



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

**Valorização da comunicação entre enfermeiros e a equipa
multidisciplinar no intraoperatório: melhoria da segurança do doente**

Dina Teresa Andrade Baião

Viseu, novembro de 2023



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Valorização da comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no intraoperatório: melhoria da segurança do doente

Dina Teresa Andrade Baião

**Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos
8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Trabalho efetuado sob orientação do
Professor Doutor António Madureira

Viseu, novembro de 2023

“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objeto singular, um amigo, é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas é mais preciso ainda!”

Antoine Saint-Exupéry

Agradecimentos

A realização desta dissertação assinala a conclusão de uma fase particularmente importante da minha vida académica. Este trabalho, presença constante ao longo do último ano, foi um desafio marcado por algumas dificuldades, incertezas, tristezas, alegrias e muitos percalços pelo caminho, principalmente quando se é mãe. Contudo, consistiu numa oportunidade para intensificar conhecimentos e impulsionada pela motivação e dedicação, resultou numa grande realização pessoal e profissional. Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, a quem dedico especialmente este projeto de vida.

Ao meu Orientador, Professor Doutor António Madureira, que sempre me cativou pelo seu saber e entrega e foi fundamental para a conclusão deste ciclo. Expresso a minha sincera gratidão pela sua orientação, paciência e dedicação. A sua disponibilidade e comprometimento, com minha formação académica, foram essenciais para o meu crescimento como investigadora e estudante

À Escola, Superior de Saúde de Viseu, na pessoa de cada professor, pela formação académica.

Ao meu marido, por ter transformado minha vida na sua vida, tornado os meus sonhos os seus próprios sonhos. Por estar ao meu lado em qualquer circunstância, independente dos meus erros e acertos e por nunca ter deixado de acreditar em minha capacidade. Sou grata por cada palavra de incentivo, cada abraço. A sua presença constante e o seu apoio inabalável com os nossos filhos foram essenciais para meu sucesso académico. Esse projeto só foi possível ser concretizado graças a Ti. Juntos, sempre conseguiremos alcançar o inalcançável.

Às minhas filhas, por terem dado luz à minha vida e me ensinarem a enfrentar o mundo, por terem trazido mais cores ao meu mundo, por terem o sorriso mais lindo para alegrar a minha vida, por perfumarem a minha existência com sabedoria e inteligência que, embora pequenas em idade para entenderem o que é um trabalho desta natureza, foram grandes em pensamento, sabendo-me apoiar e compreender as minhas dificuldades e ausência. Onde encontrarei palavras para expressar tão grande amor? Os filhos são a maior herança do ser humano. Amo-vos incondicionalmente!

Aos meus pais, meu porto de abrigo, por todo amor que sempre me deram e por acreditarem que eu seria capaz de ir mais além. Amovo-vos.

Que todas as pessoas mencionadas neste espaço de agradecimento sejam abençoadas e recompensadas ricamente pela sua generosidade, apoio e dedicação. Que Deus as abençoe abundantemente e as conduza nas suas próprias jornadas. Com vocês, divido a alegria desta experiência.

Obrigada, a todos!

Resumo

Introdução: Neste relatório, na primeira parte, descreve-se o percurso dos estágios, numa análise crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências inerentes à prática especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Um dos estágios foi desenvolvido num Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Região Centro e o outro numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do mesmo Centro Hospitalar. A componente de investigação, que consta da segunda parte, consistiu numa *Scoping review* na área da comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no intraoperatório, para melhores resultados na segurança do doente.

Objetivo: Este relatório teve como objetivos certificar a aquisição de competências do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e mapear as evidências científicas sobre como é valorizada a comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no intraoperatório, para melhores resultados na segurança do doente, através da realização de uma *Scoping review*.

Métodos: O presente relatório espelha as experiências vivenciadas, as intervenções realizadas, através de um método descritivo e reflexivo sobre as mesmas. A *Scoping review* foi realizada de acordo com as orientações do Joanna Briggs Institute, *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews Statement* (PRISMA) e o método PCC: P (população – enfermeiro/equipa multidisciplinar); C (contexto – *Bloco operatório, intraoperatório*); C (conceito – valorização da comunicação entre os enfermeiros e a equipa multidisciplinar, para melhores resultados na segurança do doente). Com pesquisa nas bases de dados PubMed/Medline e CINAHL complete. Após a aplicação dos critérios de inclusão, o *corpus* de análise ficou constituído por cinco artigos.

Resultados: Verificou-se que as relações entre os enfermeiros e os restantes membros da equipa multidisciplinar em contexto de Bloco Operatório baseadas em papéis são consistentes com a teoria de coordenação relacional, que descreve a comunicação apropriada e a dinâmica das relações. Nas equipas caracterizadas por um padrão de comunicação proativo e intuitivo, houve um esforço explícito para saber o que se passava à sua volta no Bloco Operatório. Esta consciência foi considerada um conhecimento muito importante para a realização de procedimentos cirúrgicos de elevada complexidade, uma estratégia para a garantia da segurança do doente.

Conclusão: A realização dos estágios mostra claramente que o enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelas competências que detém e, com base nos seus conhecimentos especializados, desempenha um papel de relevo ao nível das boas práticas nas suas áreas de intervenção.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiro; Comunicação; Bloco operatório; Intraoperatório; Segurança do doente.

Abstract

Introduction: The first part of this report describes the internships in a critical and reflective analysis of the process of acquisition and development of competencies inherent to specialized practice in Medical-Surgical Nursing. One of the internships was developed in an Emergency Department of a Central Region Hospital Center and the other in a Coronary Intensive Care Unit of the same Hospital Center. The research component, which is in the second part, consisted of a Scoping review in the area of communication between nurses and the multidisciplinary team in intra-operative care, for better results in patient safety.

Objective: This report aimed to certify the acquisition of competencies of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing and map the scientific evidence on how communication between nurses and the intra-operative multidisciplinary team is valued for better patient safety outcomes, through a Scoping review.

Methods: This report reflects the experiences lived, the interventions made, through a descriptive and reflective method. The Scoping review was conducted according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews Statement (PRISMA) and the PCC method: P (population - nurse/multidisciplinary team); C (context - operating room, intra-operative); C (concept - enhancement of communication between nurses and the multidisciplinary team for better patient safety outcomes). With a search in PubMed/Medline and CINAHL complete databases. After applying the inclusion criteria, the corpus of analysis was composed of five articles.

Results: We found that the role-based relationships between nurses and other members of the multidisciplinary team in an operating room setting are consistent with the theory of relational coordination, which describes appropriate communication and relationship dynamics. In teams characterized by a proactive and intuitive communication pattern, there was an explicit effort to know what was going on around them in the OR. This awareness was considered a very important knowledge for the performance of highly complex surgical procedures, a strategy for ensuring patient safety.

Conclusion: The completion of the internships clearly shows that the Medical-Surgical Nurse, due to the skills he/she possesses and based on his/her specialized knowledge, plays an important role in terms of good practices in his/her areas of intervention.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Nurse; Communication; Operating Room; intra-operative; Patient Safety.

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de quadros	
Lista de figuras	
Lista de siglas e acrônimos	
Introdução	21
Parte I - Estágio em contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos	
1- Estágio em contexto de Serviço de Urgência	27
1.1- Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista – Em contexto de Urgência	27
1.2- Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Em contexto de Urgência	34
2- Estágio em contexto de Cuidados Intensivos	41
2.1- Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista	41
2.2- Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	48
3- Reflexão	59
Parte II – Investigação Valorização da comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no intraoperatório: melhoria da segurança do doente	
Introdução	67
1- Enquadramento Teórico	69
2- Métodos	73
3- Resultados	79
4- Discussão dos resultados	81
Conclusão	85
Referências bibliográficas	87
Anexos	
Anexo I - Via Verde Trauma	95
Anexo II - Poster Via Verde Trauma	125
Anexo III - Recomendações sobre cuidados de Enfermagem na abordagem da via aérea difícil não previsível	129

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 Critérios de inclusão e de exclusão para a seleção dos estudos	74

Lista de quadros

	Pág.
Quadro 1 Sistema de Triagem de Manchester	31
Quadro 2 Termos de estratégia de pesquisa – PubMed	75
Quadro 3 Termos de estratégia de pesquisa – CINAHL	75
Quadro 4 Características e principais resultados dos estudos incluídos	79

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 Diagrama de fluxo do PRISMA 2020	76

Lista de siglas e acrónimos

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMEMC	Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
CPLLEEMC	Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
DGS	Direção Geral de Saúde
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EE	Enfermeiro Especialista
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
PSC	Pessoa em Situação Crítica
SU	Serviço de Urgência
UCIC	Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VVT	Via Verde Trauma

Introdução

A sociedade em que vivemos encontra-se em constante mudança e inovação, exigindo dos profissionais de enfermagem uma atualização dos conhecimentos, reclamando uma atitude de permanente reflexão crítica sobre o que nos rodeia. Surge a necessidade de acompanharmos a evolução dos conhecimentos, usando a formação como arma, socorrendo-nos de evidência científica que sustente a nossa ação, no sentido de evoluirmos naquilo que, muitas vezes, é designado de iniciantes a peritos.

Hoje, procura-se que um enfermeiro especialista (EE) não dependa só de princípios ou orientações para conectar situações e determinar ações, mas possua uma compreensão intuitiva das situações clínicas, conduzindo-o a uma performance proficiente. É evidente que a Enfermagem tem evoluído positivamente nos últimos anos, tanto a nível teórico, como prático, no entanto, esta ainda não é considerada como suficiente para atingir o nível de visibilidade enquanto profissão com competências específicas e diferenciadas. Acredita-se que profissionais mais qualificados e conscientes da sua prática profissional, com capacidade crítica e de resolução de problemas, são fulcrais para a melhoria do nível da qualidade da assistência em saúde (Silva et al., 2018).

No âmbito do 9º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC) e do 8.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), foi proposta a elaboração de um relatório final, contendo o mesmo todo o percurso do estágio de Urgência, que decorreu de 28 de novembro de 2022 a 10 de fevereiro de 2023 no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, bem como do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), que decorreu de 20 de fevereiro de 2023 a 30 de abril de 2023 na UCIC do mesmo Centro Hospitalar.

A profissão de Enfermagem em Portugal tem evoluído de forma considerável nos últimos anos, havendo uma evolução significativa ao nível da formação e do conhecimento científico, a nível tecnológico e a nível da filosofia dos cuidados (Subtil, 2017). Esta profissão tem evoluído a vários níveis, tendo como propósito responder especificamente às necessidades de saúde. De acordo com o REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro), a Enfermagem tem como objetivo “prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima

capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 4.º, p. 95).

A diferenciação e especialização em Enfermagem são uma mais-valia nos cuidados de saúde, na medida em que o acréscimo de qualificações e competências permitem um cuidado mais focalizado e específico, tendo em conta as exigências técnicas e científicas cada vez mais elevadas nos cuidados de saúde e, conseqüentemente, nos cuidados de Enfermagem. Efetivamente, o EE é um profissional habilitado a exercer função de enfermeiro num contexto de profundo conhecimento numa área específica dessa mesma ciência (Regulamento n.º 140/2019, da Ordem dos Enfermeiros, OE). Ainda no preâmbulo do mesmo regulamento, há referência à demonstração de níveis elevados de juízo clínico e de eficácia no processo de tomada de decisão, o que remete a um conjunto de competências descritivas decorrentes do aprofundamento do domínio de Enfermagem. De acordo com o regulamento nº 140/2019, da OE, as competências do EE surgem de um aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, previstas neste próprio diploma e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade. Focando a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), esta tem como alvo a pessoa em situação crítica e sua família/cuidador.

Nos cuidados à pessoa em situação crítica, a crescente evolução dos equipamentos, técnicas e procedimentos, levam a que a formação específica e especializada seja uma necessidade (Parecer 15/2018, da OE). O mesmo parecer salienta que, é cada vez mais importante abordar de forma global, integrada e multidisciplinar doentes complexos e graves. A formação humana, técnica e científica do enfermeiro permite a adequada prestação de cuidados a pessoa crítica, numa prestação autónoma e interdependente, no seio da equipa especializada. A aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais em pessoa em situação crítica é obtida através de uma intervenção organizada na área de Enfermagem à pessoa adulta e idoso em estado crítico e sua família, em contextos de urgência/emergência. Com o fim de atingir conhecimentos e habilidades específicas, o profissional de Enfermagem enriquece a sua formação, percorrendo diversas áreas de atuação, adquirindo competências essenciais para um exercício profissional de excelência. Neste sentido, os estágios constituem uma etapa fundamental no processo de desenvolvimento pessoal e profissional ao promoverem oportunidades de exercer na prática conteúdos académicos, proporcionando a aquisição de conhecimentos e atitudes relacionadas com a profissão.

O presente documento encontra-se estruturado em duas partes: na Parte I - Relatório da componente clínica – apresenta-se a organização, estrutura e atividades relativas ao percurso formativo de aquisição de competências de EE nos diferentes contactos clínicos: Serviço de Urgência e em UCIC, terminando com as considerações finais; na Parte II - Relatório Final da componente de investigação – tem lugar uma *Scoping review* com o objetivo de mapear as evidências científicas sobre como é valorizada a comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no intraoperatório, para melhores resultados na segurança do doente. O trabalho termina com as referências bibliográficas.

**Parte I - Estágio em contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados
Intensivos**

1. Estágio em contexto de Serviço de Urgência

1.1. Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista – Em contexto de Urgência

Neste capítulo, serão emanadas as atitudes e ações inerentes às competências comuns do EE ao longo do estágio em contexto de Urgência, de acordo com o que consta no Regulamento nº 140/2019, da OE, considerando o EE como profissional detentor de conhecimento aprofundado em determinada área de Enfermagem, além de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. De acordo com o regulamento acima referido, as competências comuns estão definidas segundo quatro domínios a desenvolver: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão de cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas competências estão organizadas seguindo uma linha de raciocínio em unidades de competências que abaixo se descrevem e que conduzem à reflexão das atividades desenvolvidas em estágio.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Os dilemas ético-legais são, na minha opinião, tão antigos quanto a própria natureza do cuidar. No que concerne a este domínio, as competências passam por 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 práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº 140/2019, da OE). Pensar em normas legais, em ética e em deontologia remete-nos para o Código Deontológico do Enfermeiro.

A Deontologia, segundo Deodato, citado pela OE (2015), é um valioso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro, sendo essencial a sua utilização para orientar e fundamentar as decisões no dia-a-dia. Na mesma linha, a referência à ética refere-se ao agir humano. A Enfermagem é uma profissão que se confronta diariamente com situações complexas, exigindo tomadas de decisão fundamentadas.

Análise reflexiva sobre o objetivo específico G) do projeto de estágio em contexto de Serviço de Urgência

Objetivo G) Desenvolver competências de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Com frequência somos deparados com situações de vida ou de morte, em que algumas das vezes, atendendo ao estado clínico da pessoa, esta não tem capacidade de decisão, competindo à equipa multidisciplinar fazê-lo. Ao longo do estágio deparei-me com esta situação, porque as pessoas ou estavam sob o efeito de sedação, ou em coma, ou sonolentos, ou confusos, sendo que a sua capacidade de decisão estando comprometida, obrigava os profissionais a reger-se por princípios éticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), de forma a garantir a melhor prestação de cuidados.

Sendo a dinâmica dos cuidados variável, assumimos o compromisso empírico de cuidar da pessoa ao longo do seu ciclo vital, procurando promover a sua qualidade de vida.

A confidencialidade, a privacidade e o respeito pelas crenças das pessoas são fatores que já mais poderão ser ultrapassados. Porém, neste serviço senti que os constrangimentos de natureza estrutural aliados à forte afluência, condicionam de certa forma, a satisfação plena destes fatores. Percebi também que, existe uma enorme sensibilidade e alerta por parte de todos os elementos da equipa de Enfermagem, que sistematicamente procuram encontrar soluções para que a privacidade da pessoa seja preservada e protegida.

Relativamente ao consentimento informado, a DGS emitiu a norma n.º 015/2013, atualizada em 04/11/2015, para definição de aspetos a cumprir, nomeadamente a obrigatoriedade de ser livre e esclarecido, com clareza na linguagem e por escrito em determinadas situações (como administração de sangue, seus componentes e derivados ou atos cirúrgicos e/ou anestésicos, excluindo determinadas intervenções simples com anestesia local).

Ao longo de todo o estágio procurei informar e esclarecer a pessoa dos cuidados de Enfermagem a realizar, procurando assim obter o seu consentimento para a consecução das intervenções necessárias, garantindo deste modo a minha segurança profissional.

Ao longo do estágio, considero ter respeitado as pessoas de forma holística, procurando não lhes causar qualquer dano, respeitando a esperança e confiança que as pessoas e seus familiares depositam nos profissionais de Enfermagem.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

No presente domínio, as competências passam por garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua bem como garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019, da OE).

Segundo a OE, na busca pela excelência no exercício profissional, o EE em EMC no cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados Enfermagem, persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação, pelo que faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar (Regulamento n.º 429/2018, da OE).

O EE na sua prática diária procura a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção.

O reconhecimento da qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde são pilares nos quais se procura assentar a garantia dos direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

Inevitavelmente, torna-se premente a melhoria da qualidade clínica e organizacional, nomeadamente, na uniformização de normas de orientação clínica, reforço da segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Despacho n.º 5613/2015).

Os profissionais de Enfermagem devem, assim, basear a sua atuação em conhecimentos técnico-científicos, no sentido de maximizar a qualidade dos cuidados prestados, de acordo com as necessidades identificadas, incluindo o respeito pela vida, dignidade, saúde e bem-estar.

Neste sentido, procurei focar a prática profissional na procura da excelência para maximizar a eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem especializados.

Domínio da gestão de cuidados

A gestão dos cuidados e recursos é primordial uma vez que permite rentabilizar e organizar melhor o tempo e os cuidados prestados. Neste âmbito, pressupõe-se que o

enfermeiro adquira competências para gerir os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, bem como adapte 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 OE).

Para a obtenção de tais competências, procurou-se identificar os fatores-chave necessários para uma liderança assertiva no seio da equipa. Embora não exercendo o papel de liderança, foi possível durante o período de estágio perceber a importância do líder em promover um ambiente de união no seio da equipa multidisciplinar, otimizando assim a prestação de cuidados. Observei e procurei refletir naquilo que é o clima organizacional e o impacto que a liderança pode provocar na dinâmica e motivação dos profissionais.

A gestão dos cuidados envolve tomadas de decisão complexas, tendo por base a experiência profissional, os conhecimentos teóricos e o respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão.

No que respeita aos serviços de urgência, a OE, através da norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem, (Regulamento n.º 533/2014), propõe que seja utilizado para efeito de cálculos o “*Posto de trabalho*” adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada SU. Contudo, a não consideração das pessoas que permanecem em corredores para o cálculo efetivo das necessidades de cuidados, incorre-se por um lado, na sobrecarga de trabalho para o enfermeiro responsável pelos mesmos, e por outro, numa inadequada distribuição de tempo e recursos para as reais necessidades destas pessoas, que, em muitas das situações apresentam níveis elevados de dependência.

Nesto Domínio da Gestão de Cuidados e no que concerne ao ensino clínico em contexto de urgência, importa salientar a Triagem de Manchester, onde o enfermeiro tem papel exclusivo e de importância primordial.

O vocábulo “Triagem” tem origem etimológica do verbo francês *trier*, que expressa a ação de separar. O protocolo de Triagem de Manchester foi implementado em 1994, em Manchester, surgindo da necessidade de aperfeiçoar e dar qualidade à assistência nos SU/emergência. Em 2000, em Portugal foi implementada a Triagem de Manchester que identifica, perante os sintomas, um critério de prioridade, não estabelecendo diagnósticos clínicos (Norma nº 002/2015, DGS). Como preconizado no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, a implementação de sistemas de triagem nos SU é de carácter obrigatória, impondo o estabelecimento de critérios de atendimento.

O método do Sistema de Triagem de Manchester identifica a queixa de forma inequívoca e segue o fluxograma de decisão (no total 52 que podem compreender situações

clínicas possíveis). Este fluxograma baseia-se num sistema de algoritmos, formado por cinco níveis de urgência (associados a cores) que possibilitam estratificar o risco, facilitando e orientando o enfermeiro, bem como determina o tempo estimado e a prioridade para o atendimento inicial (Norma nº 002/2018, DGS). A utilização deste sistema classifica a pessoa que recorre ao SU numa das 5 categorias para a observação médica inicial, como representado no quadro 1.

Quadro 1. Sistema de Triagem de Manchester

Cor	Prioridade	Tempo de espera
Vermelho	Emergente	0 minutos
Laranja	Muito urgente	10 minutos
Amarelo	Urgente	60 minutos
Verde	Pouco urgente	120 minutos
Azul	Não urgente	240 minutos

Após a triagem, a pessoa aguarda na sala de espera até ser chamada pelo médico, executando as pessoas triados com prioridade laranja ou vermelha que são de imediato encaminhados para a sala da especialidade correspondente. Esta dinâmica, associada ao processo de triagem, apresenta imensas vantagens, ou seja, assim que a pessoa chega ao SU é triada, em conformidade com as suas queixas, para a área de especialidade correspondente, garantindo, deste modo, um atendimento mais dirigido e atempado, reduzindo a circulação das pessoas pelo SU e minimizando também o risco de infeção associado.

Assim, durante o estágio e na minha permanência na Triagem de Manchester, pude observar que a triagem é realizada criteriosamente, o que possibilita a organização do SU para que cada pessoa seja triada com a prioridade e especialidade certas, iniciando-se, assim, todo um processo organizacional do SU. Tive a oportunidade de estar neste posto alguns turnos, não fazendo parte do meu contexto diário de prestação de cuidados, foi com muita motivação e interesse que desempenhei esta função em conjunto com o meu Tutor, que me levou a compreender a importância do enfermeiro capacitado neste posto. A execução da triagem exige do enfermeiro triador um conhecimento profundo dos focos de atenção, dos fluxogramas e dos discriminadores para que as pessoas possam ser encaminhados na ordem certa para a especialidade correta. Durante o processo de triagem e em conjunto com o enfermeiro Tutor, tive oportunidade de sensibilizar as pessoas que recorrem de forma inadequada ao SU, informando-as sobre a importância de se utilizar racionalmente este serviço, objetivando igualmente uma melhor gestão de cuidados.

Análise reflexiva sobre o objetivo específico C) do projeto de estágio

Objetivo C) Desenvolver competências na área da gestão e coordenação de recursos na gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais, promovendo uma cultura de qualidade e segurança dos cuidados no SU.

Gerir os cuidados não engloba apenas o planeamento dos cuidados a prestar à pessoa, mas também gerir todo o material necessário para a prestação dos mesmos. Há que associar o pensamento económico à reflexão sobre a realização dos cuidados de saúde garantindo a segurança da pessoa.

Durante as práticas clínicas e tendo em vista a garantia da prestação de cuidados e melhoria contínua da qualidade, pude colaborar nos cuidados preventivos, nomeadamente na prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão, prevenção da infeção e prevenção da pneumonia associada a utilização de ventilador, entre outros.

A segurança também recai a nível da administração de terapêutica. Embora sendo Enfermeira, existe sempre medicação específica a cada contexto da prática. Desta forma, a sua preparação e administração foi sempre realizada sob a orientação. Além disso, tive sempre o cuidado de confirmar a prescrição médica (medicamento, posologia, diluição e via de administração), a identificação da pessoa e a permeabilidade dos cateteres, se via endovenosa.

Quando se aborda o tema da qualidade, há também que atender ao ambiente da prática. É inquestionável que um ambiente de trabalho saudável é um ambiente que maximiza a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, resultando num melhor desempenho profissional. Por outro lado, uma boa prática de Enfermagem requer respeito pelos valores, costumes, religião das pessoas e todo o descrito no código deontológico (OE, 2015). Assim, durante a minha prática diária tive presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, requerendo do enfermeiro sensibilidade para lidar com essas diferenças. A OE (2015) reforça que é necessário que a prestação de cuidados seja zelosa e competente, e não apenas reconhecer que as pessoas têm esse direito.

Tentei sempre dar o meu contributo nas diversas situações de experiência profissional, quer pela experiência profissional e particularidades do meu serviço, quer pelos conhecimentos adquiridos ao longo do estágio.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Desenvolvimento das aprendizagens profissionais é um processo contínuo. No domínio supramencionado, as competências passam por desenvolver o autoconhecimento e

a assertividade, assim como basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019, da OE).

Em Enfermagem, estamos convictos que a aprendizagem poderá ser o resultado da simbiose entre o profissional, o meio e o seu investimento. O seu alcance não constitui um fim em si próprio, mas sim uma propulsão a novos desafios. É, por conseguinte, um desafio constante para os profissionais da atualidade, pois perante os conhecimentos adquiridos pressupõe-se uma constante adaptação, renovação e enriquecimento.

As atividades desenvolvidas basearam-se na identificação e reflexão das dificuldades sentidas em estágio bem como no planeamento de estratégias para a superação das dificuldades junto do tutor e com a realização de pesquisa bibliográfica pertinente, baseada na mais recente evidência científica.

De acordo com Gomes, Preto e Brás (2017, p.23) “(...) o enfermeiro especialista é aquele que aplica níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, e assume o papel de prestador de cuidados diferenciado.” Este papel advém não apenas da repetição de procedimentos, da vivência de situações, mas mais profundamente da racionalização e indagação das mesmas. A tomada de decisão em Enfermagem, principalmente no serviço de urgência, pode confrontar o profissional com situações tensas.

A relação empática e a assertividade na prestação de cuidados futuros beneficiarão do resultado de todas as experiências vivenciadas ao longo do estágio.

Análise reflexiva sobre os objetivos específicos E) e F) do projeto estágio

Objetivo E) Colaborar em projetos de formação e dinamização de mudança visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados

Objetivo F) Desenvolver a análise crítica e construtiva relativamente ao processo de ensino/aprendizagem

No âmbito do estágio foi-me proposto, conjuntamente com a colega que realizou o mesmo estágio no mesmo período temporal, a participação no projeto da Via Verde Trauma (VVT) que se encontra implementado no serviço.

Após a consulta do trabalho já desenvolvido pelos profissionais do serviço e discussão com os respetivos enfermeiros tutores integrados neste grupo de trabalho, verificamos que seria pertinente a elaboração de um documento onde ficasse reunida de forma sintetizada as indicações dadas pela recente norma da DGS dedicada à VVT no adulto.

Desta forma, foi desenvolvido um documento orientador, conforme anexo I, que reúne toda a informação atualizada disponibilizada pela norma da DGS. Este foi organizado de forma sequencial, respeitando os princípios de ativação, triagem, avaliação inicial e secundária da pessoa vítima de trauma.

Tendo em conta este documento e a formação que se encontra a ser ministrada aos profissionais do serviço sobre avaliação da pessoa vítima de trauma, como gesto de complemento, foi também desenvolvido um *poster* dedicado à avaliação inicial e secundária destas pessoas, conforme anexo II.

Tendo por base o projeto de estágio elaborado, o presente relatório visa sobretudo estabelecer-se como instrumento que espelha a reflexão das experiências vividas, os contributos recolhidos para a minha formação especializada, a partilha de conhecimentos e práticas que o momento clínico possibilitou, indispensáveis para a promoção das competências necessárias ao desenvolvimento pessoal e profissional, visando a autonomia para os processos de tomada de decisão ao nível da intervenção especializada de Enfermagem.

Com o decorrer do estágio, foram surgindo inúmeras situações merecedoras de reflexão e troca de experiências, quer com o tutor, quer com outros elementos da equipa, contribuindo para um enriquecimento pessoal e profissional, aos níveis técnico, relacional e cognitivo.

1.2. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Em contexto de Urgência

A OE, através do Regulamento n.º 429/2018, conceptualiza os cuidados de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (PSC) como cuidados prestados de forma continuada à pessoa com pelo menos uma função vital em risco, dando resposta às necessidades identificadas, mantendo as funções básicas de vida, prevenindo riscos e complicações, procurando a recuperação total e limitando a incapacidade da pessoa.

Prestação de cuidados à pessoa em processo complexo de doença crítica e/ou falência orgânica

Entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Parecer n.º 15/2018, da OE). Cuidar da pessoa em situação crítica e sua família/cuidadores, constitui a primeira

competência específica da especialidade Médico-Cirúrgica (vertente da pessoa crítica). O EE em Enfermagem em PSC é detentor de conhecimentos e capacidades que permitem responder atempadamente a possíveis situações geradoras de instabilidade multiorgânica. Existe uma enorme probabilidade das pessoas que recorrem ao serviço de urgência sofrerem de instabilidade multiorgânica, sendo que o enfermeiro especialista deve despistar possíveis alterações hemodinâmicas.

Acredito que a antecipação nesta área é fundamental, ou seja, ter a capacidade de antecipar e prever, diminui drasticamente as complicações que possam surgir e ainda possibilita uma resposta mais eficaz.

Posto isto, as intervenções de Enfermagem foram planeadas, executadas e avaliadas em função da pessoa em situação crítica, com a melhor qualidade possível, em tempo útil e de forma autónoma. Conheci os protocolos terapêuticos implementados de modo a conseguir dar resposta de forma segura em situação de emergência e/ou instabilidade hemodinâmica.

Desenvolvi competências no âmbito do bem-estar físico, cultural, psicossocial e espiritual da pessoa em situação crítica, bem como na dignificação da morte e nos processos de luto.

Importa ainda referir que a comunicação é a pedra basilar na relação de ajuda. Os níveis de confiança começam a fluir à medida que a relação entre o enfermeiro e a pessoa vai crescendo. Esta relação que tem por base os princípios da relação de ajuda e pode ter um impacto positivo na situação clínica. Na relação de ajuda o enfermeiro otimiza determinadas condições para que a pessoa satisfaça as suas necessidades (Sequeira 2016).

Análise reflexiva sobre os objetivos específicos B), D), H) e I) do projeto estágio

Objetivo D) Desenvolver competências no âmbito das vias verdes (VV) instituídas no SU: VV AVC, VV coronária e VV trauma.

Objetivo H) Desenvolver competências relacionais e comunicacionais para prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família.

Objetivo I) Aprofundar conhecimentos teóricos na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa crítica e vítima de trauma.

Os cuidados de enfermagem que me proporcionaram atingir o objetivo, acima descrito, variaram desde a identificação de situações clínicas de urgência e emergência e a ação consequente, quer através da ativação dos meios humanos e materiais necessários, e colaboração com equipa de emergência, quer através do respeito pelas prioridades de intervenção seguindo a avaliação primária e secundária à pessoa com doença crítica.

Apesar dos protocolos de atuação não serem rígidos na ativação das vias verdes, é possível perceber a importância da triagem e encaminhamento de forma eficaz, rápida e diferenciada destas situações.

Na via verde coronária após a avaliação primária (A, B, C, D e E), monitorização e alívio de sintomas, com instituição de medicação analgésica e antiagregante plaquetária, acompanhei uma pessoa à hemodinâmica para realização de angiografia. A pessoa encontrava-se calma, consciente, orientada e hemodinamicamente estável. É importante este acompanhamento ser efetuado por profissionais competentes uma vez que a situação clínica pode agravar a qualquer momento.

Na via verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC) tive oportunidade de colaborar na avaliação primária, com atenção ao estado de consciência, capacidade de deglutição, manutenção da via aérea, assim como os sinais vitais. É de realçar o registo da hora do início dos sintomas, exames complementares de diagnósticos e avaliação neurológica. Assisti à aplicação da escala neurológica NIHSS (escala padrão para avaliação do défice neurológico após o AVC) e, posteriormente, acompanhei a pessoa ao serviço de imagiologia para a realização de trombólise. Esta deve ser iniciada, quando indicado, logo após a realização de TAC. A Norma nº 015/2017 define o conceito de tempo é cérebro, onde se traduz o facto de o tecido cerebral ser extremamente vulnerável à privação de irrigação sanguínea e que em cada minuto de isquemia, um número elevado de células é destruído. Em suma, a rápida atuação é importante e a luta contra o tempo é o primeiro objetivo. Embora os dados atuais sobre a morbilidade e mortalidade revelem um decréscimo da doença isquémica do coração e AVC, nos países ocidentais as doenças vasculares continuam a estar entre as primeiras causas de morte e incapacidade (Norma nº 015/2017, da DGS).

Na via verde de trauma, colaborei nos cuidados de enfermagem prestados a uma pessoa que foi vítima de acidente de viação, tendo colaborado na avaliação primária e na avaliação secundária, tendo sido enriquecedor verificar a rapidez e perícia com que foi efetuada por todos os envolvidos.

Aquando da realização deste ensino clínico, percebi que foi iniciada a implementação da via verde sépsis, estando neste momento a ser desenvolvida por uma equipa de

enfermeiros. Todos os SU devem dispor de uma equipa sépsis, constituída no mínimo por um enfermeiro e um médico.

Na sala de emergência foi possível prestar cuidados emergentes a pessoas, sendo que nestas situações é necessário possuir capacidade de liderança no sentido de assegurar a organização da sala e das equipas envolvidas, conhecimentos atualizados e fundamentados, técnica e capacidade de despistar precocemente situações de agravamento do estado clínico, sendo capaz de integrar na prática as medidas de controlo da infeção hospitalar.

Na sala de emergência estão constantemente a entrar pessoas críticas que necessitam de cuidados diferenciados, sendo função do enfermeiro responsável por esta sala conferir e rever todos os carros de apoio e carros de emergência sempre que utilizados, repondo o material em falta mediante *checklist* existente, de modo a garantir que a mesma fique totalmente preparada e com todo o material necessário para a receção de outra pessoa. No início de cada turno, um enfermeiro deve proceder ao teste dos ventiladores e dos desfibrilhadores de modo a garantir a sua funcionalidade.

Em todos os momentos do estágio, uma das preocupações foi o controlo da dor e gestão da analgesia. Os profissionais de saúde, frequentemente, subestimam a dor da pessoa crítica embora estejam conscientes da vulnerabilidade destes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos. Estas pessoas, devido à sua situação clínica e/ou outras barreiras à comunicação, encontram-se muitas vezes impedidos de comunicar verbalmente, sendo urgente que o enfermeiro consiga identificar e tratar os focos de dor.

A transmissão de más notícias também foi uma realidade no decorrer do estágio, sendo uma área muito complexa e de difícil abordagem pois requer uma enorme perícia do enfermeiro na capacidade de comunicar. Sequeira (2016), entende como má notícia qualquer informação obtida que envolve uma modificação drástica no recetor na mensagem.

No decurso desta situação percebi a importância da reflexão sobre as práticas e acima de tudo da importância que os enfermeiros atribuem às suas ações em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Promoção da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas

Pressupõe-se que o enfermeiro especialista atue perante situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção ao planeamento e gestão da resposta eficaz e eficiente, prontamente e de forma ordenada e disciplinada, preservando todos e quaisquer

vestígios aquando a presença de indícios de prática de crime (Regulamento n.º 429/2018, da OE).

Esta competência subdivide-se em cinco unidades de competência e seus critérios de avaliação, nomeadamente “*Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe*”, “*Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe*”, “*Planeia resposta à situação de catástrofe*”, “*Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe*” e “*Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime*”. (Regulamento n.º 429/2018, da OE). Relativamente a esta competência o EE deve colaborar na elaboração dos planos de emergência da instituição, deve ainda gerir os profissionais de saúde garantindo uma resposta rápida e eficaz no socorro de múltiplas vítimas em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018, da OE).

Face a imprevisibilidade de ocorrer uma situação de catástrofe, torna-se imperativo que todas as organizações de saúde concebam uma resposta de emergência e o analisem periodicamente.

Todo e qualquer plano deve ser executado de forma organizada, prever os fatores que podem provocar o desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, garantindo a simplicidade e eficácia dos procedimentos. No período em que decorreram os estágios não existiu qualquer situação de catástrofe ou emergência multivítima propriamente dita, no entanto tomei conhecimento do plano de emergência deste serviço e como agir em caso de catástrofe.

Maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica

Tendo em conta o risco de infeção face aos variados contextos de atuação, o tecnicismo e a tecnologia envolvida nos cuidados à pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista necessita de responder de forma eficaz na prevenção, controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (OE, 2017).

Atualmente as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), acontecem com frequência nas instituições de saúde, sendo um problema de saúde pública que devemos abordar com enorme seriedade, uma vez que provoca inúmeros transtornos para as pessoas.

Prevenir e controlar a infeção na PSC é um enorme desafio, uma vez que as pessoas estão sujeitas a procedimentos invasivos constantemente, ficando suscetíveis de contrair uma IACS, no entanto sabemos que a nossa missão principal continua a ser manter as funções vitais, tendo em conta os princípios e protocolos de assepsia.

Aquando da realização de técnicas invasivas houve um cuidado constante, seguindo sempre os princípios de assepsia e controlo de infeção.

Por fim, e sendo uma das medidas mais amplamente conhecidas e usadas, cumpro de forma cuidadosa aquela que é a base da prevenção e controlo de infeções, ou seja, a lavagem das mãos e os seus cinco momentos. As mãos são um veículo de transmissão de microrganismos e cabe aos profissionais de saúde evitar essa cadeia de propagação.

Cuida da pessoa em situação de feridas agudas ou crónicas

O tratamento de feridas é uma área do conhecimento que se encontra em constante desenvolvimento. Nos últimos anos tem sido frequente o aparecimento de novas estratégias para a prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas com feridas e, quase diariamente, somos presenteados com soluções inovadoras que pretendem dar resposta às dificuldades de cicatrização de muitas feridas.

A formação inicial dos enfermeiros nesta área apresenta algumas lacunas e verificam-se, disparidades entre o conhecimento científico e a sua aplicação na prática clínica. Estas realidades podem contribuir para o elevado número de prevalência e incidência de feridas, sendo urgente promover mais competências nestes profissionais que diariamente têm um papel fulcral no cuidar das pessoas com feridas. Na prática profissional do enfermeiro, os cuidados à pessoa com ferida, constituem uma das atividades onde estes profissionais mais se envolvem. Ora, o constante desenvolvimento científico e técnico, nomeadamente ao nível dos materiais a utilizar na realização dos cuidados à ferida, também pressupõem uma necessidade imperiosa de formação e, conseqüentemente, na evolução do conhecimento.

Durante o estágio tive oportunidade de prestar cuidados a feridas agudas e crónicas em contexto de urgência. Apesar das circunstâncias inerentes à prestação de cuidados em contexto de urgência procurei a realização do tratamento destas feridas de acordo com as diretrizes mais atuais.

Através da minha experiência profissional e dos conhecimentos adquiridos durante a parte letiva do curso penso ter conseguido desenvolver esta competência, elaborando não só planos de cuidados para o tratamento de feridas, mas também a sua realização.

2. Estágio em contexto de Cuidados Intensivos

2.1. Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista

Os objetivos gerais do ensino clínico consistem no desenvolvimento de competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista em Cuidados Intensivos, que se apresentam seguidamente.

Domínio da gestão de cuidados

A gestão dos cuidados e recursos é primordial uma vez que permite rentabilizar e organizar melhor o tempo e os cuidados prestados. Neste âmbito, pressupõe-se que o enfermeiro adquira competências para gerir os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, bem como adapte 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 OE).

Para a obtenção de tais competências, procurou-se identificar os fatores-chave necessários para uma liderança assertiva no seio da equipa. Embora não exercendo o papel de liderança, foi possível durante o período de estágio perceber a importância do líder em promover um ambiente de união no seio da equipa multidisciplinar, otimizando assim a prestação de cuidados. Observei e procurei refletir naquilo que é o clima organizacional e o impacto que a liderança pode provocar na dinâmica e motivação dos profissionais.

A gestão dos cuidados envolve tomadas de decisão complexas, tendo por base a experiência profissional, os conhecimentos teóricos e o respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista, tem um papel preponderante e ativo quando gere os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde e seus colaboradores, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas e quando adequa os recursos às necessidades de cuidados adotando um estilo de liderança situacional mais adequado à promoção de cuidados (Magalhães, 2017).

Assim a gestão representa um domínio de grande importância para a manutenção de um padrão elevado de qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista (Magalhães, 2017).

Otimizar recursos garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados é pedra angular na prestação dos cuidados de enfermagem, estando inerentes a todas as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e por conseguinte inerente á prática desenvolvida no estágio.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As questões ético-legais são, na minha opinião, tão antigas quanto a própria natureza do cuidar. Lidar com ser humano em situações críticas e de risco de vida, pressupõe a existência de questões éticas, com contornos difíceis de lidar. Situação que ganha ainda maior ênfase quando estamos perante pessoas em situação crítica do foro cardíaco, muitas vezes com o prognóstico reservado.

No que concerne a este domínio, as competências passam por 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 práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº 140/2019, da OE).

Pensar em normas legais, em ética e em deontologia remete-nos para o Código Deontológico do Enfermeiro.

A Deontologia, segundo Deodato, citado pela OE (2015), é um valioso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro, sendo essencial a sua utilização para orientar e fundamentar as decisões no dia-a-dia. Na mesma linha, a referência à ética refere-se ao agir humano.

A Enfermagem é uma profissão que se confronta diariamente com situações complexas, exigindo tomadas de decisão fundamentadas.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

No presente domínio, as competências passam por garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua bem como garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019, da OE).

Segundo a OE, na busca pela excelência no exercício profissional, o EE em EMC no cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem,

perseguir os mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação, pelo que faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar (Regulamento n.º 429/2018, da OE).

O EE na sua prática diária procura a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção.

O reconhecimento da qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde são pilares nos quais se procura assentar a garantia dos direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

Inevitavelmente, torna-se premente a melhoria da qualidade clínica e organizacional, nomeadamente, na uniformização de normas de orientação clínica, reforço da segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Despacho n.º 5613/2015).

Os profissionais de Enfermagem devem, assim, basear a sua atuação em conhecimentos técnico-científicos, no sentido de maximizar a qualidade dos cuidados prestados, de acordo com as necessidades identificadas, incluindo o respeito pela vida, dignidade, saúde e bem-estar.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Desenvolvimento das aprendizagens profissionais é um processo contínuo. No domínio acima referido, as competências passam por desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, assim como basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019, da OE).

Em Enfermagem, estamos convictos que a aprendizagem poderá ser o resultado da simbiose entre o profissional, o meio e o seu investimento. O seu alcance não constitui um fim em si próprio, mas sim uma propulsão a novos desafios. É, por conseguinte, um desafio constante para os profissionais da atualidade, pois perante os conhecimentos adquiridos pressupõe-se uma constante adaptação, renovação e enriquecimento.

As atividades desenvolvidas basearam-se na identificação e reflexão das dificuldades sentidas em estágio bem como no planeamento de estratégias para a superação das dificuldades junto da tutora e com a realização de pesquisa bibliográfica

pertinente, baseada na mais recente evidência científica. De acordo com Gomes et al (2017, p.23) “(...) o enfermeiro especialista é aquele que aplica níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, e assume o papel de prestador de cuidados diferenciado.”. Este papel advém não apenas da repetição de procedimentos, da vivência de situações, mas mais profundamente da racionalização e indagação das mesmas. A tomada de decisão em Enfermagem, principalmente em unidades como a UCIC, pode confrontar o profissional com situações tensas.

A relação empática e a assertividade na prestação de cuidados futuros beneficiarão de todas as experiências vivenciadas ao longo do estágio.

Análise reflexiva sobre o objetivo específico C) do projeto de estágio

Objetivo C) Desenvolver competências do enfermeiro especialista nos domínios da gestão, responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade e das aprendizagens profissionais.

Domínio da gestão

Gerir os cuidados não engloba apenas o planeamento dos cuidados a prestar à pessoa, mas também gerir todo o material necessário para a prestação dos mesmos. Há que associar o pensamento económico à reflexão sobre a realização dos cuidados de saúde garantindo a segurança da pessoa.

Durante as práticas clínicas e tendo em vista a garantia da prestação de cuidados e melhoria contínua da qualidade, pude colaborar nos cuidados preventivos, nomeadamente na prevenção de quedas, prevenção de úlceras de pressão, prevenção da infeção e prevenção da pneumonia associada a utilização de ventilador, entre outros.

A segurança também recai a nível da administração de terapêutica. Embora sendo Enfermeira, existe sempre medicação específica a cada contexto da prática. Desta forma, a sua preparação e administração foi sempre realizada sob a orientação. Além disso, tive sempre o cuidado de confirmar a prescrição médica (medicamento, posologia, diluição e via de administração), a identificação da pessoa e a permeabilidade dos cateteres, se via endovenosa.

Assim, durante a minha prática diária tive presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, requerendo do enfermeiro sensibilidade para lidar com essas diferenças. A OE (2015), reforça que é necessário que a prestação de cuidados seja zelosa e competente, e não apenas reconhecer que as pessoas têm esse direito.

Tentei sempre dar o meu contributo nas diversas situações de experiência profissional, quer pela experiência profissional e particularidades do meu serviço, quer pelos conhecimentos adquiridos ao longo do estágio.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A minha prática, ao longo de todo o estágio, baseou-se em princípios éticos e deontológicos, sendo a pessoa sempre encarada como o centro de todo o processo.

Com frequência somos deparados com situações de vida ou de morte, em que algumas das vezes, atendendo ao estado clínico da pessoa, esta não tem capacidade de decisão, competindo à equipa multidisciplinar fazê-lo. Ao longo do estágio deparei-me com esta situação, porque as pessoas ou estavam sob o efeito de sedação, ou em coma, ou sonolentos, ou confusos, sendo que a sua capacidade de decisão estando comprometida, obrigava os profissionais a reger-se por princípios éticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), de forma a garantir a melhor prestação de cuidados.

Sendo a dinâmica dos cuidados variável, assumimos o compromisso empírico de cuidar da pessoa ao longo do seu ciclo vital, procurando promover a sua qualidade de vida. A confidencialidade, a privacidade e o respeito pelas crenças das pessoas são fatores que já mais poderão ser ultrapassados. Percebi também que, existe uma enorme sensibilidade e alerta por parte de todos os elementos da equipa de Enfermagem, que sistematicamente procuram encontrar soluções para que a privacidade da pessoa seja preservada e protegida.

Relativamente ao consentimento informado, a DGS emitiu a norma n.º 015/2013, atualizada em 04/11/2015, para definição de aspetos a cumprir, nomeadamente a obrigatoriedade de ser livre e esclarecido, com clareza na linguagem e por escrito em determinadas situações (como administração de sangue, seus componentes e derivados ou atos cirúrgicos e/ou anestésicos, excluindo determinadas intervenções simples com anestesia local). Ao longo de todo o estágio procurei informar e esclarecer a pessoa dos cuidados de Enfermagem a realizar, procurando assim obter o seu consentimento para a consecução das intervenções necessárias, garantindo deste modo a minha segurança profissional. Por outro lado, uma boa prática de Enfermagem requer respeito pelos valores, costumes, religião das pessoas e todo o descrito no código deontológico (OE, 2015). Considero ter respeitado as pessoas de forma holística, procurando não lhes causar qualquer dano, respeitando a esperança e confiança que as pessoas e seus familiares depositam nos profissionais de Enfermagem.

Domínio da melhoria da qualidade

Quando se aborda o tema da qualidade, há também que atender ao ambiente da prática. É inquestionável que um ambiente de trabalho saudável é um ambiente que maximiza a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, resultando num melhor desempenho profissional. Cabe ao enfermeiro especialista, inúmeras vezes, o papel de gestor de cuidados, incentivando a uma melhoria contínua da qualidade dos mesmos, para tal terá de deter a capacidade de monitorizar e motivar os seus colaboradores. O Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, da OE), no que respeita à gestão dos cuidados, refere que o enfermeiro especialista gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com equipa multiprofissional e adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Uma das minhas preocupações foi participar nas dinâmicas da unidade, estabelecendo uma atitude responsável na prestação dos cuidados de enfermagem e respeitando as funções específicas de cada elemento da equipa multidisciplinar. Integrei-me na equipa, colaborando na prestação de cuidados, desenvolvendo atitudes e comportamentos assertivos que facilitam o "espírito de equipa", procurando ações onde o trabalho em equipa seja mais fácil, positivo e aliciente, procurei sempre estabelecer uma boa relação com todos os profissionais, baseada no diálogo aberto, na confiança e no respeito mútuo.

Domínio das aprendizagens profissionais

Com o decorrer do estágio foram as várias as situações merecedoras de reflexão e troca de experiências com a Enfermeira tutora. A partilha de experiências, conhecimentos e a troca de impressões foram uma constante ao longo deste período, e que contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional, tendo exigido o desenvolvimento de aprendizagens para mim até então quase desconhecidas.

No que diz respeito ao desenvolvimento das minhas aprendizagens ao longo do estágio, reconheço ter sido um percurso enriquecedor. Dada a complexidade dos cuidados prestados nesta unidade, exigiu ao longo do estágio a constante procura do conhecimento de modo a fundamentar a minha prática.

Tentei sempre a procura de aprendizagem de modo a que este estágio fosse o mais produtivo possível, tendo-me permitido o contacto com várias práticas que não são comuns no meu dia-a-dia.

Grande parte das pessoas internadas na UCIC apresenta monitorização hemodinâmica invasiva. Para Silva et al. (2019), monitorização hemodinâmica refere-se à monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, utilizada para medir pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares e também para determinar a eficácia das intervenções. Durante o meu estágio tive apenas oportunidade de lidar com pessoas com monitorização do sistema arterial, prestando cuidados à pessoa com linha arterial. A monitorização é efetuada através da utilização de cateteres e transdutores que ligados ao sistema, mostram os resultados encontrados em forma de onda no monitor cardíaco. No entanto, os dados da monitorização não significam nada se não forem somados a uma avaliação precisa da pessoa e analisados de forma crítica pelo enfermeiro. Apesar do conforto e segurança que a pessoa monitorizada de forma invasiva e constante possa dar ao enfermeiro, estes efetivamente não passam de números que requerem todo um enquadramento face à pessoa que temos à nossa frente. A ventilação mecânica consiste num método de suporte para o tratamento de pessoas com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, com o objetivo de proporcionar a adequada troca gasosa, reduzir o trabalho da musculatura respiratória e diminuir o consumo energético. Porém, durante o estágio apenas tive a oportunidade de lidar com uma pessoa nestas condições.

Análise reflexiva sobre os objetivos específicos E) do projeto estágio

Objetivo E) Conhecer a dinâmica formativa da equipa de Enfermagem para a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

O enfermeiro especialista deve ter um papel dinamizador de projetos institucionais na área da qualidade, em colaboração com o enfermeiro chefe e com a entidade reguladora da formação da instituição hospitalar.

A UCIC é um serviço dinâmico em relação aos processos formativos, visto que em todos os elementos da equipa de enfermagem é notório o seu elevado nível de conhecimentos e envolvimento nos vários grupos de trabalho, visando o enriquecimento individual e coletivo. Este empenho por parte da equipa com vista à melhoria continua leva a que se sintam motivados e tidos em conta num sistema que culminará com a prestação de cuidados de excelência.

A reflexão sobre a prática leva-nos a perceber as lacunas no nosso conhecimento e desta forma incentiva-nos à procura do conhecimento, de modo a podermos crescer enquanto enfermeiros e enquanto enfermeiros especialistas. A pesquisa e a formação foram, para mim, ao longo do estágio, uma constante, pois quando trabalhamos sob pressão

em situação crítica, não há espaço para dúvidas. Um enfermeiro tem que demonstrar conhecimento e aplica-los na sua prestação de cuidados especializados e seguros.

No âmbito do estágio propus-me a realizar um projeto de melhoria contínua. Após a consulta do trabalho já desenvolvido pelos profissionais da unidade e discussão com a enfermeira tutora, verificámos que seria pertinente a elaboração de uma instrução de trabalho sobre a abordagem da via aérea difícil, não previsível, na pessoa cardíaca. Desta forma, foi desenvolvido um documento orientador, que reúne toda a informação atualizada sobre o tema em questão (Anexo III).

Análise reflexiva sobre os objetivos específicos F) do projeto estágio

Objetivo F) Refletir e desenvolver a análise crítica sobre aquisição e aplicação de competências especializadas relativamente ao processo ensino/aprendizagem.

Nascimento e Erdman (2009) referem que é necessário refletir sobre os cuidados prestados num serviço de cuidados intensivos e que este cuidado deverá ser constituído por diferentes domínios, fundamentado na relação com o outro, no ser empático, sensível, afetuoso, criativo, dinâmico e compreensível na sua totalidade como o ser humano. Com o decorrer do estágio, foram surgindo inúmeras situações merecedoras de reflexão e troca de experiências, quer com a tutora, quer com outros elementos da equipa, contribuindo para um enriquecimento pessoal e profissional, aos níveis técnico, relacional e cognitivo.

2.2. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O Regulamento n.º 429/2018 da OE estabelece as competências específicas do EE em EMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Já as Competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, a seguir abordadas, são as seguintes:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) 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.

Prestação de cuidados à pessoa, família/cuidador em processo complexo de doença crítica e/ou falência orgânica

Cuidar da pessoa em situação crítica e sua família/cuidadores constitui a primeira competência específica do EE em EMC (vertente da pessoa em situação crítica). Entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Parecer n.º 15/2018, da OE).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como reposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Na área da pessoa em situação crítica o EE em EMC é detentor de conhecimentos e capacidades que permitem responder atempadamente a possíveis situações geradoras de instabilidade multiorgânica. Acredito que a antecipação nesta área é fundamental, ou seja, ter a capacidade de antecipar e prever, diminui drasticamente as complicações que possam surgir e ainda possibilita uma resposta mais eficaz.

Posto isto, as intervenções de Enfermagem foram planeadas, executadas e avaliadas em função da pessoa em situação crítica, com a melhor qualidade possível, em tempo útil e de forma autónoma. Conheci os protocolos terapêuticos implementados de modo a conseguir dar resposta de forma segura em situação de emergência e/ou instabilidade hemodinâmica. Desenvolvi competências no âmbito do bem-estar físico, cultural, psicossocial e espiritual da pessoa em situação crítica, bem como na dignificação da morte e nos processos de luto.

Importa ainda referir que a comunicação é a pedra basilar na relação de ajuda. Os níveis de confiança começam a fluir à medida que a relação entre o enfermeiro e a pessoa vai crescendo. Esta relação que tem por base os princípios da relação de ajuda e pode ter um impacto positivo na situação clínica. Na relação de ajuda o enfermeiro otimiza determinadas condições para que a pessoa satisfaça as suas necessidades (Sequeira 2016).

Promoção da resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Pressupõe-se que o EE atue perante situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção ao planeamento e gestão da resposta eficaz e eficiente, prontamente e de forma ordenada e disciplinada, preservando todos e quaisquer vestígios aquando a presença de indícios de prática de crime (Regulamento n.º 429/2018, da OE).

Esta competência subdivide-se em cinco unidades de competência e seus critérios de avaliação, nomeadamente “*Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe*”, “*Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe*”, “*Planeia resposta à situação de catástrofe*”, “*Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe*” e “*Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime*”. (Regulamento n.º 429/2018, da OE). Relativamente a esta competência o EE deve colaborar na elaboração dos planos de emergência da instituição, deve ainda gerir os profissionais de saúde garantindo uma resposta rápida e eficaz no socorro de múltiplas vítimas em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018, da OE).

Face a imprevisibilidade de ocorrer uma situação de catástrofe, torna-se imperativo que todas as organizações de saúde concebam uma resposta de emergência e o analisem periodicamente. Todo e qualquer plano deve ser executado de forma organizada, prever os fatores que podem provocar o desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, garantindo a simplicidade e eficácia dos procedimentos.

Maximização da 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.

Tendo em conta o risco de infeção face aos variados contextos de atuação, o tecnicismo e a tecnologia envolvida nos cuidados à pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista necessita de responder de forma eficaz na prevenção, controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (OE, 2017).

Atualmente, as infeções associadas aos cuidados de saúde, acontecem com frequência nas instituições de saúde, sendo um problema de saúde pública que devemos abordar com enorme seriedade, uma vez que provoca inúmeros transtornos para as pessoas. Mesmo sabendo que a nossa missão principal continua a ser manter as funções vitais, tendo em conta os princípios e protocolos de assepsia, prevenir e controlar a infeção na pessoa em situação crítica é um enorme desafio, uma vez que as pessoas estão sujeitas

a procedimentos invasivos constantemente, ficando suscetíveis de contrair uma infecção associada aos cuidados de saúde.

Aquando da realização de técnicas invasivas houve um cuidado constante, seguindo sempre os princípios de assepsia e controlo de infeção. Por fim, e sendo uma das medidas mais amplamente conhecidas e usadas, cumpro de forma cuidadosa aquela que é a base da prevenção e controlo de infeções, ou seja, a lavagem das mãos e os seus cinco momentos. As mãos são um veículo de transmissão de microrganismos e cabe aos profissionais de saúde evitar essa cadeia de propagação.

Análise reflexiva sobre o objetivo específico B) do projeto estágio

Objetivo B) Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com patologia cardíaca e família, no seio da equipa da UCIC e Hemodinâmica, no âmbito das funções inerentes ao Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As unidades de cuidados intensivos caracterizam-se como tendo um ambiente hostil e ameaçador para a pessoa a vivenciar um processo de doença grave, onde a ventilação mecânica invasiva é frequente, e conseqüentemente, a comunicação fica bastante condicionada. Este pressuposto vem precisamente confirmar o quanto importante é desenvolver competências relacionais e comunicacionais para prestar cuidados à pessoa em situação crítica e sua família. No entanto, durante a minha permanência na UCIC apenas deram entrada duas pessoas com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI).

O acolhimento, a integração e o acompanhamento da família ou pessoa significativa é um momento ideal para perceber eventuais angústias ou medos que estejam a sentir e ajudá-las nessas transições sempre difíceis. O enfermeiro pode e deve ajudar a família ou pessoa significativa a adaptarem-se à nova situação de doença, explicando o que se está a passar com o seu familiar e o que já foi efetuado, demonstrar atenção e disponibilidade.

O método de trabalho efetuado nesta unidade é o individual, no qual um enfermeiro é responsável pela totalidade dos cuidados prestados às pessoas que lhe foram distribuídos durante o turno, permitindo assim uma intervenção ajustada às necessidades da pessoa e família.

A equipa de enfermagem é constituída por elementos de várias categorias, entre as quais os enfermeiros especialistas que, para além da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa crítica, assumem funções de gestão como a de

coordenação do serviço, a gestão dos cuidados, a gestão de materiais e fazem parte de diferentes grupos de trabalho da unidade, designadamente da formação em serviço, da qualidade, da emergência interna, das quedas, da infeção, das úlceras por pressão, da reabilitação, entre outros. Os EE de reabilitação desempenham um papel fundamental na reabilitação cardíaca da pessoa em situação crítica. Sempre que o enfermeiro coordenador toma conhecimento da admissão de uma nova pessoa, informa o enfermeiro que irá ficar responsável por ele, que tem a responsabilidade de verificar e preparar a unidade (ventilador se necessário, sistema de aspiração, monitorização, bombas e seringas perfusoras). O enfermeiro responsável pela pessoa é também responsável pela avaliação inicial e, se possível, no momento da admissão, colhe informação pertinente junto do familiar de referência.

Neste processo de cuidar, um pilar fundamental para a pessoa cardíaca é a família, sendo de salientar a preocupação da equipa em perceber logo desde o início na admissão da pessoa na unidade, qual a sua rede de suporte familiar, serviços de saúde ou social. O processo de alta começa a preparar-se no momento da admissão da pessoa na unidade, estabelecendo-se com a família uma ponte no processo da prestação de cuidados, cujo principal beneficiário é sem dúvida a pessoa. Na Unidade existem folhetos informativos para a pessoa do foro cardíaco, com recomendações relativamente a hábitos de vida saudáveis, apoio para ajudar a pessoa a deixar de fumar, com informação de consultas de desabilitação tabágica, de nutrição e apoio psiquiátrico se necessário, bem como contactos úteis para o efeito. A maioria destes tem fatores de risco como tabagismo, hipertensão, dislipidemia, diabetes e sedentarismo. A informação que consta destes folhetos informativos tem estes fatores de risco como alvos de intervenção.

No momento da transferência/alta é efetuado um resumo de todo o internamento (nota de alta médica e de enfermagem), onde consta toda a informação necessária para dar continuidade aos cuidados de enfermagem e médicos, sendo efetuada a transmissão oral de toda a informação relevante ao enfermeiro que recebe a pessoa e/ou família.

Relativamente a este objetivo considero ter conseguido gradualmente, planejar, conceber, prestar e reavaliar permanentemente os cuidados de uma forma individual e holística às pessoas pelas quais fui responsável. Este planeamento era realizado após a passagem de turno, validando com a enfermeira tutora, tendo em conta as prioridades e metodologia instituídas na unidade, tentando também realçar possíveis focos de atenção passíveis de gerar complicações.

De forma gradual fui-me tornando mais ativa e autónoma na prestação de cuidados, sempre questionando quando tive dúvidas e mostrando total disponibilidade. Na UCIC, a

maioria das pessoas é admitida, entre outras situações, por insuficiência cardíaca, Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), edema agudo do pulmão e falência respiratória, necessitando por vezes de suporte ventilatório, oportunidade para desenvolver competências e aprofundar conhecimentos nesta área tão exigente e complexa.

A prestação de cuidados à pessoa ventilada é uma área de grande complexidade, que exige conhecimentos, experiência e desenvolvimento de competências que indo de encontro ao previsto no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica (OE 2018), nomeadamente no que concerne à competência *“Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”*, identificando focos de instabilidade e atuando de acordo e prontamente com cuidados técnicos de elevada complexidade. Contudo, no período de estágio, das duas pessoas que deram entrada na UCIC com necessidade de VMI, apenas prestei cuidados a uma.

Assim, para cuidar da pessoa ventilada de forma segura, analisei os diferentes tipos de ventiladores disponíveis, as suas funcionalidades, manutenção e funcionamento, e procurei desenvolver competências no cuidado à pessoa ventilada artificialmente, minimizando e/ou controlando os riscos associados à VMI. No entanto, como trabalho num serviço onde a VMI é uma constante, esta é uma área onde me senti à vontade, pelo que apenas reforcei os meus conhecimentos.

Neste campo de estágio tive oportunidade de estar com pessoas com monitorização invasiva. Considero ser responsabilidade do enfermeiro fazer uma correta avaliação dos parâmetros resultantes da monitorização hemodinâmica invasiva, devendo saber analisar todos os fatores que possam contribuir para leituras erradas. Mesmo exercendo funções num serviço onde todas as pessoas estão rigorosamente monitorizadas, consegui, ao longo do estágio, aprofundar conhecimentos e competências na monitorização invasiva. Na presença de qualquer sinal de alarme devemos observar imediatamente a pessoa, sem dependermos demasiado dos monitores. Neste estágio pude desenvolver e treinar estas práticas de forma a especializar-me neste sentido, apesar de fazer parte da minha realidade na sala de operações este tipo de monitorização. Sinto-me agora mais capacitada depois de ter conseguido atingir este objetivo, mas reconheço que não teria sido possível atingi-lo se não me tivesse integrado numa equipa tão bem treinada e com conhecimentos tão sólidos para me poder orientar na prática clínica.

A plataforma em que se realizam os registos de enfermagem, o *SClinic*, que tem por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Este registo levantou-me algumas dificuldades, pois foi o meu primeiro contato com esta plataforma,

tendo inicialmente um papel mais de observação, obtendo assim bases para me tornar independente.

Uma das preocupações dos enfermeiros são os resultados de auditoria efetuados aos registos, ou seja, verificar se o processo está devidamente construído e se os registos estão corretamente efetuados, contudo isso não avalia a qualidade dos cuidados prestados à pessoa.

As patologias com as quais tive mais contacto foram as insuficiências cardíacas, síndrome coronário agudo (EAM e angina instável), disritmias, edema agudo do pulmão e também pessoas para cardioversão eletiva, vigilância pós implantação de *pacemaker* e pós cateterismo cardíaco, quer de diagnóstico, quer terapêutico.

Foi-me possível preparar a unidade para receber uma nova pessoa; acolher pessoas, transmitindo confiança e tranquilidade; recolher dados objetivos/subjetivos junto da pessoa/família e sua interpretação; monitorizar e perceber/compreender através da monitorização eletrocardiográfica os diversos ritmos de forma a prevenir possíveis complicações; determinar as prioridades de ação e planificação de intervenções de enfermagem; avaliar o resultado das intervenções e reformulá-las de forma a contribuir para a melhoria da situação das pessoas; aplicar com destreza diferentes métodos/técnicas de tratamento e novas metodologias, contribuindo para o meu desenvolvimento e respeitando os princípios da segurança, eficácia e autonomia; promover a continuidade de cuidados bem como o incentivo à discussão dos resultados no seio da equipa; referenciar as pessoas para outros profissionais da equipa e/ou instituições e responder eficazmente a situações de urgência/emergência, ou seja, prestar cuidados globais à pessoa, tendo sempre em conta o pensamento reflexivo, estabelecendo com os enfermeiros, especialmente com a minha tutora, um diálogo/discussão sobre os cuidados prestados.

Em todos os momentos do estágio, uma das preocupações foi o controlo da dor e gestão da analgesia. Os profissionais de saúde, frequentemente, subestimam a dor da pessoa crítica embora estejam conscientes da vulnerabilidade destes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos. Estas pessoas, devido à sua situação clínica e/ou outras barreiras à comunicação, encontram-se muitas vezes impedidos de comunicar verbalmente, sendo urgente que o enfermeiro consiga identificar e tratar os focos de dor.

O tratamento de feridas é uma área do conhecimento que se encontra em constante desenvolvimento. Nos últimos anos tem sido frequente o aparecimento de novas estratégias para a prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas com feridas e, quase diariamente,

somos presenteados com soluções inovadoras que pretendem dar resposta às dificuldades de cicatrização de muitas feridas.

Na prática profissional do enfermeiro, os cuidados à pessoa com ferida constituem uma das atividades onde estes profissionais mais se envolvem. Ora, o constante desenvolvimento científico e técnico, nomeadamente ao nível dos materiais a utilizar na realização dos cuidados à ferida, também pressupõem uma necessidade imperiosa de formação e, conseqüentemente, na evolução do conhecimento. Durante o estágio tive oportunidade de prestar cuidados a feridas agudas e crónicas à pessoa em situação crítica de acordo com as diretrizes mais atuais. A transmissão de más notícias também foi uma realidade no decorrer do estágio, sendo uma área muito complexa e de difícil abordagem pois requer uma enorme perícia do enfermeiro na capacidade de comunicar. Sequeira (2016) entende como má notícia qualquer informação obtida que envolve uma modificação drástica no recetor na mensagem.

Como já foi referido, pressupõe-se que o EE atue perante situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção ao planeamento e gestão da resposta eficaz e eficiente, prontamente e de forma ordenada e disciplinada, preservando todos e quaisquer vestígios aquando a presença de indícios de prática de crime De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, da OE, relativamente a esta competência o EE deve colaborar na elaboração dos planos de emergência da instituição, deve ainda gerir os profissionais de saúde garantindo uma resposta rápida e eficaz no socorro de múltiplas vítimas em situação crítica. Face a imprevisibilidade de ocorrer uma situação de catástrofe, torna-se imperativo que todas as organizações de saúde concebam uma resposta de emergência e o analisem periodicamente. Em relação a esta competência apenas tomei conhecimento do plano de emergência interno do CHUC junto da minha tutora, refletindo sobre a importância que um plano organizado tem numa resposta rápida em caso de emergência/catástrofe. No período em que decorreram os estágios não existiu qualquer situação de catástrofe ou emergência multivítima propriamente dita.

Análise reflexiva sobre o objetivo específico D) do projeto estágio

Objetivo D) Desenvolver competências numa área de interesse particular, hemodinâmica e dispositivos eletrónicos cardíacos implantados.

Os serviços de hemodinâmica são cada vez mais necessários na assistência com qualidade à pessoa do foro cardíaco. Assim, é necessário que esta disponha de um corpo de profissionais qualificados de forma a prestar cuidados de saúde de qualidade. Nestas unidades, o papel do enfermeiro é fundamental pois atua nas mais diversas frentes.

Para Souza (2020), o papel do enfermeiro dentro da unidade de hemodinâmica é de extrema importância para a qualidade da assistência prestada pois atua nas mais diversas frentes. O mesmo autor conclui ainda que possuir especialização na área de hemodinâmica é não só uma exigência, mas também, uma necessidade, pois oferece aos profissionais conhecimentos específicos sobre as necessidades da unidade e das pessoas, visão ampla para a identificação de complicações, agilidade e destreza para executar as diferentes atividades relacionadas com os procedimentos e uma carga teórica para acrescentar qualidade e excelência na assistência.

Relativamente ao segundo objetivo acima descrito descreverei algumas atividades desenvolvidas durante o estágio na área de hemodinâmica. Durante a minha permanência neste sector tive oportunidade de assistir à implantação de alguns *pacemakers*, sistemas de terapêutica de ressincronização cardíaca com desfibrilhador (TRC-D), cardioversores desfibriladores implantáveis (CDI), angioplastias, angiografias e cardioversões.

Acompanhei e colaborei desde o acolhimento da pessoa na sala de recobro, posicionamento na mesa, vigilância da pessoa e apoio médico durante a implantação, vigilância pós implantação na sala de recobro e passagem da pessoa ao enfermeiro responsável. Em todos os procedimentos as pessoas tiveram sempre o acompanhamento de enfermagem até ao momento da alta, quer para o serviço de origem, quer para o domicílio.

No final de todos os procedimentos é realizado o respetivo registo em programa informático próprio (*CardioBase e Scínico*) e impresso, seguindo a pessoa para o respetivo serviço de origem ou domicílio em caso de alta após o procedimento. O *CardioBase* é uma mais-valia, pois os seus registos permitem retirar informação estatística acerca dos fatores de risco, complicações frequentes, tipo de pessoas (sexo, etnia, área de residência...) e percentagem de procedimentos. Toda esta informação pode ser tratada estatisticamente e ser utilizada em trabalhos clínicos pelo serviço. Durante este período senti necessidade de realizar alguma pesquisa bibliográfica de forma a conseguir perceber e colaborar nos procedimentos realizados, tendo os colegas que aí trabalham um papel fundamental na integração e disponibilidade demonstrada para me explicar todos os procedimentos e nos esclarecimentos que solicitei.

Para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, há que adquirir conhecimentos relativos às patologias que ali afluem e respetivas interações anatomofisiológicas. Só assim, podemos planear a intervenção

especializada junto dessas pessoas e respetiva família no sentido de vivenciar os processos complexos de adaptação /transição com vista ao restabelecimento do seu bem-estar.

Um facto que me inquietou foi a ausência de enfermeiro instrumentista na mesa de intervenção. Segundo informação obtida, este é um princípio que apesar de a equipa de enfermagem não concordar é um princípio seguido pelo Diretor do Serviço.

Durante a minha permanência neste sector procurei manter uma relação de ajuda, quer com a pessoa/família, quer com os diferentes profissionais, tendo por base princípios éticos e deontológicos que regulam a profissão de enfermagem.

3. Reflexão

Vivemos atualmente numa era de incerteza, caracterizada por profundas mudanças e um complexo redimensionamento económico, social, político, cultural e ambiental, que afeta a sociedade em geral e particularmente a vida das pessoas. Estas mudanças afetam também as áreas do conhecimento, alargando os mecanismos de comunicação devido aos avanços tecnológicos e à utilização das redes socioculturais que têm alterado drasticamente a compreensão do mundo contemporâneo. Esse cenário cria novos desafios, procurando inovações e formas de pensar e apreender. Nesse sentido, é importante a aposta na formação especializada para que os serviços de saúde possam deter recursos humanos altamente qualificados. Neste pressuposto, posso ressaltar que a construção do meu conhecimento, através de um processo contínuo e crítico-reflexivo, acrescentou valor ao meu ser como Enfermeira, robustecendo a minha prática profissional com valores éticos, humanistas e igualitários, num ambiente organizacional solidário e construtivo, com base na partilha e colaboração internas e externas aos estágios. Estes requisitos foram essenciais para atingir os objetivos a que me propus inicialmente em cada estágio.

Assim, terminada esta etapa, que culminou com a elaboração deste relatório final, é essencial realizar uma reflexão sobre esta gratificante caminhada, que permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências quer comuns quer específicas em EMC na PSC. A forma utilizada, através da reflexão, permitiu desenvolver o conceito crítico, proporcionando uma mudança de visão e de comportamento relativamente à arte do cuidar, baseada na evidência científica. O facto de me mostrar sempre disponível e interessada em colaborar e em querer saber mais foi facilitador na concretização dos objetivos.

Durante os estágios, procurei desenvolver conhecimentos teóricos através de pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas, de forma a conseguir colaborar da melhor forma na melhoria dos cuidados prestados. Uma prática baseada na segurança permite que se crie um ambiente isento de erros, propício ao bem-estar da pessoa, com disponibilidade e confiança, caráter de confidencialidade e uma melhor gestão do risco. Foi também possível consultar e assimilar protocolos, normas e instruções de trabalho existentes nos dois locais de estágio.

As discussões e partilha de ideias com os enfermeiros tutores permitiram pensar e planear novas formas de intervir durante a prestação de cuidados. O debate que se gera permite colocar à prova a capacidade de organização, resposta e boa prática de cuidados, através do pensar e do motivar para melhorar aquilo que é a prática atual.

Mais do que trabalho e prática da minha parte, foi crucial a observação da prestação de cuidados de Enfermagem por parte dos enfermeiros tutores. Por vezes, devido à especificidade dos procedimentos, senti a necessidade de fazer uma observação direta mais atenta, de forma a conseguir compreender na totalidade o que se pretendia e a melhor forma de o executar.

Por tudo o que expus, considero ter atingido todos os objetivos inicialmente propostos para ambos os estágios, através da adoção de atitudes proativas, que permitiram aproveitar todos os momentos de aprendizagem promotores de desenvolvimento pessoal e profissional. A prática avançada de Enfermagem exige que os enfermeiros incluam na sua formação conhecimentos especializados e competências para a tomada de decisões em situações complexas em vários cenários de prática. Por conseguinte, a formação especializada em Enfermagem envolve a preparação de cada um de nós para alcançarmos um nível avançado, o reconhecimento de que muito ainda falta para aprender e aperfeiçoar, leva-me indiscutivelmente a continuar a apostar na minha formação, para que possa prestar sempre cuidados de saúde de excelência.

**Parte II – Investigação Valorização da comunicação entre enfermeiros e a
equipa multidisciplinar no intraoperatório: melhoria da segurança do doente**

Valorização da comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no intraoperatório: melhoria da segurança do doente.

Enhancing communication between nurses and the multidisciplinary team in intra-operative care: improving patient safety

Mejora de la comunicación entre el personal de enfermería y el equipo multidisciplinar en los cuidados interoperatorios: mejora de la seguridad del paciente

Resumo

Introdução: A teoria da coordenação relacional entre os profissionais de saúde é um processo de comunicação e relacionamento entre as várias áreas de especialização que se reforçam mutuamente, com o objetivo de integrar tarefas, como é o caso do intraoperatório, para garantia da segurança do doente. A coordenação relacional é composta por objetivos partilhados, conhecimentos partilhados e respeito mútuo, apoiados por uma comunicação frequente, atempada, exata e orientada para a resolução de problemas e não para a culpabilização.

Objetivo: Mapear as evidências científicas sobre como é valorizada a comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no intraoperatório, para melhores resultados na segurança do doente.

Métodos: Scoping review, segundo as orientações do Joanna Briggs Institute, *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews Statement* (PRISMA) e o método PCC: P (população – enfermeiro/equipa multidisciplinar); C (contexto – *Bloco operatório, intraoperatório*); C (conceito – valorização da comunicação entre os enfermeiros e a equipa multidisciplinar, para melhores resultados na segurança do doente). Com pesquisa nas bases de dados PubMed/Medline e CINAHL complete. Após a aplicação dos critérios de inclusão, o *corpus* de análise ficou constituído por cinco artigos.

Resultados: Verificou-se que as relações entre os enfermeiros e os restantes membros da equipa multidisciplinar em contexto de Bloco Operatório baseadas em papéis são consistentes com a teoria de coordenação relacional, que descreve a comunicação apropriada e a dinâmica das relações. Nas equipas caracterizadas por um padrão de comunicação proativo e intuitivo, houve um esforço explícito para saber o que se passava à sua volta no Bloco Operatório. Esta consciência foi considerada um conhecimento muito importante para a realização de procedimentos cirúrgicos de elevada complexidade, uma estratégia para a garantia da segurança do doente.

Conclusão: Os estudos são consensuais quanto à valorização da comunicação entre todos os elementos da equipa, expressando o respeito não só pelas competências e profissionalismo de cada elemento, mas também uns pelos outros como indivíduos únicos, tendo como objetivo *major* a segurança do doente.

Palavras-Chave: Comunicação; Bloco operatório; Intraoperatório; Profissionais de saúde; Segurança do doente.

Abstract

Introduction: The theory of relational coordination among health professionals is a process of communication and relationship between various areas of expertise that reinforce each other, with the aim of integrating tasks, such as intra-operative care, to ensure patient safety. Relational coordination is composed of shared goals, shared knowledge, and mutual respect, supported by frequent, timely, accurate, and problem-solving rather than blame-oriented communication.

Objective: To map the scientific evidence on how communication between nurses and the multidisciplinary intra-operative team is valued for better patient safety outcomes.

Methods: Scoping review, according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews Statement (PRISMA) and the PCC method: P (population - nurse/multidisciplinary team); C (context - operating room, interoperative); C (concept - valuing communication between nurses and the multidisciplinary team for better patient safety outcomes). With a search in PubMed/Medline and CINAHL complete databases. After applying the inclusion criteria, the corpus of analysis was composed of five articles.

Results: It was found that the role-based relationships between nurses and other members of the multidisciplinary team in an operating room setting are consistent with the theory of relational coordination, which describes appropriate communication and relationship dynamics. In teams characterized by a proactive and intuitive communication pattern, there was an explicit effort to know what was going on around them in the OR. This awareness was considered a very important knowledge for the performance of highly complex surgical procedures, a strategy for ensuring patient safety.

Conclusion: The studies are consensual regarding the value of communication between all team members, expressing respect not only for the skills and professionalism of each element, but also for each other as unique individuals, with the major objective being patient safety.

Keywords: Communication; Operating room; Intra-operative; Health professionals; Patient safety.

Resumen

Introducción: La teoría de la coordinación relacional entre profesionales sanitarios es un proceso de comunicación y relación entre las distintas áreas de especialización que se refuerzan mutuamente, con el objetivo de integrar tareas, como los cuidados interoperatorios, para garantizar la seguridad del paciente. La coordinación relacional se compone de objetivos compartidos, conocimientos compartidos y respeto mutuo, respaldados por una comunicación frecuente, oportuna, precisa y orientada a la resolución de problemas, en lugar de a la culpabilización.

Objetivo: Mapear la evidencia científica sobre cómo se valora la comunicación entre las enfermeras y el equipo multidisciplinar en los cuidados interoperatorios para obtener mejores resultados en la seguridad del paciente.

Métodos: Revisión de alcance, de acuerdo con las directrices del Instituto Joanna Briggs, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews Statement (PRISMA) y el método PCC: P (población - enfermera/equipo multidisciplinar); C (contexto - quirófano, interoperatorio); C (concepto - mejora de la comunicación entre las enfermeras y el equipo multidisciplinar para obtener mejores resultados en la seguridad del paciente). Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed/Medline y CINAHL. Tras la aplicación de los criterios de inclusión, el corpus de análisis quedó compuesto por cinco artículos.

Resultados: Se constató que las relaciones basadas en roles entre enfermeros y otros miembros del equipo multidisciplinar en quirófanos son coherentes con la teoría de la coordinación relacional, que describe la comunicación adecuada y la dinámica de las relaciones. En los equipos caracterizados por un patrón de comunicación proactivo e intuitivo, existía un esfuerzo explícito por conocer lo que ocurría a su alrededor en el quirófano. Esta conciencia se consideró un conocimiento muy importante para la realización de procedimientos quirúrgicos de gran complejidad, una estrategia para garantizar la seguridad del paciente.

Conclusión: Los estudios son consensuales en cuanto a la valoración de la comunicación entre todos los miembros del equipo, expresando respeto no sólo por las habilidades y profesionalismo de cada elemento, sino también por cada uno como individuos únicos, siendo el principal objetivo la seguridad del paciente.

Palabras clave: Comunicación; Quirófano; Interoperatorio; Profesionales sanitarios; Seguridad del paciente.

Introdução

A comunicação emerge espontaneamente e é intrínseca à prática de enfermagem, quer seja entre os elementos que constituem a equipa multiprofissional, quer seja entre enfermeiro e doente/família, independentemente do ambiente de cuidados de saúde (Espin et al 2020; Skråmm et al., 2021). Comunicar e a forma como se comunica tem cada vez mais impacto na prática e na forma como se relacionam as equipas multidisciplinares no contexto intraoperatório, constituindo-se como um determinante de um trabalho em equipa eficaz, com reflexos nos cuidados de excelência prestados aos doentes (Van Dalen et al., 2022).

A transmissão de informação entre os profissionais de saúde, quando adequada, precisa, completa, sem qualquer ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor, revela uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar. Esta comunicação requisita por parte do enfermeiro conhecimento, competência e empatia. Como tal, saber quando falar, o que dizer e como dizer, são competências exigidas ao enfermeiro (Direção-Geral da Saúde, DGS, 2017). A mesma entidade, na sua Norma n.º 001, preconiza que as competências de comunicação eficaz devem ser apreendidas e praticadas, em meios dinâmicos e comuns aos profissionais de saúde (DGS, 2017), onde a comunicação é de suma importância, como é o caso do intraoperatório.

A importância de uma comunicação clara e eficaz do enfermeiro com a equipa multidisciplinar no intraoperatório tem sido amplamente reconhecida, uma vez que as evidências mostram que uma comunicação ineficaz é uma das principais causas de resultados cirúrgicos adversos para os doentes (Espin et al 2020; van Dalen et al., 2022). Sendo o objetivo *major* do Bloco Operatório (BO) o doente, para lhe garantir o seu correto tratamento, o seu bem-estar e a prestação de cuidados de saúde com qualidade e eficiência, é importante a forma de comunicação e a transmissão da informação entre os elementos da equipa multiprofissional, relacionada com os dados pessoais do doente, com a intervenção cirúrgica, fármacos utilizados e intercorrências no intraoperatório.

Baseando-se o presente estudo nestes pressupostos, delineou-se como objetivo central: mapear as evidências científicas sobre como é valorizada a comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no intraoperatório, para melhores resultados na segurança do doente.

1. Enquadramento Teórico

O BO é um espaço hospitalar que, de acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2012, p.6), é

“uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida”.

Este deve ser devidamente planeado e organizado de modo a permitir os fluxos internos e externos de doentes, pessoal e materiais nas diferentes áreas definidas, promovendo o controlo de infeção e a higiene ambiental (Direção Geral da Saúde, DGS, 2015). Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (2011), “de forma a promover os fluxos de circulação ou controlo de tráfico de e para o bloco operatório”, deve ser dividida em três áreas – área livre, área semi-restrita e área restrita, uma vez que é fundamental para a proteção de profissionais, doentes e materiais de fontes de contaminação (*Association on periOperative Registered Nurses*, AORN, 2012). A área restrita consiste na sala de operações, sala de indução anestésica, sala de desinfeção e armazém de apoio de material estéril. A sala de operações é a unidade imobiliária e o mobiliário destinado aos procedimentos cirúrgicos. É uma sala fechada, especificamente preparada para realizar cirurgias e provida de equipamento anestésico (DGS, 2015). No universo hospitalar, o BO é um ponto de convergência de numerosas valências de um hospital, pois implica a articulação não só entre vários serviços, mas também entre diferentes especialidades médicas e, neste sentido, a sua existência está inserida num contexto hospitalar e política organizacional (Pereira, 2014).

A gestão do BO é complexa e difícil uma vez que os vários intervenientes - médicos, enfermeiros e administradores - apresentam perspetivas diferentes relativamente aos processos (Pereira, 2014).

No BO, a comunicação e o trabalho de equipa podem ser competências complicadas, uma vez que os membros das equipas variam consoante o tipo de procedimento cirúrgico. Para complexificar a situação, os conhecimentos dos enfermeiros e dos restantes membros da equipa multiprofissional sobre a qualidade da comunicação em equipa podem ser diferentes. De acordo com Skrámm et al. (2021), a comunicação instrumental é igualmente importante para os enfermeiros do intraoperatório. No entanto, os enfermeiros também se preocupam com fatores interpessoais e com a importância da relação entre todos os profissionais de saúde presentes para garantir que funcionam como

uma equipa organizada (Leonardsen, 2015). A informação é fundamental para garantir o bom funcionamento do trabalho em equipa, sem o qual a cirurgia não pode ser realizada de forma eficiente e segura para o doente. Por conseguinte, o trabalho dos enfermeiros é interdependente, quer as tarefas em questão sejam técnicas, não técnicas ou colaborativas, uma vez que, em estreita colaboração com outros profissionais da equipa cirúrgica, são responsáveis pela salvaguarda do doente. No BO, um ambiente complexo e hostil para a pessoa sujeita a cirurgia, os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar, cabendo ao enfermeiro realizar cuidados que são “maioritariamente técnicos, científicos e objetivos” (Araujo et al., 2022, p. 2). Nesse ambiente, as atribuições dos enfermeiros são assistenciais e de gestão, o que requer um cuidado

“mais humanizado, sistematizado, individualizado e documentado com base na sistematização da assistência de enfermagem, contribuindo para a organização do serviço pautado em princípios técnico-científicos” (Araujo et al., 2022, p. 2).

Ao longo da permanência do doente no BO, em conformidade com os autores citados, o enfermeiro avalia-o, identifica as suas necessidades e regista os cuidados prestados, de forma que evidencie todos os procedimentos realizados pela enfermagem durante a cirurgia, tendo como ponto de partida que os cuidados que não registados são cuidados não realizados.

A comunicação entre enfermeiros e os restantes elementos da equipa multidisciplinar é muito importante para a prestação de cuidados eficazes e seguros nos BO, pois as falhas na comunicação são um dos fatores mais importantes que causam incidentes e ameaçam a segurança dos doentes num BO (Hull & Sevdalis, 2015). Muitos dos eventos adversos em cirurgia ocorrem devido a lacunas entre os profissionais de saúde, como falhas na comunicação, e não devido a capacidades técnicas. Melhorar a comunicação entre os elementos que constituem a equipa multiprofissional é uma consideração importante nos objetivos Nacionais de Segurança dos Doentes, sendo exemplo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Despacho n.º 9390/2021. A boa comunicação é um elemento vital da qualidade dos cuidados de saúde, da segurança dos doentes e da satisfação dos doentes e dos próprios profissionais de saúde.

A segurança do doente e a melhoria da qualidade ganharam ímpeto na última década e estão a tornar-se mais integradas na cultura das organizações de saúde e nas iniciativas de melhoria da prática dos profissionais que nelas exercem funções. Os pilares dos cuidados de saúde, tal como definidos pelo relatório de 1999 do *Institute of Medicine* (IOM) “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” são a segurança, a atualidade, a eficácia, a eficiência, a equidade e os cuidados centrados na pessoa. A implementação de

uma cultura de segurança depende de todos os níveis do sistema de cuidados de saúde (Al-Jabri et al., 2021; Marsch et al., 2022).

A lei determina que, entre outros, as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Também o Sistema Nacional de Saúde (SNS), na sua atuação, deve ser pautado por vários princípios, sendo um deles o da qualidade, com base na evidência, realizados de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa (Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Despacho n.º 9390/2021, p. 96). Como preconizado, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, tem de se “dar a devida e atual relevância à qualidade e à segurança na saúde, no sistema de saúde, nomeadamente, no SNS”, atendendo a que a “ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos”. Assim sendo, tem de se dar mais visibilidade à “implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde” (Despacho n.º 9390/2021, p. 96). Ainda de acordo com o mesmo documento legal, o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da Organização Mundial de Saúde reforça a imprescindibilidade de se evidenciar, “na agenda das políticas de saúde, a importância da segurança do doente, pretendendo assumir o princípio orientador de todos os planos nacionais, desenvolvidos e a desenvolver neste âmbito” (Despacho n.º 9390/2021, p. 97). Neste contexto, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, em Portugal, tem fomentado, ao longo dos anos, a segurança do doente no SNS, com eixos estratégicos para se alcançar melhorias em questões concretas, entre as quais a cultura de segurança, a segurança da medicação, boa comunicação entre os profissionais de saúde, entre outras.

A segurança do doente é globalmente vista como uma área com várias lacunas ao nível do conhecimento por parte dos profissionais de saúde, tendo sido expressa pela OMS, em 2009, a necessidade de mais conhecimento para melhorar a segurança dos doentes e para reduzir os danos. Um erro, como define a DGS (2011, p. 15), consiste na “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”. Os erros podem expressar-se numa “prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento, quer na fase de execução”.

O BO, devido ao alto nível de tecnologia que apresenta e as funções específicas de que necessita, é um lugar privilegiado para o surgimento de momentos de confusão,

stress, tensões emocionais e relacionais. Esses momentos de tensão e aumento do stress potencializam a ocorrência de erros e é fundamental definir estratégias para evitá-los (Silva & Rodrigues, 2016). De acordo com os mesmos autores, o sistema de notificação dos erros surge como uma estratégia importante para permitir a redução da morbidade e mortalidade, particularmente no BO. Um sistema de notificação dos erros associado a uma cultura não punitiva reduz consideravelmente a ocorrência de eventos adversos em BO e a frequência das notificações, *feedback* e aprendizagem com os erros são amplamente consideradas importantes estratégias promotoras da comunicação para melhorar a segurança do doente. Assim, torna-se fundamental estabelecer metas, envolvendo todos os profissionais de saúde, porque é através da relação entre a qualidade e a segurança do atendimento, o comportamento dos profissionais e o suporte da instituição, que se obtém um atendimento seguro (Freitas et al., 2014). É fundamental sensibilizar todos os profissionais de saúde sobre a importância de uma boa comunicação entre eles para se minimizar os eventos adversos relacionados com os erros relativos à falta ou lacunas de comunicação e o seu impacto positivo na cultura de segurança no BO, através de formação contínua (Silva & Rodrigues, 2016).

Uma comunicação inadequada entre enfermeiros e outros profissionais de saúde está na origem de incidentes adversos nos serviços de saúde, contribuindo também para a insatisfação no trabalho, o que tende a afetar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes. Um dos fatores importantes que leva à qualidade dos serviços de saúde é a promoção de uma cultura de segurança dos doentes, por exemplo, as percepções positivas foram associadas a uma menor incidência de eventos adversos nos doentes (Wieke et al., 2021).

2. Métodos

Tipo de estudo

Foi realizada uma *Scoping Reviews* para mapear as evidências científicas sobre como é valorizada a comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no intraoperatório, para melhores resultados na segurança do doente. Em conformidade com Amendoeira (2022, p. 2), esta metodologia de investigação consiste numa

síntese de evidência que sistematicamente identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte (ou seja, pesquisa primária, revisões, evidência não empírica) dentro ou através de contextos particulares. Podem esclarecer os principais conceitos/definições na literatura e identificar as principais características ou fatores relacionados a um conceito, incluindo aqueles relacionados à pesquisa metodológica.

A síntese de evidências sob a forma de revisão sistemática está no centro da prática baseada em evidência. Distintos objetivos e questões de revisão requerem “o desenvolvimento de novas abordagens que são projetadas para sintetizar, de forma mais efetiva e rigorosa, a evidência, sendo a *Scoping Review* um destes tipos de abordagem” (Ramos et al., 2020, p. 315).

Para além de suportar uma revisão sistemática futura, as *Scoping Review* possuem igualmente a finalidade de informar a tomada de decisão clínica e a prática, uma vez que é um contributo para se desenvolverem “políticas”, através da identificação e mapeando evidências que orientam a prática na área de estudo específica (Amendoeira, 2022). Ainda em conformidade com o mesmo autor, o objetivo das *scoping review* não consiste em encontrar a melhor evidência científica, mas mapear a evidência científica existente, particularidade que vai ao encontro do objetivo e da questão norteadora.

Para a realização da presente *Scoping Review*, tiveram-se em conta as seguintes etapas: 1. Formular uma questão de revisão; 2. Definir critérios de inclusão dos Estudos; 3. Localizar os registos através da pesquisa; 4. Selecionar os estudos/artigos/documentos para inclusão; 5. Avaliar a qualidade metodológica dos estudos/artigos/documentos; 6. Extrair os dados; 7. Analisar e sintetizar os estudos relevantes (Amendoeira, 2022, p. 5).

A estrutura da presente *scoping review* segue as orientações da JBI e *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews Statement* (PRISMA) que foi adaptado para

viabilizar a sua aplicação para as *scoping reviews* através de PRISMA (Page et al., 2020), como estratégia para alcançar o objetivo da pesquisa e responder à questão de investigação. Com esta metodologia pretende-se fornecer um mapa do alcance das evidências disponíveis, face a uma questão específica, no caso, como é valorizada a comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no intraoperatório.

Formulação da questão de revisão

A questão de investigação seguiu, na sua elaboração, o método PCC: P (população – enfermeiro/equipa multidisciplinar); C (contexto – *Bloco operatório, intraoperatório*); C (conceito – valorização da comunicação entre os enfermeiros e a equipa multidisciplinar, para melhores resultados na segurança do doente) preconizado pelo JBI, traduzindo-se na seguinte questão de pesquisa:

- Como é valorizada a comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no intraoperatório, para melhores resultados na segurança do doente?

Critérios de inclusão e exclusão

Consideraram-se elegíveis todos os estudos, cujos resultados respondessem à questão da pesquisa. Por conseguinte, incluíram-se os estudos em língua inglesa e portuguesa, com data de publicação de janeiro de 2018 até maio de 2023. A opção por este friso temporal deve-se à necessidade de se identificar as evidências mais recentes. Os critérios de exclusão definidos foram: literatura cinzenta, estudos publicados noutros idiomas, ausência de palavras-chave no título e no resumo, artigos sem texto completo, que não respondiam à questão de investigação e data de publicação fora do friso temporal definido (cf. tabela 1).

Tabela 1. Critérios de inclusão e de exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
[P] Participantes	Enfermeiro/equipa multidisciplinar	Estudos que não refiram estes profissionais de saúde
[C] Contexto	<i>Bloco operatório, intraoperatório</i>	Estudos que não avaliem o contexto <i>Bloco operatório, intraoperatório</i>
[C] Conceito	Valorização da comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no interoperatório, para melhores resultados na segurança do doente	Estudos que não avaliem este conceito
Tipo de estudos	Estudos primários, revisões de literatura (narrativas, integrativas, sistemáticas, <i>scoping review</i>)	Literatura cinzenta
Data de publicação	2019-2023	
Línguas	Português, Inglês	
Disponibilidade do artigo	Full-text	

Estratégia de pesquisa e identificação dos estudos

A estratégia de pesquisa e identificação dos estudos decorreu em março de 2023. A pesquisa foi realizada em duas bases de dados: PubMed/Medline e CINAHL complete. Foram identificados os descritores em Ciências da Saúde (DECS) apropriados à pesquisa ("operating rooms"[MeSH Terms]; "nurses"[MeSH Terms]; "physicians"[MeSH Terms]; "communication"[MeSH Terms]; "patient safety"[MeSH Terms]), e os operadores booleanos utilizados foram "OR" e "AND". Incluíram-se estudos publicados nos idiomas português e inglês e publicados nos últimos 5 anos.

Os artigos encontrados foram extraídos para o aplicativo *Rayyan*, que serve para as pesquisas das revisões sistemáticas e, mais concretamente, ajuda a realizar a remoção das duplicações e, posteriormente a triagem e seleção dos artigos. Por último, foram pesquisadas as referências de todos os resultados para estudos adicionais que pudessem não ter sido identificados na pesquisa. Incluíram-se estudos publicados em inglês e em português, publicados entre 2018-2023.

Quadro 2. Termos de estratégia de pesquisa – PubMed

População	Contexto	Conceito
S#1 ("nurses"[MeSH Terms] OR nurses[Text Word] OR AB AND "physicians"[MeSH Terms] OR physicians[Text Word])	S#2 ((("operating rooms"[MeSH Terms] OR operating room[Text Word])	S#3 ("communication"[MeSH Terms] OR communication[Text Word] AND "patient safety"[MeSH Terms] OR patient safety[Text Word])
S#4=#1 AND #2 AND #3 57 RESULTADOS		

Quadro 3. Termos de estratégia de pesquisa – CINAHL

População	Contexto	Conceito
S#1 "nurses"[MeSH Terms] OR nurses[Text Word] OR AB AND "physicians"[MeSH Terms] OR physicians[Text Word] * OR AB	S#2 ("operating rooms"[MeSH Terms] OR operating room[Text Word] * OR AB	S#3 "communication"[MeSH Terms] OR communication[Text Word] AND "patient safety"[MeSH Terms] OR patient safety[Text Word]) OR AB
S#4=#1 AND #2 AND #3 83 RESULTADOS		

Seleção dos estudos/fontes de evidência

Um total de 140 artigos foi encontrado nas bases de dados PubMed/Medline e CINAHL. Destes, 52 foram removidos por duplicação, 3 por não se ter acesso ao texto

completo e 7 por se tratar de literatura cinzenta. Assim, foram analisados 78 artigos pelo título e resumo, dos quais 58 foram excluídos por não terem presente os critérios de inclusão. Seguiu-se a leitura integral de 20 artigos, entre os quais se excluíram 15: 7 porque os participantes eram médicos, 5 porque abarcava vários contextos clínicos e 3 porque apenas referiam a comunicação, mas não a sua avaliação por parte da equipa multiprofissional em BO para a segurança do doente. Assim, foram incluídos 5 artigos que respondiam à questão de investigação, cumprindo os critérios de inclusão. A descrição dos passos efetuados até ao resultado final está representada na Figura 1 e serve de precursor para a última etapa deste trabalho, a apresentação e discussão dos resultados.

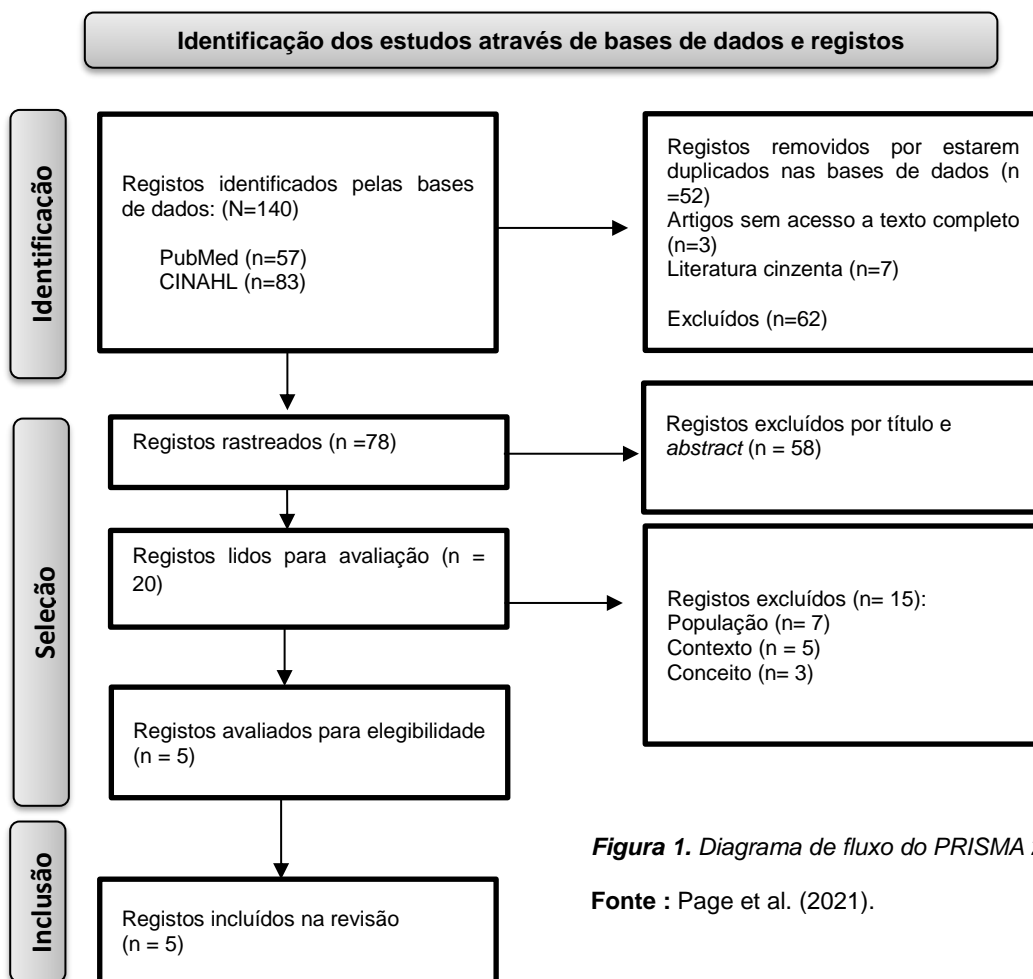


Figura 1. Diagrama de fluxo do PRISMA 2020

Fonte : Page et al. (2021).

Extração de dados

Os dados extraídos incluíram detalhes específicos sobre os participantes, o conceito, o contexto e os principais resultados relevantes para a questão da revisão. Por conseguinte, os dois revisores examinaram os textos completos independentemente e analisaram os critérios de inclusão. Quando existiu discordância entre os revisores foi resolvido através de

discussão com base nos objetivos da revisão, chegando-se a consenso. Os dados foram extraídos dos documentos incluídos, usando uma tabela do *Microsoft Excel*, que compreendeu os elementos para responder ao objetivo desta revisão. Este instrumento foi desenvolvido de acordo com a pesquisa preliminar e as questões de revisão.

3. Resultados

De seguida apresentam-se as características dos 5 estudos incluídos na presente *scoping review*, tendo em conta os autores, ano, país, definição/contexto, participantes e os principais resultados (cf. quadro 4).

Quadro 4. Características e principais resultados dos estudos incluídos

Estudo	Autores Ano País	Definição/Contexto	Tipo de estudo e Participantes	Principais resultados
E1	Yeganeh et al. (2022) - Irão	Descrever a comunicação profissional e os valores profissionais tendo em vista a natureza do trabalho e a grande circulação dos doentes nas salas cirúrgicas. Os instrumentos de recolha de dados foram o questionário de comunicação profissional, com 41 itens e a escala de valores profissionais, com 26 itens.	Estudo descritivo-analítico com um desenho transversal. A amostra foi constituída por 603 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e anestesistas) do BO de 6 hospitais públicos de Shiraz. 42,8% eram do sexo masculino; prevalência da faixa etária dos 25-32 anos; 53,1% eram enfermeiros e 22,2% médicos. Em relação à experiência profissional, os participantes tinham de 2 a 5 anos de experiência (33,4%).	Os enfermeiros e os médicos do BO consideravam satisfatória a situação da comunicação profissional e dos valores profissionais. Quanto à comunicação profissional, foi significativa a perceção dos participantes sobre os domínios respeito mútuo e confiança ($p \leq 0,001$), trabalho em equipa ($p \leq 0,001$), competência ética ($p \leq 0,017$) e conflitos no local de trabalho ($p \leq 0,001$). Quanto aos valores profissionais, apenas a dimensão do cuidado ($p \leq 0,016$) foi percebida como significativa. Verificou-se a existência de uma relação positiva significativa entre a comunicação profissional e os valores profissionais para a garantia da segurança do doente em BO ($p \leq 0,001$).
E2	Etherington et al. (2019) - Canadá	Descrever a importância da comunicação multiprofissional para a segurança do doente cirúrgico, mapear as suas barreiras e facilitadores.	Revisão narrativa da literatura.	A comunicação interprofissional eficaz desempenha um papel fundamental no BO, sendo valorizada por todos os elementos da equipa multiprofissional para a garantia da segurança do doente, mas enfrenta muitos desafios a nível individual, da equipa, do ambiente e da organização. Os fatores que apoiam a comunicação eficaz estão menos documentados do que as barreiras, mas incluem a integração da equipa, hierarquias e estrutura/padronização. As listas de verificação, as instruções de segurança do doente e a formação em trabalho da equipa multiprofissional em comunicação são as técnicas mais comuns utilizadas para melhorar a comunicação no BO. De todas as técnicas de comunicação, a comunicação em circuito fechado foi a mais prevalente.
E3	Norful et al. (2018) - EUA	Propor um modelo de gestão conjunta enfermeiro/médico no BO para uma comunicação eficaz e garantir a segurança do doente.	Estudo misto: revisão sistemática da literatura e estudo qualitativo.	O modelo de gestão conjunta enfermeiro/médico detém três elementos: comunicação eficaz; respeito e confiança mútuos; e alinhamento clínico/filosofia de cuidados partilhada. As entrevistas indicaram que uma gestão conjunta bem-sucedida pode aliviar a carga de trabalho individual, prevenir o <i>burnout</i> laboral, melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e conduzir à segurança do doente.

E4	Parnikh et al. (2022) - Irão	Investigar a relação entre a comunicação profissional e o empenho profissional dos enfermeiros do bloco operatório de hospitais universitários.	Estudo descritivo-correlacional. Participantes: 350 enfermeiros do BO.	As pontuações médias dos enfermeiros do BO relativamente à comunicação profissional ($136,81 \pm 13,77$) e ao compromisso profissional ($71,42 \pm 11,62$) foram consideradas elevadas. Relação linear estatisticamente significativa entre a comunicação profissional e o empenhamento profissional ($r=0,235$; $p=0,001$); relação significativa entre o empenhamento profissional e a motivação laboral ($p=0,000$). Verificou-se também uma relação significativa entre a comunicação profissional e a motivação laboral ($p=0,000$).
E5	Tørring et al. (2019) – Dinamarca	Explorar a dinâmica da comunicação e das relações entre a equipa multiprofissional em contexto de BO.	Estudo etnográfico que envolveu observações participantes de 39 equipas cirúrgicas e 15 entrevistas semiestruturadas durante um período de 10 meses em 2014, em 2 unidades operacionais de BO ortopédico de um hospital universitário na Dinamarca.	Foram identificados quatro tipos diferentes de colaboração em equipas cirúrgicas multidisciplinares em contextos de complexidade variável, representando diferentes padrões de comunicação e de relacionamento: 1) comunicação proativa e intuitiva, 2) comunicação silenciosa e vulgar, 3) comunicação desatenta e ambígua, 4) comunicação contraditória e altamente dinâmica.

4. Discussão dos resultados

As falhas de comunicação estão muitas vezes na origem de eventos adversos em doentes cirúrgicos. Uma comunicação profissional correta caracteriza-se por mostrar respeito pelos valores profissionais e pelas capacidades pessoais, confiar nos conhecimentos e na experiência dos elementos da equipa multiprofissional e procurar aconselhamento antes de tomar decisões. O estabelecimento de uma comunicação profissional correta nos hospitais tem sido sempre um desafio na prestação de cuidados de qualidade aos doentes (Li et al., 2020). Para atingir o seu objetivo comum, ou seja, restabelecer a saúde dos doentes num determinado prazo, os membros das equipas de cuidados de saúde devem respeitar os princípios da comunicação profissional, por exemplo, consultando-se mutuamente e partilhando as experiências, especialmente no BO, onde os doentes correm maiores riscos e o tempo é limitado (Mahboubé et al., 2019). Os estudos incluídos na presente *scoping review* mostram que uma fraca comunicação causada por conflitos, diferenças culturais, problemas interpessoais, comunicação não profissional, stresse e sobrecarga de trabalho, entre outros fatores, entre membros da equipa multiprofissional no BO pode resultar na insatisfação dos doentes e em eventos adversos, colocando em causa a segurança do doente, com aumento da mortalidade e da morbilidade com o conseqüente aumento do tempo de internamento. De acordo com Von Knorring et al. (2020), um grande número de erros médicos no BO deve-se a relações ineficazes entre médicos e enfermeiros. A comunicação ineficaz entre os membros da equipa multiprofissional também tem conseqüências para a própria equipa de saúde, incluindo a insatisfação no trabalho, a incapacidade de concentração e a perda de autoconfiança. Todavia, no E1 de Yeganeh et al. (2022), com uma amostra que foi constituída por 603 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), os resultados mostram que a comunicação entre os elementos da equipa multiprofissional e os valores profissionais estão relacionados. Os enfermeiros e os médicos do BO consideraram satisfatória a situação da comunicação profissional e dos valores profissionais. Quanto à comunicação profissional, foi significativa a perceção dos participantes sobre os domínios respeito mútuo e confiança, bem como o trabalho em equipa e respeito pela ética profissional. No entanto, a maioria dos hospitais estudados não dispõe de quaisquer instrumentos ou programas eficazes e sistemáticos para avaliar e melhorar qualquer uma destas áreas. Os resultados deste estudo mostraram que os profissionais do BO consideravam a comunicação profissional importante, o que indica que a comunicação profissional tem um impacto significativo na qualidade dos cuidados prestados no BO, traduzindo-se na garantia da segurança do doente. Essa atitude

faz com que os profissionais se sintam obrigados a manter uma comunicação verbal e não-verbal entre si para minimizar o índice de erros causados por uma comunicação inadequada. Estas evidências estão em conformidade com os resultados do estudo de Hailu e Norful (2018), cujo modelo de gestão conjunta enfermeiro/médico no BO assenta em três elementos fundamentais: comunicação eficaz, respeito e confiança mútuos e alinhamento clínico/filosofia de cuidados partilhada. As entrevistas indicaram que uma gestão conjunta bem-sucedida pode aliviar a carga de trabalho individual, prevenir o esgotamento, melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e conduzir a um maior acesso dos doentes aos cuidados. De igual modo, Parnikh et al. (2022, E4), numa amostra de 350 enfermeiros a exercer em BO, constaram que os mesmos valorizam a comunicação profissional. Uma das dimensões da comunicação profissional abordada foi a interação interprofissional, que obteve a pontuação mais elevada, sugerindo que a melhoria das interações entre os elementos da equipa multiprofissional (enfermeiros e médicos) resulta num melhor desempenho profissional e menor incidência de eventos adversos, garantindo a segurança do doente. Uma comunicação efetiva entre os elementos da equipa multiprofissional, tendo os participantes relatado que é crucial para o sucesso de qualquer sistema de saúde e pode garantir uma boa tomada de decisões acerca dos cuidados prestados aos doentes em BO. A comunicação e o trabalho em equipa são a espinha dorsal das organizações de cuidados de saúde e contribuem para a segurança dos doentes (Amudha et al., 2018).

Por outro lado, no E1 de Yeganeh et al. (2022), as respostas dos participantes mostraram que o stress e a sobrecarga de trabalho são responsáveis por relações ineficazes nos BO, o que está de acordo com o estudo de Halim (2018). Outros fatores contributivos são a atribuição de demasiadas responsabilidades a um profissional, a ergonomia do local de trabalho, como o ruído, a dependência excessiva da papelada para a comunicação e a preocupação com o objetivo principal das comunicações profissionais, ou seja, cuidar dos doentes, à custa dos outros aspetos da comunicação profissional, incluindo a consulta de outros profissionais, a transferência de experiências, a formação profissional e o trabalho em equipa.

Etherington et al. (2019, E2) referem que as falhas de comunicação estão muitas vezes na origem de eventos adversos em doentes cirúrgicos. No entanto, as evidências para informar sobre as melhores práticas de comunicação no BO são relativamente limitadas. O seu estudo documenta que o trabalho em equipa no BO com elevada fiabilidade requer monitorização mútua do desempenho, liderança da equipa, comportamento de reserva, adaptabilidade, orientação para a equipa, confiança mútua e modelos mentais partilhados. Sem uma comunicação eficaz e efetiva, é pouco provável que estes

componentes essenciais sejam plenamente alcançados. Para um trabalho de equipa ótimo, os membros da equipa devem partilhar informações e estabelecer um entendimento comum da situação, plano de tratamento e dos papéis individuais. Os comportamentos da equipa são mais eficazes e eficientes e o desempenho da equipa é melhor quando se consegue um modelo mental partilhado. A título exemplificativo, Etherington et al. (2019, E2) referem que a comunicação que ocorre durante a lista de verificação de segurança cirúrgica no início de uma cirurgia é uma concretização de um modelo mental partilhado pela equipa, de modo a que todos estejam em sintonia, resultando numa melhor consciência situacional da equipa e segurança do doente. As evidências encontradas pelos autores mostram que os profissionais de saúde que exercem em BO valorizam a comunicação eficaz, permitindo-lhes reforçar o seu modelo mental partilhado, melhorar a consciência situacional da equipa e o trabalho em equipa, com redução dos riscos para a segurança do doente. Sem uma partilha de informação precisa e adequada, as atividades interdependentes de cada profissional de saúde no BO não seriam coordenadas de forma efetiva para uma compreensão comum de intenções e ações para um objetivo partilhado de uma cirurgia segura e eficiente.

Tørring et al. (2019, E5) referem que a colaboração entre os elementos da equipa multidisciplinar em equipas cirúrgicas tem sido amplamente estudada desde há anos devido a preocupações relativas ao impacto dos fatores humanos na segurança dos doentes no contexto cirúrgico. Tem sido de particular interesse a forma como a qualidade e a eficiência dos procedimentos cirúrgicos são afetadas por falhas de comunicação e como as atitudes em relação aos eventos adversos e ao trabalho em equipa influenciam a qualidade e a eficiência dos procedimentos cirúrgicos. A qualidade e a eficiência dos procedimentos cirúrgicos e a segurança dos doentes dependem de uma comunicação de alta qualidade e de conhecimentos partilhados, que são difíceis de alcançar devido à interdependência, às limitações de tempo e à incerteza do contexto cirúrgico. Os membros da equipa não necessitam apenas de conhecimentos clínicos e competências técnicas, necessitam também de competências para trabalhar em equipa, compreender a complexidade da situação clínica, tomar decisões adequadas e agir de forma eficiente. Lyk-Jensen et al. (2016) também referem que estas competências não técnicas podem ser avaliadas e, potencialmente, reforçadas através da utilização de vários sistemas de medição comportamental. Estes sistemas de classificação contêm marcadores comportamentais para avaliar a presença das seguintes competências demonstradas através do comportamento dos profissionais de saúde: consciência da situação, tomada de decisões, comunicação e trabalho de equipa, gestão de tarefas e liderança. Neste sentido, o E5 de Tørring et al. (2019) identificou quatro tipos diferentes de colaboração em equipas cirúrgicas

multidisciplinares em contextos de complexidade variável, representando diferentes padrões de comunicação e de relacionamento: 1) comunicação proativa e intuitiva, 2) comunicação silenciosa e vulgar, 3) comunicação desatenta e ambígua, 4) comunicação contraditória e altamente dinâmica. Os resultados sugerem uma relação entre a dinâmica de comunicação e de relacionamento nas equipas cirúrgicas e o nível de complexidade dos procedimentos cirúrgicos realizados.

Em suma, os resultados encontrados enfatizam a necessidade de formação das equipas multidisciplinares do BO, baseadas em evidências para formar profissionais de saúde e melhorar o trabalho de equipa. A implementação destes programas melhora a comunicação e a colaboração multidisciplinar no BO e aumenta a sensibilização para a importância dos fatores humanos na segurança dos doentes. Além disso, a formação sistemática e contínua da equipa tem um efeito positivo, reduzindo a mortalidade e a morbilidade.

Conclusão

A enfermagem, para além de ser uma disciplina do conhecimento, é também uma profissão autorregulada, cujo objetivo consiste em satisfazer as necessidades de saúde da pessoa em todas as etapas do seu ciclo vital. Para o desenvolvimento das atividades em enfermagem no intraoperatório é fundamental mobilizar diversos conhecimentos teóricos e práticos através de um processo bem delineado, onde a comunicação entre os elementos que constituem a equipa multiprofissional é um elemento chave para a garantia da segurança do doente cirúrgico.

Neste sentido, assumiu-se como importante verificar como é valorizada a comunicação entre enfermeiros e a equipa multidisciplinar no intraoperatório, para melhores resultados na segurança do doente, através de uma *scoping review*, cujos resultados revelam que os elementos da equipa multidisciplinar valorizam a comunicação para garantir a segurança do doente, um indicador de qualidade dos cuidados prestados. Obteve-se consenso quanto ao facto de ter de haver um equilíbrio entre as competências técnicas e as competências relacionais e comunicacionais por parte de todos os profissionais de saúde envolvidos, o que requer a presença dupla de talento técnico e de ver os doentes como seres humanos. Os membros da equipa precisam de discutir o plano e estabelecer um modelo mental partilhado do que necessita de ser feito durante a cirurgia, de modo a coordenar o seu trabalho e desenvolver estratégias de coordenação adaptativas - especialmente em momentos desafiantes ou situações inesperadas. A maioria das equipas cirúrgicas é criada *ad hoc*, sendo composta por diferentes membros de dia para dia. Estas condições desafiam a capacidade de adaptação da equipa e a dinâmica interativa entre os seus membros. A falta de conhecimento mútuo aumenta a probabilidade de falhas de comunicação e de interrupções durante os procedimentos cirúrgicos. Para evitar tais interrupções, são necessárias a coordenação e a liderança da equipa, especialmente tendo em conta que os membros da equipa têm de alternar continuamente o seu foco de atenção entre a execução das suas tarefas individuais e a coordenação com a equipa. A qualidade da colaboração da equipa cirúrgica assenta, portanto, nos conhecimentos e competências dos membros da equipa em relação aos procedimentos, no conhecimento dos seus próprios papéis e dos papéis dos outros membros da equipa, bem como nos processos de comunicação que apoiam as modalidades adequadas de colaboração, nomeadamente para a garantia da segurança do doente

Referências bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Direção-Geral da Saúde.
<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.
- Etherington, N., Wu, M., Cheng-Boivin, O., Larrigan, S., & Boet, S. (2019). *Interprofessional communication in the operating room: a narrative review to advance research and practice*. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien D'anesthésie*. doi:10.1007/s12630-019-01413-9
- Fernandes, P.R.M. (2019). *Gestão no bloco operatório: metodologia Lean*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu.
<https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/6274>
- Freitas, J., Silva, A., Minamisava, R. et al. (2014). Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Rev. Latino Am. Enferm.*; 22(3), 454-460.
- Gomes, B., Preto, L. & Brás, M. (2017) Perceções dos enfermeiros especialistas em reabilitação relativamente à sua autonomia para prescrever. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Portugal.
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18018/1/pauta-relatorio%281%29.pdf>
- Halim, U. A., & Riding, D. M. (2018). *Systematic review of the prevalence, impact and mitigating strategies for bullying, undermining behaviour and harassment in the surgical workplace*. *British Journal of Surgery*. doi:10.1002/bjs.10926
- Hull, L., & Sevdalis, N. (2015). *Advances in Teaching and Assessing Nontechnical Skills*. *Surgical Clinics of North America*, 95(4), 869–884. doi:10.1016/j.suc.2015.04.003
- Instituto Nacional de Estatísticas.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021). Capas para as teses de mestrado e trabalhos de monografia.

https://www.essv.ipv.pt/essv-2/investigacao-2/investigacao/capas_2021/

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021). Guia orientador de trabalhos escritos. Centro de Documentação e Informação.

[https://www.essv.ipv.pt/wp-](https://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/Final_versao2_GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf)

[content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/Final_versao2_GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf](https://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/Final_versao2_GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf)

Li L, Hou Y, Kang F, Li S, Zhao J. General phenomenon and communication experience of physician and nurse in night shift communication: a qualitative study. *J Nurs Manag.* 2020;28(4):903–11.

Lyk-Jensen HT, Dieckmann P, Konge L, Jepsen RM, Spanager L, Østergaard D. Using a Structured Assessment Tool to Evaluate Nontechnical Skills of Nurse Anesthetists. *AANA J.* 2016 Apr;84(2):122-7. PMID: 27311153.

Magalhães, C. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados* (Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa, Porto).

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20PÓS%20DEFESA.pdf>

Mahboube L, Talebi E, Porouhan P, Orak RJ, Farahani MA. Comparing the attitude of doctors and nurses toward factor of collaborative relationships. *J Family Med Prim Care.* 2019;8(10):3263–7.

Marsch A, Khodosh R, Porter M, Raad J, Samimi S, Schultz B, Chaney Strowd L, Vera L, Wong E, Smith GP. Implementing Patient Safety and Quality Improvement in Dermatology Part 1: Patient Safety Science. *J Am Acad Dermatol.* 2022 Feb 7:S0190-9622(22)00207-9. doi: 10.1016/j.jaad.2022.01.049

Monteiro, S., Timóteo, A., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V. & Morais, J. (2020) *Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: projetar a mudança.* *Revista Portuguesa de Cardiologia.* 39(7), 401-406.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2174204920301999?token=C9B985FFB434C4B4C7DD13C1A83540E45E92B03C078EF213CB0365768723ED8DA616393DCEDD7BBE4844C3C0EE9CC081&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230221161842>

- Nanji KC, Seger DL, Slight SP, Amato MG, Beeler PE, et al. Medication-related clinical decision support alert overrides in inpatients. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2017 Oct 27; 25(5): 476-481.
- Nascimento, K., Erdman, A. (2009). Compreendendo as Dimensões dos Cuidados Intensivos: A Teoria do Cuidado Transpessoal e Complexo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 215-221.
- Noivo, C. (2015). Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Urgência. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.). *Livro de resumos do 3º encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica* (pp. 24-26). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Norful AA, de Jacq K, Carlino R, Poghosyan L. Nurse practitioner-physician Comanagement: a theoretical model to alleviate primary care strain. *Ann Fam Med*. 2018;16(3):250–6.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Paiva, S., Ferreira, P. (2018). Transição saúde-doença na pessoa com enfarte agudo do miocárdio: estudo qualitativo. *Revista de investigação & inovação em saúde*. Vol.1(1), 57-66.
<file:///C:/Users/Fj20406/Downloads/riis,+58-67.pdf>
- Parnikh, H., Torabizadeh, C., Najafi Kalyani, M., & Soltanian, M. (2022). A Study of the Relationship between Professional Communication and Professional Commitment in Operating Room Nurses. *Nurs Res Pract.*; 2022:5871846. doi: 10.1155/2022/5871846.
- Pereira, H.C.M. (2014). *Modelo de gestão do bloco operatório*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Autónoma de Lisboa. Departamento de Ciências Económicas, Empresariais e Tecnológicas.
<http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/440/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Helen%20Pereira>

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24.

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Portugal, Norma n.º 015/2017. (2017, julho 13). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>

Portugal, Decreto-Lei n.º 161/96. (1996, setembro 4). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República*, I-A(205), pp. 2959-2962.

<https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Portugal, Despacho n.º 10319/2014. (2014, agosto 11). Determina a estrutura do SIEM ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos SU, bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. *Diário da República*, 2(153), pp. 20673-20678.

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Portugal, Despacho n.º 5613/2015. (2015, maio 27). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2(102), pp. 13550-13553.

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Portugal, Despacho Normativo n.º 11/2002. (2002, março 6). Cria o serviço de urgência hospitalar. *Diário da República*, I-B(55), pp.20673-20678.

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>

Portugal, Norma n.º 002/2015. (2015, março 6). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata.

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002_2015.pdf

Portugal, Norma n.º 002/2018. (2018, janeiro 9). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf>

Portugal, Norma n.º 015/2013, atualizada em 04/11/2015. (2013, novembro 3). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito.

<http://www.aenfermagemeasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>

Portugal, Ordem dos enfermeiros - Parecer nº 15/2018. (2018, julho 2). Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos / serviços de medicina intensiva.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 19). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Portugal, Regulamento n.º 533/2014. (2014, dezembro 2). Norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem. *Diário da República*, 2(203), pp.30247-30254.

https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2015/02/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf

Portugal, Regulamento nº 429/2018. (2018, julho 16). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República*, 2(135), pp. 19359-19370.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Portugal. Despacho n.º 5613/2015. (2015, maio 27). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2(102), pp. 13550-13553.

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Silva, E., & Rodrigues, F. (2016). Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. *Cult. Cuid.*; 45, 134-145.

Silva, P., Santos, A., Rodrigues, B., Novi, B., Ramos, D., Rocha, P. & Pereira, L. (2019). Aspetos Epidemiológicos, clínicos e assistências da monitorização hemodinâmica invasiva: uma revisão bibliográfica. *Journal of Management & Primary Health Care*. (10:e1), pp. 1-30.

<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/334/786>

- Silva, R. M. O., Luz, M. D. A, Fernandes, J. D, Silva, L. S., Cordeiro, A. L. A. O., & Mota, L. S. R. (2018). Tornar-se especialista: Expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*. (16), pp.147 – 154.
- Skråmm SH, Smith Jacobsen IL, Hanssen I. Communication as a non-technical skill in the operating room: A qualitative study. *Nurs Open*. 2021 Jul;8(4):1822-1828. doi: 10.1002/nop2.830.
- Sousa, A. L. A. de M., Nogueira, C. L., Sousa, K. da S., Reis, . S. C. R., & Farah, E. I. (2020). Atuação do enfermeiro na segurança do paciente no intraoperatório. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 1(4), 14.y
<https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/560>
- Souza, D. (2020). A importância do profissional enfermeiro na unidade Hemodinâmica.
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/unidades-de-hemodinamica>
- Subtil, C. (2017). Preocupaciones e incertidumbres bajo lamirada de la historia de la enfermeira. *Cultura de los cuidados*, (48), pp.16-22.
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69268/1/CultCuid_48_02.pdf
- Tørring, B., Gittell, J. H., Laursen, M., Rasmussen, B. S., & Sørensen, E. E. (2019). *Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study*. *BMC Health Services Research*, 19(1). doi:10.1186/s12913-019-4362-0
- Van Dalen ASH, Swinkels JA, Coolen S, Hackett R, Schijven MP. Improving teamwork and communication in the operating room by introducing the theatre cap challenge. *J Perioper Pract*. 2022 Jan;32(1-2):4-9. doi: 10.1177/17504589211046723.
- Von Knorring M, Griffiths P, Ball J, Runesdotter S, Lindqvist R. Patient experience of communication consistency amongst staff is related to nurse-physician teamwork in hospitals. *Nurs Open*. 2020;7(2):613–7.
- Wieke Noviyanti L, Ahsan A, Sudartya TS. Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *J Public Health Res*. 2021 Apr 14;10(2):2225. doi: 10.4081/jphr.2021.2225.
- Yeganeh, S., Torabizadeh, C., Bahmani, T. *et al*. Examining the views of operating room nurses and physicians on the relationship between professional values and professional communication. *BMC Nurs* 21, 17 (2022).
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00778-x>

Anexos

Anexo I
Via Verde Trauma



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Via Verde Trauma no Adulto

Dina Baião

Isa Andrade

Viseu, Janeiro de 2023



Via Verde Trauma no Adulto – atualização da norma da DGS

Serviço de Urgência do CHUC

Dina Baião, nº 24402

Isa Andrade, nº 22335

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

9º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Trabalho efetuado no âmbito do Estágio em Contexto de Urgência Geral, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, sob orientação da Professor Doutor António Madureira e tutoria dos enfermeiros especialistas António Costa e Maria

Viseu, janeiro de 2023

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ABCDE	<i>Airway, Breathing, Circulation, neurological Disability, Exposure</i>
AMPLE	<i>Allergies, Medications, Past medical history, Last meal, Events preceding injury</i>
AT-MIST	<i>Age; Time of accident; Mechanism of incident; Injuries suspected; Signs and Symptoms; Treatments</i>
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CODU	Centro Orientação de Doentes Urgentes
CT	Centro de trauma
ECG	Escala de Coma de Glasgow
ET	Equipas de trauma
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISS	<i>Injury Severity Score</i>
MCDT	Meios complementares de Diagnostico e Terapêutica
RT	Redes de Trauma
SE	Sala de Emergência
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
VVT	Via Verde Trauma

Sumário

	Pág.
Introdução	7
1. Via Verde Trauma no adulto no serviço de urgência	9
Referências bibliográficas	17
Anexos	
Anexo I – Critérios de ativação da equipa de trauma	21
Anexo II - Atitudes adjuvantes da avaliação inicial	23
Anexo III – Poster: Via Verde Trauma – Avaliação do doente	25

Introdução

No âmbito do estágio a decorrer no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), integrado no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, foi proposto a participação no projeto da via verde trauma (VVT) que se encontra implementado no serviço.


Após a consulta do trabalho já desenvolvido pelos profissionais do serviço e discussão com os enfermeiros tutores integrados neste grupo de trabalho, verificamos que seria pertinente a elaboração de um documento onde ficasse reunida de forma sintetizada as indicações dadas pela recente norma da DGS dedicada á VVT no adulto.

As vias verdes hospitalares têm por objetivo melhorar a acessibilidade dos clientes, na fase aguda das doenças, aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento dentro da janela terapêutica comprovadamente mais eficaz. A todas elas o fator tempo é comum, uma vez que este vai influenciar a morbidade e mortalidade dos doentes. Funciona na metodologia cliente certo, no local certo, no mais curto espaço de tempo possível (ARSN, 2009).

Sendo o trauma uma causa importante de morte, incapacidade e diminuição da qualidade de vida em todo o mundo, é reconhecido cientificamente que uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico destes doentes, sendo essencial a implementação de abordagens estruturadas que permitam em tempo útil, identificar e instituir terapêutica otimizada. Factos que remetem para a importância de instituir um sistema de trauma eficaz (DGS, 2010).

Desta forma, foi desenvolvido um documento orientador que reúne toda a informação atualizada disponibilizada pela norma da DGS. Este foi organizado de forma sequencial respeitando os princípios de ativação, triagem, avaliação inicial e secundária do doente vítima de trauma.

Tendo em conta este documento e a formação que se encontra a ser ministrada aos profissionais do serviço sobre avaliação do doente vítima de trauma, como gesto de complemento, foi também desenvolvido um *poster* dedicado à avaliação inicial e secundária destes doentes, que se encontra em anexo (Anexo III).

	1. Via Verde Trauma no Adulto no Serviço de Urgência
Serviço de Urgência	

OBJETIVO

Sistematizar a informação sobre a ativação da Via Verde Trauma (VVT) no SU.

APLICABILIDADE

Enfermeiros do Serviço de Urgência do CHUC.

ENQUADRAMENTO

O trauma é uma causa importante de morte, incapacidade e diminuição da qualidade de vida em todo o mundo. Em Portugal a sinistralidade e a taxa de mortalidade imputada ao trauma são das maiores da Europa.

Quando se fala em Redes de Trauma (RT) há que ter em consideração conceitos como o da “mortalidade trimodal” e o da “hora de ouro”, os quais são o suporte para a organização das RT em todo o mundo.

A estrutura básica de tratamento da vítima de trauma é o Sistema de Trauma. Um sistema de trauma deve incluir antes de mais a prevenção e depois a RT e a VVT pois são estas que garantem a acessibilidade do doente aos cuidados.

A literatura é clara, mostrando que um sistema de trauma organizado tem impacto na redução da mortalidade e morbilidade das vítimas. Assim, podemos dizer que a prevenção deve ser o ponto fulcral de qualquer sistema de trauma, uma vez que mais de metade da mortalidade ocorre no local do acidente, primeiro pico de mortalidade, e só a prevenção pode impedi-la.

O desenvolvimento das RT passa também pelo pré-hospitalar e pelas salas de emergência dos SU dos hospitais, pois é aí que nas primeiras horas se verifica o segundo pico de mortalidade. O desenvolvimento de equipas de trauma (ET) no pré-hospitalar e nos vários hospitais que abordam e tratam vítimas de trauma é fundamental para que haja uma metodologia comum nesta abordagem.

Especial atenção deve ser também colocada na disponibilidade e tratamento em Cuidados Intensivos, pois é precisamente aqui que se verifica o terceiro pico da mortalidade.

Via Verde do Trauma no Adulto (VVT)

Entende-se por VVT o conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma major, assegurando cobertura de todos os momentos desde o primeiro pedido de ajuda até ao resultado final do internamento.

As vítimas de trauma major têm uma lesão grave ou risco de desenvolverem uma lesão grave. Uma lesão grave é a que pode resultar em morbilidade ou mortalidade e, classicamente é definida como uma lesão com ISS (*Injury Severity Score*) ≥ 16 .

Define-se Trauma Major 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/ISS ≥ 16 .

A VVT é parte integrante do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), utilizando a totalidade dos seus meios, nomeadamente pré-hospitalar e hospitalar. Estes devem ser organizados de modo a prever que o doente tenha acesso a um centro com capacidade cirúrgica num tempo de trajeto inferior a 45 minutos, a partir do local de ocorrência.

Todos os SU da RT devem ter um número de telefone dedicado à VVT (fixo e móvel – número CHUC 7585), do conhecimento de todos os intervenientes, e uma ET imediatamente disponível.

Equipa de Trauma (ET)

A avaliação e o tratamento inicial da vítima de trauma exige uma equipa multidisciplinar, em que o tempo e a qualidade de atuação são fundamentais para a sobrevivência da vítima de trauma.

É recomendado pela norma nacional de VVT que o coordenador da ET seja um médico com capacidade de liderança e formação em medicina intensiva, quando existente, ou um médico com formação avançada em trauma e com competência em emergência médica. Faz parte das tarefas do coordenador da ET:

- Reunir todas as condições logísticas e de recursos humanos assim que tenha conhecimento da referenciação da vítima de trauma, antecipando necessidades e iniciando a comunicação com a equipa;
- Elaborar o plano de prioridades de diagnóstico e terapêutica de cada vítima de trauma;
- Ativar outros elementos para a equipa em caso de necessidade;
- Decidir acerca do local de internamento da vítima de trauma ou da transferência da vítima para outro hospital.

É importante que haja a identificação de um enfermeiro coadjuvando o médico coordenador da ET, o qual tem como responsabilidades integrar a ET, gerir os recursos técnicos e o equipamento de trauma na sala de Emergência (SE). Deve existir um segundo enfermeiro na ET para dar apoio, dividindo tarefas com o primeiro enfermeiro. Faz ainda parte da equipa, pelo menos, um assistente operacional, cujas funções devem ser definidas localmente pelo coordenador local da VVT.

Desta forma, nos Centros de trauma (CT) a ET deve ser constituída por um chefe, médico da ET, e diversos profissionais de saúde previamente definidos conforme o nível de intervenção. (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

A ET é responsável por:

- Realizar a avaliação inicial da vítima de trauma;
- Realizar a avaliação secundária da vítima de trauma;

- Avaliar a necessidade de transferência para outro ponto da RT mais diferenciado;
- Se necessário, efetuar o transporte ao ponto da RT mais adequado (em articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), depois da estabilização inicial e das medidas de controlo de dano;
- 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.

Alerta hospitalar

É fundamental que os SU sejam antecipadamente avisados da chegada de uma vítima de trauma. Este contato deve ser feito logo que a decisão do transporte seja tomada pela equipa Pré-Hospitalar e CODU.

O CODU, através do médico responsável, deve utilizar o telefone dedicado à VVT, para transmissão da informação ao chefe da ET do respetivo SU, o qual por sua vez procede á ativação da sua equipa, providenciando todos os recursos humanos, materiais e espaço físico necessários e suficientes para dar a resposta necessária (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

Transmissão de informação e documentação

A passagem de informação na RT quer entre níveis de intervenção, quer sempre que haja mudança de equipa cuidadora, deve ser objetiva e estruturada, verbal e escrita (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I).

A informação fornecida deve incluir detalhes do acidente, da observação clínica, das medidas tomadas e das condições do transporte, para que a resposta hospitalar seja a mais adequada e adaptada às necessidades da vítima de trauma.

As mnemónicas facilitam esta tarefa abordando-se neste documento a mnemónica **AT-MIST**:

- **A – Age (Idade)** e sexo;
- **T – Tempo** desde a lesão até a chegada;
- **M – Mecanismo** de lesão do acidente;

- **I – Injúrias (Lesões)** óbvias e suspeitas;
- **S – Sinais** e sintomas (sinais vitais no local e transporte);
- **T – Tratamentos** efetuados.

A informação verbal e a documentação devem utilizar as mnemónicas AT-MIST e ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, neurological Disability, Exposure*) para facilitar a identificação e registo clínico de lesões no traumatizado.

O processo clínico hospitalar no SU deve obedecer à mesma metodologia de documentação, incorporando a informação do pré-hospitalar e a avaliação efetuada na SE, incluindo meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e tratamento.

Triagem

O principal objetivo da existência de um conjunto bem definido de critérios de ativação da ET é o de identificar de forma rápida e eficaz todas as vítimas de trauma maior (os que têm uma lesão grave ou risco de desenvolverem uma lesão grave), de modo a que sejam tratados rapidamente e por uma equipa com treino, potenciando a possibilidade de sobrevivência.

Os critérios de ativação, descritivos de forma detalhada em anexo (Anexo I), encontram-se organizados em 4 níveis, sendo o último item não consensual na literatura:

1. Repercussões Fisiológicas da Lesão;
2. Anatomia da Lesão;
3. Mecanismo da Lesão;
4. Tipo de vítima de trauma.

Estes devem ser aplicados pela ordem descrita e logo que esteja um critério presente é de imediato ativada a ET. Basta a presença de apenas um critério para efetivar a ativação. No essencial, estes critérios são quase sobreponíveis aos níveis vermelho e laranja da triagem de Manchester, mas justifica-se fazer uma triagem paralela, usando os critérios propostos nesta norma, para identificação precoce de gravidade nesta população específica.

A vítima de trauma que não cumprir nenhum destes critérios deve ser avaliada pelo método da triagem de Manchester e encaminhada para a área cirúrgica com a prioridade respetiva.

Depois de uma primeira abordagem feita pela ET, pode o seu coordenador decidir pela desativação da equipa a partir do momento em que não se confirme a gravidade suposta da vítima.

Se uma vítima de trauma agravar ou houver alteração da informação inicial que configure critérios de ativação da ET, esta deve ser ativada de imediato.

Avaliação inicial da vítima de trauma

A avaliação inicial da vítima deve obedecer à sequência “ABCDE” e assegurada nos primeiros 20 minutos, após o contacto físico com a ET (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I). 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.

A metodologia “ABCDE” permite, de uma forma sequencial e por ordem de importância, identificar e corrigir as situações que ameaçam a vida

- **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 (ECG);

- **E – Exposição:** Avaliação do ambiente externo, evitando a hipotermia.

Enquanto decorre a abordagem segundo a metodologia ABCDE devem ser efetuados diversas atitudes adjuvantes da avaliação inicial, adequadas a situação, (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) com o intuito de confirmação diagnóstica e identificação de situações que podem condicionar deterioração rápida e necessitem de tratamento imediato. Estas atitudes adjuvantes englobam monitorização, colheitas laboratoriais e exames imagiológicos na SE, as quais se encontram descritas de forma pormenorizada no Anexo II.

A execução de alguns MCDT condiciona a deslocação para fora das salas de emergência, comportando riscos importantes, e obrigando à planificação adequada do transporte intra-hospitalar, de acordo com as normas de transporte do doente crítico.

Avaliação secundária da vítima de trauma

A avaliação secundária deve ser assegurada em 60 minutos (Nível de Evidência C, Grau de recomendação I), após a estabilização inicial do paciente (avaliação inicial).

É essencial a obtenção de uma história dirigida às circunstâncias do trauma, utilizando-se a mnemónica **AMPLE**:

- **A**lergias;
- **M**edicacão;
- **P**ast medical history (antecedentes pessoais patológicos, cirurgias anteriores e imunização);
- **L**ast meal (tempo desde a última refeição e tipo de alimentos ingeridos);
- **E**ventos relacionados com o trauma (mecanismo de lesão, avaliação e tratamento no local do acidente, tempo decorrido desde o acidente até a chegada do INEM).

É nesta fase da avaliação da vítima de trauma major que se deve decidir sobre a realização de novos/outros MCDT a discutir caso a caso, bem como sobre cirurgia em segundo tempo, sobre o nível de observação/vigilância necessários, sobre o

internamento em Unidade de Cuidados Intensivos, Intermédios ou enfermaria. Por vezes pode ser necessária uma avaliação da necessidade de transferência da vítima de trauma para um nível superior da rede de urgências.

A reavaliação da vítima, de forma periódica e sempre que há alguma modificação no seu estado clínico, deve ser feita utilizando a mesma metodologia ABCDE. No final desta abordagem o coordenador da ET deve ser capaz de definir prioridades de diagnóstico e tratamento destas vítimas de trauma.

Preferencialmente, a vítima de trauma deve ser internada em enfermaria hospitalar /unidade dedicada ao trauma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). *Um ano de Reflexão e Mudança*. Comissão Regional do Doente Crítico. ARS. <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/1774654>
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa Nº 7/DQS/DQCO de 31/03/2010: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdcoco-de-31032010-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). *Norma nº 012/2022 de 18/11/2022: Via Verde do Trauma no Adulto*. DGS. Acedido em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122022-de-18112022-via-verde-do-trauma-no-adulto.aspx>

ANEXOS

Anexo I - Critérios de ativação da equipa de trauma

Para ativação da via verde trauma os critérios devem ser aplicados pela ordem descrita e logo que esteja um critério presente é de imediato ativada a ET.

Repercussões Fisiológicas da Lesão	FR <10 ou >29 ciclos/min. SaO2 <90% com O2 suplementar PAS <90 mmHg ECG <14 ou queda ≥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 ao tornozelo Amputação de membro ou parte deste, com potencial para reimplantação (viabilidade do segmento) 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 ao 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 (com 5 ou mais vítimas) Enforcamento, submersão ou afogamento
Tipo de vítima de trauma	Idade superior a 65 anos em vítimas com comorbilidades*

*Critério não consensual na literatura, ficando a sua integração ao critério da ET de cada instituição.

Anexo II - Atitudes adjuvantes da avaliação inicial

Realizadas simultaneamente com a avaliação inicial e adequadas a situação em causa.

Monitorização
Frequência respiratória Oximetria de pulso CO2 expirado em vítima de trauma ventilada Electrocardiograma e frequência cardíaca Pressão arterial Temperatura Débito urinário
Rotinas e Colheitas Laboratoriais
Electrocardiograma 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 Alcoolemia e pesquisa de tóxicos e/ou drogas de abuso β HCG – na vítima de trauma do sexo feminino até aos 50 anos Algaliação, após avaliação perineal Introdução de sonda gástrica, se indicado após avaliação da face e crânio
Imagiologia na sala de emergência
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 III – Via Verde Trauma: avaliação do doente



VIA VERDE TRAUMA



Todo o doente com trauma grave deve ter uma abordagem adequada, sistematizada e estruturada. Desta forma a VVT pretende:

- Avaliar o doente em tempo útil e adequadamente;
- Avaliar e corrigido as lesões graves em função das prioridades;
- Definir um plano de diagnóstico e de ação, que vá ao encontro do rápido restabelecimento do doente;
- Definir um plano de tratamento definitivo do doente(quando, onde e como).

AValiação INICIAL

Assegurado nos primeiros 20 min.
Segundo sequência "ABCDE":
C – Hemorragias exsanguinantes
A – Via aérea e imobilização da coluna cervical
B – Ventilação e oxigénio
C – Circulação
D – Disfunção neurológica
E – Exposição



ADJUVANTES DA AVAlIAÇÃO INICIAL

Simultaneamente com a avaliação inicial

Monitorização	Rotinas e Colheitas Laboratoriais
Frequência respiratória e oximetria de pulso	Electrocardiograma de 12 derivações
CO2 expirado em vítima de trauma ventilada	Gases do sangue
Electrocardiograma e frequência cardíaca	Monitorização de lactato sérico
Pressão arterial, temperatura e débito urinário	Glicemia capilar
Imagiologia na sala de emergência	Hemograma com contagem de plaquetas
Radiografia <u>antero-posterior</u> do tórax e da Bacia	Estudo da Coagulação (ROTEM)
Ecografia <u>Toraco-Abdominal</u> ("FAST" ou "FAST EXTENDED")	Grupo de Sangue com provas cruzadas
TC crânio-encefálico e <u>Maxilo- facial</u>	Bioquímica
TC de toda coluna (<u>Topograma</u>)	Alcoolemia e pesquisa de tóxicos e/ou drogas de abuso
TC Toraco-abdómino-pélvico com contraste e angio-TC	β HCG – na vítima de trauma do sexo feminino até aos 50 anos
RX/TC dos membros ou de outros segmentos corporais	Algáliação, após avaliação perineal
TAC de corpo inteiro no trauma <i>major</i>	Introdução de sonda gástrica, se indicado
Deve ainda decidir-se sobre:	
Cirurgia emergente corretiva (se as condições clínicas da vítima de trauma o permitirem) ou cirurgia de controlo de danos	
Radiologia de Intervenção	

AVAlIAÇÃO SECUNDÁRIA

Assegurada em 60 minutos após a estabilização inicial do paciente.

Avaliação Secundária
Obtenção de história detalhada usando a mnemónica 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 perineo
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.

OBJETIVO FINAL: aumentar a acessibilidade da vítima de trauma ao tratamento adequado que lhe pode salvar a vida, diminuindo a mortalidade, numa visão de cuidados integrados, eficientes e de qualidade.

Bibliografia: NORMA DGS, 012/2022 de 22 de novembro, Via Verde Trauma no Adulto

Elaborado por: Dina Baílo nº e Isa Andrade nº22335, no âmbito do estágio em contexto de Urgência Geral, integrado no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Anexo II
Poster Via Verde Trauma

VIA VERDE TRAUMA

Todo o doente com trauma grave deve ter uma abordagem adequada, sistematizada e estruturada. Desta forma a VVT pretende:

- Avaliar o doente em tempo útil e adequadamente;
- Avaliar e corrigido as lesões graves em função das prioridades;
- Definir um plano de diagnóstico e de ação, que vá ao encontro do rápido restabelecimento do doente;
- Definir um plano de tratamento definitivo do doente(quando, onde e como).

AVALIAÇÃO INICIAL

Assegurado nos primeiros 20 min.
Segundo sequência "ABCDE":
C – Hemorragias exsanguinantes
A – Via aérea e imobilização da coluna cervical
B – Ventilação e oxigénio
C – Circulação
D – Disfunção neurológica
E – Exposição



ADJUVANTES DA AVALIAÇÃO INICIAL

Simultaneamente com a avaliação inicial

Monitorização	Rotinas e Colheitas Laboratoriais
Frequência respiratória e oximetria de pulso	Electrocardiograma de 12 derivações
CO2 expirado em vítima de trauma ventilada	Gases do sangue
Electrocardiograma e frequência cardíaca	Monitorização de lactato sérico
Pressão arterial, temperatura e débito urinário	Glicemia capilar
Imagiologia na sala de emergência	Hemograma com contagem de plaquetas
Radiografia antero-posterior do tórax e da Bacia	Estudo da Coagulação (ROTEM)
Ecografia Toraco-Abdominal ("FAST" ou "FAST EXTENDED")	Grupo de Sangue com provas cruzadas
TC crânio-encefálico e Maxilo - facial	Bioquímica
TC de toda coluna (Topograma)	Alcoolemia e pesquisa de tóxicos e/ou drogas de abuso
TC Toraco-abdómino-pélvico com contraste e angio-TC	β HCG – na vítima de trauma do sexo feminino até aos 50 anos
RX/TC dos membros ou de outros segmentos corporais	Algáliação, após avaliação perineal
TAC de corpo inteiro no trauma <i>major</i>	Introdução de sonda gástrica, se indicado
Deve ainda decidir-se sobre:	
Cirurgia emergente corretiva (se as condições clínicas da vítima de trauma o permitirem) ou cirurgia de controlo de danos	
Radiologia de Intervenção	

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Assegurada em 60 minutos após a estabilização inicial do paciente.

Avaliação Secundária

Obtenção de história detalhada usando a mnemónica **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 antitétânica, 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.

OBJETIVO FINAL: aumentar a acessibilidade da vítima de trauma ao tratamento adequado que lhe pode salvar a vida, diminuindo a mortalidade, numa visão de cuidados integrados, eficientes e de qualidade.

Anexo III
Recomendações sobre cuidados de Enfermagem na abordagem da Via aérea
difícil não previsível



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Recomendações sobre cuidados de Enfermagem na aborgagem de via aérea difícil não previsível

Dina Teresa Andrade Baião

Viseu, abril de 2023



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Recomendações sobre cuidados de Enfermagem na abordagem da via aérea difícil não previsível

Dina Teresa Andrade Baião

9.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 8.º
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de
Viseu

Trabalho efetuado no âmbito do Estágio em Contexto de cuidados intensivos,
no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, sob orientação do
Professor Doutor António Madureira e tutoria da enfermeira especialista
Silva Paiva

Viseu, abril de 2023

Introdução

No âmbito do estágio a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), integrado 9.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 8.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, propus-me a elaborar um pequeno projeto de melhoria para a unidade.

Após a consulta do trabalho já desenvolvido pelos profissionais do serviço e discussão com a enfermeira tutora, verificamos que seria pertinente a elaboração de um documento onde ficasse reunida de forma sintetizada as recomendações sobre cuidados de enfermagem na abordagem da via aérea difícil não previsível.

Desta forma, foi desenvolvido um documento orientador que reúne toda a informação sobre o tema em questão.

**Recomendações sobre cuidados de Enfermagem na
abordagem da via aérea difícil não previsível**

OBJECTIVO

Estruturar as intervenções da equipa de enfermagem para a abordagem da via aérea difícil não previsível.

APLICABILIDADE:

Aos Enfermeiros.

DESCRIÇÃO:

A Via Aérea Difícil (VAD) pode ser definida, de acordo com a *American Society of Anesthesiologists (ASA)*, como uma situação clínica em que um anestesista treinado e experiente se depara com dificuldades na ventilação com máscara facial ou dispositivo supraglótico, dificuldade na laringoscopia direta ou indireta, dificuldade na intubação traqueal ou na via aérea cirúrgica, ((Serralheiro, I., et al. (2017)).

Vários estudos referem que as complicações mais frequentes relacionadas com a intubação traqueal são a morte, a lesão neurológica ou lesão cerebral permanente, estando estas associadas às emergências da via aérea (persistentes tentativas de intubação traqueal).

É verdade que as complicações na gestão da via aérea são raras, mas quando acontecem podem ter graves consequências. As consequências de cada complicação na gestão da via aérea são influenciadas por fatores associados ao doente (comorbilidades), a competência e desempenho dos médicos e enfermeiros, ajuda organizada ou material disponível.

Neste sentido, torna-se prioritário a elaboração de recomendações (*guidelines*) para a abordagem de VAD, numa tentativa de uniformizar as práticas de atuação, materiais disponíveis a usar, níveis de formação e desempenho e experiência, com objetivo de melhorar as condições em que essa abordagem é realizada, diminuindo assim as adversidades como trauma da via aérea, via aérea cirúrgica não necessária (traqueotomia), lesão cerebral ou morte.

Através de uma anamnese cuidada e do exame físico objetivo direcionado à avaliação da via aérea, pode ser obtida informação que alerte para uma VAD. No entanto, apesar de uma história clínica criteriosa e detalhada, cerca de 20% das intubações difíceis não são previsíveis (Serralheiro et al, 2017).

Existem várias características que devem ser avaliadas no exame objetivo e que quando estão presentes podem ser indicativas de possibilidade de VAD (Serralheiro et al, 2017), designadamente:

Condicionantes da ventilação:

- IMC > 26 kg/m²
- Ausência de dentes
- Presença de barba
- História de Apneia Obstrutiva do Sono/ Roncopatia
- Idade > 55 anos
- Trismus
- Alterações cutâneas (Queimaduras, epidermólise bulhosa, enxertos recentes)
- Esclerodermia
- Macroglossia
- Alterações da extensão atlanto-occipital
- Patologia faríngea (hipertrofia, massas tumorais ou abscessos das amígdalas)
- Deformações da face
- Radioterapia (neoplasia da cabeça e pescoço)
- Cirurgias anteriores
- Deformidades toraco-abdominais, cifoesciose, tórax proeminente

Condicionantes da intubação

- Classificação Mallampati de III e IV
- Tamanho dos incisivos superiores (dentes proeminentes)
- Distância entre incisivos (< 3 cm)
- Micro, retro e prognatismo

- Diminuição da mobilidade cervical
- Comprimento e largura do pescoço
- Distância tiromentoniana (< 6,5 cm)
- Distância hiomentoniana (< 4 cm)
- Distância esternomentoniana (< 12,5 cm)
- Presença de edema, sangue ou vomito na orofaringe
- Espaço mandibular pouco flexível e ocupado por massas

Para além destes dados, a existência de registos anteriores, quer no processo clínico, quer como informação na posse do doente, sobre intubações difíceis anteriores são essenciais para o planeamento dos cuidados.

VIA AÉREA DIFÍCIL NÃO PREVISÍVEL

Nos doentes com via aérea difícil não previsível, considera-se a existência de quatro níveis de atuação, sendo em todos a prioridade máxima a oxigenação do doente.

Numa abordagem inicial (Plano A) existe a laringoscopia direta para intubação traqueal em que ao verificar-se a dificuldade ou impossibilidade da intubação traqueal, deverão ser revistos aspetos como: adequado posicionamento do doente, otimização da libertação da via aérea alta, com reposicionamento de cabeça e pescoço, protusão da mandíbula, manipulação externa da laringe *backwards, rightwards, upwards pressure* (BURP). Se má visualização da laringe, deve-se considerar de imediato a utilização de mandril ou condutor (*Bougie*), assim como uso de lâminas Miller ou McCoy.

Mascara facial é aconselhada para manter a oxigenação e ventilação, com um ou dois operadores, entre cada tentativa de intubação (não deverá ultrapassar as quatro tentativas). Após intubação, deve-se confirmar sempre através da capnografia o sucesso da mesma.

No caso de insucesso, após considerar chamada de ajuda, a abordagem da via aérea deve ser realizada com dispositivos supraglóticos (Plano B). Deve ser tentada e repetida uma vez, considerando a necessidade de resgate se baixa saturação (<90%) com fornecimento de O₂ de 100%. Em caso de sucesso da abordagem com dispositivos supraglóticos, poderá ser tentada uma vez, através do dispositivo, uma intubação às cegas ou com recuso a Fibroscopia (apoio da pneumologia).

Não ficando assegurada a via aérea com o dispositivo supraglótico, ou este se apresentar instável, deve-se fornecer O₂ (Plano C) de forma continuada e eficaz.

Em situações agravamento da situação clínica, considerar resgate da via aérea (plano D), com realização de técnica invasiva de acesso à via aérea por cricotirotomia, com a consciência que embora assegure a ventilação e oxigenação eficaz, é uma técnica que aumenta a morbidade e apresenta caracter precário e limitado no tempo.

Via Aérea Difícil Não Previsível

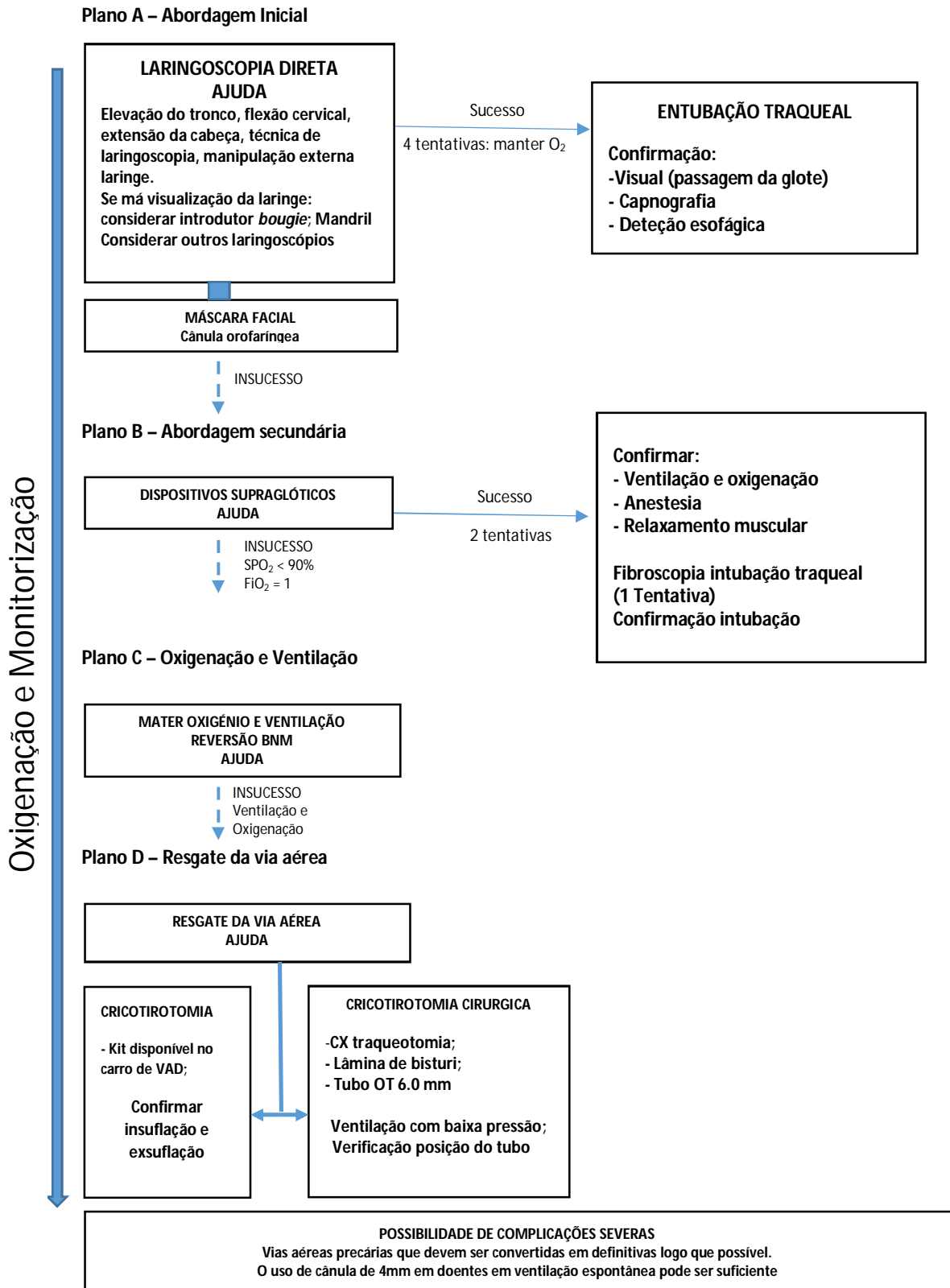


Figura 1 – Via aérea difícil não previsível

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A colaboração na abordagem da via aérea difícil não previsível é uma competência fundamental dos enfermeiros.

O Enfermeiro deve ter uma atuação rápida, eficaz, segura e com qualidade numa situação de via aérea difícil, trabalhando de forma autónoma e interdisciplinar. Para isso é fundamental:

- Ser conhecedor dos materiais para abordagem da via aérea;
- Conhecer as indicações e funcionamento dos dispositivos existentes;
- Verificar, manter, ordenar e preparar criteriosamente os equipamentos e material acessório, para evitar fatores de risco acrescido;
- Saber reconhecer e antecipar uma via aérea difícil não previsível, com base na história clínica e observação do doente;
- Conhecer as manobras facilitadoras da ventilação e intubação;
- Conhecer o algoritmo de via aérea difícil não previsível;

Como tal, é necessário que o material para abordagem da via área difícil não previsível esteja prontamente acessível aos profissionais.

Lista de material para abordagem da via aérea difícil não previsível

- Tubo e sondas de aspiração
- Lidocaína spray
- Filtros de anestesia
- Máscaras faciais
- Cânulas orofaríngeas (tubo de guedel)
- Máscaras laríngeas
- Tubos endotraqueais
- Laringoscópio
- Lâminas de laringoscópio: Lâminas Mackintosh, McCoy e Miller

-Introdutores: Bouguie e Condutor

-Pinça Maguil

-Kit Acesso Invasivo (Kit Cricotomia), caixa de traqueotomia na sala no caso de VAD previsível

-Adesivo ou nastro

Nota bibliográfica

Serralheiro, I., et al. (2017). Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil EPE, Serviço de Anestesiologia – Procedimentos 2017., Procedimentos e Protocolos utilizados em Anestesia Clínica e Analgesia do Pós-Operatório.

<http://www.oncoanestesia.org/wp-content/uploads/2018/02/Procedimentos-2017.pdf>

