dia da cirurgia e certificar-se de que o mesmo compreendeu o procedimento para o qual assinou (Dunn, 1998; Agnew & Jorgensen, 2012; Pereira et al., 2016). O enfermeiro assegura que o

doente recebeu e compreendeu todas as informações fornecidas por si e por outros profissionais de saúde (Pereira et al., 2016; Forsyth et al., 2019) (conforme tabela 6).

Tabela 7 – Intervenções Educativas Pré-Operatórias de Enfermagem: Elaborar um plano de cuidados

Intervenções Educativas Pré-Operatórias	Papel do Enfermeiro
<p>Elaborar um plano de cuidados^{3,4,5,6,9,11,12}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem centrada no paciente^{3,5} - Identificar potenciais áreas/fatores de risco^{3,5} - Identificar as necessidades reais de cada paciente^{4,5,9,11} - Integrar o planejamento da alta hospitalar^{4,11,12} - Identificar e antecipar as vulnerabilidades de cada paciente⁵ - Abordagem centrada na família⁵ - Avaliação integral e individual^{6,12} - Incluir a família no plano terapêutico⁹ - Entender as necessidades de informação do paciente e da família¹⁰ - Realizar uma avaliação pré-admissão e uma avaliação pré-operatória¹¹ - Perceber as necessidades pré-operatórias relevantes do paciente e familiares¹¹ - Identificar as necessidades físicas, emocionais e psicossociais¹² - Avaliar o índice de Katz e as atividades da vida instrumentais¹²

Fonte: ³Benwella & Rhysb (2018); ⁴Pereira et al. (2016); ⁵Malley et al. (2015); ⁶Ascari et al. (2013); ⁹Ribeiro et al. (2012); ¹¹AORN (2015); ¹²Dunn (1998).

Os estudos revelam que a existência de um plano de cuidados individualizado é crucial à resposta adaptativa da Pessoa em Situação Perioperatória (Dunn, 1998; Ribeiro et al., 2012; Sayin & Aksoy, 2012; Ascari et al., 2013; AORN, 2015; Malley et al., 2015; Pereira et al., 2016; Benwella & Rhysb, 2018). Na Educação Pré-Operatória o enfermeiro deve conhecer, compreender e responder às necessidades individuais de cada paciente, procurando envolvê-lo, assim como a família/pessoa de referência, no real processo que é a recuperação cirúrgica (Sayin & Aksoy, 2012; Malley et al., 2015). Deve realizar uma avaliação pré-admissão e uma avaliação pré-operatória (AORN, 2015). Estas avaliações devem ser integrais e individuais (Dunn, 1998) e permitir identificar as necessidades reais, sejam elas físicas, emocionais ou psicossociais, e as potenciais áreas/fatores de risco (Dunn, 1998; Ribeiro et al., 2012; AORN, 2015; Malley et al., 2015; Pereira et al., 2016; Benwella & Rhysb, 2018). É também necessário avaliar a capacidade funcional do paciente, através do índice de Katz, e as atividades instrumentais da vida diária a ponto de se conseguir determinar o nível de autonomia e capacidade de colaboração na recuperação cirúrgica (Dunn, 1998) (conforme tabela 7).

**Tabela 8 – Intervenções Educativas Pré-Operatórias de Enfermagem:
Envolvimento do familiar/ pessoa de referência nos autocuidados**

Intervenções Educativas Pré-Operatórias	Papel do Enfermeiro
<p><u>Envolvimento do familiar/pessoa de referência nos cuidados</u>^{4,6,9,10,11,12}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver a família/pessoa de referência na educação pré-operatória preparando-os para a continuidade dos cuidados e prevenção das complicações pós-operatórias⁴ - Estabelecer uma comunicação efetiva com a família⁶ - Incluir a família no plano terapêutico⁹ - Entender as necessidades de informação da família¹⁰ - Recolher informações sobre o contato da pessoa de suporte ao paciente¹¹ - Perceber as necessidades pré-operatórias relevantes dos familiares¹¹ - Preparar o ambiente físico em casa¹² - Explicar á família quanto tempo estará na sala de cirurgia e UCPA¹² - Abordar o tema das visitas e acompanhante¹² - Envolver a família no planeamento da alta e nos ensinamentos pós-operatórios¹²

Fonte: ⁴Pereira et al. (2016); ⁶Ascari et al. (2013); ⁹Ribeiro et al. (2012); ¹⁰Sayin & Aksoy (2012); ¹¹AORN (2015); ¹²Dunn (1998).

O envolvimento do familiar/pessoa de referência nos cuidados é umas das intervenções educativas pré-operatórias evidenciada pelos estudos (Dunn, 1998; Ribeiro et al., 2012; Sayin & Aksoy, 2012; Ascari et al., 2013; AORN, 2015; Pereira et al., 2016). Neste domínio o Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória é, através de uma comunicação efetiva e atendendo às necessidades de informação da família, preparar e envolver a família/pessoa de referência no planeamento da alta e nos ensinamentos pós-operatórios com vista à continuidade dos cuidados e prevenção das complicações pós-operatórias (Dunn, 1998; Sayin & Aksoy, 2012; Ascari et al., 2013; AORN, 2015; Pereira et al., 2016). Preparar o ambiente físico em casa, explicar á família quanto tempo estará na sala de cirurgia e na UCPA e abordar o tema das visitas e acompanhante são igualmente funções inerentes ao papel do enfermeiro na Educação Pós-Operatória (Dunn, 1998) (conforme tabela 8).

Tabela 9 – Intervenções Educativas Pré-Operatórias de Enfermagem: Preparação para a Alta

Intervenções Educativas Pré-Operatórias	Papel do Enfermeiro
<u>Preparação para a Alta</u> ^{4,9,10,12}	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar o planeamento da alta no ensino pré-operatório⁴ - Incluir a família no plano terapêutico⁹ - Garantir a continuidade dos cuidados domiciliários¹⁰ - Ensino pós-operatório (cuidados com a ferida cirúrgica, regresso à atividade física, progressão na dieta, medicação no pós-operatório)¹² - Preparar o ambiente físico em casa¹² - Cuidados na alta com a ferida cirúrgica, regresso à atividade física, progressão na dieta, medicamentos pós-operatórios¹² - Enunciar o tipo de complicações que devem ser comunicadas ao cirurgião e/ou motivar vinda ao serviço de urgência¹² - Envolver a família no planeamento da alta e nos ensinamentos pós-operatórios¹²

Fonte: ⁴Pereira et al. (2016); ⁹Ribeiro et al. (2012); ¹⁰Sayin & Aksoy (2012); ¹²Dunn (1998).

O planeamento da alta deve integrar a Educação Pré-Operatória pois é considerado um dos pilares fundamentais na garantia da continuidade dos cuidados no domicílio (Dunn, 1998; Ribeiro et al., 2012; Sayin & Aksoy, 2012; Pereira et al., 2016). O ensino pós-operatório, preparar o ambiente físico em casa, planejar os ensinamentos pós-operatórios (cuidados na alta com a ferida cirúrgica, regresso à atividade física, progressão na dieta, medicamentos pós-operatórios) e o enunciar o tipo de complicações que devem ser comunicadas ao cirurgião e/ou motivar vinda ao serviço de urgência caracterizam o Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória no âmbito da preparação para a alta (Dunn, 1998). Este planeamento à semelhança de outras intervenções deve envolver a família/pessoa de referência (Dunn, 1998) (conforme tabela 9).

Tabela 10 – Intervenções Educativas Pré-Operatórias de Enfermagem: Colaboração Multidisciplinar

Intervenções Educativas Pré-Operatórias	Papel do Enfermeiro
<u>Colaboração Interdisciplinar</u> ^{5,7,11}	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar as preocupações de enfermagem a outros profissionais do ambiente perioperatório⁵ - Comunicar as vulnerabilidades e fatores de risco do paciente a toda a equipa perioperatória⁵ - Ser proativos na colaboração com pacientes e médicos para garantir que estes tenham todas as oportunidades de tomar uma decisão informada⁷ - Comunicar o estado do paciente a todos os membros da equipa de saúde¹¹

Fonte: ⁵Malley et al. (2015); ⁷Agnew & Jorgensen (2012); ¹¹AORN (2015).

A colaboração interdisciplinar é evidenciada nos estudos incluídos como sendo uma das intervenções educativas pré-operatórias onde o papel do enfermeiro passa por comunicar

as preocupações de enfermagem, as vulnerabilidades, os fatores de risco e o estado de saúde do paciente a toda a equipa perioperatória (AORN, 2015; Malley et al., 2015) (conforme tabela 10).

Tabela 11 – Intervenções Educativas Pré-Operatórias de Enfermagem: Visita Pré-Operatória

Intervenções Educativas Pré-Operatórias	Papel do Enfermeiro
<u>Visita Pré-Operatória</u> ⁹	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação do paciente⁹ - Esclarecer dúvidas⁹ - Esclarecer sobre todas as etapas do procedimento cirúrgico ao qual vai ser submetido⁹

Fonte: ⁹Ribeiro et al. (2012).

Um dos estudos evidenciou como papel do Enfermeiro na Educação Pré-operatória a Visita Pré-Operatória onde deve ser realizada a preparação do paciente, o esclarecimento de dúvidas e a elucidação sobre todas as etapas do procedimento cirúrgico ao qual vai ser submetido (Ribeiro et al., 2012) (conforme tabela 11).

4 – Discussão

Esta revisão *scoping* objetivou mapear o papel do enfermeiro da Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória. Da análise realizada foram encontrados estudos que validam que o enfermeiro tem a responsabilidade de preparar o paciente, assim como a sua família ou pessoa de referência, física, psicológica, social e emocionalmente. Na Educação Pré-Operatória o foco não deve ser unicamente a avaliação e preparação física, o enfermeiro, provido de conhecimentos, deve incorporar a avaliação comportamental, psicológica e emocional à prática de enfermagem, bem como o apoio na tomada de decisão, a preparação para a alta, a colaboração com a equipa interdisciplinar e a visita pré-operatória (Dunn, 1998; Agnew & Jorgensen, 2012; Lee & Lee, 2012; Ribeiro et al., 2012; Sayin & Aksoy, 2012; Ascari et al., 2013; AORN, 2015; Malley et al., 2015; Pereira et al., 2016; Benwella & Rhysb, 2018; Forsyth et al., 2019; Zeng et al., 2022).

Os estudos analisados mostram que o Enfermeiro na Educação Pré-Operatória deve, através de uma abordagem integral e individual avaliar, planear e intervir de acordo com as necessidades informativas e especificidades do paciente, reduzindo o impacto emocional gerado pelas alterações resultantes da cirurgia. Este momento privilegia a transmissão de informações importantes na prevenção de lacunas aquando da preparação para a cirurgia, bem como na promoção do autocuidado e recuperação cirúrgica (Dunn, 1998; Ascari et al., 2013; Renouf et al., 2014; Malley et al., 2015; Benwella & Rhysb, 2018; Breda & Cerejo, 2021).

Após a identificação das necessidades (informativas, físicas, psicossociais e emocionais) o enfermeiro elabora um plano de cuidados centrado no paciente no qual é incluído a família/pessoa de referência (Dunn, 1998; Ribeiro et al., 2012; Sayin & Aksoy, 2012; AORN, 2015; Malley et al., 2015; Pereira et al., 2016; Benwella & Rhysb, 2018).

Todo este processo interativo que é a Educação Pré-Operatória assenta numa comunicação simples, clara e objetiva a fim de que se estabeleça uma relação terapêutica e o paciente consiga expor os seus sentimentos e esclarecer todas as suas dúvidas/preocupações (Zeng et al., 2022; Forsyth et al., 2019; Pereira et al., 2016; Lee & Lee, 2012).

Na Educação Pré-Operatória o enfermeiro preocupa-se em clarificar todo o ambiente perioperatório, incluindo preparação pré-operatória, sentimentos intra-operatórios, cuidados pós-operatórios e cuidados domiciliares (Dunn, 1998; Ribeiro et al., 2012; Sayin & Aksoy,

2012; Ascari et al., 2013; AORN, 2015; Malley et al., 2015; Pereira et al., 2016; Forsyth et al., 2019; Zeng et al., 2022).

O consentimento informado só é válido se o paciente estiver esclarecido sobre todos os aspetos do consentimento (Dunn, 1998). Assim sendo, é dever do enfermeiro assegurar que o paciente recebeu e compreendeu todas as informações fornecidas e que está devidamente esclarecido sobre o procedimento a que vai ser submetido (Dunn, 1998; Agnew & Jorgensen, 2012; Pereira et al., 2016; Forsyth et al., 2019).

Apesar do enfermeiro assumir a liderança na Educação Pré-Operatória, dada a complexidade desta fase, considerada por Dunn (1998) a fase mais importante da experiência perioperatória, a colaboração com os restantes profissionais da equipa perioperatória e o envolvimento da família/ pessoa de referência aumentam a qualidade deste processo e, conseqüentemente aumenta a qualidade e a segurança da assistência ao paciente e a todo o seu entorno (Dunn, 1998; Agnew & Jorgensen, 2012; Ribeiro et al., 2012; Sayin & Aksoy, 2012; Ascari et al., 2013; Malley et al., 2015; AORN, 2015; Pereira et al., 2016).

Os pontos fortes desta revisão *scoping* incluíram a abrangência da estratégia de pesquisa e os critérios de inclusão, permitindo aplicar um processo exigente de extração e de síntese de dados. Contudo, esta revisão não é isenta de limitações. A primeira delas prende-se com o facto de a pesquisa ter sido realizada apenas em algumas bases de dados e somente em quatro idiomas. A segunda refere-se ao facto de não ter sido realizada a avaliação da qualidade das fontes utilizadas, o que está inerente aos princípios metodológicos da revisão *scoping*.

Conclusão da Investigação

A Educação Pré-Operatória é parte elementar do papel do enfermeiro perioperatório e o seu sucesso está atrelado ao modo como são atendidas as necessidades da Pessoa em Situação Perioperatória.

A Educação Pré-Operatória privilegia a construção de uma relação terapêutica fundamental na identificação das necessidades informativas do paciente e das barreiras à comunicação. Partindo da individualidade e especificidade de cada paciente o enfermeiro identifica necessidades (informativas, físicas, emocionais, sociais e psicológicas), elabora um plano de cuidados e concretiza intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem com o objetivo de integrar o paciente no novo ambiente e despertá-lo para o autocuidado e participação ativa no plano terapêutico.

A revisão *scoping* permitiu identificar e mapear o papel do enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória. A evidência científica identifica as necessidades informativas bem como a avaliação do nível de conhecimentos, a avaliação e preparação física, psicológica e emocional, a definição de um plano de cuidados, o apoio no processo de tomada de decisão/Consentimento Informado, o reforço da comunicação, o apoio social e emocional, o planeamento da assistência de enfermagem e da alta envolvendo a família/ pessoa de referência, a visita pré-operatória e a colaboração com equipa multidisciplinar como as principais intervenções educativas pré-operatórias.

Na Educação Pré-Operatória o papel do enfermeiro passa por avaliar e preparar (física, psicológica, social e emocionalmente), apoiar, defender, educar, comunicar, consultar, tranquilizar, gerir, orientar, explicar, aconselhar, esclarecer, garantir, reforçar, adequar, planejar e promover cuidados seguros e de qualidade, facilitar a adesão ao tratamento, melhorar a capacidade de autocuidado e continuidade dos cuidados, o que faz da Educação Pré-Operatória uma prioridade máxima no atendimento à Pessoa em Situação Perioperatória.

As Intervenções Educativas Pré-Operatórias, no contexto da assistência à Pessoa em Situação Perioperatória, e como resposta assertiva a uma necessidade de cuidados, devem conferir a eficácia e eficiência que se busca quando se fala em segurança, qualidade e ganhos em saúde.

Como contributo desta investigação, assume-se -se que a evidência científica incluída na revisão *scoping* seja uma mais-valia para que os profissionais de saúde, em particular os Enfermeiros, possam refletir sobre as intervenções educativas pré-operatórias, atualizar o

conhecimento e as práticas de cuidados perioperatórios efetivas e seguras, bem como, identificar lacunas passíveis de melhoria.

Pretende-se que este estudo constitua um ponto de partida para a análise e sistematização das principais evidências existentes neste âmbito temático e que suporte o desenvolvimento de procedimentos de enfermagem capazes de promover a consciência cirúrgica e garantir qualidade e segurança dos cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória.

O presente estudo destina-se ainda informar especialistas e interessados sobre o estado da ciência existente, a respeito da área em análise, inclusive relevar dados que eventualmente ainda não tenham sido divulgados à comunidade científica. Será possível, ainda, redefinir novas linhas de investigação que procurem as melhores evidências relativas à eficácia destas intervenções.

Esta revisão permitiu reunir um conjunto de informação relativa ao Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória e vincar a ideia de que o enfermeiro do perioperatório ocupa uma posição privilegiada para liderar o processo de educação pré-operatória. Foi igualmente possível agrupar um conjunto de intervenções que sistematizam a intervenção de enfermagem na educação pré-operatória e que objetivam um planeamento da assistência de enfermagem com vista à individualidade e humanização dos cuidados; estas intervenções poderão ser a base para a criação de Programas de Educação Pré-operatória nos hospitais onde tal ainda não acontece.

Referências Bibliográficas da Investigação

- Agnew, J., & Jorgensen, D. (2012). Informed consent: a study of the OR consenting process in New Zealand. *AORN Journal*, 95(6), 763–770.
<https://doi.org/10.1016/J.AORN.2010.11.039>
- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma, *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-56. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- Alves, F., & Sampaio, C. (2020). Monitorização em Unidade de Cuidados Intensivos. In J. A. Pinho (Coord.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.70-80). Lidel.
- Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A. C. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17-18), 2527-2544. <https://doi.org/10.1111/jocn.13639>
- Ascari, R.A., Neiss, M., Sartori, A. A., Silva, O. M., Ascari, T. M., & Galli, K.S.B. (2013). Perceptions of surgical patient during preoperative period concerning nursing care. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 7(4), 1136-1144.
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&sid=7afcba86-948a-4bf5-8681-045d84289a33%40redis>
- Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa. Luso didática.
- Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. 2ª edição, Lusodidacta. Loures.
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2005). AORN Guidance Statement: preoperative patient care in the ambulatory surgery setting. *AORN Journal*, 81(4), 871–878. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)60366-9](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60366-9)
- Barel, P.S., Sousa, C.S., Poveda, V.B., & Turrini, R.N.T. (2018). Ansiedade e conhecimento de pacientes submetidos a cirurgia ortognática no pré-operatório. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2206-2211.
file:///C:/Users/ve_ru/Downloads/Ansiedadeeconhecimentodepacientessubmetidosacirurgiaortognaticanopr-operatrio.pdf

- Benwell, B., & Rhys, C. S. (2018). Negotiating relevance in pre-operative assessments. *Social Science & Medicine (1982)*, 200, 218–226. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2018.01.034>
- Breda, L. F. T. F. (2019). *Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Breda, L. F., & Cerejo, M. N. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20088>
- Castanheira, C. (2014). Da experiência à melhoria dos cuidados. *Jornal do congresso cirurgia de ambulatório*, p. 11.
- Cooke, M., Walker, R., Aitken, L. M., Freeman, A., Pavey, S., & Cantrill, R. (2016). Pre-operative self-efficacy education vs. usual care for patients undergoing joint replacement surgery: a pilot randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 74–82. <https://doi.org/10.1111/SCS.12223>
- Dawson, S. (2003). Princípios da preparação pré-operatória. In K. Manley & L. Bellman, *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*, 20, 395-415. Lusociência.
- Dina, A. K., Pamela, W., & Myrna, M. (2004). A Survey of current PeriAnesthesia Nursing Practice for Pain and Comfort Management. American Society of PeriAnesthesia Nurses. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(3), 138-149.
- Dunn, D. (1998). Preoperative assessment criteria and patient teaching for ambulatory surgery patients. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 13(5), 274–291. [https://doi.org/10.1016/S1089-9472\(98\)80032-4](https://doi.org/10.1016/S1089-9472(98)80032-4)
- Emergency Nurses Association. (2019). *Trauma Nursing Core Course*. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide. <https://www.ena.org/education/tncc>
- Feninets, V., Adamakidou, T., Mantzorou, M., Mastrogiannis, D., Govina, O., & Tsiou, C. (2022). The Effect of Preoperative Educational Intervention on Anxiety and Pain of Patients Undergoing Spinal Decompression Surgery: A Pilot Randomized Controlled Study. *Cureus*, 14(8), e28368. <https://doi.org/10.7759/cureus.28368>

- Fink, C., Diener, M. K., Bruckner, T., Müller, G., Paulsen, L., Keller, M., Büchler, M. W., & Knebel, P. (2013). Impacto da educação do paciente pré-operatório na prevenção de complicações pós-operatórias após cirurgia visceral de grande porte: protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado e controlado (PEDUCAT trial). *Provações*, 14, 271. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-271>
- Forsyth, R., Scanlan, C. L., & Kerridge, I. (2019). Optimising consent and adherence in high-risk medical settings: Nurses' role as information providers in allogeneic bone marrow transplant. *Australian Journal of Cancer Nursing*, 20(2), 8–12. <https://doi.org/10.33235/AJCN.20.2.8-12>
- Freiberger, M., & Mudrey, E. (2011). A importância da visita pré-operatória para sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2(2), 1-26. Doi:10.31072/rcfv2i2.96.
- Freitas, A., Bilbao, M., & Silva, T. (2021). Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 689-701). Lusodidacta.
- Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. N. R., & Martins, J. C. A. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 14 (4). <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
- Gürler, H., Yılmaz, M., & Türk, K. E. (2022). Preoperative Anxiety Levels in Surgical Patients: A Comparison of Three Different Scale Scores. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(1), 69–74. <https://doi.org/10.1016/J.JOPAN.2021.05.013>
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2020). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (Vol. 1, 14ª ed.). Guanabara Koogan.
- Jones, E. D., Davidson, L. J., & Cline, T. W. (2022). The Effect of Preoperative Education Prior to Hip or Knee Arthroplasty on Immediate Postoperative Outcomes. *Orthopaedic Nursing*, 41(1), 4–12. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000814>
- Kalogianni, A., Almpiani, P., Vastardis, L., Baltopoulos, G., Charitos, C., & Brokalaki, H. (2016). Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(6), 447–458. <https://doi.org/10.1177/1474515115602678>
- Koivisto, J. M., Saarinen, I., Kaipia, A., Puukka, P., Kivinen, K., Laine, K. M., & Haavisto, E. (2020). Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(1), 35–40. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz032>

- Lee, C. K., & Lee, I. F. K. (2012). Preoperative patient teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17–18), 2551–2561. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2012.04345.X>
- Malley, A., Kenner, C., Kim, T., & Blakeney, B. (2015). The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. *AORN Journal*, 102(2), 181.e1-181.e9. <https://doi.org/10.1016/J.AORN.2015.06.004>
- Matos, F. M., Sales, L., Baquero, L., & Bilbao, M. (2021). Cirurgia Segura. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Coords.), *Guia Prático para a segurança do doente* (pp. 235-248). Lidel.
- Mulugeta, H., Ayana, M., Sintayehu, M., Dessie, G., & Zewdu, T. (2018). *Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia*. *BMC Anesthesiology* 18, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0619-0>
- Ng, S. X., Wang, W., Shen, Q., Toh, Z. A., & He, H. G. (2022). The effectiveness of preoperative education interventions on improving perioperative outcomes of adult patients undergoing cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(6), 521–536. <https://doi.org/10.1093/EURJCN/ZVAB123>
- O'Connor, K., Bruno, D. La, Rudderow, J., Cannaday, S., Yeo, C. J., & Yeo, T. P. (2020). Preparedness for surgery: Analyzing a quality improvement project in a population of patients undergoing hepato-pancreatico-biliary surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(5), 65–70. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.E65-E70>
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Ordem dos Médicos. <https://ordemosmedicos.pt/normas-de-boa-pratica-em-trauma/>
- Pereira, A. C., Soares, V. L., Russo, T.M.S, Teles, A.A.S., Lenza, N.F.B., & Sonobe, H. M. (2016). Pre-operative education in the perspective of cancer patients. *Recife*, 10(2), 449–456. <https://doi.org/10.5205/REUOL.8557-74661-1-SM1002201610>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (pp. 406–451). Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L. C., & Carlsson, E. (2017). Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 674–686. <https://doi.org/10.1111/SCS.12378>
- Ribeiro, J. L. da S., Tourinho, F. S. V., Pereira, C. D. F. D., Fernandes, L. G. G., De Medeiros, P. D., & De Medeiros, S. B. (2012). The importance of nurse-patient connection in the period before an operation. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 6(1), 234. <https://doi.org/10.5205/REUOL.2052-14823-1-LE.0601201233>
- Rodrigues, R. & Cardoso, D. (2017). Prática Baseada na Evidência. In M. Néné & C. Sequeira, *Investigação em Enfermagem* (pp. 227-243). Lidel.
- Ruiz Hernández, C., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Roman, K. V., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *J Adv Nurs*, 77, 3274–3285. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). *PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation*. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Sayin, Y., & Aksoy, G. (2012). The Nurse's Role in Providing Information to Surgical Patients and Family Members in Turkey: A Descriptive Study. *AORN Journal*, 95(6), 772-787. <https://doi.org/10.1016/J.AORN.2011.06.012>
- Zeng, R., Zhang, X., Su, L., He, Y., & Huang, J. (2022). Effect Evaluation of Preoperative Psychological Nursing Intervention on Sinusitis Patients Undergoing General Anesthesia by Multiplanner Reformation-Based CT. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/7516339>

Conclusão do Relatório Final de Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

A excelência dos cuidados de enfermagem exige trabalho e dedicação, e resulta de um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento construído com base na melhor evidência científica.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, gestão, formação e de investigação em saúde, o Enfermeiro especializado na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica possui competências de responsabilidade profissional, ético-legais, relacionais, comunicacionais e técnico-científicas.

No decorrer dos estágios realizados no SUP e SMI do CHTV, EPE, assumi uma atitude responsável, assertiva e impulsionadora de boas práticas, o que me permitiu crescer como Enfermeira Especialista a nível pessoal e profissional. Contribuí para a formação em serviço e atualização de procedimentos com impacto direto na qualidade dos cuidados de enfermagem. Procurei conduzir a minha prática com base nas evidências e diretrizes mais recentes e incorporar novas evidências e novas práticas de cuidados, contribuindo para a autonomia, reconhecimento e evolução da profissão de Enfermagem.

Durante os estágios consegui desenvolver a capacidade de tomada de decisão e raciocínio utilizando argumentação ética, legal e científica e atuando numa base crítico-reflexiva dos meus comportamentos.

Os objetivos, as atividades e as estratégias delineadas no início deste percurso, serviram o objetivo de desenvolver e adquirir as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, ao nível da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais e na prestação de cuidados especializados ao doente em estado crítico.

Os estágios não foram isentos de dificuldades próprias do processo de aprendizagem, nomeadamente: adaptação ao sistema informático e ao papel de aluna de especialidade num contexto completamente diferente da minha realidade; a falta de conhecimento em alguns procedimentos específicos e a dificuldade em conciliar o estágio com a minha atividade profissional e pessoal. Contudo a motivação, o acolhimento das equipas multidisciplinares em especial as equipas de enfermagem e a partilha de ideias e conhecimentos, bem todo como toda a disponibilidade demonstrada pelos Senhores Enfermeiros(as), permitiram ultrapassar

essas barreiras e ajudar no desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Finalizo este Relatório Final, com a certeza, que enquanto Enfermeira sinto-me mais competente e capacitada para a tomada de decisão, gestão e prestação de cuidados especializados.

Referências Bibliográficas do Relatório Final de Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

- Afonso, A., Martins, E., Parreira, P., & Santos-Costa, P. (2022). Erros de medicação no Perioperatório: Gestão do Risco Clínico Segurança do Doente. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos & M. L. Souza (Coord.), *Gestão das Organizações de Saúde: Qualidade, Segurança e Desafios para o Séc. XXI*, Volume 2 (pp. 704-732).
- Alexandre, R., & Carreiro, E. (2019). O Papel do Enfermeiro no Controlo da Infeção. In A. Duarte & O. Martins (Coord.), *Controlo de Infeção Hospitalar* (pp.115-118). Lidel.
- Alfaro-LeFevre, Rosalina (2021). *Pensamiento Crítico, razonamiento clínico y juicio clínico en enfermería. Um enfoque práctico*. 7ª edição. Elsevier.
- Almeida, A. J. L. (2020). Prefácios. In J. A. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel
- Carvalho, A., Carvalho, P., Souza, G., Resende, M., Pereira, S., & Carvalho, S. (agosto de 2018). A conduta ética dos profissionais de enfermagem: uma revisão. REAS, *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11, 1709-1716.
[file:///C:/Users/ve_ru/Downloads/A_conduta_etica_dos_profissionais_de_enfermagem_um%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ve_ru/Downloads/A_conduta_etica_dos_profissionais_de_enfermagem_um%20(1).pdf)
- Castilho, A., Mota, A., Cometto, M., & Malvarez, S. (2022). Gestão da Segurança do Doente. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos & M. L. Souza (Coord.), *Gestão das Organizações de Saúde: Qualidade, Segurança e Desafios para o Séc. XXI*, Volume 3, 121-153).
- Castilho, A.F. (2014). *Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem ao Doente internado: Contributos para a Política de Segurança*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- Catalão, M. (2016) *Avaliação da carga de trabalho de enfermagem na unidade de cuidados intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14590/1/ESSTFC588.pdf>
- Contreiras, B. (2019). Lavagem e Antissepsia das mãos. In A. Duarte & O. Martins (Coord.), *Controlo de Infeção Hospitalar* (pp.46-53). Lidel.

- Costa, N. (2020). Avaliação da Dor: terapias não farmacológicas para alívio da dor. In J. A. Pinho (Coord.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.94-105). Lidel.
- Costa, P., Martins, C., & Encarnação, P. (2022). Perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados num serviço de urgência. *New Trends in Qualitative Research*, 13, 4-12. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e685>
- Costa-Dias, M. J., Magalhães, G., & Correia, A. (2021). Prevenção de quedas no adulto. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Coords.), *Guia Prático para a segurança do doente* (pp. 275-287). Lidel.
- Cruz, J. R., & Martins, M. (2019). *Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem*. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn20/serlVn20a10.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 que “Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026”, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde, Diário da República: 2.ª série, N.º 187 (2021). Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/171891094>.
- Direção-Geral da Saúde (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2011a). Orientação n.º 018/2011 de 23/05/2011 da DGS. *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Direção-Geral da Saúde, p. 1-3. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheirosanexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011b). Orientação n.º 017/2011 de 19/05/2011 da DGS. *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica* (Braden Q). Direção-Geral da Saúde, p. 1-10. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/Escala-de-Braden.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2012). Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012 da DGS, atualizada a 31/10/2013. *Precauções Básicas do Controlo da Infeção* (PBCI). Direção-Geral da Saúde, p. 1-26. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

- Direção-geral da Saúde (2013). *Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor* (PENPCDor). Direção-Geral da Saúde. Acedido em https://www.atlasdasaude.pt/sites/default/files/ficheiros_anexos/plano_estrategico_nacional_de_prevencao_e_controlo_da_dor.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2014a). Norma n.º 020/2014 de 30/12/2014 da DGS, atualizada a 14/12/2015. *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Direção-Geral da Saúde, p. 1-8. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2014b). Norma n.º 018/2014 de 09/12/2014 da DGS, atualizada a 27/05/2015. *Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Direção-Geral da Saúde, p. 1-24. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015a). Norma n.º 014/2015 de 06/08/2015 da DGS. *Medicamentos de alerta máximo*. Direção-Geral da Saúde, p. 1-7. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-nasaude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde (2015b). Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015 da DGS, atualizada a 17/11/2022. *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Direção-Geral da Saúde, p. 1-23. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_a_ssoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2015c). Norma n.º 022/2015 de 16/12/2015 da DGS, atualizada a 29/08/2022. *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Direção-Geral da Saúde, p. 1-26. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022_prev_inf_cvc.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2015d). Norma n.º 019/2015 de 15/12/2015 da DGS, atualizada a 29/08/2022. *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Direção-Geral da Saúde, p. 1-18. [Norma 2 \(novo design\) SPMS V2 \(min-saude.pt\)](https://normas.dgs.min-saude.pt/norma_2_novo_design_spms_v2)

- Direção-Geral da Saúde (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Acedida em 26 de dezembro de 2022 em [comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde (2017b). Norma n.º 015/2017 de 13/07/2017 da DGS. *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Direção-Geral da Saúde, p. 1-25. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2018). Norma nº 002/2018, de 09/01/2018 da DGS. *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/sistemas-de>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Norma n.º 020/2014 de 09/12/2019 da DGS. *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Direção-Geral da Saúde, p. 1-20. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2022a). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a segurança dos doentes 2021-2026*. Direção-Geral da Saúde. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2022b). *Circular Normativa nº 012/2022 de 18/11/2022 da DGS. Via Verde Trauma no Adulto*. Direção-Geral da Saúde.
- Duarte, A., & Martins, O. (2019) *Controlo da Infeção Hospitalar*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda, p. 1- 216.
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2022a). *Guia Orientador dos Estágios*. 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 9º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2022b). *Regulamento de Estágio. Cursos Conducentes ao Grau de Mestre em Enfermagem*.
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021). *Guia orientador de trabalhos escritos*. Acedido em [Guia Orientador de Trabalhos Escritos \(ipv.pt\)](#)
- Estilita, J. (2015). Analgesia, Sedação de Delirium. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coord.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 61-69). Lidel.

- Faria, J. M. S., Pontífice-Sousa, P., & Gomes, M. J. P. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Enfermería Global*. 50, 490-502.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>
- Fernandes, A. (2022). *Gestão nas Organizações de Saúde: Qualidade, Segurança e Desafios para o Sec. XXI. Prefácio* – Centro Colaborador da OMS pra a Prática e Investigação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Grupo Português de Triage (2010). *Triage no serviço de urgência: manual do formando*. 2ª Edição.
- IASP (2020). *International Association for the Study of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=6>
- INEM (2012). *Abordagem à vítima*. Versão 2.0 – 1ª Ed. INEM.
- INEM (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Departamento de Formação em Emergência Médica. Instituto Nacional de Emergência Médica.
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- kaplow, R., Turner, K., & Relf, M. V. (2019). Prática de Enfermagem em Cuidados Críticos. Promoção da excelência por meio do cuidado, da colaboração e do compromisso. In P. G. Morton & D. K. Fontaine, *Cuidados Críticos em Enfermagem: uma abordagem holística* (11ª ed., Cap. 1, pp. 1-12). Guanabara Koogan.
- Lamas, T. (2015). Monitorização Hemodinâmica – Do básico ao Avançado. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coord.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp.174-194). Lidel.
- Lei n.º 15/2014 da Assembleia da República (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*: I série, nº57, p. 2127-2131. <https://dre.pt/application/file/a/571975>
- Lopes, M. (2021). Modelos de Triage em Situações de Catástrofe. In N. Coimbra (Coord.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp.351-357). Lidel.
- Martini, J., Lazzari, D., Backes, V., Lino, M., Oliveira, S., & Lino, M. (2022). Formação: Autoformação e desenvolvimento de competências. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos & M. L. Souza (Coord.), *Gestão das Organizações de Saúde: Qualidade, Segurança e Desafios para o Séc. XXI*, Volume 2 (pp. 268-281).

- Martins, M., & Fernandes, H. (2022). O Trabalho do Enfermeiro Gestor em unidades de saúde. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos & M. L. Souza (Coord.), *Gestão das Organizações de Saúde: Qualidade, Segurança e Desafios para o Séc. XXI*, Volume 2 (pp. 194-213).
- Martins, M., Ribeiro, O., & Bastos, A. (2022). Formação em serviço. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos & M. L. Souza (Coord.), *Gestão das Organizações de Saúde: Qualidade, Segurança e Desafios para o Séc. XXI*, Volume 2 (pp. 231-267).
- Mateus, D. (2019). *Gestão, Liderança e Cultura Organizacional para Gestores Hospitalares*. Almedina.
- Mendes, D. I. A. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória no programa Enhanced Recovery After Surgery®: implementação e avaliação* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/32257>
- Mendes, D. I. A., Ferrito, C., & Gonçalves, M. I. R. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: perceção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 47-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Mendes, J. J. (2015). Ventilação Mecânica Invasiva. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coord.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 94-112). Lidel.
- Miguel, P., & Mendes, F. (2020). Ventilação Mecânica. In J. A. Pinho (Coord.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.140-150). Lidel.
- Monte, R. (2020). Sedação e analgesia no doente crítico. In J. A. Pinho (Coord.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.108-115). Lidel.
- Monteiro, J., & Dixe, M. (2020). Relatório de Estágio: *Abordagem Especializada ao Doente Crítico* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Leiria, Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria]. <https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/5748/1/Relat%C3%B3rio%20Estagio%20Final%20Joana%20Monteiro.pdf>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, A., Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. *Millenium*, 2(5), 269-279. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>

Oliveira, M. S., Meira, L., & Valente, M. (2012). *Manual TAS – Situação de Exceção*. ISBN: 9789898646088. Acedido em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situacao-de-Excecao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (1996). REPE *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Decreto Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto lei nº 104/98 de 21 de abril).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. [ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf) ([ordemenfermeiros.pt](https://www.ordemenfermeiros.pt))

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Diário da República, 2(135), pp. 19359-19370.

<https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2 (26), pp 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Organização Mundial de Saúde (2022). Road traffic injuries. Recuperado Janeiro 18, 2023 em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

Pais, A. (2019). Ganhos em Saúde associados ao Controlo de Infecção Hospitalar. In A. Duarte & O. Martins (Coord.), *Controlo de Infecção Hospitalar* (pp.21-24). Lidel.

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2022). Métodos de Trabalho para a Prestação de Cuidados em Enfermagem. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos & M. L. Souza (Coord.), *Gestão das Organizações de Saúde: Qualidade, Segurança e Desafios para o Séc. XXI*, Volume 2 (pp. 147-193).

- Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 125–138. <https://doi.org/10.12707/RIV16029>
- Pereira, A. G. (2019). Aspetos Históricos do Controlo de Infeção Hospitalar. In A. Duarte & O. Martins (Coord.), *Controlo de Infeção Hospitalar* (pp.1-13). Lidel.
- Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito, C. (2020). Comunicação Alternativa e Aumentativa em Doentes Ventilados: Scoping Review. *Revista Brasileira Enfermagem*. 73(5). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Ponce, P., & Mendes, J. (2019). *Manual de Urgências e Emergências*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-989-752-407-3.
- Ponce, P. (2015a). Aspetos da organização e Gestão de uma Unidade de Cuidados Intensivos. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coord.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp.536-544). Lidel.
- Ponce, P. (2015b). Aspetos éticos das decisões clínicas da unidade de cuidados intensivos. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coord.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp.557-564). Lidel.
- Ponce, P. (2015c). Complicações Agudas do Doente Diabético e Controlo da Glicémia. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coord.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp.301-307). Lidel.
- Portugal, Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. Diário da República, 2(153), pp. 20673 – 20678. <https://dre.pt/application/file/a/55606657>
- Portugal, Lei n.º 80/2015 (2015, 3 agosto 3). *Lei de Bases da Proteção Civil*. Diário da República, I (149). Acedido em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2391&pagina=1&ficha=1
- Portugal, Despacho n.º 8977/2017. (2017, Outubro 11). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e designa os seus membros. *Diário da República*, 2(196), pp. 23038-23041. <https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>

- Portugal, Despacho n.º 2534/2021. (2021, março 5). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e determina as suas competências. *Diário da República*, 2(45), pp. 178-182. <https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>
- Portugal, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022a). Despacho n.º 10901/2022 do Ministério da Saúde: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário da República*: 2 (174), p.93. <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Ramos, S., Sales, L., & Barroso, F. (2021). Segurança do doente: princípios e conceitos. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Coords.), *Guia Prático para a segurança do doente* (pp. 3-10). Lidel.
- Reis, F. L. (2018). *Manual de Gestão das Organizações – teoria e prática*. Com exercícios e casos de estudo. Edições Sílabo.
- Rocha, A. C., Jorge, A. M., & Sobral, A. L. (2019). Controlo da Infeção Hospitalar em diferentes contextos. In A. Duarte & O. Martins (Coord.), *Controlo de Infeção Hospitalar* (pp.119-182). Lidel.
- Rodrigues, L. R. (2019a). Questões Éticas em Controlo de Infeção. In A. Duarte & O. Martins (Coord.), *Controlo de Infeção Hospitalar* (pp.211-216). Lidel.
- Rodrigues, L. R. (2019b). Infeções associadas aos cuidados de saúde: O estado da arte. In A. Duarte & O. Martins (Coord.), *Controlo de Infeção Hospitalar* (pp.25-36). Lidel.
- Rodrigues, L. R. (2019c). Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar. In A. Duarte & O. Martins (Coord.), *Controlo de Infeção Hospitalar* (pp.37-101). Lidel.
- Sales, L., Barroso, F., & Ramos, S. (2021a). Identificação inequívoca do doente. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Coords.), *Guia Prático para a segurança do doente* (pp. 209-216). Lidel.
- Sales, L., Coelho, A., Graça, A., & Paulino, E. (2021b). Segurança na medicação. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Coords.), *Guia Prático para a segurança do doente* (pp. 209-216). Lidel.
- Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades – Triagem de Manchester*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/tese_mestrado_triagem_prioridades%20triagem_manchester_v.pdf.

- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(21), 151–158.
<https://doi.org/10.12707/RIV19014>
- Tronchin, D., Melleiro, M., Morais, A., & Quadrado, E. (2022). Processo de Melhoria Contínua de Qualidade em Serviços de Saúde. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos & M. L. Souza (Coord.), *Gestão das Organizações de Saúde: Qualidade, Segurança e Desafios para o Séc. XXI*, Volume 3 (pp. 98-120).
- Wiencek, C. (2019). Alívio da dor e promoção do conforto. In P. G. Morton & D. K. Fontaine, *Cuidados Críticos em Enfermagem: uma abordagem holística* (pp.46-60). Guanabara Koogan.
- World Alliance for Patient Safety. (2009). *Guidelines on hand hygiene in health care*. First Global Patient Safety Challenge: Clean care is Safer Care. OMS. Disponível online em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf

Apêndices

Apêndice I
Reflexão Crítica: Comunicação eficaz na transcrição dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência



Politécnico
de Viseu

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª. Edição
Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
9ª Edição

Reflexão Crítica

Estágio com relatório final em contexto de Urgência e Emergência

Vera Lúcia da Silva Lopes Ferreira

13/01/2023



Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª. Edição

Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 9ª Edição

Reflexão Crítica: Comunicação eficaz na transcrição dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência

Estágio com relatório final em contexto de Urgência e Emergência

Vera Lúcia da Silva Lopes Ferreira

Reflexão realizada no âmbito do estágio no CHTV sob tutoria dos Enfermeiros Albino Alberto e Natália Figueiredo e com a orientação da Professora Doutora Madalena Cunha

13/01/2023

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução	9
Reflexão Crítica	11
Considerações Finais	19
Referências Bibliográficas	21

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 Modelo explicativo da técnica ISBAR	17

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CHTV	Centro Hospitalar Tondela-Viseu
DGS	Direção-Geral da Saúde
ISBAR	Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações
OMS	Organização Mundial de Saúde
SU	Serviço de Urgência
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos

Introdução

A comunicação, percebida como um processo de transmissão e entendimento da informação, é a base da interação humana (Silva, 2018).

Para o mesmo autor (Silva, 2018) no exercício da profissão de enfermagem, a comunicação é um instrumento básico para a continuidade e segurança dos cuidados prestados.

A comunicação eficaz nos momentos de transição de cuidados, assente numa abordagem estruturada, facilita o desenvolvimento de boas práticas, benéficas à tomada de decisão e melhoria contínua dos cuidados, justificando-se a sua relevância no desenvolvimento da atividade profissional major, no serviço de urgência (SU) (Castro, 2019).

Os SU, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde são serviços intra-hospitalares, multidisciplinares e multiprofissionais que, de acordo com o seu nível de diferenciação, têm por objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência. São serviços onde diariamente circulam dezenas ou até mesmo centenas de pessoas, doentes, acompanhantes (em circunstâncias especiais) e profissionais de saúde. Numa sequência lógica é perfeitamente entendível que quanto maior for número de pessoas envolvidas no processo comunicacional maior será a probabilidade de esta sofrer influências. Por sua vez a ineficácia comunicacional em saúde pode traduzir-se em erros graves que podem comprometer a segurança dos cuidados de saúde e consequentemente por em causa a segurança do doente.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2017 publica uma norma onde refere que para garantir a segurança dos cuidados prestados e a segurança do doente, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados.

No seguimento e no decorrer do estágio de Urgência e Emergência realizado no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE integrado no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 8ª edição e do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica 9ª edição da Escola Superior de Saúde de Viseu, foram vários os momentos em que consegui perceber o quanto o tema “comunicação eficaz na transcrição dos cuidados de enfermagem” é relevante.

Assim, resolvi fazer uma reflexão crítica sobre o tema da comunicação eficaz na transcrição dos cuidados de enfermagem por ser um tema intimamente relacionado com a segurança do doente, uma preocupação à escala mundial e que a mim me inquieta bastante, e porque os enfermeiros têm o dever de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro.

O pensamento crítico em enfermagem pode ser definido como "um processo complexo e multidimensional que engloba a capacidade intelectual que o indivíduo possui para procurar, identificar e desafiar premissas do raciocínio que considera relevantes para a tomada de decisão", ou ainda como a "capacidade para conjugar a experiência, o conhecimento e o raciocínio na identificação e exploração de quadros alternativos de referência" (Peixoto & Peixoto, 2017, p. 136).

A reflexão crítica elaborada tem como objetivos analisar, tomar consciência e refletir sobre e na importância da comunicação eficaz na transcrição dos cuidados de saúde no SU e ainda analisar a ferramenta proposta pela DGS como ferramenta de uniformização da comunicação que promove o pensamento crítico e contribui para a rápida tomada de decisão.

A metodologia adotada para a elaboração desta reflexão baseia-se numa análise retrospectiva e reflexiva, suportada pelas experiências vivenciadas, consulta de fundamentação teórica e pesquisa bibliográfica considerada pertinente a fim de melhor fundamentar a reflexão e os conteúdos apresentados.

Importa referir que este trabalho foi redigido tendo por referência o guia orientador de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Reflexão Crítica

A segurança do doente constitui um dos principais desafios dos cuidados de saúde do século XXI. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Direção-Geral da Saúde (DGS) reconhecem que existem erros ou acidentes adversos associados à comunicação que podem ter consequências mais ou menos graves para o doente. Neste sentido têm sido realizados vários esforços e elaborados vários programas de âmbito nacional e mundial com o objetivo de intervir e contribuir para a prevenção destes erros.

A comunicação apesar de ser utilizada todos os dias durante a prestação de cuidados de saúde, requer conhecimentos e competências que podem ser aprendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de uma comunicação eficaz (DGS, 2017; Costa et al., 2022).

A DGS (2017, p.4) define a comunicação eficaz entre profissionais de saúde como “a transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”. Define também o conceito de transmissão de informação como sendo a “comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados”.

Deste modo a comunicação eficaz pode ser conseguida através:

- Conhecimento, competência e empatia;
- Transmissão de informação pertinente e objetiva;
- Saber o que se vai falar, a quem se vai falar e como se vai falar;
- Ter conhecimento sobre a informação que vai transmitir;
- Utilização de ferramentas padronizadas, que sejam do conhecimento de todos os intervenientes, que facilitem a transmissão da informação.

Em Portugal, no âmbito da segurança na comunicação, a DGS em fevereiro de 2017, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite, a norma nº 001/2017 da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. À luz desta norma a transição de cuidados de saúde é percebida como “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017, p.4).

As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente. As falhas referem-se, nomeadamente, às omissões de informação, aos erros nas informações, à falta de precisão e à falta de priorização das atividades. (DGS, 2017).

O SU é um serviço próprio, onde há uma constante atividade propícia à ocorrência de interrupções, o que se pode repercutir em falhas de comunicação (Sousa, 2019).

O SU do CHTV, EPE é um serviço Polivalente imensamente diferenciado que atende doentes agudos críticos e não críticos com distintas necessidades e de distintos locais geográficos. Tamanha diferenciação faz com que em determinadas circunstâncias o número de doentes ultrapasse a capacidade de resposta imediata e se instale o "caos". Este caos traduz-se num aumento do tempo de espera por parte de quem recorre ao SU e potencia a possibilidade de ocorrerem falhas, nomeadamente na comunicação, que podem ameaçar a segurança do doente.

Müller et al. (2018) declaram que a comunicação ineficaz se encontra em contextos de saúde diferentes, sendo, no entanto, especialmente frequente na transição de cuidados de doentes onde é indispensável as situações serem geridas de forma rápida e eficaz, como o serviço de urgência, onde os processos de comunicação são complexos e tendentes a erros.

O SU, pela dinâmica intrínseca ao próprio serviço, a transição de cuidados deve ser alvo de inquietação, configurando-se um risco para a segurança dos cuidados prestados (Costa, Martins & Encarnação, 2022).

No SU os profissionais trabalham a alta velocidade, com multitarefas onde as interrupções são frequentes. Apesar da sobrelotação dos SU os enfermeiros que aí exercem suas funções devem zelar pelo bem-estar do doente e procurar minimizar o impacto do ambiente "caótico" que caracteriza o SU. O enfermeiro tem o dever de garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados, assegurando uma comunicação eficaz.

Um estudo realizado por Costa et al., em 2021, num SU médico-cirúrgica da região norte de Portugal, constatou a consciência da relevância que a transição de cuidados deve ter para garantir a continuidade de cuidados. Destacam-se como principais conclusões deste estudo que: a transição de cuidados é influenciada pela afluência de doentes ao SU; a informação comunicada é determinante para a definição de prioridades e para a continuidade dos cuidados; o modelo biomédico é dominante na seleção da informação a ser transmitida; a transição de cuidados deve assumir um papel formativo dentro da equipa de enfermagem; e a confidencialidade da informação clínica configura-se como um desafio aos profissionais de saúde.

No SU a comunicação é um elo fundamental na qualidade do atendimento ao doente. Triagem, observação e avaliação, passagem de turno e admissão são momentos chave onde a comunicação exerce uma importância inqualificável. Destaco especialmente a passagem de turno, que considero ser o momento onde há maior probabilidade de ocorrência de falhas.

Citando Costa et al. (2022) eventos adversos ocorrem como consequência de falhas de comunicação e a comunicação eficaz entre profissionais de saúde na transferência de informação clínica é determinante para garantir a segurança dos cuidados.

Bergs et al. (2018) e Redley et al. (2017), referem que um processo central para a prestação de cuidados de qualidade e segurança é a transição de cuidados e que, falhas neste processo podem produzir uma diversidade de erros, que colocam em risco a segurança dos doentes.

A minha experiência profissional já me tinha revelado a importância da comunicação eficaz na transcrição dos cuidados de enfermagem. Confesso que o estágio no SU do CHTV, EPE foi um verdadeiro desafio em vários aspetos, nomeadamente no que se refere ao tema desta reflexão.

É reconhecida a relevância da partilha de informação na continuidade dos cuidados, sendo um desafio para os enfermeiros a decisão sobre qual a informação a partilhar. Os enfermeiros estão sensibilizados para a importância da informação partilhada durante a passagem de turno, tendo consciência que esta pode ser substancialmente melhorada (Sousa, 2019).

Habituada a ter um tempo, minimamente tranquilo, reservado à passagem de turno (momento de excelência na arte do cuidar), pude verificar que no SU essa tranquilidade é escassa e a passagem de turno é fugaz. Existem constantes interrupções e, em muitos contextos a passagem da informação é realizada em simultâneo com a prestação de cuidados. Ainda a referir que, em determinados setores do SU (nomeadamente na sala aberta, e no setor dos verdes/azuis) torna-se quase impossível dar a informação detalhada de todos os doentes que aí se encontram, pelo que se acaba por transmitir a informação mais relevante e dos doentes mais instáveis que requerem maior vigilância.

Como referido no Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015) o enfermeiro tem o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, através de um registo fiel às observações e intervenções realizadas.

O enfermeiro assume o papel fulcral na continuidade dos cuidados, sendo no meu ponto de vista o elemento primordial nos cuidados de saúde, uma vez que é o que mais tempo despende junto ao doente.

Ao longo dos turnos que realizei no SU do CHTV pude constatar isso mesmo, que a ausência de uma comunicação eficaz pode comprometer severamente a segurança do doente. A DGS (2017, p.4) define segurança do doente como a "redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro".

O simples desvio do doente para a realização de exames complementares de diagnóstico sem avisar o assistente operacional que faz o transporte do doente, pode fazer com que o doente fique "esquecido" e "perdido" informaticamente; ou seja o doente informaticamente está no serviço de Imagiologia, mas fisicamente não saiu do mesmo local.

Outra situação por mim constatada é quando o doente é internado. O sistema de informação utilizado no SU do CHTV é o ALERT® e quando o doente é internado o seu processo transita para outro sistema de informação, o Glint®, que apenas é utilizado nos serviços de internamento. Ou seja, o mesmo hospital opera com distintos sistemas de informação (a referir que atualmente o hospital estará em processo de transição e no futuro SU e serviços de urgência utilizarão o mesmo sistema de informação: O SClínico®); assim, informaticamente o doente já não faz parte do SU, mas fisicamente ainda aí se encontra. Nestas condições na passagem de informação acabamos por, de uma forma muito simplista dizer que o diagnóstico do doente e acrescentar que está a aguardar transferência para o internamento.

A ida do doente para o internamento é outro momento onde a transcrição da informação não é realizada no seu pleno conceito. Quando o doente é internado e tem autorização para ir para o internamento existe um contato prévio do enfermeiro do SU para com o enfermeiro do internamento e, em muitas vezes, dada as circunstâncias que se vivem na urgência o principal objetivo é "tirar" o doente daquele ambiente e conduzi-lo o mais rapidamente à enfermaria onde existem outras condições que o SU não consegue assegurar, nomeadamente uma cama e uma maior tranquilidade. Neste sentido a passagem de informação não é realizada de igual forma por todos os profissionais de saúde; na euforia que caracteriza o SU transmite-se informação "prioritária" que habitualmente cai no diagnóstico médico. A existência de uma ferramenta única, sistematizada e facilitadora deste processo de transmissão de informação oral seria uma mais valia para a continuidade dos cuidados, que é um direito do cidadão e permitiria melhorar a qualidade da transferência de informação e salvaguardar a segurança do doente.

Percebi então que os procedimentos têm de ser realizados em tempo útil e de uma forma ágil, porém, o nosso pensamento deve ser bem estruturado; ou seja, tudo o que é efetuado deve ser iniciado e finalizado de uma forma segura e sobretudo devemos comunicar eficazmente com todos os profissionais que asseguram os cuidados de saúde.

Compreendi também que os profissionais de saúde devem por isso desenvolver competências comunicacionais e devem saber quando falar, o que dizer e como dizer.

Sousa (2019) afirma que na transcrição de informação, nomeadamente na passagem de turno deve ser partilhada informação sobre identificação do cliente, situação atual, informações pertinentes, antecedentes de saúde, cuidados prestados e plano de cuidados.

Na sequência da publicação pela DGS da norma nº 001/2017 de fevereiro de 2017, ficou decidido que uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa nomeadamente a metodologia ISBAR (Tabela 1).

A técnica ISBAR trata-se de um instrumento que permite padronizar a comunicação em saúde, sendo uma técnica reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. Permite, através de formas simples, memorizar construções complexas que são utilizadas na transmissão verbal de informação sobre o estado de saúde dos doentes, em que: (I) corresponde à identificação, (S) à situação atual, (B) aos antecedentes, (A) à avaliação, (R) às recomendações (DGS, 2017).

A utilização da técnica ISBAR é recomendada por inúmeras organizações de saúde, uma vez que é de fácil memorização, sendo possível utilizar em vários contextos, pois recorre a uma metodologia "(...) padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações relativas a esses cuidados (...)" (DGS, 2017, p. 6). Esta técnica "(...) contribui para a rápida tomada de decisões, promove o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (...)" (DGS, 2017, p. 6).

A técnica ISBAR deverá ser um instrumento diário de comunicação, com uma linguagem global, simples e eficiente dos cuidados de saúde; a sua utilização, pelas vantagens demonstradas vai reforçar a importância que a comunicação eficaz tem na segurança dos doentes com consequentes melhorias dos resultados (Figueiredo et al., 2020).

Tabela 1 – Modelo explicativo da técnica ISBAR

Mnemónica ISBAR		
I Identificação	Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	<ul style="list-style-type: none"> a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal
S Situação atual	Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes	Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;	<ul style="list-style-type: none"> a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação	Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;	<ul style="list-style-type: none"> a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas
R Recomendações	Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.	<ul style="list-style-type: none"> a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. Diário da República, 2(153), pp. 20673 – 20678.

<https://dre.pt/application/file/a/55606657>

Como já tenho vindo a referir falar em comunicação eficaz na transcrição dos cuidados de enfermagem é falar em segurança do doente; são dois assuntos interligados em perfeita harmonia.

Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, e alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021 -2030 da OMS, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 tem como objetivo primordial a prestação de cuidados de saúde segura e de qualidade em todo o sistema e assenta em cinco pilares: Cultura de segurança, Liderança e governança; **Comunicação**; Prevenção E gestão de incidentes de segurança do Doente e Práticas seguras em ambientes seguros.

Tanto no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes atual (2021-2030) como o anterior (2015-2020) a segurança da comunicação é contemplada como um objetivo estratégico a ser atingido. À luz destes planos de intervenção a segurança da comunicação admite a mesma importância que a segurança cirúrgica, a identificação inequívoca dos doentes, a prevenção da ocorrência de quedas e de úlceras de pressão e ainda a prevenção e controlo das infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Tal como foi referido “melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados” constitui um dos objetivos estratégicos delineados pelo plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 de 2021). O mesmo despacho apresenta um conjunto de estratégias/ações para atingir o referido objetivo das quais destaco: “Desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde e desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados”.

Nesta linha de pensamento é de todo recomendado que os enfermeiros se empenhem em melhorar a sua comunicação e percebam a influência e os riscos associados às falhas no processo comunicacional.

Com tanta informação, com tantos programas/planos de intervenção e ferramentas de trabalho só nos resta uma atitude que é: de passar da teoria à prática. Para isso, e voltando a reiterar o que já disse anteriormente, os profissionais de saúde precisam de formação e da colaboração dos gestores das instituições onde trabalham.

3 – Considerações Finais

A comunicação efetiva é elementar ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados de saúde.

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um componente primordial na segurança do doente, isto porque está associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados e à diminuição de eventos adversos. Uma transição de cuidados adequada é a chave para garantir qualidade da assistência e continuidade dos cuidados.

A transmissão de informação ambígua pode gerar conflitos entre os profissionais de saúde e pode ter consequências graves nomeadamente erros que podem levar a diagnósticos de enfermagem errados e/ou tratamentos pouco adequados ou ineficazes.

A metodologia ISBAR é a ferramenta facilitadora da comunicação em saúde e a mais defendida a nível mundial como uma abordagem padronizada da comunicação. É fácil de usar e tem vantagens para o doente e para a equipa de saúde. Evita lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado; permite a avaliação do trabalho realizado no turno, a organização do turno seguinte e a discussão partilhada dos assuntos e dos problemas surgidos. A implementação desta metodologia requer conhecimentos, competências e reconhecimento das vantagens da sua utilização por parte dos profissionais de saúde e da instituição.

Referências Bibliográficas

- Bergs, J., Lambrechts, F., Mulleneers, I., Lenaerts, K., Hauquier, C., Proesmans, G., Vandijck, D. (2018). A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover. *International Emergency Nursing*, 36, 7–15. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.005>
- Castro, C. M. C. S. P. (2019). Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência geral [Relatório de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/29194>
- Costa, P., Martins, C., & Encarnação, P. (2022). Perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados num serviço de urgência. *New Trends in Qualitative Research*, 13, 4-12. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e685>
- Despacho n.º 9390/2021 que “Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026”, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde, Diário da República: 2.ª série, N.º 187 (2021). Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/171891094>.
- Direção geral de saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Acedida em 26 de dezembro de 2022 em [comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf \(min-saude.pt\)](https://www.min-saude.pt/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf)
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021). Guia orientador de trabalhos escritos. Acedido em [Guia Orientador de Trabalhos Escritos \(ipv.pt\)](https://www.ipv.pt/Guia_Orientador_de_Trabalhos_Escritos)
- Figueiredo, A. R. E., Potra, T. M. S. & Lucas, P. R. M. B. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Revista Internacional de Comunicación*, 49, 32-48. DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>
- Martins, A; Pinto, A; Lourenço, C; Pimentel, E; André, M.; Almeida, M.; Mendes, O; Santos, R. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 2(12), 2.º semestre de 2008, 52-61. [2008_12_2_52-61.pdf \(rcaap.pt\)](https://www.rcaap.pt/2008_12_2_52-61.pdf)
- Mueller, M., Juergens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ OPEN*, 8(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
[livroci_deontologia_2015_web.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 125–138. <https://doi.org/10.12707/RIV16029>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. [Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.pdf \(tecnohospital.pt\)](#)
- Portugal, Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. *Diário da República*, 2(153), p.p. 20673 – 20678.
<https://dre.pt/application/file/a/55606657>
- Silva, E. M. (2018). O Sucesso da Comunicação no Exercício da Enfermagem Baseado na Evidência. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 03, Ed. 06, Vol. 07, 48-58.
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(21), 151–158.
<https://doi.org/10.12707/RIV19014>
- Redley, B., Botti, M., Wood, B., & Bucknall, T. (2017). Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: An observation study. *Australasian Emergency Nursing Journal: AENJ*, 20(3), 122–130.
<https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.05.003>

Apêndice II

Trabalho Escrito Via Verde Trauma



Politécnico
de Viseu

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª ed.
Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 9ª ed.

Via Verde Trauma - Projeto de implementação
Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Ana Cascais
Isabel Moreira
Joana Silva
Vera Ferreira

Janeiro 2023



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª ed.
Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 9ª ed.

Via Verde Trauma - Projeto de implementação

Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Ana Cascais
Isabel Moreira
Joana Silva
Vera Ferreira

Trabalho de projeto elaborado no âmbito do Estágio em contexto de Urgência Geral, a decorrer no Centro Hospitalar Tondela Viseu.

Elaborado sob a orientação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Albino Alberto, Carolina Costa, Cláudia Madeira, João Consciência, Natália Figueiredo, Octávio Duarte, Regina Mendonça e Rosário Pereira.
Professora Doutora Madalena Cunha

Janeiro 2023

Sumário	Pág.
Lista de Tabelas	7
Lista de Siglas e acrónimos	9
Introdução	11
1. Via Verde Trauma	12
1.1. Avaliação e Referenciação da Vítima de Trauma	15
2. Projeto de implementação via verde trauma	16
Referências bibliográficas	23
Anexos	25
Anexo I – Via Verde Trauma	27
Anexo II – Avaliação Inicial: Princípios de Tratamento	29
Anexo III – Atitudes adjuvantes da Avaliação Inicial	31
Anexo IV – Avaliação secundária (<60 minutos) - princípios de tratamento	33

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Critérios de Ativação da VVT.....	17
Tabela 2 - ABCDE	21

Lista de Siglas e acrónimos

CHTV	Centro Hospitalar Tondela Viseu
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CT	Centros de Trauma
DGS	Direção Geral de Saúde
ECG	Eletrocardiograma
ET	Equipas de Trauma
FC	Frequência cardíaca
GCS	Escala de Coma de Glasgow
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
PAM	Pressão arterial média
SAV	Suporte Avançado de Vida
SE	Sala de Emergência
SpO ₂	Saturação Periférica de oxigénio
SU	Serviço de urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUP	Serviço de urgência polivalente
TA	Tensão arterial
TPC	Tempo de preenchimento capilar
TVM	Traumatismo vertebro medular
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VVT	Via Verde Trauma

Introdução

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 8ª ed. e do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica 9ª ed. da Escola Superior de Saúde de Viseu, a decorrer no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), durante o período de 28 de novembro 2022 a 10 de fevereiro de 2023, foi-nos proposto desenvolver um projeto de implementação para a Via Verde Trauma (VVT) no SUP do CHTV.

O Trauma é um problema de saúde pública, que constitui a principal causa de morte e morbilidade em todo o mundo, incluindo Portugal, sendo os acidentes de viação a principal causa de morte por trauma. Anualmente, a nível mundial, aproximadamente 1,3 milhões de pessoas morre em resultado de acidentes de viação e, cerca de 20 a 50 milhões de pessoas ficam com lesões incapacitantes (Organização Mundial de Saúde, 2022).

O trauma constitui um desafio permanente, com múltiplas implicações para a sociedade, ao nível clínico, social e económico. Neste sentido, mostra-se necessária uma abordagem integrada e estruturada, através da implementação de mecanismos de prevenção, tratamento e acompanhamento dos efeitos do trauma, no âmbito da saúde (Portugal, Despacho n.º 2534/2021).

Foi realizada consulta da legislação portuguesa e da evidência científica disponível sobre a temática em questão, e após aprovação do Enfermeiro Chefe elaborámos o “Via Verde Trauma – Projeto de implementação”, que tem por base a Norma n.º 012/2022, de 18 de Novembro de 2022 - Via Verde do Trauma no Adulto da Direção Geral de Saúde (DGS).

O projeto está estruturado em dois capítulos. No primeiro capítulo faz-se a abordagem à VVT, na qual se inclui a evolução da implementação da VVT em Portugal, a estrutura organizacional da VVT, e a referenciação e avaliação das vítimas de trauma. No segundo capítulo encontra-se a proposta de protocolo de implementação da VVT no CHTV.

1. Via Verde Trauma

A causa de trauma mais prevalente no Serviço de Urgência (SU) do CHTV, de janeiro a junho de 2020, foi o acidente de viação com automóvel (67,9%), seguido do acidente de motociclo (19,9%) (Trigo et al., 2022). Quanto à natureza do acidente, prevaleceu o despiste de automóvel e a colisão carro-carro (*idem*).

A Emergency Nurses Association (2019) descreve o trauma como um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias experimentadas por um indivíduo como prejudicial fisicamente ou emocionalmente ou com risco de vida e que tenha efeitos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual.

Como resposta ao crescente problema de trauma, em 2009, foram emanadas orientações/diretrizes pela Organização Mundial da Saúde em colaboração com Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados Intensivos e com a Sociedade Internacional de Cirurgia, para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma, orientados para a melhorar dos cuidados assistenciais às pessoas vítimas de trauma.

A nível nacional, foi publicado pela Ordem dos Médicos (2009), o manual “Normas de Boa Prática em Trauma” onde constam os princípios gerais da abordagem no atendimento ao trauma, a organização e as boas práticas. Para além disso, este documento alerta para a importância da atualização da rede de referência de urgência e emergência médica nacional, manifestando a importância dos centros de trauma (CT) com equipas de trauma (ET) especializadas na abordagem da pessoa vítima de trauma, bem como da importância da criação de um sistema de informação integrado.

Em 2010, a Direção Geral de Saúde (DGS), emitiu a circular normativa nº07/DQS/DQCO de 31/03/2010, para a organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. De acordo com a circular normativa, a Via Verde Trauma (VVT) deveria ser instituída em todas as unidades de saúde com serviço de urgência, explicitando cinco pressupostos: Critérios de ativação da ET (Triagem); Existência de ET organizada, com coordenador definido; Registos; Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos); Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora).

Em 2017, com o Despacho n.º 8977/2017, de 11 de outubro, foi constituída a Comissão Nacional de Trauma, com o objetivo fomentar a divulgação e implementação de normas de boa prática em trauma, valorizando o delineado e definido por organismos tecnicamente competentes a nível nacional e internacional.

Recentemente a DGS, publicou a Norma n.º 012/2022 de 18 de Novembro de 2022, relativa à VVT no Adulto, na qual são definidos os procedimentos para aumentar o acesso das vítimas ao tratamento adequado e diminuir a mortalidade.

A VVT pode ser definida como “o conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma major” (DGS, 2022, p.13). Trauma Major é aquele que implica ativação da ET, em qualquer nível de atendimento da vítima de trauma, correspondendo ao doente que previsivelmente necessitará (logo que possível) de apoio a nível dos cuidados intensivos/ *Injury Severity Score* (ISS) ≥ 16 (DGS, 2022).

Um estudo qualitativo, exploratório elaborado por (Almeida et al., 2020, pp.55-56), cujo objetivo foi explorar as dificuldades de implementação da VVT e os ganhos em saúde que esta via verde traz na perspetiva do enfermeiro, identificaram a deteção precoce de doente potencialmente de risco, a realização de exames complementares de diagnóstico de forma rápida e sistematizada e a atuação segura, confiante e organizada da equipa de enfermagem como principais vantagens da implementação da VVT.

O mesmo estudo aponta o desconhecimento em geral dos profissionais de saúde em relação à VVT, os custos associados à sua implementação e a motivação da equipa e os conflitos interprofissionais como os principais fatores barreira à implementação da VVT.

O presente projeto, fundamentado na Norma n.º 012/2022, de 18 de Novembro de 2022 - Via Verde do Trauma no Adulto da DGS, tem como objetivo a elaboração de um projeto de implementação da Via Verde Trauma no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do CHTV.

A. Organização da rede de trauma no Serviço Urgência Polivalente

Todos os SU da Rede de Trauma devem ter uma ET imediatamente disponível, constituída por um chefe médico da ET e diversos profissionais de saúde previamente definidos (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022):

14

- Médico Coordenador da ET
- Médico de Medicina Interna
- Médico Medicina Intensiva
- Médico Imunohemoterapeuta
- Médico Anestesiologista
- Médico Cirurgião-Geral
- Médico Ortopedista
- Médico Neurocirurgião
- Médico Radiologista
- 2/3 Enfermeiros
- Assistente Operacional (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2010, Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010).

B. A formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) deve ser obrigatória para todos os médicos e enfermeiros da ET e deve ser apoiada em cursos certificados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A formação avançada em trauma deve ser apoiada em cursos de trauma reconhecidos pelas sociedades científicas da área, sendo a formação básica da responsabilidade de cada instituição, de acordo com as necessidades institucionais.

C. A informação verbal e a documentação devem utilizar as mnemónicas AT-MIST (Idade, Hora do acidente, Mecanismo do incidente, Lesões esperadas, Sinais e sintomas e Tratamentos), SBAR (Situação, História clínica, Avaliação e Recomendações) e ABCDE (via Aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição), e incluir, pelo menos:

- a) Dados demográficos da vítima de trauma (idade, sexo, comorbilidades);
- b) Dados do acidente (mecanismo de lesão, causa externa, intenção de lesão, hora do acidente);

15

c) Dados clínicos (sinais vitais no local, traumas suspeitos, tratamentos efetuados);

d) Dados do transporte (variação dos sinais vitais, intercorrências).

1.1. Avaliação e Referenciação da Vítima de Trauma

A. No SUP, a ET deve:

- Realizar a avaliação inicial da vítima de trauma;
- Realizar a avaliação secundária;
- Avaliar a necessidade de transferência para outro ponto da RT, nos termos do ponto 33 da Norma nº 12/2022, 18 de novembro;
- Se necessário, efetuar o transporte para o ponto da rede de trauma mais adequado (em articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)), depois da estabilização inicial e as medidas de controlo de dano.

B. No CT, a ET deve ter capacidade para, além de fazer a avaliação inicial e secundária da vítima de trauma, prestar os cuidados com vista ao tratamento definitivo.

C. A avaliação inicial da vítima de trauma, seja em ambiente pré-hospitalar ou hospitalar, deve obedecer à sequência “ABCDE”. Qualquer um dos níveis de atendimento definidos deverá completar a avaliação inicial nos primeiros 20 minutos após a chegada da ET (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022).

D. Os SU devem ter aviso prévio do transporte da vítima de trauma. Esse pré-aviso é da responsabilidade do CODU e deve ser feito para o Médico Residente da Sala de Emergência (SE), recorrendo aos números de telefone dedicados (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)(*idem*).

É o médico residente da SE que fará a primeira abordagem e que posteriormente contactará a equipa multidisciplinar.

16

2. Projeto de implementação via verde trauma

		
<p style="text-align: center;">PROCEDIMENTO</p> <p style="text-align: center;">Encaminhamento de doentes vítimas de Trauma (VIA VERDE TRAUMA) no Serviço de Urgência Polivalente.</p>		<p>Documento n.º</p> <p>Versão n.º</p> <p>Data:</p>
<p>Aprovado:</p>		<p>Data de Aprovação:</p>

TÍTULO: Projeto de Implementação da Via Verde Trauma

ÂMBITO: Aplica-se na abordagem dos utentes vítimas de trauma no serviço de Serviço de Urgência Polivalente do CHTV.

RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO: Equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência Polivalente

FUNDAMENTO: Uniformização do atendimento aos utentes vítimas de trauma no CHTV de forma a aumentar a sua acessibilidade e reduzir a mortalidade.

OBJETIVO: Orientar adequadamente os utentes vítimas de trauma, identificando de forma rápida e eficaz todas as vítimas de trauma major, de modo que sejam tratados rapidamente, potenciando a possibilidade de sobrevivência.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Admissão/Avaliação da vítima de trauma – a admissão destas vítimas pode ser:

- Transporte por equipas de emergência pré-hospitalar (referenciadas pelo CODU, acompanhadas pela equipa INEM/ Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)
- Serviço de Urgência Básica (SUB) / Referenciação de outras unidades de saúde
- Comunidade (transporte próprio)

2. Triage e Critérios de Ativação da Equipa de Trauma

A triagem é realizada pelo Enfermeiro, através da aplicação dos seguintes critérios de ativação da VVT, sendo que basta apenas um critério para efetivar a sua ativação.

Tabela 1 - Critérios de Ativação da VVT

Critérios de Ativação da VVT
Repercussões Fisiológicas da Lesão
Frequência Respiratória <10 ou > 29 Ciclos por minuto
SaO ₂ < 90% com O ₂ suplementar
PAS < 90mmHg
Escala de Coma Glasgow < 14 ou queda superior ou igual a 2 pontos desde o acidente
Anatomia da Lesão
Fratura do crânio com afundamento
Traumatismo vertebro-medular
Retalho costal móvel
Fratura de 2 ou + ossos longos (úmero, fémur, tibia)
Fratura instável da bacia
Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo
Amputação de membro ou parte deste, com potencial para reimplantação (viabilidade do segmento)

18

Queimaduras major: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5% (face, pescoço, tórax circunferenciais, mãos e pés)

Queimaduras com inalação

Mecanismo da Lesão

Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ou cotovelo e ou joelho

Qualquer mecanismo com projeção da vítima

Encarceramento físico ou mecânico (mais de 30 minutos)

Quedas superiores a 6 metros

Evento multi-vítimas (5 ou mais vítimas)

Enforcamento, submersão ou afogamento

Nota: Deve ainda verificar-se a eventual existência de comorbilidades importantes associadas e idade superior a 65 anos, situações em que deverá ser ponderada a ativação da equipa, mesmo em casos, aparentemente, menos graves.

Estes critérios são quase sobreponíveis aos níveis vermelho e laranja da Triagem de Manchester.

As vítimas que apresentem critérios deverão ser incluídas na VVT, sendo estas ativadas e encaminhadas para a SE/Sala de Trauma (Anexo I).

O enfermeiro da triagem contacta a equipa da SE, e orienta os bombeiros para a mesma. Caso a vítima tenha vindo em viatura própria, o Assistente Operacional de apoio à triagem levará a vítima de trauma até à SE.

A vítima de trauma que não cumpra nenhum destes critérios deve ser avaliada pelo método da Triagem de Manchester e encaminhada para a Área Cirúrgica/ Pequena Cirurgia, com a prioridade respetiva.

3. Abordagem e Tratamento da vítima de trauma: Sala de Emergência/Sala de Trauma

O *Médico Residente da SE* – Avalia a vítima, valida a sua inclusão na Via Verde Trauma, ativa os restantes membros da Equipa de Trauma, necessários à avaliação primária e secundária da vítima:

- Médico Cirurgião Geral,
- Médico Ortopedista,
- Médico Medicina Interna,
- Médico Medicina Intensiva,
- Médico Anestesiologista,
- Médico Neurocirurgião,
- Médico Radiologista
- Médico Imunohemoterapeuta

A **avaliação primária** da vítima deve obedecer à sequência “ABCDE” (Anexo II), a qual permite de forma sequencial e por ordem de importância, identificar e corrigir as situações que ameaçam a vida e, deve ser assegurada nos primeiros 20 minutos. Nesta avaliação diferentes monitorizações, intervenções e tarefas devem estar a decorrer ao mesmo tempo, tendo o coordenador da ET a responsabilidade de partilhar a informação e decidir prioridades de tratamento e investigação.

Devem ser realizadas por rotina as atitudes adjuvantes da avaliação inicial (exames/procedimentos a realizar na SE ou serviço de imagiologia), sempre que é ativada a ET (Anexo III). (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022).

A **avaliação secundária** deve ser realizada após a estabilização inicial da vítima (avaliação inicial) e deve ser assegurada em 60 min (Anexo IV) (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I) (*idem*). Deve-se proceder a uma avaliação minuciosa do doente a cada segmento corporal no sentido céfalo-caudal. De acordo com a Norma da DGS 012/2022, deve-se obter a história de como ocorreu o trauma, utilizando-se a mnemónica AMPLE:

20

Allergies – Alergias

Medications - Medicações

Past Medical History - Antecedentes pessoais patológicos, cirurgias e imunizações

Last Meal – Hora da última refeição

Events Preceding injury – Eventos relacionados com o trauma, mecanismo de lesão, avaliação e tratamento no local do acidente, tempo decorrido deste o acidente até à chegada do INEM.

O Coordenador da ET efetua os registos clínicos, assim como, os pedidos de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (que devem ser sinalizados como urgentes), em colaboração com a restante Equipa de Trauma.

O Enfermeiro:

- Identifica as necessidades da pessoa, assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes do trauma, procedendo à avaliação da vítima seguindo a sequência “ABCDE”.
- Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações.
- Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos e faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa vítima de trauma, otimizando as respostas.
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, efetuando uma gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa vítima de trauma.
- Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime, se for o caso.
- Assegura meios de evacuação e transporte;
- Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa e efetua os registos de enfermagem (Portugal, Regulamento n.º 140/2019; Portugal, Regulamento n.º 429/2018).

Tabela 2 - ABCDE

A	<p>Permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical</p> <p>Se ventilação ruidosa: colocar adjuvante da via aérea.</p> <p>Se Escala de Coma de Glasgow (GCS) \leq 8: colaborar na abordagem avançada da Via Aérea</p>
B	<p>Assegurar Ventilação e Oxigenação</p> <p>Monitorizar Saturações periféricas de oxigénio (SpO₂).</p> <p>Administrar oxigénio adicional (procurar manter SpO₂ \geq 95%).</p> <p>Avaliar ritmo ventilatório, expansão torácica bilateral, esforço, deformidades/crepitações da parede torácica.</p>
C	<p>Assegurar circulação com controlo de hemorragia</p> <p>Identificar e controlar hemorragias externas.</p> <p>Monitorizar: ritmo eletrocardiograma (ECG), frequência cardíaca (FC), Tensão arterial (TA).</p> <p>Avaliar pulsos radiais e femorais, (tempo de preenchimento capilar (TPC), coloração da pele.</p> <p>Colocar 2 acessos venosos e colher de sangue para análise (incluindo tipagem).</p> <p>Administrar fluidoterapia (se hemorragia não controlada manter pressão arterial média (PAM) [40,60] mmHg ou TA Sistólica [80,90] mmHg).</p> <p>Iniciar estabilização de fraturas e antecipar necessidade de intervenção cirúrgica.</p>
D	<p>Avaliar estado neurológico</p> <p>Avaliar tamanho, simetria e reatividade pupilar.</p> <p>Avaliar estado de consciência (GCS).</p> <p>Avaliar sinais focais bilateralmente (força muscular e déficits sensório-motores), nível de lesão - traumatismo vertebro medular (TVM).</p> <p>Avaliar glicemia capilar.</p>
E	<p>Exposição com controlo da temperatura</p> <p>Expor a vítima, removendo a sua roupa, e identificar outras lesões.</p> <p>Prevenir hipotermia</p> <p>Garantir a privacidade e dignidade da vítima</p>

22

O *Assistente Operacional* – Colabora em todas as funções sob orientação do enfermeiro.

A *Equipa de Imagiologia* deve priorizar a realização dos exames complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

4. Transporte Intra-Hospitalar

A execução de alguns meios complementares de diagnóstico condiciona a deslocação da vítima de trauma para fora da SE, o que comporta riscos, obrigando à planificação adequada do transporte.

O Coordenador/ Um médico da ET, o Enfermeiro e o Assistente Operacional acompanham a vítima à realização dos exames complementares de diagnóstico.

Referências bibliográficas

- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma, *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-56. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- Emergency Nurses Association. (2019). *Trauma Nursing Core Course. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide.*
<https://www.ena.org/education/tccc>
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma.* Ordem dos Médicos.
<https://ordemosmedicos.pt/normas-de-boa-pratica-em-trauma/>
- Organização Mundial de Saúde (2022). *Road traffic injuries.* Recuperado Janeiro 18, 2023 em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- Organização Mundial de Saúde, Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados Intensivos & Sociedade Internacional de Cirurgia. (2009). *Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma.* Distribuna Editorial.
- Portugal, Despacho n.º 2534/2021. (2021, março 5). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e determina as suas competências. *Diário da República*, 2(45), pp. 178-182.
<https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>
- Portugal, Despacho n.º 8977/2017. (2017, Outubro 11). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e designa os seus membros. *Diário da República*, 2(196), pp. 23038-23041.
<https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>

24

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). *Circular Normativa n° 012/2022 de 18/11/2022: Via Verde Trauma no Adulto*. DGS.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa n° 07/DQS/DQCO de 31/03/2010: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. DGS. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf>

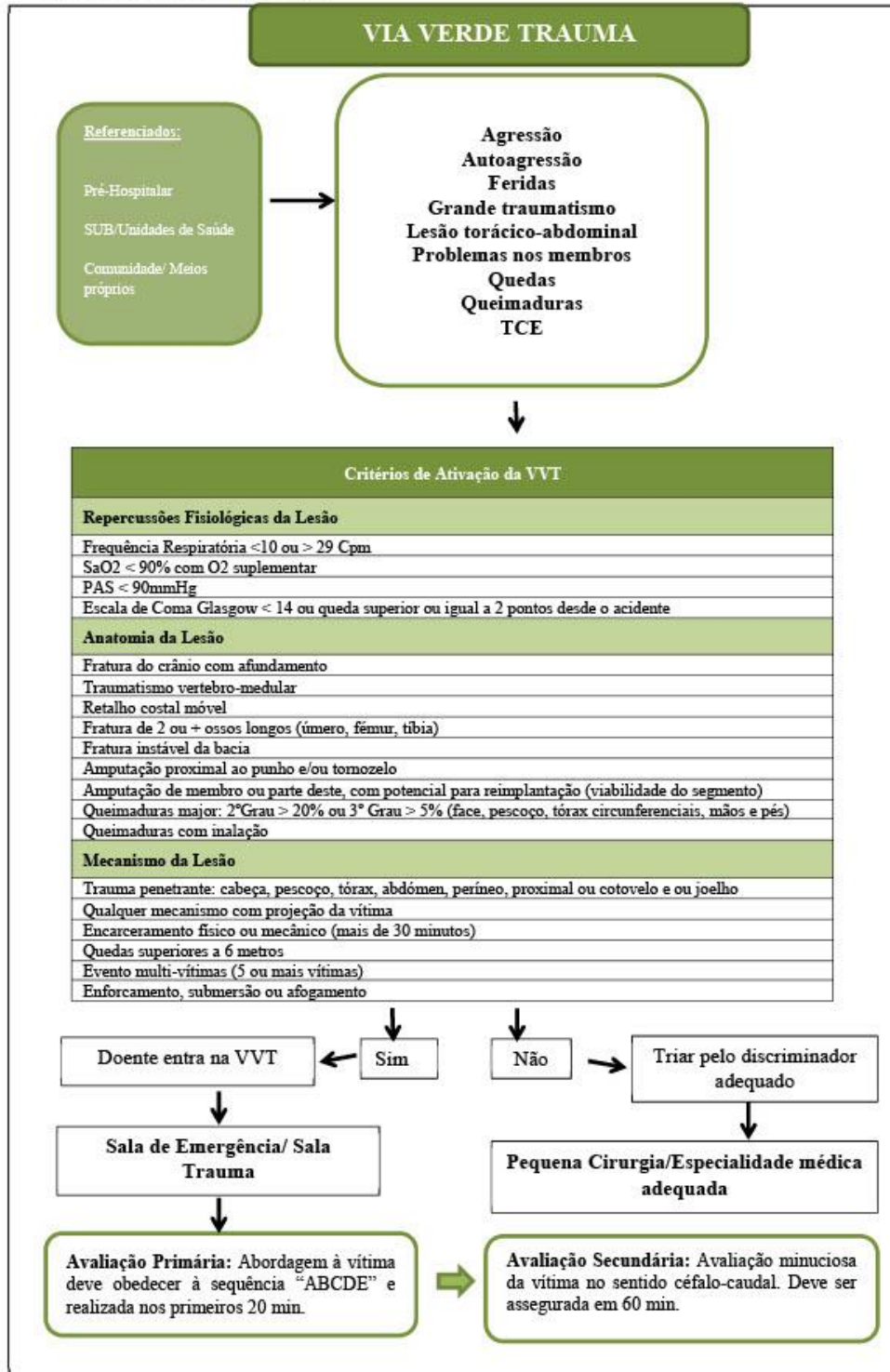
Portugal, Regulamento n.º 429/2018 (2018, julho 16). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2 (135) pp. 19362 – 19364. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*, 2 (26), pp 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Trigo, I., Coelho, M., & Ribeiro, O. (2022). *Gravidade do trauma em vítimas de acidente de viação admitidas no serviço de urgência*. *Servir*, 2(02), e25997. <https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>

Anexos

Anexo I – Via Verde Trauma



Anexo II – Avaliação Inicial: Princípios de Tratamento

Avaliação Inicial (<20min) Princípios de Tratamento	
Área	Procedimentos
A – Via Aérea e imobilização da coluna cervical	Avaliar e controlar a via aérea, com estabilização e imobilização total da coluna, a par do fornecimento de suplemento de oxigénio.
B – Ventilação e oxigenação	Avaliar e controlar a respiração, procedendo a entubação traqueal e ventilando, se necessário.
C – Circulação	Avaliar e controlar a função cardiovascular, parando a hemorragia externa e iniciando fluidoterapia judiciosa e ativando protocolos de hemorragia maciça se necessário. Diagnóstico de outras causas de choque
D – Disfunção neurológica	Avaliar e controlar a disfunção do sistema nervoso central utilizando preferencialmente a Escala de Coma de Glasgow
E – Exposição	Avaliação do ambiente externo, evitando a hipotermia.

Anexo III – Atitudes adjuvantes da Avaliação Inicial

Atitudes adjuvantes da Avaliação Inicial
Monitorização
Frequência respiratória
Oximetria de pulso
CO2 expirado em vítima de trauma ventilada
Eletrocardiograma e frequência cardíaca
Pressão arterial
Temperatura
Débito urinário
Rotinas e Colheitas Laboratoriais
Eletrocardiograma de 12 derivações
Gases do sangue
Monitorização de lactato sérico
Glicemia capilar
Hemograma com contagem de plaquetas
Estudo da Coagulação
Grupo de Sangue com provas cruzadas
Bioquímica
Alcoolémia
Pesquisa de tóxicos e/ou drogas de abuso
β HCG – na vítima de trauma do sexo feminino até aos 50 anos
Algáliação, após avaliação perineal
Introdução de sonda gástrica, se indicado após avaliação da face e crânio
Imagiologia na sala de emergência

32

Radiografia antero-posterior do tórax

Radiografia da bacia

Ecografia Toraco-Abdominal ("FAST" ou "FAST EXTENDED")

TC crânio-encefálico

TC de toda coluna (Topograma) com complementos axiais e de reconstrução

TC Toraco-abdómino-pélvico com contraste e angio-TC

TC Maxilo-facial

RX/TC dos membros ou de outros segmentos corporais

TAC de corpo inteiro no trauma *major*

Deve ainda decidir-se sobre:

Cirurgia emergente corretiva (se as condições clínicas da vítima de trauma o permitirem) ou cirurgia de controlo de danos (*Damage Control Surgery*)

Radiologia de Intervenção

Anexo IV – Avaliação secundária (<60 minutos) - princípios de tratamento

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA (< 60 minutos)
Avaliação secundária
Obtenção de história detalhada usando a mnemônica AMPLE
Exame físico completo, incluindo todas as regiões corporais: áreas facilmente esquecidas como o couro cabeludo, olhos (uso de lentes de contato ou óculos), o pescoço, o dorso e o períneo
Analgesia adequada
Profilaxia antibiótica, se indicada
Profilaxia antitetânica, se indicada
Análises clínicas complementares dirigidas à situação específica
Registos de dados que permitem a caracterização da situação (documentação)
Avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída
Identificação de problemas e definição de diagnósticos provisórios
Formulação de um plano de atuação incluindo o tratamento e encaminhamento da vítima de trauma
Deve ainda decidir-se sobre:
Realização de novos/outros exames complementares de diagnóstico
Cirurgia em segundo tempo (pelas razões anteriores ou outras)
Nível de observação / internamento
Avaliação da necessidade de transferência para outro ponto, nível superior, da rede de urgências.

Apêndice III

Apresentação Via Verde Trauma

07/02/2023

IPVISEU Saúde

Instituto Politécnico de Viseu | Escola Superior de Saúde de Viseu
 Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica, 8ª. edição
 Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica, 9ª. edição

CENTRO HOSPITALAR

Via Verde Trauma

Ana Cascais / Isabel Moreira / Joana Silva / Vera Ferreira 02 de fevereiro de 2023

IPVISEU Saúde

Instituto Politécnico de Viseu | Escola Superior de Saúde de Viseu
 Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica, 8ª. edição
 Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica, 9ª. edição

CENTRO HOSPITALAR

Via Verde Trauma: protocolo de implementação

Unidade Curricular: Relatório com estágio final em contexto de urgência
Tutores: Enfermeiros Especialistas Albino Alberto, Carolina Costa, Cláudia Madeira, João Consciência, Natália Figueiredo, Octávio Duarte, Regina Mendonça, Rosário Pereira
Orientadora: Professora Doutora Madalena Cunha

Ana Cascais / Isabel Moreira / Joana Silva / Vera Ferreira 02 de fevereiro de 2023

Plano de Sessão				
Objetivo Geral	- Conhecer a proposta de Protocolo de Implementação da Via Verde Trauma para o CHTV, EPE			
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptualizar a Via Verde Trauma - Descrever os recursos humanos necessário à VVT - Identificar as diferentes etapas do fluxograma de ativação da VVT 			
	Conteúdo	Método	Meios Auxiliares	Tempo
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução do tema - Justificação do mesmo e informar sobre o objetivo. 	Expositivo	Computador Diapositivos Texto de apoio Bibliografia	3 min
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de Trauma e Via Verde Trauma - Evolução da implementação da VVT em Portugal - Estrutura Organizacional da VVT - Vantagens e barreiras à implementação da VVT - Ativação e Referenciação da Vítima de trauma 			30 min
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão 			5 min

Introdução

O Trauma é um problema de saúde pública, que constitui a principal causa de morte e morbilidade em todo o mundo, incluindo Portugal, sendo os acidentes de viação a principal causa de morte por trauma

Organização Mundial de Saúde, 2022.

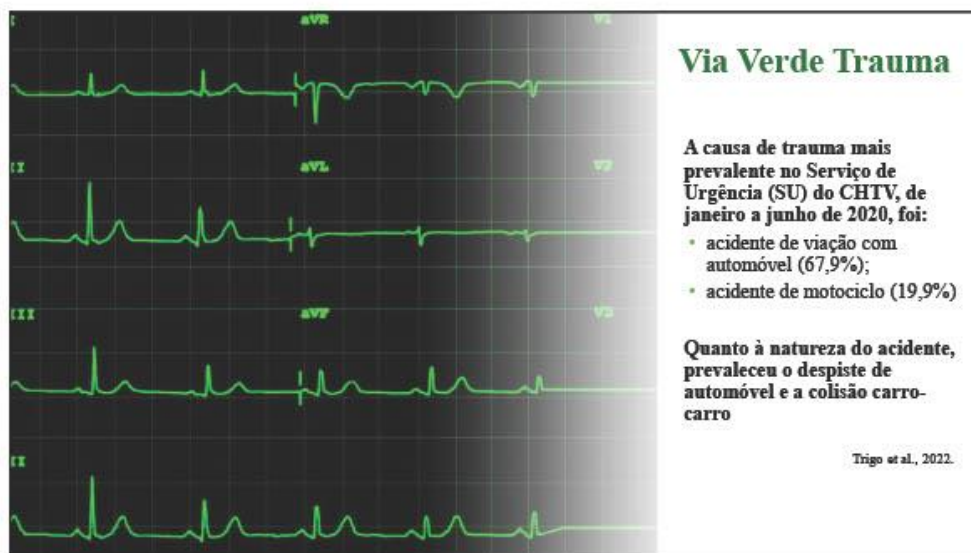
Anualmente, a nível mundial, aproximadamente 1,3 milhões de pessoas morre em resultado de acidentes de viação e, cerca de 20 a 50 milhões de pessoas ficam com lesões incapacitantes

OMS, 2022.

O trauma constitui um desafio permanente, com múltiplas implicações para a sociedade, ao nível clínico, social e económico. Neste sentido, mostra -se necessária uma abordagem integrada e estruturada, através da implementação de mecanismos de prevenção, tratamento e acompanhamento dos efeitos do trauma, no âmbito da saúde.

Portugal, Despacho n.º 2534/2021

07/02/2023



Trauma: conceito

O trauma é descrito como um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias experimentadas por um indivíduo como prejudicial fisicamente ou emocionalmente ou com risco de vida e que tenha efeitos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual.

A Emergency Nurses Association, 2019.

Enquadramento Histórico

2009

Organização Mundial da Saúde em colaboração com Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados Intensivos e com a Sociedade Internacional de Cirurgia, emana orientações/diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma, orientados para melhorar os cuidados assistenciais às pessoas vítimas de trauma.

2009

Ordem dos Médicos publica o manual “Normas de Boa Prática em Trauma” onde constam os princípios gerais da abordagem no atendimento ao trauma, a organização e as boas práticas.

Enquadramento Histórico

2010

Direção Geral de Saúde (DGS), emite a circular normativa nº07/DQS/DQCO de 31/03/2010, para a organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado.

2017

Despacho n.º 8977/2017, de 11 de outubro, é constituída a Comissão Nacional de Trauma, com o objetivo fomentar a divulgação e implementação de normas de boa prática em trauma, valorizando o delineado e definido por organismos tecnicamente competentes a nível nacional e internacional.

18 de Novembro de 2022

DGS, publica a Norma n.º 012/2022, relativa à VVT no Adulto, na qual são definidos os procedimentos para aumentar o acesso das vítimas ao tratamento adequado e diminuir a mortalidade.

07/02/2023

Via Verde Trauma: conceito

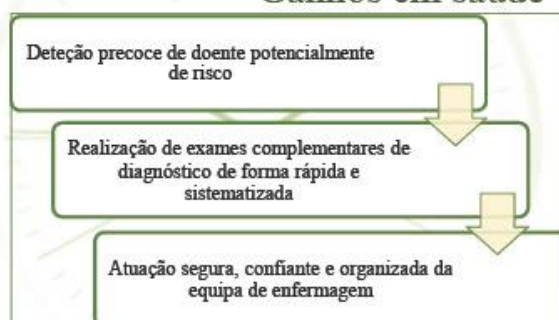
Conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma major.

Trauma Major é aquele que implica ativação da Equipa de Trauma (ET), em qualquer nível de atendimento da vítima de trauma, correspondendo ao doente que previsivelmente necessitará (logo que possível) de apoio a nível dos cuidados intensivos/ *Injury Severity Score* (ISS) ≥ 16 .

DGS, 2022.

Via Verde Trauma: vantagens

Ganhos em saúde



Almeida et al., 2020.

Via Verde Trauma: barreiras à implementação





Desconhecimento em geral dos profissionais de saúde em relação à VVT;



Custos associados à sua implementação;



Motivação da equipa e os conflitos interprofissionais.

Almeida et al., 2020.

A - Organização da Rede de Trauma no Serviço Urgência Polivalente

Todos os SU da Rede de Trauma devem ter uma ET imediatamente disponível (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação D) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022).

DGS
Norma n.º 012/2022
(18/11/2022)

Via Verde Trauma no Adulto

Constituída por profissionais de saúde previamente definidos:


- Médico Coordenador da ET
- Médico de Medicina Interna
- Médico Medicina Intensiva
- Médico Imunohemoterapeuta
- Médico Anestesiologista

- Médico Cirurgião-Geral
- Médico Ortopedista
- Médico Neurocirurgião
- Médico Radiologista
- 2/3 Enfermeiros
- Assistente Operacional

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2010, Circular Normativa n.º 07/DQ8/DQCO de 31/03/2010

07/02/2023

B. A formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) deve ser obrigatória para todos os médicos e enfermeiros da ET



A formação avançada em trauma deve ser apoiada em cursos de trauma reconhecidos pelas sociedades científicas da área.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

C. A informação verbal e a documentação devem utilizar :

Mnemónica AT-MIST (Idade, Hora do acidente, Mecanismo do incidente, Lesões esperadas, Sinais e sintomas e Tratamentos);

Mnemónica SBAR (Situação, História clínica, Avaliação e Recomendações) e

Mnemónica ABCDE (via Aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição), e incluir, pelo menos:

- Dados demográficos da vítima de trauma (idade, sexo, comorbilidades);
- Dados do acidente (mecanismo de lesão, causa externa, intenção de lesão, hora do acidente);
- Dados clínicos (sinais vitais no local, traumas suspeitos, tratamentos efetuados);
- Dados do transporte (variação dos sinais vitais, intercorrências).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

Avaliação e Referenciação da Vítima de Trauma

A. No SUP, a ET deve:

- Realizar a avaliação inicial da vítima de trauma;
- Realizar a Avaliação Secundária;
- Avaliar a necessidade de transferência para outro ponto de RT, nos termos do ponto 33 da Norma nº 12/2022, 18 de novembro;
- Se necessário, efetuar o transporte para o ponto da rede de trauma mais adequado (em articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), depois da estabilização inicial e as medidas de controlo de dano.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, Circular Normativa nº 012/2022

Avaliação e Referenciação da Vítima de Trauma




B. No CT, a ET deve ter capacidade para, além de fazer a avaliação inicial e secundária da vítima de trauma, prestar os cuidados com vista ao tratamento definitivo.

C. A avaliação inicial da vítima de trauma, seja em ambiente pré-hospitalar ou hospitalar, deve obedecer à sequência “ABCDE”. Qualquer um dos níveis de atendimento definidos deverá completar a avaliação inicial nos primeiros 20 minutos após a chegada da ET (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

D. Os SU devem ter aviso prévio do transporte da vítima de trauma. Esse pré-aviso é da responsabilidade do CODU e deve ser feito para o Médico Residente da Sala de Emergência (SE), recorrendo aos números de telefone dedicados (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, Circular Normativa nº 012/2022

07/02/2023

		
PROCEDIMENTO		
Encaminhamento de doentes vítimas de Trauma (VIA VERDE TRAUMA) ao Serviço de Urgência Polivalente.		
Aprovado:	Data de Aprovação:	Documento n.º Versão n.º Data:

- **TÍTULO:** Projeto de Implementação da Via Verde Trauma
- **ÂMBITO:** Aplica-se na abordagem dos utentes vítimas de trauma no serviço de Serviço de Urgência Polivalente do CHTV.
- **RESPONSABILIDADE** PELA IMPLEMENTAÇÃO: Equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência Polivalente
- **FUNDAMENTO:** Uniformização do atendimento aos utentes vítimas de trauma no CHTV de forma a aumentar a sua acessibilidade e reduzir a mortalidade.
- **OBJETIVO:** Orientar adequadamente os utentes vítimas de trauma, identificando de forma rápida e eficaz todas as vítimas de trauma major, de modo que sejam tratados rapidamente, potenciando a possibilidade de sobrevivência.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

I. Admissão/Avaliação da vítima de trauma – a admissão destas vítimas pode ser:

- Transporte por equipas de emergência pré-hospitalar (referenciadas pelo CODU, acompanhadas pela equipa INEM/ Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)
- Serviço de Urgência Básica (SUB) / Referenciação de outras unidades de saúde
- Comunidade (transporte próprio)

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

2. Triagem e Critérios de Ativação da Equipa de Trauma:



Nota: Deve ainda verificar-se a eventual existência de comorbilidades importantes associadas e idade superior a 65 anos, situações em que deverá ser ponderada a ativação da equipa, mesmo em casos, aparentemente, menos graves

Critérios de Ativação da VVT
Requerimentos Fisiológicos da Lesão
Frequência Respiratória <10 ou > 28 C/min permanente
SaO ₂ < 90% com O ₂ suplementar
PAS < 90mmHg
Estado de Gama Glasgow < 14 ou queda superior ou igual a 2 pontos desde o adito
Análise da Lesão
Fratura do crânio com afundamento
Transtorno vestibulo-ocular
Estabelecimento de nível
Fratura de 2 ou + ossos longos (úmero, fêmur, tíbia)
Fratura isolada de bacia
Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo
Amputação de membro ou parte distal, com potencial para reimplantação (viabilidade do segmento)
Queimaduras maj: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5% (face, pescoço, áreas circunferenciais, mãos e pés)
Queimaduras com lesão
Mecanismos de Lesão
Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, pelvis, proximal ou colometo e no joelho
Qualquer acidente com projeção da vítima
Encarceramento físico ou mecânico (mais de 30 minutos)
Quedas superiores a 6 metros
Evento multi-vítimas(5 ou mais vítimas)
Reforçamento, esboço ou esgotamento

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

Estes critérios são quase sobreponíveis aos níveis vermelho e laranja da Triagem de Manchester.

As vítimas que apresentem critérios deverão ser incluídas na VVT, sendo estas ativadas e encaminhadas para a SE/Sala de Trauma

O enfermeiro da triagem contacta a equipa da SE, e orienta os bombeiros para a mesma. Caso a vítima tenha vindo em viatura própria, o Assistente Operacional de apoio à triagem levará a vítima de trauma até à SE.

A vítima de trauma que não cumpra nenhum destes critérios deve ser avaliada pelo método da Triagem de Manchester e encaminhada para a Área Cirúrgica/ Pequena Cirurgia, com a prioridade respetiva

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

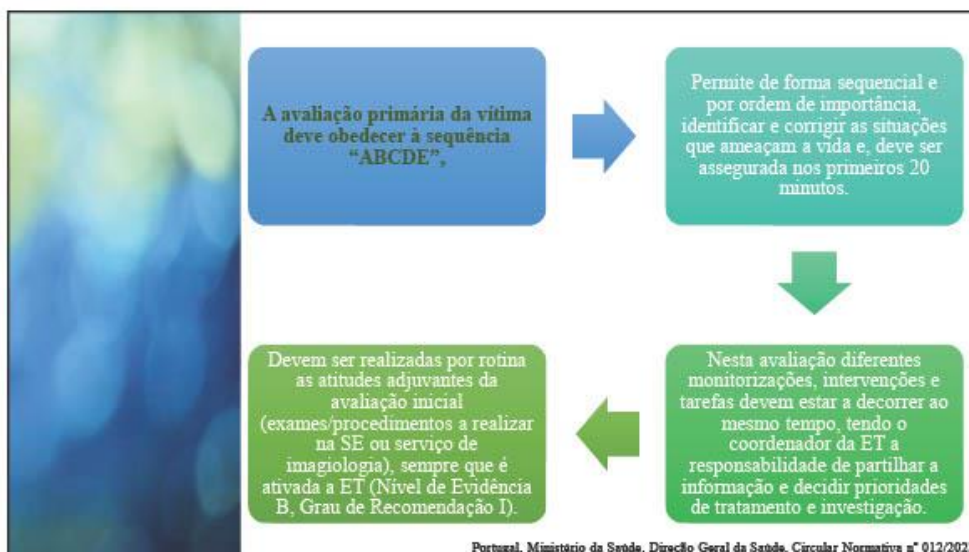
07/02/2023

Abordagem e Tratamento da vítima de trauma: Sala de Emergência/Sala de Trauma

O Médico Residente da SE – Avalia a vítima, valida a sua inclusão na Via Verde Trauma, ativa os restantes membros da Equipa de Trauma, necessários à avaliação primária e secundária da vítima:

- Médico Cirurgião Geral,
- Médico Ortopedista,
- Médico Medicina Interna,
- Médico Medicina Intensiva,
- Médico Anestesiologista,
- Médico Neurocirurgião,
- Médico Radiologista
- Médico Imunohemoterapeuta

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022



Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

A **avaliação secundária** deve ser realizada após a estabilização inicial da vítima (avaliação inicial) e deve ser assegurada em **60 min** (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

Deve-se proceder a uma avaliação minuciosa do doente a cada segmento corporal no sentido céfalo-caudal, incluindo áreas facilmente esquecidas como são exemplo o couro cabeludo, pescoço, dorso e períneo.

Deve-se obter a história de como ocorreu o trauma, utilizando-se a mnemónica **AMPLE**

- Allergies – Alergias;
- Medications – Uso de medicações;
- Past Medical History – Antecedentes pessoais patológicos, cirurgias anteriores e imunização;
- Last Meal – Hora da última refeição;
- Events Preceding injury – Eventos relacionados com o trauma como qual o mecanismo de lesão, avaliação e tratamento no local do acidente, tempo decorrido deste o acidente até à chegada do INEM.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 012/2022

O Enfermeiro

- Identifica as necessidades da pessoa, assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes do trauma, procedendo à avaliação da vítima seguindo a sequência "ABCDE".
- Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade.
- Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações.
- Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos e faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa vítima de trauma, otimizando as respostas.
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, efetuando uma gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa vítima de trauma.
- Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime, se for o caso.
- Assegura meios de evacuação e transporte; avalia os resultados com base nas respostas da pessoa e efetua os registos de enfermagem.

Portugal, Regulamento n.º 140/2019; Portugal, Regulamento n.º 429/2018.

07/02/2023

A	<p>Permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical</p> <p>Se ventilação ruidosa: colocar adjuvante da via aérea.</p> <p>Se Escala de Coma de Glasgow (GCS) \leq 8: colaborar na abordagem avançada da Via Aérea</p>
B	<p>Assegurar Ventilação e Oxigenação</p> <p>Monitorizar Saturações periféricas de oxigénio (SpO₂)</p> <p>Administrar oxigénio adicional (procurar manter SpO₂ \geq 95%)</p> <p>Avaliar ritmo ventilatório, expansão torácica bilateral, esforço, deformidades/crepitações da parede torácica.</p>
C	<p>Assegurar circulação com controlo de hemorragia</p> <p>Identificar e controlar hemorragias externas.</p> <p>Monitorizar: ritmo eletrocardiograma (ECG), frequência cardíaca (FC), Tensão arterial (TA).</p> <p>Avaliar pulsos radiais e femorais, (tempo de preenchimento capilar (TPC), coloração da pele.</p> <p>Colocar 2 acessos venosos e colher de sangue para análise (incluindo tipagem).</p> <p>Administrar fluidoterapia (se hemorragia não controlada manter pressão arterial média (PAM) [40,60] mmHg ou TA Sistólica [80,90] mmHg).</p> <p>Iniciar estabilização de fraturas e antecipar necessidade de intervenção cirúrgica.</p>
D	<p>Avaliar estado neurológico</p> <p>Avaliar tamanho, simetria e reatividade pupilar.</p> <p>Avaliar estado de consciência (GCS).</p> <p>Avaliar sinais focais bilateralmente (força muscular e déficits sensorio-motores), nível de lesão - traumatismo vertebro medular (TVM).</p> <p>Avaliar glicémia capilar.</p>
E	<p>Exposição com controlo da temperatura</p> <p>Expor a vítima, removendo a sua roupa, e identificar outras lesões.</p> <p>Prevenir hipotermia</p> <p>Garantir a segurança e dignidade da vítima</p>

O Assistente Operacional colabora em todas as funções sob orientação do enfermeiro.





A Equipa de Imagiologia deve priorizar a realização dos exames complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

07/02/2023

Referências bibliográficas

- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma, *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-56. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- Emergency Nurses Association. (2019). Trauma Nursing Core Course. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide. <https://www.ena.org/education/tucc>
- Ordem dos Médicos. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. Ordem dos Médicos. <https://ordemdosmedicos.pt/normas-de-boas-pratica-em-trauma/>
- Organização Mundial de Saúde (2022). Road traffic injuries. Recuperado Janeiro 18, 2023 em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- Organização Mundial de Saúde, Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados Intensivos & Sociedade Internacional de Cirurgia. (2009). Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma. Distribuna Editorial.
- Portugal, Despacho n.º 2534/2021. (2021, março 5). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e determina as suas competências. *Diário da República*, 2(45), pp. 178-182. <https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>

Referências bibliográficas

- Portugal, Despacho n.º 8977/2017. (2017, Outubro 11). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e designa os seus membros. *Diário da República*, 2(196), pp. 23038-23041. <https://files.dre.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). Circular Normativa nº 012/2022 de 18/11/2022: Via Verde Trauma no Adulto. DGS.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. DGS. <http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf>
- Portugal, Regulamento n.º 429/2018 (2018, julho 16). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2 (135) pp. 19362 – 19364. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Trigo, I., Coelho, M., & Ribeiro, O. (2022). Gravidade do trauma em vítimas de acidente de viação admitidas no serviço de urgência, *Servir*, 2(02), e25997. <https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>

Apêndice IV Póster Via Verde Trauma

VIA VERDE TRAUMA



Ana Cascais, Isabel Moreira, Joana Silva, Vera Ferreira
 CMEMC 8º ed. e CPLEMC 9º ed. da ESSV – Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência - Serviço de Urgência Polivalente do CHTV, EPE
 Tutores: Enfermeiros Especialistas Albino Alberto, Carolina Costa, Cláudia Madecira, João Consciência, Natália Figueiredo, Octávio Duarte, Rogina Mendonça, Rosário Pereira
 Enfermeiro Chefe João Gabriel
 Orientadores: Professora Doutora Madalena Cunha Nunes e Enfermeiras Especialistas Isabel Tavares e Natália Luis

INTRODUÇÃO

O Trauma constitui a principal causa de morte e morbidade em todo o mundo, sendo os acidentes de viação a principal causa de morte por trauma. Anualmente, a nível mundial, aproximadamente 1,3 milhões de pessoas morre em resultado de acidentes de viação e, cerca de 20 a 50 milhões de pessoas ficam com lesões incapacitantes (Organização Mundial de Saúde, 2022).

Em 2021, em Portugal, ocorreram 29217 acidentes de viação do qual resultaram 390 mortos e 36323 feridos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

A Via Verde Trauma pode ser definida como “o conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma maior” (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022, p.13).

A implementação da Via Verde Trauma possibilita a deteção precoce de doente potencialmente de risco, a realização de exames complementares de diagnóstico de forma rápida e sistematizada e a atuação segura, confiante e organizada da equipa (Almeida et al., 2020, pp.55-56).

OBJECTIVOS

Uniformizar os critérios de ativação da Via Verde Trauma no Serviço de Urgência Polivalente do CHTV, EPE.

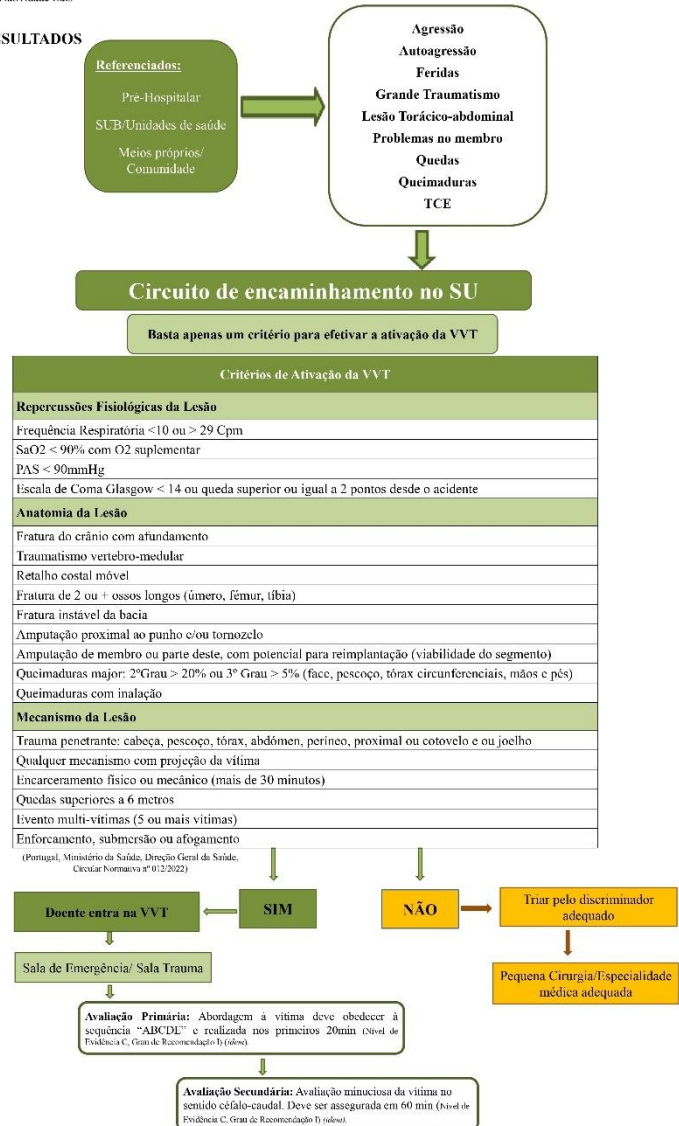
MÉTODOS

Consulta da Circular Normativa nº 012/2022 de 28 de Novembro: Via Verde Trauma no Adulto da DGS.

CONCLUSÃO

A implementação da Via Verde Trauma permite aumentar a acessibilidade da vítima de trauma ao tratamento adequado e reduzir a mortalidade e morbidade (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 012/2022).


RESULTADOS



Referências Bibliográficas:
 Almeida, A., Ribeiro, C., Pass, P., Moa, L., & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-56. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
 Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Acidentes de viação em Portugal Continental: acidentes com vítimas, feridos e mortos*. Paris: PORDATA. https://www.pordata.pt/portugal/acidentes_de_viacao_em_portugal/continental/acidentes_com_vitimas_feridos_e_mortos-326-3587
 Organização Mundial de Saúde (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
 Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). *Circular Normativa nº 012/2022 de 28/11/2022: Via Verde Trauma no Adulto*. DGS

Apêndice V

Procedimento: Colocação e Manutenção da Traqueotomia Percutânea e Convencional

 Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	Colocação e Manutenção da Traqueotomia Percutânea e Convencional	Elaborado em 12/ 03/2023	Folha 1/7
		Revisto em __/__/__	Edição N.º 1
		IT.PQ. __. __.	

1. Âmbito:

Aplicável ao Serviço de Medicina Intensiva (UCIP1 e UCIP2)

2. Responsabilidade pela implementação

Enfermeiros

3. Fundamentos

A realização de ostomias respiratórias no adulto, provisórias ou definitivas, deve ser considerada em determinadas condições clínicas sejam elas obstrutivas, neurológicas, tumorais, doenças inflamatórias ou entubação traqueal por mais de 5 dias (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).


Traqueostomia ou Traqueotomia? Usualmente o termo traqueostomia é usado de uma forma indistinta, porém segundo a circular normativa 0112/2016 de 12/10/2016 atualizada a 03/03/2017 da Direção-Geral da Saúde a traqueostomia consiste num procedimento complexo, "no qual é feita uma abertura cirúrgica da traqueia seguida de sutura do orifício cutâneo subjacente à pele, ou seja, o ato de realizar um traqueostoma para preservar a função respiratória. É sempre definitivo e realiza-se nas laringectomias totais e na presença de graves problemas de deglutição. A respiração faz-se exclusivamente pelo orifício do traqueostoma".

O termo correto a adotar é traqueotomia, este de acordo com a mesma norma "consiste na realização de uma abertura temporária das vias aéreas a nível da traqueia, na face anterior do pescoço ao nível do 3º ou 4º anel traqueal, abaixo da cartilagem cricoide, na qual se insere uma cânula (interna e externa) de diâmetro e comprimento adequado com ou sem cuff de forma a manter as vias aéreas permeáveis". A abordagem pode ser realizada por via percutânea (traqueotomia percutânea) ou cirurgicamente (traqueotomia convencional).

4. Objetivos

- Uniformizar os cuidados de enfermagem ao doente com traqueotomia;
- Prevenir complicações associadas à presença de traqueotomia;
- Assegurar uma abordagem segura ao doente com traqueotomia.

Elaborado por: Vera Ferreira, aluna do CMEMC, 8ª edição	Revisto por:
---	--------------

 <p>Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP</p>	Colocação e Manutenção da Traqueotomia Percutânea e Convencional	Elaborado em 12/ 03/2023	Folha 2/7
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

5. Descrição do procedimento


Realização da traqueotomia (executado pelo médico com colaboração do enfermeiro)

Antes do procedimento:

- Identificar o doente;
- Confirmar o consentimento informado escrito de acordo com a Norma nº 015/2013 “Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito”;
- Explicar o procedimento, a sua finalidade e a importância da sua colaboração;
- Higienizar as mãos adequadamente de acordo com os 5 momentos privilegiados pela DGS;
- Preparar todo o material necessário em função do tipo de traqueotomia a realizar:

Traqueotomia Convencional:

- o 2 batas esterilizadas,
- o 2 campos esterilizados (1 campo com óculo grande e um campo pequeno),
- o luvas esterilizadas de diversos tamanhos,
- o lidocaína 1% com adrenalina,
- o lidocaína gel,
- o ponta de aspiração fina com tubo de silicone esterilizado,
- o clorexidina a 2%,
- o cânulas de traqueotomia com cuff nº7 e nº8,
- o compressas esterilizadas,
- o rolo para posicionamento do doente,
- o caixa de traqueotomia,
- o bisturi elétrico,
- o lâmina de bisturi nº15 e nº22,
- o 3 seringas de 10cc,
- o 2 agulhas IM, 2 agulhas SC e 2 agulhas IV
- o Sedas (0-2/0-3/0),
- o Fio absorvível (Polisorb 2/0-3/0),
- o Carro de Emergência.

 <p>Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP</p>	Colocação e Manutenção da Traqueotomia Percutânea e Convencional	Elaborado em 12/ 03/2023	Folha 3/7
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

Traqueotomia Percutânea:


- o 2 batas esterilizadas,
 - o 2 campos esterilizados (1 campo com óculo grande e um campo pequeno),
 - o luvas esterilizadas de diversos tamanhos,
 - o lidocaína 1% com adrenalina,
 - o lidocaína gel,
 - o sonda de aspiração CH 14,
 - o clorexidina a 2%,
 - o Kit de traqueotomia Percutânea nº 7 e nº 8,
 - o compressas esterilizadas,
 - o rolo para posicionamento do doente,
 - o 3 seringas de 10cc,
 - o 2 agulhas IM, 2 agulhas SC e 2 agulhas IV,
 - o 2 soro fisiológico de 100ml,
 - o Carro de Emergência.
- Monitorização hemodinâmica do doente;
- Posicionar o doente: decúbito dorsal com o pescoço em extensão colocando uma almofada ou dispositivo similar sob os ombros, inclinado a cama ou o tronco cerca de 30 graus para cima (reduz a pressão venosa e pode reduzir o risco de hemorragia);

Durante o procedimento:

- Colaborar com o médico durante a realização da traqueotomia;
- Vigiar o doente durante o procedimento;

Após o procedimento:

- Monitorização do doente para despiste de possíveis complicações nomeadamente edema, hemorragia, pneumotórax, enfisema subcutâneo, obstrução da cânula interna);
- Realizar radiografia de tórax para validar o correto posicionamento da cânula;
- Posicionar o doente com cabeceira entre 30 e 45°, com a cabeça posicionada de forma a que não oclua a traqueotomia;
- Vigiar o penso de proteção da traqueotomia;
- Usar o nariz artificial na saída da traqueotomia (Este dispositivo tem um filtro HME que atua de forma semelhante às vias respiratórias superiores de uma pessoa; aquece, humidifica e filtra o ar inspirado. Permite que o vapor de água da expiração seja reaproveitado na inspiração proporcionando a manutenção de uma constante

 <p>Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP</p>	Colocação e Manutenção da Traqueotomia Percutânea e Convencional	Elaborado em 12/ 03/2023	Folha 4/7
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

temperatura e humidificação das vias aéreas, e impede a passagem de vírus e bactérias.);

- Substituir o nariz artificial quando visivelmente sujo;
- Realizar aspiração de secreções sempre que necessário;
- Manter a cânula interna livre de secreções.

Cuidados de manutenção ao doente com traqueotomia


O enfermeiro assume um papel fundamental frente aos cuidados ao doente com traqueotomia nomeadamente na promoção da segurança do paciente e na prevenção de lesões cutâneo-mucosas.

Manutenção do cuff

O cuff da traqueotomia tem como função selar a via aérea evitando fugas de ar, mantendo assim uma ventilação adequada e diminuindo a incidência de broncoaspiração.

Procedimento:

- A pressão do cuff deve ser monitorizada 1 vez turno com medidor de pressão cuff (cufómetro) e em SOS;
- Lavar as mãos antes do procedimento;
- Antes de desinsuflar o cuff devem-se aspirar as secreções da oro e nasofaringe, evitando a entrada de secreções para a via aérea inferior. Devem ainda ser aspiradas as secreções a nível subglótico (usar a porta de aspiração subglótica);
- Conectar a extremidade distal ao cuff cufómetro e verificar pressão inicial;
- Regular a pressão entre 20 e 30 cm H₂O: a insuflação deve ser feita lentamente. Pressões elevadas (superiores a 30) excedem a pressão de perfusão capilar, promovendo a isquemia da mucosa e estenose traqueal. Pressões baixas (inferiores a 18) facilitam a microaspiração de secreções que se acumulam acima do cuff, aumentando o risco de infeção respiratória;
- Verificar a presença de fugas de ar;
- Lavar as mãos no final do procedimento;
- Registrar no processo de enfermagem do doente o valor da pressão do cuff.

 Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	Colocação e Manutenção da Traqueotomia Percutânea e Convencional	Elaborado em 12/ 03/2023	Folha 5/7
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

Higienização da cânula interna


A cânula interna é uma das partes mais importantes da traqueotomia: permite manter a cânula externa livre de secreções, havendo a possibilidade de ser removida e limpa. É aconselhável manter uma cânula interna de substituição à beira do leito para que as desconexões do circuito para troca de cânulas internas sejam mínimas.

Procedimento:

- Os cuidados à cânula interna implicam a técnica limpa;
- A cânula interna deve ser removida e verificada pelo menos uma vez por turno e em SOS;
- Posicionar o doente com cabeceira da cama elevada, se possível;
- Reunir todo o material necessário: luvas limpas e esterilizadas, cânula interna de substituição, soro fisiológico, taça esterilizada, compressas esterilizadas, escovilhão e material de aspiração de secreções;
- Antes de remover a cânula interna deve-se fazer a aspiração de secreções presentes (técnica asséptica);
- Higienizar as mãos adequadamente de acordo com os 5 momentos privilegiados pela DGS e calçar luvas limpas;
- Remover a cânula interna tocando apenas na zona externa (destravar a cânula interna, rodando no sentido anti-horário ou pegar na argola solta, e removê-la). Se estiver limpa, reintroduzir novamente, se estiver suja retirar, colocar na taça esterilizada com soro fisiológico (se presença de secreções espessas e aderentes pode adicionar-se umas gotas de peróxido de hidrogénio) e posteriormente proceder à sua limpeza;
- Se presença de secreções aspirar cânula externa com técnica asséptica e colocar a cânula de substituição e conectar à fonte de oxigénio/ventilador;
- Para colocar a cânula interna rodar no sentido horário até ouvir um “click” que confirma a correta conexão;
- Lavar a cânula interna utilizando o escovilhão para remover toda a sujidade e secreções acumuladas. No final lavar novamente com soro fisiológico e secar com compressas esterilizadas. Secar igualmente o escovilhão. Guardar a cânula já depois de limpa num invólucro estéril (pacote de compressas esterilizadas) separadamente do escovilhão e em local acessível.

Elaborado por: Vera Ferreira, aluna do CMEMC, 8ª edição

Revisto por:

 Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	Colocação e Manutenção da Traqueotomia Percutânea e Convencional	Elaborado em 12/ 03/2023	Folha 6/7
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

Cuidados ao estoma

Os cuidados ao estoma têm como objetivo principal manter a pele o mais seca e limpa possível, evitando irritações da pele, a acumulação de secreções e consequentemente reduzir o risco de infeção.

NOTA: Nas primeiras 24 horas após a realização da traqueotomia devem-se deixar, se possível, as compressas intactas. Nos dias seguintes as compressas devem ser substituídas 1 vez por dia e em SOS.

Este procedimento, por motivos de segurança e risco de extubação acidental, deve ser realizado por 2 pessoas.


Procedimento:

- Reunir todo o material necessário: luvas limpas e esterilizadas, máscara, compressas esterilizadas, soro fisiológico, fio de nastro/colar de velcro;
- Higienizar as mãos com SABA e calçar as luvas limpas;
- Retirar as compressas antigas;
- Utilizar a segunda pessoa para segurar a cânula, pois qualquer movimento efetuado com a cânula pode induzir o reflexo da tosse aumentando o risco de extubação acidental;
- Retirar o fio de nastro antigo e deitar fora. O fixador de velcro deve ser substituído quando visivelmente sujo;
- Higienizar as mãos com SABA e calçar as luvas esterilizadas;
- Lavar com soro fisiológico e compressas esterilizadas toda a região do estoma. No final secar bem com compressas secas;
- Avaliar o estoma e a pele peri-estoma;
- Colocar compressas secas envolta do estoma (nunca utilizar compressas cortadas, as fibras podem entrar para a traqueia) ou penso próprio (penso de poliuretano em que a película macia, composta por um núcleo de celulose com elevada capacidade de absorção, deve ficar voltada para o estoma e a camada exterior formada por uma película impermeável fica voltada para o exterior que pode ser limpa);
- Colocar novo fio de nastro ou fixador de velcro.

6. Monitorização / avaliação

Efetuar registo no Sistema Informático Patientcare

Elaborado por: Vera Ferreira, aluna do CMEMC, 8ª edição	Revisto por:
---	--------------

 Unidade de Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	Colocação e Manutenção da Traqueotomia Percutânea e Convencional	Elaborado em 12/ 03/2023	Folha 7/7
		Revisto em ___/___/___	Edição N.º 1
		IT.PQ.____	

7. Legislação, ordem de serviço, bibliografia de suporte

Bodenham, A., Bell, D., Bonner, S., Branch, F., Dawson, D., McGrath, B., & Mackenzie, S. (2018). Standards for the care of adult patients with a temporary tracheostomy: Standards and Guidelines. Intensive Care Society Standards, 29-32. https://www.iccueducation.org.uk/uploads/2/3/1/0/23109338/ics_tracheostomy_standards_2014_.pdf

Brendan A McGrath, A. B., Wallace, S., Bonvento, B., Lynch, J., Coe, B. & Atkinson, D. (2020). Guidance For: Tracheostomy Care. Intensive Care Society, Faculty of Intensive Care Medicine and National Tracheostomy Safety Project. https://www.ficm.ac.uk/sites/ficm/files/documents/2021-11/2020-08%20Tracheostomy_care_guidance_Final.pdf

Fontaine, D. & Morton, P. (2019). Cuidados Críticos em Enfermagem. Uma Abordagem Holística. (11ª ed.). Guanabara Koogan.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017). Circular Normativa nº 0112/2016 de 12/10/2016 atualizada a 03/03/2017: Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. DGS. <https://estomaterapia-apece.pt/wp-content/uploads/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf>

Santos, I. & Seíça, A. (2012). A Pessoa Submetida a ostomia respiratória. In: I. Morais et al. Estomaterapia: O saber e o cuidar. Lidel. (pp.5-16) p. 88.

Elaborado por: Vera Ferreira, aluna do CMEMC, 8ª edição	Revisto por:
---	--------------

Anexos

Anexo I
Suporte Básico de Vida: DAE

Certificado de Frequência de Formação Profissional



Departamento de Educação Permanente
Avenida Rei D. Duarte
3504-509 Viseu
NIF 509 822 940
Entidade Formadora Acreditada pela ACSS

Certifica-se que VERA LUCIA SILVA LOPES FERREIRA, natural de Viseu, nascida a 16/12/1986, de nacionalidade Portuguesa, sexo feminino, portadora da Identificação Civil n.º 14002267, frequentou a 5 de dezembro de 2022, o Curso de Formação Profissional:

Suporte Básico de Vida - DAE

Duração Total: 7 horas

Horas assistidas: 7 horas

Tendo sido aprovado com a nota final de **19** valores.

Viseu, 6 de dezembro de 2022

O Vogal do DEP

Certificado EA N° 141EA.SBVDAE.03/2021

O Presidente do DEP

A formação é válida por 5 anos



Este curso não confere o nível de formação e/ou equivalência escolar.

Anexo II
Suporte Avançado de Vida

Certificado de Frequência de Formação Profissional



Departamento de Educação Permanente

Avenida Rei D. Duarte

3504-509 Viseu

NIF 509 822 940

Entidade Formadora Acreditada pela ACSS

Certifica-se que VERA LUCIA SILVA LOPES FERREIRA, natural de Viseu, nascida a 16/12/1986, de nacionalidade Portuguesa, sexo feminino, portadora da Identificação Civil n.º 13046605-0ZX5, frequentou a 12 e 13 de dezembro de 2022, o Curso de Formação Profissional:

Suporte Avançado de Vida

Duração Total: 16 horas

Horas assistidas: 16 horas

Tendo sido aprovado com a nota final de **18,5** valores.

Viseu, 15 de dezembro de 2022

O Vogal do DEP

Certificado EA N° 11EA.SAV.06/2018



O Presidente do DEP

A formação é válida por 5 anos



Este curso não confere o nível de formação e/ou equivalência escolar.

Anexo III

Póster “O Papel do Enfermeiro na Educação Pré-Operatória da Pessoa em Situação Perioperatória: protocolo de revisão scoping”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Vera Ferreira** apresentou o Poster com o título **O papel do enfermeiro na educação pré-operatória da pessoa em situação perioperatória** dos autores **Vera Ferreira, Olivério Ribeiro** no **I Congresso Internacional de Saúde Global: Novas Abordagens** que inclui o **III Congresso Internacional Evidências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, II Congresso Internacional de Saúde Familiar - A Família no Epicentro dos Cuidados** e o **I Congresso Internacional em Cuidados Paliativos - Do Direito ao Conforto**, organizado pelos Docentes da UCP Médico Cirúrgica e Discentes do 8.º CMEMC / 9.º CPLEEMC, Docentes e Discentes do 4.º CPGESF e os Docentes e Discentes do 11.º CPGCPFV da Escola Superior de Saúde de Viseu, que se realizou presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu nos dias 28 e 29 de junho de 2023.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 06 de julho de 2023

O Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,

Prof. Doutor Daniel Silva

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,

Prof. Doutor António Madureira Dias

I CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE GLOBAL: NOVAS ABORDAGENS

Auditório Carlos Pereira - ESSV

28 | 06 | 2023

08.30 - Abertura secretariado

09.00 - Comunicações Livres/Pósteres

09.30 - Comunicação alternativa com recurso a High Technologies na pessoa com ventilação mecânica invasiva e/ou limitações na comunicação na UCI
Janil Ferreira, Enfermeira SM | Hospital SV Maia | Portugal
Moderador: António Madureira Dias, PhD | ESSV & Joana Rocha, Estudante | ESSV

10.30 - Coffe break

11.00 - Autocuidado e gestão do peso em mulheres: Obesidade
Luciana Fabiane Sabido, PhD | UFSC | Brasil
Condição crónica da saúde no adulto: Gestão de ostomias
Lucia Hazzareth Amante, PhD | UFSC | Brasil
Hospital Amigo da Criança: Situação atual e novos desafios
Evangélica Kotzias Atherino dos Santos, PhD | UFSC | Brasil
Moderador: Cláudia Chaves, PhD | ESSV & Manuel Cordeiro, MSc | ESSV

12.00 - Sessão de abertura
Momento Musical - Daniel Simões

12.30 - Almoço

14.30 - A Enfermagem Familiar e o contexto contemporâneo de necessidades - Cuidados centrados na Família
Isabel Gonçalves, MSc | ASES Anápolis | Portugal
Moderador: Odete Amaral, PhD | ESSV & Cláudia Quintão, Estudante | ESSV

15.30 - Coffe break

16.00 - Parceria da USF Ramalde com a Liga Amigos de Ramalde - Um caso de sucesso
Carla Dix, Enfermeira | USF Ramalde | Portugal
Sara Pereira, Assistente Social, Direção Técnica da Liga Amigos de Ramalde | Portugal
Tiago Santos, Secretário da Direção da Liga Amigos de Ramalde | Portugal
Moderador: Ana Andrade, PhD | ESSV & Joaquim Pereira, Estudante | ESSV

17.00 - Comunicações Livres/Pósteres
17.30 - Momento Musical - Viriatuna

I Congresso Internacional em Cuidados Paliativos - Do Direito ao Conforto
II Congresso Internacional de Saúde Familiar - A Família no Epicentro dos Cuidados
III Congresso Internacional Evidências em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Autos



29 | 06 | 2023

08.30 - Comunicações Livres/Pósteres

09.00 - Direito e Ética em Cuidados Paliativos
Marta Bastos Graça, PhD | Faculdade de Direito, U. Coimbra | Portugal
A Família nos Cuidados Paliativos
José Carlos Bermejo, PhD | Universidad Ramón Llull | Espanha
Moderador: Olivério Ribeiro, PhD | ESSV & Mariana Pinto, Estudante | ESSV

10.30 - Coffe break

11.00 - Perspetiva de Sexo e Género na Investigação
Iván Santolalla Arnedo, PhD | Universidad La Rioja | Espanha
Regina Ruiz de Vinaspre Hernández, PhD | Universidad La Rioja | Espanha
Moderador: Madalena Cunha, PhD | ESSV & Elisa Lopes, Estudante | ESSV

12.30 - Almoço

14.30 - Enfermagem Extra Hospitalar em Portugal
Márcio Silva, Enfermeiro | Instituto de Saúde Pública U. do Porto | Portugal
Moderador: Mauro Mota, PhD | ESSV & Sofia Borges, Estudante | ESSV

15.30 - Coffe break

16.00 - Medidas não farmacológicas em Cuidados Paliativos
Reiki - Carla Santos e Cláudia Silva, Enfermeiras | CHV | Portugal
Mindfulness - Lúcia Simões, Psicóloga | U. Aveiro | Portugal
Nursing Games - Carla Fernandes, PhD | CSEP | Portugal
Moderador: Sofia Campos, PhD | ESSV & Jéssica Cardoso, Estudante | ESSV

17.00 - Encerramento dos trabalhos

17.30 - Viriatuna

Inscrições em:
www.essv.ipv.pt/evento/saude_global

Comissão Organizadora: Docentes da UCP-Médico Cirúrgica e Docentes do 8.º CMEMD / 6.º DPLEEMC / Docentes e Docentes do 11.º DPCSPV / 4.º CPCEST

Comissão Científica: Docentes da ESSV | Partes Comédicas

Idoneidade científica conferida pelo Conselho Técnico Científico da ESSV

