



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO INTER-EQUIPAS DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE CRÍTICO

José Alberto da Costa Ferreira Barbosa

junho de 2022

Escola Superior de Saúde



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

José Alberto da Costa Ferreira Barbosa

Estágio de Natureza Profissional

com Relatório Final

**A COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO INTER-EQUIPAS DE
ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE
CRÍTICO**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira

junho de 2022

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Aurora Pereira, pelo apoio, disponibilidade, preocupação e ensinamentos partilhados ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros tutores, Cidália Silva e Hugo Sousa, pela disponibilidade, acompanhamento e orientação prestados.

Aos enfermeiros que acederam participar no estudo, pela partilha das suas ideias.

A todos os enfermeiros dos dois serviços onde decorreu o estágio, pelo apoio prestado e por me receberem tão bem enquanto estudante.

A todos os professores do Mestrado pela partilha de ensinamentos que contribuíram para este desfecho.

Aos meus colegas estudantes deste Mestrado, pela amizade, entreajuda e companheirismo nesta aventura.

E de uma forma muito especial à Madalena e Mariana, pelo apoio e suporte incondicional e imprescindível ao longo desta caminhada.

A todos o meu sincero obrigado.

PENSAMENTO

Comunicação não é o que você fala, mas o que o outro compreende do que foi dito.

(Claudia Belucci)

RESUMO

O presente relatório apresenta-se como o testemunho que demonstra a aprendizagem adquirida durante o Estágio de Natureza Profissional. Este emerge como a derradeira etapa para a conclusão do ciclo de estudos referente ao curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Pretendemos evidenciar através de uma análise crítico-reflexiva, as atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição de competências em contexto do estágio. Estas competências adquiridas tiveram por base as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas para o Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

As transições de cuidados e a frequência com que são efetuadas são momentos considerados de grande vulnerabilidade para o doente pelo risco de omissão e erro nas informações, pelo que uma comunicação eficaz assume um papel preponderante na garantia de qualidade na transição.

Neste sentido, integrado neste percurso foi realizado um estudo de investigação que resultou de uma inquietação pessoal, decorrente da prática profissional e que incidiu sobre a comunicação da informação na transição cuidados do doente crítico sujeito a intervenção cirúrgica, do Bloco operatório para a Unidade de Cuidados Intensivos.

Os resultados indicam que a forma de comunicação oral da transmissão da informação deve ser suportada pela informação escrita. Foi apontada a informação mais valorizada a ser transmitida, estando esta relacionada com os dados pessoais do doente, com a intervenção cirúrgica, fármacos utilizados e intercorrências no intraoperatório. Foram identificados fatores que interferem negativamente na comunicação da informação, dos quais salientamos o ruído na comunicação e a execução de várias funções em simultâneo pelos enfermeiros. Como fatores considerados positivos destacamos a organização estruturada da informação a transmitir, a existência de um ambiente calmo e tranquilo e a informação. Como sugestões de melhoria foi referido a elaboração de um procedimento padrão como contributo de ajuda à comunicação da informação na transição de cuidados.

Da experiência de estágio, salientamos a importância deste percurso de formação no aprofundamento de conhecimento, na reflexão sobre as práticas em contexto e no desenvolvimento de competências nas várias dimensões da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família, formação, gestão e investigação.

Palavras-chave: doente crítico, transição de cuidados, comunicação.

ABSTRACT

This report presents as the testimony that demonstrates the acquired learning during the Professional Internship. This emerges as the last step towards the conclusion of the cycle of studies related to the Master's degree in Medical-Surgical Nursing.

We intend to highlight, through a critical-reflexive analysis, the developed activities that allowed the acquisition of competencies in the context of the internship. These acquired competencies were based on the Common Competencies of the Specialist Nurse and the Specific Competencies for the Medical-Surgical Specialist Nurse in the nursing's area the Person in Critical Situation.

Care transitions and the frequency with which they are carried out are considered moments of great vulnerability for the patient due to the risk of omission and error in the information, so effective communication plays a key role in ensuring quality in the transition.

Therefore, as part of this pathway, a research study was conducted which resulted from a personal concern arising from professional practice and which focused on the communication of information in the transition of care for critically ill patients undergoing surgery from the Operating Room to the Intensive Care Unit.

The results indicate that the oral communication form of information transmission should be supported by written information. The most valued information to be transmitted was identified, being related to the patient's personal data, the surgical intervention, drugs used and intraoperative complications. Factors that negatively interfere in the communication of information were identified, such as the noise in communication and the nurses' simultaneous performance of several functions. As positive factors, we highlight the structured organization of the information to be conveyed, the existence of a calm and quiet environment and information. As suggestions for improvement, the preparation of a standard procedure was mentioned as an aid to the communication of information in the transition of care.

From the internship experience, we highlight the importance of this training pathway in the deepening of knowledge, in the reflection on the practices in context and in the development of skills in the various dimensions of care provision to the critically ill person and family, training, management and research.

Keywords: critically ill, transition of care, handover, communication.

ABREVIATURAS

Atualizada - *atua.*

Edição - *ed.*

Página - *p.*

Páginas – *pp.*

Revista - *rev.*

Sem data – *s.d.*

ACRÓNIMOS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MAI – Ministério da Administração Interna

PAI – Pressão Arterial Invasiva

PIC – Pressão Intracraniana

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

SAV – Suporte Avançado de Vida

TET – Tubo Endotraqueal

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

SIGLAS

BO – Bloco Operatório

CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DGS – Direção Geral da Saúde

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ENP – Estágio de Natureza Profissional

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação do Local Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

HB – Hospital de Braga

JCI – Joint Commission Internacional

LVSC – Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Córdio Respiratória

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I – AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	15
1- Caraterização do contexto de estágio.....	17
1.1- Hospital de Braga	17
1.2- Bloco Operatório.....	18
1.3- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes	21
2- Das atividades desenvolvidas às competências adquiridas – análise crítico-reflexiva .	25
CAPÍTULO II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: A COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO INTER-EQUIPAS DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE CRÍTICO.....	68
1- Enquadramento teórico – A comunicação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico	72
2- Percurso metodológico	79
2.1- A problemática e os objetivos do estudo.....	79
2.2- Tipo de estudo.....	80
2.3- Contexto e participantes no estudo.....	81
2.3.1- O contexto	81
2.3.2- Os participantes e sua caraterização	82
2.4- Procedimento de recolha de dados	84
2.5- Procedimento de análise de dados.....	86
2.6- Considerações éticas	87
3- Apresentação e análise dos dados	89
4- Discussão dos resultados	119
5- Conclusões do estudo	142
CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
BIBLIOGRAFIA.....	150

ANEXOS.....	157
Anexo I – Documento de submissão do projeto de investigação à Comissão de Ética ..	158
Anexo II –Termo de Responsabilidade	162
Anexo III – Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde ...	164
Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética	175
APÊNDICES.....	180
Apêndice I – Relatório de auditoria interna - Higienização das Salas Cirúrgicas do Bloco Operatório.....	181
Apêndice II – Plano de ações corretivas à auditoria - Higienização das Salas Cirúrgicas do Bloco Operatório.....	185
Apêndice III - Sessão de formação “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica”	190
Apêndice IV – Procedimento Específico - Integração de novos profissionais no Bloco Operatório.....	202
Apêndice V – Guias de Integração de novos profissionais no Bloco Operatório	211
Apêndice VI – Guião de entrevista.....	234
Apêndice VII – Matriz de redução de dados (entrevistas)	237
Apêndice VIII – Requerimento dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Braga, EPE	255
Apêndice IX – Consentimento Informado.....	257

INDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Modo como é transmitida a informação inter-equipas: categorias e subcategorias	91
Figura 2 - Tipo de informação transmitida: categorias e subcategorias.....	96
Figura 3 - Fatores que interferem na comunicação da informação: categorias e subcategorias	104
Figura 4 - Estratégias/recursos utilizados para a comunicação da informação: categorias e subcategorias	112
Figura 5 - Sugestões para melhorar o processo de transição de cuidados: categorias ..	115
Quadro 1 -Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes: idade, sexo, formação académica, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no serviço	83
Quadro 2 - – O processo de comunicação de informação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados ao doente crítico do BO para a UCIP: áreas temáticas, categorias, subcategorias, unidades de enumeração	89

INTRODUÇÃO

O ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do IPVC (Despacho nº 7710/2018, de 10 de agosto) prevê no seu 2º Ano, a opção de escolha entre três unidades curriculares, onde se inclui o Estágio de Natureza Profissional (ENP).

Devido ao fato de a Ordem dos Enfermeiros (OE), à data do início do VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, apenas reconhecer a especialidade de Médico-Cirúrgica dos mestrandos que optassem no 2º ano pela via do ENP, tornou-se evidente para mim que esta opção seria a escolha óbvia, aliando a obtenção do grau de Mestre com a vantagem de reunir as condições para obter o título profissional de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela OE.

O ENP tem como objetivo ser um complemento à formação académica realizada no decorrer do curso de especialização, através do contacto do mestrando com o exercício e desenvolvimento de atividades desenvolvidas em contexto real de trabalho. Deste estágio deve resultar a elaboração de um relatório final “que deve consistir num relato fundamentado e reflexivo das atividades desenvolvidas (...) explicitando as competências profissionais adquiridas...” (Despacho n.º 16549/2012, p.40975).

A escolha do local de estágio para realização do ENP recaiu em dois locais, o Bloco Operatório (BO) e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital de Braga (HB). Para esta escolha, contribuiu o fato de estes permitirem adquirir e desenvolver competências na área de especialização da pessoa em situação crítica de modo a atingir os objetivos delineados para a Unidade Curricular – Estágio de Natureza Profissional.

Como forma de determinar uma linha orientadora para os mestrandos no ENP de modo a assegurar a aquisição de competências, tendo por base quer as competências comuns do enfermeiro especialista, quer as competências específicas em enfermagem em pessoa em situação crítica, foram delineados os seguintes objetivos para este estágio.

- Desenvolver competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na sua área de intervenção;
- Desenvolver o autoconhecimento e assertividade;

- Identificar necessidades na área de gestão de cuidados e da governação clínica;
- Desenvolver um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e articulação na equipa multiprofissional;
- Conceber/colaborar em programas de melhoria de qualidade de cuidados;
- Desenvolver aprendizagens profissionais, nomeadamente, no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador;
- Desenvolver competências na prática de investigação em Enfermagem.

Como objetivo pessoal pretendemos sensibilizar os enfermeiros dos contextos onde decorreu o estágio, para a importância que a comunicação da informação encerra no processo de transição de cuidados dos doentes, pelo que foi esta a área para onde se direcionou o estudo de investigação que realizamos. Este versou sobre a comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico.

Estruturalmente este relatório encontra-se dividido em dois capítulos. No primeiro efetuamos uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas do decurso do ENP e que permitiram a aquisição de competências, começando pela caracterização dos contextos onde este se desenvolveu.

O segundo capítulo debruça-se sobre o estudo de investigação, onde procuramos descrever todo o caminho percorrido. Assim começamos por enquadrar teoricamente a temática e descrever todo o percurso metodológico. Seguiu-se a apresentação e análise dos dados, a discussão dos resultados e por fim as principais conclusões do estudo.

Terminamos este relatório com as considerações finais, onde se procedeu a uma síntese do trabalho desenvolvido, nomeadamente as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas nas várias dimensões e as potencialidades e dificuldades sentidas no desenvolvimento do estágio.

**CAPÍTULO I – AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E AS COMPETÊNCIAS
ADQUIRIDAS EM CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

Neste capítulo, vamos caracterizar o contexto onde se desenvolveu o estágio, e descrever as atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição das competências. Deste modo o seu conteúdo foi organizado em dois subcapítulos. No primeiro caracterizamos a instituição e os contextos onde o estágio decorreu.

A descrição das atividades que foram desenvolvidas no contexto onde decorreu o estágio e que permitiram a aquisição das competências, fazem parte do segundo subcapítulo.

1- Caraterização do contexto de estágio

Como já foi referido, o BO e a UCIP do Hospital de Braga, foram os serviços selecionados para a realização do ENP.

Numa primeira fase por indisponibilidade da UCIP, devido ao facto de esta não comportar mais alunos em estágio, iniciamos o percurso de estágio no BO e posteriormente obtivemos também autorização para realizar alguns turnos de estágio na UCIP. A tutoria dos locais de estágio foi assegurada por enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica dos respetivos serviços.

1.1 - Hospital de Braga

O Hospital de Braga, E.P.E., foi criado a 30 de maio de 2019, através do Decreto-lei nº 75/2019. Neste momento a sua área de influência envolve os distritos de Braga e Viana do Castelo, servindo como referência de 1ª linha para os concelhos de Amares, Braga, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde, abrangendo diretamente uma população de mais de 274 mil habitantes. Serve também como referência de 1ª linha para algumas especialidades médicas, e referência de 2ª linha nas restantes especialidades na área remanescente dos dois distritos, o que perfaz globalmente uma área de 1.100.000 de habitantes (Hospital de Braga EPE, 2019a).

O HB é um hospital com mais de 500 anos de história, cujo nome inicial denominado de São Marcos, perdurou até 2009 altura em que do resultado da parceria público-privada e do novo modelo de gestão se passou a denominar Hospital de Braga. Em 2019, terminada a parceria público-privada, dá-se a passagem para Hospital de Braga, Entidade Pública empresarial (Hospital de Braga EPE, 2019b).

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde de excelência, tendo por base a qualidade, o rigor, a eficiência e diferenciação, assim como o incentivo do ensino e o fomento da investigação através da colaboração com instituições universitárias, nas várias vertentes de ensino. A visão do HB é ser uma referência na prestação de cuidados de saúde a nível nacional, sendo estes cuidados assentes nas melhores práticas clínicas e na inovação. Rege-se por valores como: o respeito, o desenvolvimento humano, a competência, a responsabilidade, a paixão, o compromisso e a inovação (Hospital de Braga EPE, 2021a).

O hospital comporta na sua organização serviços de natureza assistencial, serviços de apoio de natureza assistencial e serviços de natureza não assistencial, que se complementam e articulam entre si (Hospital de Braga EPE, 2021a).

Para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde da sua área de influência, trabalham aqui mais de 3300 profissionais, onde se incluem entre outros, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos superiores de saúde e técnicos de diagnóstico e terapêutica. O hospital inclui um conjunto amplo de especialidades/valências médicas, cirúrgicas e de diagnóstico e terapêutica, tais como medicina interna, pediatria, neurologia, gastroenterologia, nefrologia com diálise, ortopedia, cirurgia geral, ginecologia/obstetrícia, otorrinolaringologia, neurocirurgia, urologia, cirurgia vascular, cirurgia maxilo-facial, oftalmologia, imunohemoterapia, oncologia médica, medicina física e reabilitação entre outras, e claro está a subespecialidade de medicina intensiva (Hospital de Braga EPE, 2019a).

1.2 - Bloco Operatório

O Bloco Operatório do Hospital de Braga, é um serviço com uma atividade altamente especializada, requerendo por isso uma exigência técnica elevada, ao nível das instalações, dos procedimentos executados e por inerência dos profissionais que os executam. A diversidade de especialidades cirúrgicas que o BO do HB comporta, implica um esforço permanente dos seus profissionais, ao nível da formação e conhecimento, de modo a dar uma resposta eficaz às necessidades específicas de cada especialidade tendo em conta os padrões de segurança e qualidade exigidos a este nível. O Bloco Operatório dá assim resposta à realização de intervenções cirúrgicas de diversas especialidades destacando-se a cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia pediátrica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica, neurocirurgia, ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, ginecologia, obstetrícia e oftalmologia (Hospital de Braga EPE, 2021b).

O BO tem como principal preocupação o doente, de modo a “garantir o seu correto tratamento, o seu bem-estar e a prestação de cuidados de saúde com qualidade e eficiência (...)” (Hospital de Braga EPE, 2021b).

O BO está situado no piso 2 do Polo Tecnológico (Edifício F). É constituído por 12 salas operatórias polivalentes e 1 sala operatória destinada a procedimentos médico-cirúrgicos de menor complexidade, onde se processam as atividades diretamente relacionadas com as intervenções cirúrgicas, estando dotadas de equipamentos para

satisfazer as necessidades cirúrgicas e anestésicas das intervenções cirúrgicas que aí se realizem; 1 Sala de Anestesia Loco-Regional (SALR), destinada à realização de técnicas anestésicas loco-regionais realizadas no período pré-operatório imediato, assim como na execução de procedimentos invasivos (colocação de cateteres centrais, cateteres arteriais) e administração profilática de antibióticos; Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) com capacidade para receber 15 doentes, mas por questões de gestão organizacional tem apenas 12 camas ativas, sendo as restantes 3 disponibilizadas quando é implementado o plano de contingência da UCPA, estando dotada de equipamentos e recursos humanos adequados de modo a assegurarem os cuidados pós-anestésicos e pós operatórios imediatos. Possui também o recobro de ambulatório, que está dividido em duas fases, a Fase 1 com capacidade para 10 camas e a Fase 2 com capacidade para 12 cadeirões, que está integrado na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA). É ainda parte integrante do BO, 1 sala operatória dedicada à urgência do Bloco de Partos, que está situada no piso 5 do Edifício F do polo Tecnológico.

Numa estrutura com esta dimensão e especificidade, é importante conhecer e compreender a sua organização e funcionamento. A atividade cirúrgica do BO, compreende a cirurgia programada, em que se enquadra a convencional e ambulatória, e a cirurgia de urgência, com períodos de funcionamento das 8 às 20 horas no primeiro caso e de 24 horas no que se refere à cirurgia de urgência. Apesar da polivalência das salas operatórias, é tido o cuidado de se alocar sempre que possível, a mesma sala à mesma especialidade, sendo que para a cirurgia de urgência estão sempre reservadas duas salas 24 horas por dia.

O BO concentra três áreas de acesso distinto, consoante as atividades realizadas em cada uma delas, de modo a garantir a proteção dos seus profissionais, dos doentes, e dos materiais necessários, de potenciais fontes de contaminação cruzada.

A área livre, onde se inclui a zona de receção e acolhimento do doente, pessoal e materiais, não obriga ao uso de fardamento específico.

Da área semi-restrita fazem parte as áreas de armazenamento de materiais, de equipamentos, de instrumental cirúrgico estéril, a área de receção dos doentes, gabinetes de trabalho, sala de pausa dos profissionais, e as áreas de cuidados pré e pós operatórias, nomeadamente a SALR, a UCPA e o recobro de ambulatório. A circulação nesta área obriga ao uso de fardamento específico do BO (fato de circulação de uso exclusivo no BO, socas ou proteções descartáveis de calçado, e barrete de proteção de cabelos), estando limitado o seu acesso aos profissionais e

doentes, salvaguardando-se também a presença de visitantes ou acompanhantes, quando justificado (Hospital de Braga EPE, 2021b).

A área restrita é constituída pelas salas operatórias, dotadas com equipamento cirúrgico e de anestesia, reservadas a procedimentos cirúrgicos ou exames que requirem anestesia geral ou loco-regional. Devido à sua especificidade, no que diz respeito ao elevado nível de assepsia requerido nestes ambientes, de modo a minimizar os riscos de infeção e à salvaguarda das boas práticas cirúrgicas, o acesso à sala é controlado e limitado quanto ao número de entradas e saídas, assim como quanto ao número de máximo de pessoas em permanência na sala que não pode ultrapassar os onze elementos. Neste âmbito existem também condições muito específicas que têm que ser respeitadas e mantidas, no que diz respeito à manutenção e controle da temperatura, humidade relativa, sobrepressão da sala e renovações do ar da sala de operações (Hospital de Braga EPE, 2021b).

No que concerne aos recursos humanos, a equipa do BO divide-se em dois blocos, o primeiro composto por um grupo não residente, que corresponde aos profissionais que pertencendo a outros serviços, aqui exercem simultaneamente funções temporárias, referimo-nos à equipa médica constituída por cirurgiões e anestesistas, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos entre outros. O segundo corresponde ao grupo de profissionais residentes que exercem as suas funções adstritos ao BO, onde se incluem 169 enfermeiros e 61 assistentes operacionais.

Relativamente à equipa de enfermagem, existem 6 equipas constituídas por elementos da área cirúrgica e anestésica num sistema de rotatividade que asseguram diariamente e durante as 24 horas, as cirurgias urgentes e emergentes efetuadas no BO. A restante equipa de enfermagem assegura a cirurgia programada, convencional e de ambulatório, que decorre de segunda a sexta, das 8 horas às 20 horas, assim como a anestesia fora do BO, nomeadamente, no serviço de Imagiologia, Gastroenterologia, Cardiologia e Pneumologia, em dias especificamente agendados. A distribuição dos elementos é estabelecida pela enfermeira chefe em horário de trabalho, sendo a distribuição dos enfermeiros pelos diversos postos de trabalho, estabelecido em plano diário de trabalho, onde estão assegurados as salas operatórias, preparação e alta de doentes em regime ambulatório, unidades de recobro de cirurgia convencional e ambulatório e sala de anestesia loco-regional.

Diariamente no turno da manhã e da tarde, os enfermeiros em número de três por sala asseguram o funcionamento das 12 salas do BO e da sala operatória dedicada à urgência do Bloco de Partos; dois enfermeiros asseguram o funcionamento da sala 14

destinada a procedimentos de menor complexidade; 1 enfermeiro assegura o funcionamento da SALR; 3 enfermeiros garantem o funcionamento da UCPA sendo que quando é aberto o plano de contingência, esse número sobe para 4; no que diz respeito à UCA, 1 enfermeiro assegura a preparação e alta dos doentes, enquanto 3 enfermeiros garantem o recobro de ambulatório nas fases 1 e 2. Isto perfaz um total de 49 enfermeiros a que se juntam no turno da manhã 1 enfermeiro responsável pela coordenação da área cirúrgica, 1 enfermeiro responsável pela área anestésica e 1 enfermeiro responsável pela gestão dos materiais relacionados com a especialidade de ortopedia. No turno da noite estão presentes 5 enfermeiros da área cirúrgica e 4 enfermeiros da área anestésica, que asseguram o funcionamento do BO para cirurgias urgentes e emergentes e do recobro desses doentes, assim como das cesarianas urgentes e emergentes que ocorram no Bloco de Partos. A este número poderá se juntar um enfermeiro no recobro de ambulatório sempre que existem pernoitas de doentes.

1.3 - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

A UCIP do Hospital de Braga localiza-se no piso 4 do Polo Tecnológico (Edifício F), tratando-se de uma unidade polivalente, caracteriza-se por ser uma unidade bastante diferenciada, abordando doentes com patologias muito distintas, entre as quais cirurgias de elevado risco do foro abdominal, vascular e neurocirúrgico, politraumatizados neurocirúrgicos, e processo de doença que ameaçam a vida por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais, o que exige grande cooperação multidisciplinar.

A sua missão é “a prestação de cuidados de saúde diferenciados, programados e de urgência, em regime de internamento, (...) com recurso às melhores tecnologias disponíveis, (...) para garantir a eficácia das prestações, a eficiência dos processos e a qualidade dos resultados” (Hospital de Braga EPE, 2018).

Desde o início da pandemia pelo coronavírus COVID-19, esta unidade sofreu várias alterações ao nível da estrutura física e organizacional, de modo a dar uma resposta capaz, ao nível da segurança e qualidade de cuidados prestados, decorrentes desta nova realidade pandémica. Assim no momento da realização do estágio existiam duas unidades distintas mas em constante articulação, a UCIP 1 destinada a doentes com um grau de complexidade maior no que diz respeito aos padrões de ventilação, com doentes na sua maioria recorrendo a suporte ventilatório mecânico invasivo, e a UCIP

2 com doentes, embora também com processos complexos de doença crítica associados, a nível de ventilação necessitavam de suporte ventilatório não invasivo.

Todos os turnos que efetuei foram na UCIP 1, uma unidade vocacionada para o tratamento de doentes adultos, com capacidade instalada para 14 unidades, mas por questões de gestão, tem ativas 12 unidades, sendo que 4 delas são quartos que permitem isolamento.

É considerada uma unidade de nível III, pelo que

“devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), (...) pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; (...) ” (Ministério da Saúde, 2013, p. 58).

As unidades destinadas aos doentes são amplas, num conceito de open space, mas com cortinas a delimitar o espaço entre as unidades, o que favorece a privacidade dos doentes, e de certo modo o controle de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Estas estão dispostas de forma circular, o que permite uma visualização de todos os doentes a partir das áreas de trabalho dos profissionais. Possui balcões centrais de apoio (para preparação de medicação...), frigorífico para medicação, cofre para estupefacientes, um stock próprio de medicação alocado num dispositivo de armazenamento, com gestão automatizada de medicação através de impressão digital denominado “Pyxis”, armário aquecedor para toalhetes destinados a higiene, saco de transporte intra-hospitalar, e mochila para transporte inter-hospitalar, carro de emergência com monitor desfibrilhador, carro de via aérea difícil, aparelho para avaliação de gasometria arterial, e 6 computadores dos quais 2 servem para a transmissão central de dados de monitorização das unidades dos doentes.

Na UCIP 1 cada unidade reservada aos doentes, é constituída por equipamento de monitorização ajustado às necessidades do doente, ventilador, bombas e seringas de perfusão, aspirador de secreções, bomba de nutrição entérica, mesa e carro com material de apoio para a prestação de cuidados, estetoscópio e computador, sendo que esta alocação de equipamentos a cada unidade seja também importante para a minimização das IACS.

Ao nível da dotação de recursos humanos, a equipa é constituída por 17 médicos, 78 enfermeiros e 33 assistentes operacionais, distribuídos pelas duas unidades.

No que concerne à equipa de enfermagem esta é distribuída pelas duas unidades num sistema de rotatividade coordenado pela enfermeira chefe em horário de trabalho. Os enfermeiros estão distribuídos por equipas, sendo que na UCIP 1, no turno da manhã prestam cuidados 7 enfermeiros (incluindo o enfermeiro responsável pela cinesioterapia respiratória e reabilitação) enquanto no turno da tarde e noite prestam cuidados 6 enfermeiros, ficando o rácio máximo de 1 enfermeiro para cada 2 doentes.

Tal como consta na própria sigla, as UCIP são polivalentes, isto significa segundo a Direção Geral da Saúde (2003, p. 9), no documento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento,

“ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes (...). Os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos devem ter modelos de articulação funcional com as áreas de tratamento de nível complementar, onde se encontrem doentes que possam necessitar de intervenção (...).”

Também o Ministério da Saúde (2013, p.30) no Relatório Final – Avaliação Nacional da Situação das Unidades de Cuidados Intensivos, reforça que é “um dos pilares fundamentais (...) através da colaboração em outro tipo de atividades tais como vias de acesso preferencial (e.g. vias verdes) – em especial de Sepsis – apoio às salas de emergência dos Serviços de Urgência, etc.”

Pude verificar durante o estágio, essa articulação entre a UCIP e outros serviços do hospital, nomeadamente com o serviço de urgência (emergência intra-hospitalar, implementação das vias verdes), bloco operatório, unidades de cuidados intermédios (neurocirúrgicos, coronários e médicos), e unidades de internamento que necessitem de colaboração. Esta articulação permite que a UCIP dê apoio, receba e cuide de doentes em situação crítica e/ou falência ou iminência de falência orgânica, e que após a sua estabilização e recuperação da situação crítica, encaminhe os doentes para serviços menos diferenciados.

A metodologia de trabalho adotada, é o método de enfermeiro de referência, em que o doente fica associado ao enfermeiro que fez a admissão, sendo este responsável pela prestação de cuidados sempre que se encontra a trabalhar. Isto permite um acompanhamento mais próximo do doente, com enfermeiro a deter melhor informação e conhecimento sobre a sua situação, permitindo assim uma continuidade da prestação de cuidados. Para a família também é benéfico pois tem no enfermeiro de referência, o elo de ligação no acompanhamento da situação clínica do doente. Devido ao quadro pandémico em que nos encontramos, este método de trabalho nem sempre

foi possível colocar em prática devido ao facto de terem entrado recentemente para a equipa, um número considerável de enfermeiros.

2 - Das atividades desenvolvidas às competências adquiridas – análise crítico-reflexiva

As atividades desenvolvidas no decurso do Estágio de Natureza Profissional, têm como propósito principal a aquisição e desenvolvimento de competências que permitam o reconhecimento do grau de Mestre em enfermagem, assim como aceder ao título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC) pela OE. Deste modo, o conjunto de atividades desenvolvidas em contexto de estágio que conduziram ao desenvolvimento e aquisição de competências, tiveram como referencial as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, nas competências inscritas no artigo 15º do capítulo III do Decreto-Lei nº 74 de 2006 republicado no Decreto-Lei nº 63 de 2016 que conferem o grau de mestre, e nos objetivos e competências delineados e inseridos no protocolo da unidade curricular – ENP.

Enfermeiro especialista,

”é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento n.º 122/2011, p. 8648).

Neste sentido reconhece-se ao enfermeiro especialista, competência para a prestação de cuidados nas respetivas áreas de especialidade específicas de enfermagem em que se integram, assim como no conjunto de competências comuns aos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019).

Competência “é entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da ação adquiridas ao longo do tempo” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 2), pelo que é importante para o enfermeiro experienciar durante o seu percurso académico e profissional, o maior número de situações clínicas de modo a que este possa adaptar a sua atuação perante situações complexas que surjam, tendo em conta o seu conhecimento teórico, e as habilidades e recursos técnicos que adquiriu no decorrer do seu percurso profissional.

Também Benner (2001), através do desenvolvimento do modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem, indica que a aquisição e desenvolvimento de uma competência envolve cinco níveis sucessivos de conhecimento, que vão de iniciado a perito, onde “é possível descrever as características, os comportamentos em cada nível de desenvolvimento e identificar em termos gerais as necessidades em matéria de ensino/aprendizagem em cada nível” (Benner, 2001, p.49). É através da experiência, da vivência de situações reais ocorridas na prestação de cuidados, que o enfermeiro consegue evoluir no conhecimento teórico previamente adquirido, acrescentando-lhe melhorias e novos conhecimentos que lhe permitam adquirir e evoluir nas competências. Esta autora assume que “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se”, levando esta mudança a uma melhoria da atuação e consequente elevação da qualidade dos cuidados prestados, que é conseguida quando se ganha perícia profissional (Benner 2001, p.63).

O título de enfermeiro especialista subentende, para além da confirmação de competências definidas no regulamento respetivo de cada especialidade de enfermagem, “que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (Regulamento nº 140/2019, p. 4744). Estas competências comuns são as “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745), a saber responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019).

Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Num contexto de cuidados de saúde, o enfermeiro no seu exercício profissional, deve ter sempre presente, que a responsabilidade profissional subjacente aos cuidados de enfermagem e os aspetos éticos-legais são fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Estes três elementos também estão presentes no código deontológico do enfermeiro, instrumento fundamental para o agir profissional, que quando corretamente utilizado se traduzirá num empoderamento da enfermagem enquanto profissão. Deve também ter a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. Todavia não basta ao enfermeiro ter conhecimentos teóricos de ética e da legislação inerente, é imperativo colocá-los na prática diária em contexto de trabalho, tendo a noção das “consequências que esses atos implicam para

a pessoa que recebe cuidados, para o próprio Enfermeiro e para o ambiente. (...) São as diversas dimensões da responsabilidade em Enfermagem, com as suas componentes ética, deontológica e jurídica.” (Deodato, 2008, p. 22).

Foi com este intuito que procurei, em conjunto com os enfermeiros tutores durante o estágio, refletir e tomar decisões de atuação tendo em conta estas vertentes. Neste sentido a minha atuação enquanto enfermeiro teve como preocupação fundamental o respeito pela dignidade da pessoa humana, atendendo as opções dos doentes e participando no processo de tomada de decisão em equipa, tendo em conta o conhecimento científico, a experiência adquirida e respeitando a deontologia profissional.

A dignidade humana enquanto imposição do ser humano a si próprio, e os direitos a ela associados, deveriam ser o rosto visível de uma verdadeira igualdade social. Tal como refere o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos”. Esta é uma condição intrínseca ao ser humano, sendo que só ele é portador de dignidade humana, encerrando nele responsabilidades para com os restantes seres humanos. O respeito pela dignidade humana é um valor autónomo e específico de cada pessoa, pois esta revela-se um ser único, na sua singularidade, consciência, liberdade e autonomia. Também o HB comunga da defesa e consagração deste princípio, patente no artigo 4º do regulamento interno deste hospital onde faz referência ao respeito da dignidade humana centrada no utente, através de uma prática assistencial baseada em elevados padrões éticos (Hospital de Braga EPE, 2021a).

É nosso dever enquanto enfermeiro, tal como vem descrito no ponto 1 do artigo 78º da Deontologia Profissional de Enfermagem, salvaguardar que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 38), no entanto para que isso aconteça, é necessário que o doente tenha autonomia para decidir em consciência e liberdade, qual a melhor opção para a resolução dos seus problemas de saúde.

Num contexto de estágio que decorreu na UCIP e no BO, em que a pessoa se encontra muitas das vezes, numa situação de saúde agudizada ou crítica, onde a própria vida está ameaçada, e que por esse fato está impedida de decidir sobre a sua saúde de acordo com a sua vontade e autodeterminação, cabe ao enfermeiro assumir um papel fundamental na sua proteção, pelo que nos turnos de estágio que decorreram nestas unidades procurei promover um ambiente seguro na prestação de

cuidados respeitando os princípios da vulnerabilidade, beneficência, não maleficência, autonomia, confidencialidade e privacidade.

Qualquer pessoa em virtude do seu estado de doença pode ser considerado vulnerável, o simples fato de estar internado num hospital, num ambiente estranho e desconhecido pode levar o doente a sentir-se vulnerável. Num contexto como o BO ou a UCIP, com doentes em estado crítico, muitas das vezes sedados e curarizados, totalmente indefesos a qualquer ato passível de causar dano e totalmente dependentes e entregues ao olhar e cuidado do profissional, a vulnerabilidade toma um papel ainda mais crucial, devendo o enfermeiro estar atento para que sejam garantidos aspetos como a segurança, privacidade e defesa da dignidade.

Esteve também sempre no meu foco de atenção e atuação, o respeito pelos valores e crenças dos doentes, sejam eles do foro espiritual, cultural ou outro, atuando no exercício profissional sem fazer qualquer tipo de juízos de valores. Do mesmo modo, procurei respeitar o dever de sigilo profissional, garantindo a confidencialidade da informação do doente e família, apenas partilhando essa informação com as pessoas que dela necessitavam e que estavam obrigatoriamente envolvidas no plano terapêutico.

Uma das preocupações que estive sempre presente no sentido de respeitar a dignidade do doente, tem a ver com a possibilidade de o doente, em liberdade e longe de qualquer tipo de pressão, decidir sobre o seu estado de saúde, ou seja, ter o direito a escolher no seu ponto de vista, pela opção de cuidados que dê melhor resposta ao seu processo de tratamento com vista à sua recuperação. É considerada autónoma a pessoa de maior idade capaz de decidir livremente sobre questões da sua vida ou da dos seus dependentes de acordo sobre a sua vontade e autodeterminação.

O respeito pelo princípio da autonomia da pessoa concretiza-se no consentimento informado, ou consentimento livre e esclarecido, no qual a permissão é fornecida por cada sujeito individualmente, não sendo eticamente possível a alguém consentir por outro que possua autonomia plena. Incluem-se no conceito de consentimento duas noções essenciais, a de informação e a de liberdade da decisão.

No BO e na UCIP, nem sempre os doentes estão em condições de exercer esse princípio pelo que, nestes casos a família ou a pessoa significativa, têm um papel fundamental para garantia e consecução desse princípio. Foi minha preocupação que tanto o doente quando capaz, ou a família tomassem parte nesse processo de decisão, estando cientes que para isso acontecer é necessário um pressuposto fundamental, a informação que tem de ser fornecida com todos os dados

esclarecedores da situação, numa linguagem clara e acessível, individualizada à pessoa ou família em questão, para que a decisão seja tomada em consciência.

O BO é um serviço com uma especificidade própria, devido ao fato de os doentes que lá vão por necessidade de algum tipo de procedimento cirúrgico, permanecem por um tempo limitado no serviço, que contempla o período decorrente da intervenção cirúrgica e do recobro na UCPA.

Todos os doentes que recorrem ao BO para serem submetidos a intervenção cirúrgica, têm que obrigatoriamente ter dado autorização prévia para a intervenção cirúrgica através do consentimento livre e esclarecido. Isto pressupõe que previamente lhe tenham fornecido informações sobre a intervenção cirúrgica proposta, de modo a que ele na posse de todas as informações e esclarecimentos fornecidos, tenha dado em consciência o seu consentimento. A obrigatoriedade de informação ao doente e de obtenção do seu consentimento é um requisito legal, incluído na Constituição da República, na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, e nos códigos deontológicos dos profissionais de saúde, como fica demonstrado pela OE na alínea b) do artigo 84º da Deontologia Profissional de Enfermagem onde se pode ler que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.74). A observância e cumprimento desta obrigatoriedade foi também sempre foco da minha atenção no decurso dos turnos que efetuei em estágio neste serviço.

Existem exceções no que concerne ao consentimento livre e esclarecido, e que num serviço como o BO, não são assim tão raras de acontecer: Refiro-me ao fato de em situações de emergência, em que o doente dá entrada no bloco e que pela sua situação de saúde necessita imperiosamente de ser intervencionado, não está em condições de dar o seu consentimento, e não existe com ele um representante legal. Nestas situações teremos que orientar a nossa atuação atendendo ao princípio de beneficência, que consiste no agir bem e no melhor interesse do doente, preservando a defesa da saúde e da vida humana. Considera-se aqui, inexistindo o consentimento livre e esclarecido, a figura do consentimento presumido que se pode aplicar “quando a obtenção do consentimento implicar adiamento que represente perigo para a vida ou perigo grave para o corpo e para a saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.74).

Gostaria também de realçar que o respeito de uma prática profissional ética e legal, norteada pelo respeito das normas legais, da deontologia profissional e dos princípios éticos, não se cingiram apenas à prestação de cuidados ao doente crítico, abrangeram

também a planificação e execução do projeto de investigação, no que se refere aos pedidos de autorização solicitados à comissão executiva do Hospital de Braga, aos Diretores de Serviço e Enfermeiras Chefes do BO e UCIP, assim como aos pedidos de parecer do estudo à Comissão de Ética deste hospital e à Comissão encarregue da proteção de dados. Do mesmo modo foi elaborado o folheto informativo e respetivo consentimento informado para os participantes do estudo, como garante para além do consentimento, também da confidencialidade e privacidade dos dados obtidos.

Em suma e perante o exposto penso ter demonstrado a aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade

Enquanto enfermeiros é nosso dever procurar sempre a melhoria da qualidade que envolve a prática de cuidados, tendo em vista a obtenção de cuidados de enfermagem de excelência. Para isso é necessário que os enfermeiros, e os enfermeiros especialistas em particular, utilizem a evidência científica recolhida através da leitura e análise de estudos desenvolvidos, para a tomada das melhores decisões em contextos específicos na área da prestação de cuidados. Temos de ser capazes de utilizar os dados gerados em contexto de investigação, desenvolvendo e adquirindo com eles competências que nos permitam “desenvolver um ambiente conducente a tomadas de decisão e práticas baseadas na evidência” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.7), contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

A prática baseada na evidência é uma metodologia que pelas suas características está mais direcionada à obtenção e análise de informação sobre determinada prática ou procedimento com o objetivo de, quando justificado, se introduzir mudanças nessa atuação. No entanto, nem sempre é fácil implementar essas mudanças, devido aos entraves que as pessoas e as organizações colocam na modificação dos modos de agir (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Cabe ao enfermeiro especialista identificar e verificar se a informação presente na evidência é fidedigna, interpretar essa informação e perceber se os resultados que daí possam ocorrer são importantes o suficiente para motivar a mudança, assumindo assim um papel de relevo pelas capacidades e competências que demonstra neste domínio.

Basear a prática de enfermagem na evidência, contribuindo para a alteração e melhoria de procedimentos de enfermagem, através da colaboração em processos formativos, da participação em auditorias, e na elaboração de procedimentos que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, foram

algumas das estratégias utilizadas para contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem.

A avaliação da qualidade das práticas clínicas é um processo que permite a melhoria contínua dos cuidados prestados, permitindo em função dos resultados uma eventual revisão e melhoria dessas mesmas práticas e se necessário a implementação de programas de qualidade de melhoria.

Durante o estágio tive oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre as auditorias sob responsabilidade interna que decorrem no BO. A regular observação das práticas, por intermédio de auditorias, é sem dúvida uma ferramenta indispensável que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente cirúrgico e para a segurança não só do doente, mas também da equipa multidisciplinar que exerce funções.

São oito o número de auditorias em que o BO é responsável pela sua execução, tendo sido estas definidas com base em critérios que incorporam maior grau de risco para os doentes e os profissionais, sendo realizadas por vários elementos constituintes da equipa e com periodicidades definidas para cada uma delas.

As auditorias que são efetuadas no âmbito interno do serviço incluem, auditoria às boas práticas na utilização e organização da sala operatória – Enfermagem – área cirúrgica e anestésica. Esta tem como objetivo avaliar o cumprimento das boas práticas de utilização, organização e reposição das salas operatórias por parte dos enfermeiros. É efetuada mensalmente pelo responsável de enfermagem de cada equipa de enfermagem; auditoria às boas práticas na organização da UCPA e do recobro da UCA, com o objetivo de avaliar o cumprimento das boas práticas dos enfermeiros e assistentes operacionais, aos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos nos recobros de cirurgia convencional e ambulatório, sendo efetuada mensalmente; auditoria à segurança do medicamento no BO, para avaliar o cumprimento por parte do enfermeiro de boas práticas na preparação e administração de medicamentos, com vista à prevenção de erros de medicação no BO e que ocorre com a periodicidade mensal; auditoria às boas práticas nos postos de trabalho, que consiste numa avaliação mensal ao cumprimento de boas práticas e das atividades a desenvolver pelo assistente operacional de acordo com o posto de trabalho atribuído; auditoria à cirurgia segura, realizada semestralmente, com o objetivo de acompanhar e avaliar a implementação e execução da norma da DGS – Cirurgia Segura, Salva Vidas, através de indicadores de processo e resultado, e cujo indicador de processo referente à taxa de não conformidade de utilização da Lista de

Verificação da Segurança Cirúrgica é efetuada com recurso a esta auditoria; auditoria à higiene das mãos efetuada de dois em dois meses para avaliar a adesão à higiene das mãos por parte dos vários grupos profissionais, contribuindo desta forma para a segurança do doente no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção; auditoria relativa a contagem de compressas que é realizada a cada seis meses pelos gestores locais de risco, e tem como finalidade avaliar o correto procedimento de contagem de compressas de modo a prevenir a retenção das mesmas no doente durante a cirurgia; auditoria à higienização da sala cirúrgica, com o objetivo de avaliar o procedimento de limpeza e desinfeção da sala cirúrgica por parte das assistentes operacionais.

Em conjunto com a enfermeira tutora que é uma das dinamizadoras do controle de infeção do serviço e que são responsáveis pela realização das auditorias sobre higiene das mãos e higienização da sala cirúrgica, tive oportunidade de efetuar uma auditoria referente à higienização da sala cirúrgica (apêndice I), que como foi referido anteriormente, avalia a limpeza e desinfeção do ambiente cirúrgico. Esta consiste na observação da sala e dos seus elementos constituintes e das superfícies, através da utilização de *checklist* própria elaborada com base nos protocolos do HB sobre precauções básicas de controlo de infeção e higienização da sala cirúrgica. De salientar que todas as auditorias efetuadas no BO são seguidas da elaboração de um relatório, onde os resultados que constam nesses relatórios são analisados pelos responsáveis das auditorias em conjunto com o Enfermeiro Gestor e enviados posteriormente ao Gabinete da Qualidade do HB. Da análise efetuada e da avaliação dos resultados obtidos poder-se-á, caso se justifique, implementar ações de melhoria da qualidade ao procedimento, como foi o caso do plano de ações corretivas elaborado (apêndice II).

Foi precisamente num processo de análise e avaliação de resultados da auditoria sobre a cirurgia segura, que uma enfermeira da Equipa da Cirurgia Segura, Salva Vidas do HB, propôs a elaboração de uma formação sobre o preenchimento da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica como proposta de melhoria da qualidade desta norma, que é obrigatória em todas as cirurgias que ocorram nos blocos operatórios do Sistema Nacional de Saúde.

A pertinência desta formação no que diz respeito à melhoria da segurança cirúrgica e ao incremento de uma melhor prática clínica, que se reflete depois numa melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente que é sujeito a uma intervenção cirúrgica, foi um fator decisivo para que, em sintonia com a enfermeira tutora, me propusesse preparar e ser o preletor dessa formação.

A segurança dos cuidados cirúrgicos é uma área que a Organização Mundial de Saúde (OMS) dá grande importância e que está englobado num desafio geral da OMS sobre a melhoria da segurança do doente de forma universal. O reconhecimento no início do milénio de que as complicações resultantes de cuidados cirúrgicos tornaram-se numa das principais causas de morte e incapacidade no mundo, levou a OMS a debruçar-se seriamente sobre esta problemática tendo resultado na elaboração e recomendação das diretrizes sobre cirurgia segura, nomeadamente “o programa “Cirurgia segura salva-vidas” que visa melhorar a segurança cirúrgica e reduzir o número de mortes e de complicações cirúrgicas” (DGS, 2010, p.8).

Um dos instrumentos elaborados para dar resposta a este desígnio, foi a lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS, e a sua utilização em massa em salas cirúrgicas de todo o mundo permitiu “reduções significativas de complicações de taxas de mortalidade em diversos hospitais e contextos e com melhorias de na observância dos padrões de boa prática de cuidados” (DGS, 2010, p.155).

Apesar de nos últimos 8 anos, ter colaborado com o centro de formação do HB como formador na área da ética e deontologia profissional, e também colaborar em formações do serviço e do hospital como formador na área do perioperatório, nomeadamente no âmbito do curso de instrumentação cirúrgica, curso básico e avançado do perioperatório, a formação constituiu sempre para mim um foco e uma área de investimento pessoal.

O formador, para estar apto para dar algum tipo de formação, tem em primeiro lugar que se preparar, e esta preparação consiste em ler, estudar, investigar no âmbito da área a intervir, de modo a que consiga atingir os objetivos a que a formação se propõe. Assim o formador ao preparar-se para uma formação está ele também a adquirir novos conhecimentos, contribuindo para o seu enriquecimento pessoal e profissional, e de certa forma a consolidar e adquirir competências que, de outra forma, não seriam desenvolvidas, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade.

A formação “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica” (LVSC) (apêndice III) foi elaborada e direcionada aos enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital de Braga, e teve como objetivos lembrar a estrutura e características da LVSC, a importância dos tempos indicados para o seu preenchimento, e avaliar e discutir aspetos relativos ao preenchimento da LVSC para uma uniformização desse processo.

O preenchimento da LVSC é efetuado em três momentos diferentes do procedimento cirúrgico, em que cada uma corresponde a um período específico de tempo do fluxo

normal de uma cirurgia de forma a realizar as diferentes etapas da cirurgia de modo seguro e eficaz para o doente e equipa cirúrgica.

Foi uma formação em que estiveram presentes 41 enfermeiros do BO, que permitiu a discussão e uniformização de aspetos relativos ao preenchimento da LVSC, e que creio que contribuiu para o desenvolvimento e adoção de práticas com melhor qualidade e segurança.

O Hospital de Braga, possui diversos manuais, procedimentos e instruções de trabalho e impressos de carácter geral ou específico, que servem de orientação e contribuem para as boas práticas de todos os colaboradores que trabalham neste hospital. Todos estes documentos são válidos por um período de 3 anos findos os quais terão de ser revistos e aprovados por mais 3 anos. Foi o caso do procedimento específico relativo à Integração de Novos Profissionais no Bloco Operatório (apêndice IV) cujo prazo expirava em Setembro de 2021 e havia a necessidade de se proceder à sua revisão. Assim em colaboração com a enfermeira tutora, que tem um papel fundamental no que diz respeito à revisão dos documentos relativos ao BO, assim como com as enfermeiras responsáveis da área anestésica e cirúrgica, procedemos à revisão do respetivo procedimento específico com vista à sua aprovação, tendo por base as boas práticas recomendadas, baseadas na evidência, obtidas através de literatura publicada e opiniões de peritos na área. Com este procedimento, foram revistos ou elaborados de raiz 4 documentos (apêndice V), relativos ao Guia de integração de Enfermeiros da Área Anestésica, Guia de Integração de Enfermeiros da Área Cirúrgica, Guia de integração de Enfermeiros da Cirurgia de Ambulatório e Guia de Integração de Assistentes Operacionais.

Este procedimento e os guias de integração que o compõem têm como objetivo contribuir para uma melhoria do processo de integração de enfermeiros e assistentes operacionais que iniciem funções no BO do Hospital de Braga, sendo este um aspeto que considero fundamental, considerando o contexto específico deste serviço, para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados e que vai de encontro também às competências que um futuro enfermeiro especialista deve adquirir e desenvolver no âmbito da melhoria contínua da qualidade.

O processo que culminou na revisão deste procedimento e respetivos anexos, apesar de ter sido árduo, foi ao mesmo tempo enriquecedor e gratificante profissionalmente por me permitir enquadrar e operar em áreas que no meu quotidiano profissional não eram muito exploradas.

A área da saúde, evoluiu muito com o decorrer dos anos, através do desenvolvimento de meios tecnológicos e farmacológicos disponibilizados para tratamento do doente. Este desenvolvimento resultou numa mais-valia ao nível do aparecimento de novas soluções, alternativas e processos de cura para os doentes, incluindo os considerados críticos, acarretando simultaneamente um acréscimo do grau de complexidade dos meios disponíveis para os profissionais de saúde, exigindo a estes e nomeadamente aos enfermeiros necessidade de prestação de cuidados altamente complexos e especializados, o que por si só é sinónimo também de acréscimo de risco de ocorrência de erros.

É fundamental que se garanta um ambiente terapêutico e seguro. Este foi um dos aspetos que esteve sempre presente na minha atuação enquanto enfermeiro, procurando garantir no planeamento de qualquer intervenção de enfermagem, a segurança do doente e da equipa multidisciplinar que conosco colaboravam.

Aspetos como a preparação e administração de fármacos na vertente das perfusões, diluições e incompatibilidades entre eles, estiveram sempre na linha da frente da minha atenção para evitar o aparecimento de potenciais erros, pondo em risco o estado de saúde do doente, muitas vezes já de si crítico.

O suporte ventilatório com recurso a ventilação mecânica invasiva (VMI), exige por parte do enfermeiro conhecimentos técnico-científicos para o tratamento dos doentes, seja num quadro assistencial de UCIP seja em contexto de Bloco Operatório por forma a permitir uma estabilidade ventilatória e prevenir complicações daí associadas. Apesar da minha experiência enquanto profissional que exerce funções na área da instrumentação no BO não incidir muito neste âmbito, procurei precisamente por isso aprofundar e desenvolver esses conhecimentos adquiridos em contexto teórico, colocando-os num ambiente de prática clínica tendo como pano de fundo a preocupação com a segurança do doente.

A preocupação com a mobilização do doente crítico em especial do doente politraumatizado, com o uso por exemplo de sistemas de elevação com recurso a fitas e técnicas de mobilização, constituiu um foco na minha atuação para a aplicação dos princípios necessário para garantir a segurança do doente ou dos profissionais envolvidos através da aplicação de princípios de ergonomia.

A utilização correta de procedimentos e instruções de trabalho que garantam a segurança do ambiente terapêutico foi um aspeto também valorizado durante este estágio, quer em contexto de BO quer da UCIP. Dou como exemplo o procedimento da higienização das mãos, que sendo um ato simples, é mais eficaz na prevenção de

infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) contribuindo de sobremaneira para a segurança do doente; o procedimento relativo à contagem de compressas durante o procedimento cirúrgico, que se revela crucial para a garantia que nenhuma compressa fique no doente após o encerramento cirúrgico, em especial em procedimentos que a profundidade da ferida operatória e a localização sejam suscetíveis de poder acidentalmente ficar compressas, por exemplo cirurgias ao nível abdominal; a lista de verificação da segurança cirúrgica anteriormente referida, que pela sua importância na segurança do doente no que diz respeito à sua identidade, localização do procedimento cirúrgico, a confirmação da esterilização dos dispositivos estéreis usados, entre outros itens importantes, se revela fundamental ser executada com toda a seriedade e atenção.

Os aspetos relacionados com a segurança da informação do doente, seja através dos registos informáticos ou do processo físico, foram também tidos em conta, havendo o cuidado de não deixar processos informáticos com *passwords* desprotegidas, assim como o processo físico disponível a quem não está diretamente ligado aos cuidados do doente, garantido assim o respeito pela privacidade da informação do doente como já tinha sido referido anteriormente.

Todos estes factos mostram que trabalhar na área da saúde, mais concretamente no que diz respeito à prestação de cuidados do doente crítico, envolve risco. Risco para o doente, que pode ser vítima de erros que diretamente lhe poderá originar danos físicos ou psicológicos, para os profissionais envolvidos pela sua atividade assistencial ao doente, que lhe poderão causar danos para a sua saúde física assim como para o seu exercício profissional (Fragata, 2011).

Nesse sentido existe no hospital a Comissão de Qualidade e Segurança que tem como missão “a promoção e o desenvolvimento de cultura de qualidade, gestão de risco e segurança, fomentando (...) a redução de risco clínico e não clínico, aumentando a segurança” (Hospital de Braga EPE, 2021a, p.13). O departamento de gestão de risco do HB trabalha em colaboração com os gestores de risco locais de cada serviço, que monitorizam e acompanham as situações de risco clínico e não clínico identificados no HB com vista à garantia da qualidade, saúde e segurança. No BO são 3 enfermeiros os gestores locais de risco, sendo que na UCIP são 4 enfermeiros que desempenham essa função.

No HB existe um plataforma informática (HER+ - *Health event & risk management*) que permite relatar todas as situações identificadas como suscetível de risco ou potencial risco, seja por terem resultado em erro ou por ter suscitado risco de o erro

ocorrer, merecendo depois a análise e reflexão mais aprofundada dos responsáveis pelo risco do hospital, no sentido de uma perspetiva construtiva de melhoria de processos com vista à prevenção do aparecimento de situações de risco. Esta ferramenta permite a abordagem de situações passíveis de suscitar risco e ocorrência de erro, protegendo quem o expõem, dado que tem caráter confidencial, procurando assim a melhoria da qualidade.

No sentido de garantir as condições de qualidade e segurança necessárias a nível assistencial ao doente no BO, existem procedimentos diários de controlo (*checklists*) às salas cirúrgicas, através da verificação e registo em folha própria, dos testes operacionais aos ventiladores, verificação de saídas de O₂ e aspiração, da operacionalidade de equipamentos de hemóstase e corte de tecidos, verificação e reposição de carros de apoio à anestesia e circulante e verificação operacional de focos de luz e tampos cirúrgicos entre outros. Uma situação comum aos dois serviços BO e UCIP é a verificação operacional dos monitores/desfibrilhadores, essenciais na vigilância e recuperação de situações de risco e paragem cardiorrespiratória.

Em suma penso que aprofundei e desenvolvi competências neste domínio ao nível do desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas e institucionais na área da governação clínica, na colaboração, conceção em programas de melhoria contínua e na manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

Competências no domínio da gestão dos cuidados

A prestação de cuidados de qualidade ao doente crítico exige do enfermeiro competências e conhecimentos técnicos baseados na melhor evidência, assim como um espírito de missão e resiliência no sentido de ultrapassar obstáculos que se nos deparam na prática diária. Para isso contribui sem dúvida o empenho individual de cada enfermeiro na sua atuação profissional, mas não podemos dissociar também a complementaridade e solidariedade que tem que existir entre os diversos profissionais que compõem e trabalham em equipa. Os cuidados de enfermagem têm que ser avaliados numa perspetiva de continuidade, 24 sobre 24 horas, o que implica uma articulação e complementaridade de todos os enfermeiros neste processo no sentido de se conseguir prestar cuidados de qualidade aos doentes.

Trabalhar e saber trabalhar em equipa exige dos enfermeiros que a compõem, a aquisição de dinâmicas e rotinas próprias, nunca esquecendo no entanto, o contributo e mais-valia que cada enfermeiro individualmente pode acrescentar na qualidade assistencial dos cuidados. Nesse sentido, é importante haver enfermeiros no seio da

equipa que pela sua experiência e ou competências adquiridas lhes sejam atribuídas responsabilidades ao nível da gestão de cuidados de enfermagem no que diz respeito à resposta e articulação da equipa na prestação de cuidados, adequando e gerindo os recursos às necessidades de cuidados garantindo a sua qualidade.

O enfermeiro especialista pelas funções e competências que decorrem do seu grau profissional, tem um papel e contributo fundamental para que isso aconteça. Assim o enfermeiro especialista deve ser capaz de trabalhar em equipa, otimizando a tomada de decisão no processo de cuidar, supervisionando o exercício profissional dos pares e gerindo os recursos existentes, humanos e materiais, para responder da melhor forma às necessidades de cuidados.

Um aspeto fundamental na gestão tem a ver com o comando e condução de pessoas, sendo que aliado ao processo de gestão é necessário também liderar. Embora estes dois possam estar interligados, existem diferenças que são importantes apontar. A função de gestor é uma posição designada dentro de uma organização por ser de cariz formal, em que existe um grupo de pessoas que estão sob a sua responsabilidade e lhe respondem por isso, enquanto a liderança é algo que é assumido de forma não oficial, em que as pessoas que conosco colaboram, reconhecem em nós a capacidade em aliar as necessidades das organizações com as dos próprios, o que contribui para a nossa valorização e reconhecimento enquanto líder.

No mercado de trabalho, as organizações são constituídas por um conjunto de pessoas que trabalham juntas, que atuam em diferentes atividades e níveis organizacionais. Muitas delas ocupam níveis administrativos, tornando-se responsáveis pelo trabalho de outros indivíduos. Isto necessariamente implica liderança (Chiavenato,1999). Liderar é uma função de gestão do enfermeiro e o seu exercício constitui-se na habilidade em cuidar das pessoa que lidera, motivando-os e convencendo-os a trabalhar para o bem comum da equipa, que é o cuidado de si e do doente.

Durante este estágio, nos turnos que efetuei na UCIP, tive a oportunidade de reunir com a enfermeira-chefe, e perceber como é gerida a equipa no que diz respeito à elaboração dos horários, nomeadamente na constituição e formação das equipas que asseguram e garantem a prestação de cuidados aos doentes internados nesta unidade.

A entrada de um número considerável de enfermeiros para reforçar a equipa, adequando os recursos humanos e fazer face ao contexto pandémico resultante do

aparecimento do coronavírus COVID-19, pôs “a nu” os diferentes níveis de experiência e competências dos enfermeiros constituintes da equipa necessários ao tratamento de doentes com um grau de complexidade alto, como são os doentes que necessitam de internamento numa UCIP.

Neste cenário verifiquei, quão a gestão de recursos humanos pode ser bastante complexa, pois o cuidado de gerir pessoas, atendendo aos seus pedidos e necessidades e conseguir um equilíbrio ao conciliar com as necessidades do serviço, é a fórmula de sucesso para conseguir ter uma equipa a trabalhar com satisfação num único propósito, a prestação de cuidados de qualidade.

A enfermeira-chefe para além das duas unidades UCIP, acumula a gestão do serviço de gastroenterologia. Nesse sentido conta com a ajuda de dois enfermeiros especialistas que colaboram na gestão de serviço, um deles o enfermeiro que acompanhei em estágio, pelo que tive também a oportunidade de colaborar com ele nessas funções. Os enfermeiros que colaboram com a enfermeira chefe, acumulam essa função em simultâneo com a função de enfermeiro responsável de turno.

Nesse sentido acompanhei o enfermeiro tutor na realização de atividades de gestão inerentes ao papel de responsável de turno, conhecendo e colaborando nessa função. Ser responsável de turno é também uma das funções que poderá ser da competência do enfermeiro especialista, na medida em que, como faz referência o regulamento nº 140, no ponto 1 do seu artigo 7º (2019, p. 4745) o enfermeiro especialista “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação da equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia de cuidados”.

Assim, é da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno a elaboração do plano de trabalho de enfermagem para o turno seguinte, tendo em conta o número e complexidade de doentes internados, as possíveis admissões e altas da unidade e os possíveis transportes intra ou inter-hospitalares. Cabe também ao responsável de turno a substituição de elementos em falta, em articulação com a enfermeira-chefe, procedendo também à efetivação em horário dos pedidos de trocas efetuados pelos enfermeiros.

É também função do enfermeiro responsável de turno os pedidos de farmácia, armazém e aprovisionamento, que ocorrem à 2ª e 5ª feira. A UCIP 1 possui um stock próprio de medicação alocado num dispositivo de armazenamento, com gestão automatizada de medicação através de impressão digital denominado “Pyxis”, cabendo à farmácia a reposição desta medicação. A cargo do enfermeiro responsável

de turno ficam os pedidos de farmácia onde se incluem os soros, nutrição entérica, medicação com necessidade de conservação em frio, e consumíveis de tratamento de substituição renal. Compete também ao enfermeiro responsável fazer o controlo de estupefacientes e hemoderivados, efetuando o pedido informaticamente e conferindo-os posteriormente aquando da sua chegada. Para além destas funções o enfermeiro responsável gere ainda os pedidos e empréstimos de materiais, equipamentos e medicação, e quando necessário pedidos de reparação de equipamentos.

Outro aspeto importante, diz respeito ao apoio que dá aos colegas, especialmente aos colegas mais recentes no serviço, no esclarecimento de possíveis dúvidas e demonstração de práticas mais complexas colaborando assim também no processo de tomada de decisão no momento de cuidar.

Apesar de diversas vezes, no meu contexto profissional, desempenhar o papel de responsável de turno, estas oportunidades permitiram partilhar experiências e verificar as diferenças de atividades de responsável de turno entre os diferentes serviços, aprofundando e consolidando as minhas competências a este nível.

Durante este estágio tive também a oportunidade de efetuar turnos no BO, o que não sendo uma novidade para mim, revestiu-se de uma grande importância, no sentido de vivenciar experiências fora da minha área de atuação, em especial na área de anestesia o que permitiu abordar o doente crítico sob outra perspetiva complementando e enriquecendo a minha prática profissional, e também na oportunidade que tive de acompanhar diferentes enfermeiros em áreas distintas de gestão do bloco, conhecendo e aprofundando competências também neste domínio.

Devido à especificidade e complexidade do trabalho em contexto de BO, que resulta da dimensão e diversidade de especialidades cirúrgicas que aqui operam, a gestão de enfermagem num serviço com estas características não é fácil. Para além de abranger um número muito significativo de profissionais que diariamente exercem aqui funções, existe uma grande flutuação e variação dos planos cirúrgicos, o que obriga a uma adaptação constante dos recursos humanos existentes para dar uma resposta eficaz no cumprimento dos planos cirúrgicos e com a garantia de qualidade dos cuidados prestados.

Neste seguimento é necessário por parte da enfermeira-chefe do BO, instituir um modelo de gestão e de liderança em que consiga agregar e motivar todos os profissionais no cumprimento desse objetivo. Para isso conta com a colaboração de alguns enfermeiros que colaboram com a enfermeira-chefe na gestão do serviço, nomeadamente na área anestésica, área cirúrgica, gestão de materiais e consumíveis

na área de ortopedia. O enfermeiro responsável de turno que normalmente é o responsável da equipa de enfermagem que está de urgência nos turnos de manhã/tarde e noite, tem também pela natureza do seu cargo um papel importante na gestão do serviço no que concerne à gestão dos cuidados.

No decorrer dos turnos de estágio que efetuei no BO tive oportunidade de acompanhar a enfermeira-chefe e também os enfermeiros responsáveis pelas áreas anestésicas, cirúrgicas e de gestão de material e consumíveis na área de ortopedia, durante três turnos de manhã.

Assim tive a oportunidade com a enfermeira-chefe de observar e colaborar na elaboração do horário do mês março. O horário do bloco comporta vários turnos com cargas horárias distintas, onde se englobam turnos de 12 horas diurnos e noturnos, turnos de 6 horas diurnos, e turnos específicos com carga horária diferente para garantir a cobertura de postos da UCPA, recobro, preparação e alta do ambulatório, e transportes. Aliado aos planos cirúrgicos, que são alterados diversas vezes quer quanto ao número de salas a funcionar, quer quanto à especialidade alocadas a cada sala, é necessário elaborar o horário de forma a que os enfermeiros escalados possam atender e dar resposta às necessidades de sala cirúrgica ao qual estão alocados.

Com a enfermeira responsável da área cirúrgica, tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos e colaborar no desempenho das suas funções. Assim é função do enfermeiro da área cirúrgica, efetuar o levantamento das especialidades e cirurgias para o dia seguinte de modo a elaborar o plano de trabalho de enfermagem da área cirúrgica tendo em conta as especialidades e cirurgias programadas, e também aferir de necessidades especiais que determinadas cirurgias requeiram, quer a nível de equipamentos, quer a nível de dispositivos médicos estéreis. De salientar que o levantamento das cirurgias, é muitas vezes delegado aos enfermeiros que estão de urgência no bloco de partos ou no bloco operatório, havendo a necessidade de em algumas situações existir apoio para esclarecimento de dúvidas que se lhes deparem, e no final desse levantamento efetuado, verificar se essa tarefa está corretamente executada, garantindo assim que todo o planeamento está em sintonia com as necessidades. Compete também ao responsável desta área a substituição de enfermeiros da área cirúrgica em falta, em articulação com o enfermeira-chefe, procedendo também à efetivação em horário dos pedidos de trocas efetuados pelos enfermeiros através de aplicação informática.

É também sua função efetuar diariamente o controlo de *stocks* da área cirúrgica, no que diz respeito a produtos específicos de especialidades como a neurocirurgia ou ortopedia (substitutos de dura mater, matriz hemostática, cimento, cola de fibrina, dissetores de corte etc.) verificando os seus gastos e efetuando os pedidos de reposição à farmácia ou aprovisionamento por forma a que o *stock* definido para o bloco esteja sempre garantido de modo a não haver constrangimentos para as cirurgias que deles necessitem.

É também da sua responsabilidade verificar se as cirurgias programadas não realizadas no dia de véspera, foram devidamente justificadas na folha de marcação cirúrgica com o motivo da não realização, encaminhando-as depois para a secretária de unidade.

Todos os gastos que necessitem de justificação extra formulário, folhas de gastos de dispositivos médicos não consignados e folhas de administração de hemoderivados, são funções que estão delegadas aos enfermeiros presentes nas salas operatórias que têm a responsabilidade do seu preenchimento ou de zelar pelo seu preenchimento quando aplicado, no entanto, é função da enfermeira responsável pela área cirúrgica supervisionar se o mesmo é efetuado corretamente evitando falhas de reposição de modo a garantir que a qualidade dos cuidados, que necessitem desses recursos, não sejam colocados em causa. A seu cargo está também o planeamento e pedido diário de farmácia, no que diz respeito a soluções para desinfeção cirúrgica das mãos e soluções alcoólicas, e pedidos de material ao aprovisionamento sejam eles equipamentos de proteção individual ou soluções de alto espectro biocida para a desinfeção de superfícies.

Além destas funções tem também a responsabilidade, em conjunto com o enfermeiro responsável da área de anestesia e enfermeiros responsáveis de turno gerir pedidos e empréstimos de materiais, equipamentos e medicação, e os pedidos de reparação de equipamentos e instalações.

Tive também a oportunidade de colaborar com a enfermeira responsável da área de anestesia, permitindo-me desta modo conhecer as suas funções no âmbito da gestão de cuidados.

Os enfermeiros da área anestésica no turno da noite distribuem um cofre com medicação estupefaciente por cada sala cirúrgica que funcione no dia seguinte, estando estes fechados para controlo deste tipo de medicação, e cujas chaves são distribuídas no turno da manhã pela enfermeira responsável da área anestésica conferindo com o elemento da sala que este está completo com a medicação

estabelecida. Todos os enfermeiros de anestesia alocados à sala e ao recobro têm que efetuar o preenchimento do formulário da justificativa de uso de estupefacientes, e quando devidamente assinados pelo médico anesthesiologista, são entregues e conferidos pela enfermeira responsável supervisionando assim se estão em conformidade com os gastos efetuados.

É também sua função efetuar os pedidos dos estupefacientes à farmácia e de medicação específica que não é repostada através do circuito normal de reposição direta pelos serviços farmacêuticos. Esta função é importante no sentido de garantir que todos os recursos ao nível de fármacos estupefacientes, estão devidamente controlados e ao mesmo tempo disponíveis em tempo útil, para que a atividade cirúrgica, do que depende do ponto de vista anestésico, decorra sem intercorrências.

Do ponto de vista da gestão de recursos humanos, é também importante o papel que desempenha, não só a nível da elaboração dos planos diários de trabalho dos enfermeiros da área anestésica, com a distribuição dos enfermeiros nos diferentes postos, mas também na adequação de recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade, e dou como exemplo a necessidade de mobilizar recursos para a UCPA quando por lotação dos postos para recobro dos doentes é necessário abrir o plano de contingência desta unidade, exigindo uma mobilização de recursos da equipa de enfermagem de anestesia de uma forma eficiente para promover a qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

Colaborei também com a enfermeira responsável pela gestão de material e consumíveis na área de ortopedia. A área de ortopedia é pela sua natureza uma área bastante técnica, no sentido de existirem inúmeros procedimentos ao nível de implante de próteses e de cirurgias do foro traumático, com uma imensidão de material que implica uma coordenação e gestão de todo esse material, de modo a que as necessidades de cada procedimento cirúrgico estejam garantidas, sem correr o risco de haver cirurgias com as mesmas necessidades de material e este não existir em quantidade suficiente para fazer face às necessidades.

A especialidade de ortopedia ocupa diariamente duas ou três salas cirúrgicas para cumprir o seu planeamento cirúrgico. Uma das salas destina-se ao plano cirúrgico de urgência diferida sendo portanto uma sala destinada maioritariamente à cirurgia de trauma, ficando as restantes, uma ou duas salas, para a cirurgia convencional programada. Todo o planeamento cirúrgico da área de ortopedia, tal como as restantes especialidades, tem que estar agendado de véspera, porém no caso da urgência diferida de ortopedia esse pressuposto nem sempre é cumprido, o que

acresce dificuldades à enfermeira responsável desta área, que tem a responsabilidade de organizar todo o material necessário para as cirurgias, fazendo com que possam haver constantes adequações a adaptações, no sentido que estas decorram com normalidade.

Assim no início do dia é verificado se há alterações da programação efetuada no dia anterior, para caso necessário efetuar os ajustes necessários para garantir o normal funcionamento das salas operatórias. É também sua função, verificar as necessidades do plano cirúrgico para o dia seguinte, verificando a existência de instrumentais e consumíveis em número suficiente para o agendamento, e caso estes sejam de material não consignado ao hospital verificar se os mesmos já estão na central de esterilização ou no aprovisionamento, para que nada falte para o normal decorrer das cirurgias. Esta função também se estende à especialidade de neurocirurgia em casos de cirurgias instrumentadas ao nível da coluna.

São também elaborados os planos das salas operatórias de ortopedia, no que às necessidades de instrumental diz respeito, de forma a que os enfermeiros da área cirúrgica alocados às salas, saibam que materiais podem usar sem colocar em risco o normal funcionamento das outras salas. É também a sua função repor os instrumentais em que exista gastos de consumíveis nas cirurgias, garantindo assim que ficam completos para próximas cirurgias, e repor também os *stocks* de dispositivos médicos e médicos implantáveis que chegam como reposição do aprovisionamento.

Deste modo faz todo o sentido a existência destas funções, pois consegue-se implementar um método de organização de trabalho adequado que garanta a existência dos materiais necessários às cirurgias previstas adequando os recursos materiais necessários à prestação de cuidados de forma eficiente e com isso contribuir para a manutenção ou elevação da qualidade dos cuidados.

O enfermeiro responsável de turno do bloco operatório tem também uma função importante na gestão dos cuidados de enfermagem, em especial na articulação da equipa de enfermagem tendo em conta o fluxo cirúrgico do BO, quer das cirurgias que são programadas do convencional, quer das que aparecem do foro da urgência ou emergência, adaptando se necessário os recursos tendo em conta a situação e o contexto real. De salientar que esta função contempla 24 horas diárias. Não sendo nova para mim, dado que desempenho esta função frequentemente no seio da minha equipa, tive a oportunidade de colaborar com o enfermeiro responsável em alguns turnos que efetuei, possibilitando ter uma visão e uma abordagem da atuação do

enfermeiro responsável diferente da minha, o que contribuiu para o enriquecimento profissional, e para a consolidação de competências enquanto enfermeiro especialista.

Deste modo consideramos que foram adquiridas e desenvolvidas competências no domínio da gestão dos cuidados.

Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O exercício profissional de um enfermeiro não se resume apenas a um conjunto de competências técnicas que o habilitam a desempenhar determinadas tarefas, o enfermeiro necessita de se atualizar constantemente na procura de novas aprendizagens que contribuam para o reforço das suas competências de modo a responder às necessidades específicas de cada doente baseando a sua prática na melhor evidência, oferecendo assim cuidados de enfermagem com um alto nível de qualidade.

Já a OE no artigo 76º do código deontológico defende que os enfermeiros devem exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos sendo que estes “dizem respeito à necessidade de atualização, ao desenvolvimento de esforços de formação nas suas várias modalidades (incluindo a autoformação), de forma a que possuidores de competências (...) os enfermeiros se encontrem em condições para prestar cuidados equitativos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.31).

É necessário ao enfermeiro colocar os seus conhecimentos em prática, refletindo depois sobre a prática, de modo a poder evoluir e atingir um desenvolvimento profissional que responda de uma forma eficaz às necessidades dos cuidados de saúde dos doentes, sendo que no caso do doente crítico essas necessidades podem mudar constantemente. A base dos cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro especialista é a capacidade que este tem de interpretar as situações clínicas dos doentes e conseguir mediante essa interpretação, tomar decisões, muitas delas complexas em benefício do doente, e isso só é conseguido com base em conhecimento científico e na experiência adquirida em contexto de prática clínica.

Os estágios revelam-se assim fundamentais para a análise crítica da prática, permitindo ao enfermeiro adaptar os conhecimentos mediante a avaliação e adequação das intervenções à especificidade de cada situação.

Durante todo o estágio, houve uma preocupação constante de querer saber mais, em especial nas situações que no nosso quotidiano profissional enquanto enfermeiros não são frequentes, aplicando o conhecimento teórico na prática e refletindo na prática sobre a necessidade de adaptar ou procurar novo conhecimento de forma adequar os cuidados prestados às necessidades evidenciadas pelos doentes. Desse modo

procuramos de uma forma contínua desbravar o caminho na direção do nosso desenvolvimento profissional, através da pesquisa em bases de dados e consulta de protocolos, normas e procedimentos disponíveis na instituição, de forma a sustentar a prática clínica.

O enfermeiro que tem a capacidade de se conhecer a si próprio, identificando as suas lacunas de modo a direcionar a procura do conhecimento no sentido de as colmatar, e também de se reconhecer que enquanto pessoa e profissional interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais, demonstra competências neste domínio.

Esta foi uma das razões porque optei também por orientar a procura de conhecimentos na área de anestesia no sentido de adquirir e desenvolver competências neste domínio. Sendo eu enfermeiro do BO a exercer funções na área cirúrgica, fazia mais sentido dedicar grande parte dos turnos de estágio no bloco operatório a uma área com a qual não estou tão familiarizado, permitindo assim adquirir conhecimentos e competências que no futuro enquanto enfermeiro do bloco e enfermeiro especialista, me permitirá uma cooperação e resposta mais competente na colaboração com os profissionais da área anestésica contribuindo para uma atuação mais eficaz ao nível dos cuidados de enfermagem prestados.

Ao enfermeiro do BO é exigida uma atualização teórica e prática contínua, devido ao avanço e especificidade tecnológica da área cirúrgica e anestésica, assim como da especificidade do doente cirúrgico, do procedimento cirúrgico em si, as patologias associadas, e por vezes a emergência da situação. Estes fatores exigem de nós enquanto enfermeiros, uma monitorização sistemática e uma prestação de cuidados altamente especializados, efetuados, muitas das vezes em contextos de grande pressão.

Toda esta atuação acontece estando nós integrados numa equipa multidisciplinar, sendo necessário termos consciência dos diferentes papéis, e imbuídos num espírito de colaboração com a equipa, necessário para se conseguir ter uma resposta eficiente na prestação de cuidados. Desta articulação multidisciplinar podem resultar ou surgir situações de possível conflito, pois as equipas são vastas, compostas por pessoas com sensibilidades próprias, formas de pensar, de agir e reagir diferentes, pelo que é necessário da nossa parte reconhecer e antecipar essas situações, utilizando técnicas adequadas à sua resolução no seio da equipa, de modo a não colocar em causa a prestação de cuidados ao doente, que se enquadram nas competências do enfermeiro especialista.

Durante o estágio no BO existiram situações em que foi necessário atuar sob pressão, seja em situações de emergência, onde pela situação clínica do doente houve necessidade de uma atuação imediata, tanto na área anestésica como cirúrgica, sendo o fator tempo fundamental no sentido de assegurar uma intervenção eficiente ao doente e em tempo útil; situações de intervenções cirúrgicas programadas, que devido ao aparecimento de situações e complicações no ato cirúrgico ou anestésico, ou da própria instabilidade do doente decorrente da sua situação de saúde (ex. paragens cardio-respiratórias), exigiram intervenções rápidas para a resolução das situações, exigindo a cada profissional competência no desempenho das suas funções, e uma colaboração entre todos os elementos que integram a equipa multidisciplinar.

O mesmo se passou na UCIP, onde a instabilidade dos doentes devido à sua situação de saúde e às complicações daí decorrentes, exigiram por vezes intervenções céleres executadas sob situações de pressão, e em colaboração com os outros profissionais, podendo, como já referido anteriormente, ocorrer situações de conflito. Também houve necessidade de mediar situações de possível conflituosidade com alguns familiares de doentes, em situações de acesso a visitas a doentes da UCIP, devido a estas estarem condicionadas pela situação pandémica, pelo que existiu a preocupação por parte dos profissionais de precocemente reconhecer esta situação e de modo antecipatório, com recurso às chamadas telefónicas que eram efetuadas aos familiares da parte da manhã pelo enfermeiro responsável pelo doente, conseguir-se assim fazer uma gestão eficiente do acesso das visitas. No BO pela mesma razão de não ser permitido o acesso de visitas à UCPA após as intervenções cirúrgicas, houve a necessidade, aquando da chegada do doente, de se explicar essa situação aos familiares e com recurso à informação dada por telefone aos familiares, sobre o estado do doente após o procedimento cirúrgico, resolver-se de forma positiva essas situações.

É também função do enfermeiro e em especial do enfermeiro especialista, basear a sua prática na melhor evidência científica, melhorando assim a qualidade, a segurança e os resultados dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e contribuindo também para satisfação da própria equipa de enfermagem.

A mobilização dos conhecimentos baseados na evidência científica adquiridos em contexto teórico nas diferentes unidades curriculares para a prática clínica, constituiu uma mais-valia demonstrada na prestação de cuidados através de uma prática fundamentada.

Esta preocupação de suportar a prática na evidência científica também ficou demonstrada através do estudo de investigação que levei a cabo no ENP que pretendeu estudar a comunicação da informação entre as equipas de enfermagem do BO e da UCIP na transição de cuidados do doente crítico e que será apresentado em detalhe no capítulo seguinte. A qualidade da transição do doente crítico revela-se fundamental para a garantia da continuidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados podendo este estudo contribuir para melhorar a qualidade da comunicação durante a transição de cuidados.

Assim tendo em conta o anterior exposto, considero ter adquirido a aprofundado competências no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínio de competências específicas do EEEMCPSC

Para além das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as atividades desenvolvidas no contexto deste estágio que conduziram ao desenvolvimento e aquisição de competências, basearam-se também nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, definidas pela OE e de acordo com o regulamento nº 429/2018.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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 (Regulamento nº 429/2018).

Assim neste domínio estão descritas as atividades desenvolvidas que sustentaram e conduziram à aquisição e desenvolvimento das competências nesta área.

Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

O BO e a UCIP são unidades com alto grau de especialização e diferenciação no que respeita à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, exigindo dos seus

profissionais, conhecimentos científicos, competências técnicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados visando a estabilização fisiológica da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica e fornecendo tratamentos de suporte de vida em simultâneo com o tratamento da doença subjacente. Isto exige a percepção e antecipação de sinais de gravidade que aliado aos conhecimentos técnico-científicos permitem atuar rapidamente de forma a evitar ou corrigir as situações problemáticas identificadas. Concomitantemente procura-se também assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, apoiando-a no processo de transição saúde/doença.

Para além do saber teórico é também importante para a nossa construção e crescimento enquanto enfermeiros, a vivência e experiência adquirida anteriormente em contextos de trabalho distintos e que nos prepara de certo modo para lidar com novas situações respeitantes a este campo de atuação. Torna-se desafiante estar perante uma nova realidade de trabalho, e conseguir conjugar a nossa experiência enquanto enfermeiros, em conjunto com toda a componente teórica adquirida, e conseguir aplicá-las em contexto de prática real, desenvolvendo assim novas competências no âmbito do cuidar à pessoa em situação crítica.

Antever potenciais complicações ou evoluções menos favoráveis do doente é uma competência indispensável para os enfermeiros que diariamente cuidam da pessoa em situação crítica, no entanto esta competência não se adquire instantaneamente, pelo que se exige um desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuo, tendo a sua curva de aprendizagem.

O doente crítico pela sua gravidade, apresenta risco ou mesmo falência de uma ou mais funções vitais, representando este facto uma ameaça real à sua vida, e por isso requer cuidados permanentes. É o enfermeiro que presta cuidados à pessoa em situação crítica que tem de executar cuidados de alta complexidade, identificando rapidamente os problemas, de modo a planear e implementar intervenções adequadas, para prevenir e corrigir focos de instabilidade que possam constituir ameaça à vida. Os cuidados avançados e complexos prestados pelos enfermeiros são efetuados com recurso a um conjunto de equipamentos altamente sofisticados e de grande cariz tecnológico, no entanto, não podemos nunca esquecer a componente humana que deve estar sempre presente na arte do cuidar.

Um dos aspetos decorrentes deste estágio, assim como dos anteriores efetuados no decurso deste mestrado, que valorizei ainda mais, é que não é por o doente estar constantemente conectado a equipamentos de monitorização que podemos estar

descansados em relação à sua vigilância. Para além de estar atento a valores da monitorização, é igualmente importante, a observação do doente, desde a tonalidade da pele, humidade, temperatura, fácies, sendo toda a informação recolhida fundamental para quem cuida do doente crítico. A vigilância constituiu uma intervenção vital do enfermeiro, com o objetivo de identificar e responder antecipadamente e com eficácia a potenciais focos de instabilidade.

No decorrer deste estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas em situação crítica com patologias e problemas distintos, sejam eles resultantes de situações agudas e inesperadas ou de problemas crónicos que com o decorrer do tempo se agravaram e necessitaram de intervenção. Ambos os campos de estágio permitiram de uma forma distinta, devido às características assistenciais específicas de cada serviço, intervir, tratar e cuidar de doentes críticos.

Tive a oportunidade de cuidar de pessoas com necessidades de suporte ventilatório mecânico invasivo, seja em contexto de BO ou em contexto de UCIP. A Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) é um método de suporte ventilatório com indicações específicas, exigindo do enfermeiro conhecimento técnico-científico, para a prestação de cuidados ao doente ventilado de forma segura, contribuindo assim para a melhoria do seu estado e prevenindo complicações potenciais. Por ser uma área com a qual não estou particularmente habituado a lidar, exigiu um estudo mais aprofundado sobre esta temática, e em conjunto com a ajuda dos enfermeiros com quem estive, contribuiu para uma melhor compreensão acerca dos diferentes modos ventilatórios e a sua adequação ao doente tendo em conta o objetivo terapêutico pretendido.

A avaliação do estado do doente tendo em conta a sua adaptação ao modo ventilatório adotado, a prevenção de complicações associadas à VMI, mormente a pneumonia associada à intubação, foram atividades realizadas na UCIP. Para a prevenção de complicações resultantes da pneumonia associada à intubação existe na unidade uma «*bundle*» que reúne um conjunto de feixes que resultam em intervenções que têm de ser cumpridas, nomeadamente a elevação da cabeceira a 30°, monitorização da pressão do cuff do tubo endotraqueal (TET) entre outras.

Para além destes, prestei também cuidados inerentes à presença de TET e traqueostomia, nomeadamente aspiração de secreções com técnica assética, a sua correta fixação, verificação da pressão do cuff para isolamento da via aérea com auscultação pulmonar e pré-oxigenação em doentes com VMI. Na aspiração de secreções a doentes do foro neurocirúrgico com valores de pressão intracraniana (PIC) instáveis, tem que haver uma adequação dos cuidados à situação clínica do

doente, com avaliação dos parâmetros de monitorização hemodinâmica de modo a prevenir lesão secundária.

Tive também a oportunidade, de tratar de um doente em fase de desmame ventilatório, sendo esta fase uma altura delicada do processo, em que há necessidade de avaliar se o doente reunia as condições para se efetuar uma extubação em segurança, pois há, muitas vezes, necessidade de reintubação quando essas condições não são previamente asseguradas. Verificadas as condições seguiram-se as intervenções para retirar o TET, que foram efetuadas com sucesso, ficando o doente com O2 por máscara facial, e respetiva vigilância hemodinâmica.

No BO tive também a oportunidade de cuidar de doentes, que devido ao seu estado clínico e o tipo de intervenção cirúrgica requerida, tiveram que ser submetidos a uma anestesia geral. Consoante o tipo de cirurgia a que o doente vai ser submetido e a especialidade cirúrgica envolvida, o tipo de anestesia geral pode variar. Durante os turnos de estágio que efetuei no BO prestei cuidados a doentes submetidos a anestesia geral do tipo balanceada, e intravenosa total através de bomba de infusão controlada manualmente ou através de bomba de infusão com função TCI – *Target Controlled infusion*, isto é, com recurso a uma bomba de infusão dotada de um sistema de infusão alvo controlada.

A anestesia geral do tipo balanceada, é a técnica anestésica mais utilizada pelas equipas anestésicas, combinando o uso de gases anestésicos inalatórios através do sistema de ventilação, com fármacos endovenosos usados na indução, sedação e analgesia. O gás anestésico que utilizamos na anestesia geral balanceada foi o sevoflurano devido a menor efeito irritativo nas membranas mucosas das vias aéreas, em associação com os fármacos endovenosos para manter a sedação (midazolam e propofol) e analgesia (fentanil, remifentanil e por vezes cetamina), que são administrados por infusão contínua e ou por bolus consoante as necessidades anestésicas refletidas através da concentração plasmática dos fármacos. Em alguns casos este conjunto de fármacos é complementado com curarizantes que garantem o relaxamento muscular quando necessário, sendo que o relaxante de eleição que mais usamos foi o brometo de rocurónio devido a ser um bloqueador neuromuscular não despolarizante, que permite se necessário a reversão dos seus efeitos, através do uso de fármacos que atuam na reversão do bloqueio neuromuscular como o sugamadex. Tivemos oportunidade de aplicar esta anestesia em procedimentos como por exemplo uma Reparação de Aneurisma Endovascular (EVAR) percutâneo da cirurgia vascular, uma Nefrectomia Parcial por laparoscopia da Urologia, uma Ressecção Anterior do Reto (RAR) laparoscópica, usando em todas elas propofol (sedação), fentanil

(analgesia) e rocurónio (curarizante), com as doses adaptadas para atingir a concentração ideal de cada doente.

Em relação à anestesia geral intravenosa, tive a possibilidade de colaborar em intervenções cujos doentes foram submetidos a anestésias intravenosas através de infusão por bomba controlada manualmente. Neste caso as doses dos fármacos utilizados são calculadas pelo anestesiológista de acordo com as necessidades do procedimento, sendo usados fármacos para manter a sedação e analgesia, assim como o uso de relaxantes musculares quando necessário, para obter um melhor controlo da respiração do doente e necessidade de uma melhor otimização do campo cirúrgico resultante do relaxamento muscular. No entanto esta técnica tem as suas limitações devido principalmente ao fato de poder surgir variações das concentrações plasmáticas dos fármacos durante o procedimento caso os débitos das infusões não sejam alterados, podendo interferir com o decorrer normal da intervenção cirúrgica, exigindo por isso vigilância rigorosa ao nível da profundidade da sedação, analgesia e relaxamento muscular do doente.

Em intervenções cirúrgicas específicas, nomeadamente da região da cabeça e pescoço, em que tive a oportunidade de colaborar, recorreu-se à anestesia geral intravenosa com recurso a sistema de infusão alvo controlada ou como é conhecida bomba infusão com função TCI. Neste caso apenas é introduzida na bomba do fármaco a concentração alvo pretendida para o fármaco tendo em conta o doente a intervir, e esta recorrendo ao algoritmo farmacocinético do fármaco contido na bomba infusora, calcula a dose a ser administrada, sendo toda esta avaliação efetuada com recurso à monitorização hemodinâmica do doente e ao índice bispectral de sedação – BIS, cabendo ao enfermeiro a preparação dos fármacos necessários, a vigilância dos parâmetros hemodinâmicos e da profundidade da sedação, para se necessário, se proceder ao ajuste da dose administrada, de modo a manter ou otimizar as condições indispensáveis para o decorrer do procedimento.

Em intervenções cirúrgicas da especialidade de Neurocirurgia nomeadamente em Craniotomias para Exérese de Lesão Ocupante de Espaço, numa Laringectomia Total e num Colesteatoma do Canal Auditivo da especialidade de ORL, utilizamos esta técnica anestésica com utilização através de infusão por bomba com função TCI, de propofol e remifentanil, para garantir a sedação e analgesia respetivamente. De referir que o uso do remifentanil em detrimento do fentanil nestes casos deveu-se ao fato de o remifentanil ter uma atuação mais rápida e simultaneamente apresentar um tempo de semivida mais curto. A associação destes dois fármacos é a forma mais usual deste tipo de anestesia, possibilitando o uso de dose menores destes dois fármacos, o

que se traduz também em ganhos para o doente no que diz respeito aos efeitos secundários de cada um. Nestes procedimentos cirúrgicos, associou-se também o bloqueador neuromuscular administrado por bolus tendo em conta o grau de relaxamento do doente.

A monitorização hemodinâmica é fundamental e indispensável na vigilância e manutenção da pessoa em situação crítica, seja no período perioperatório, seja no decurso de internamento em UCIP. A monitorização invasiva tem aqui um papel fulcral, e está obrigatoriamente presente em doentes críticos em contextos de intervenções no BO como nos doentes internados em cuidados intensivos, pelo que é necessário ter cuidados com a sua manutenção, vigilância dos locais de inserção e prevenção das possíveis complicações. Tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com pressão arterial invasiva (PAI), e PIC.

A PAI é a monitorização invasiva mais comum no doente crítico, que nos fornece dados sobre o estado clínico do doente (*preload*, contratibilidade e *afterload*), orientando a intervenção farmacológica no sentido de garantir o objetivo terapêutico estabelecido. É da responsabilidade do enfermeiro assegurar a veracidade dos valores apresentados, devendo para isso ter conhecimentos sobre a técnica de monitorização, como também da amplitude da onda de pulso, de modo a poder avaliar e atuar precocemente.

Em relação à PIC, consiste na monitorização da pressão cerebral, através da colocação de um sensor, que permite o reconhecimento precoce da hipertensão intracraniana. É através de um processo de autorregulação que é mantido o fluxo sanguíneo cerebral adequado. Quando os valores da PIC aumentam para além dos 30 mmHg, pode ocorrer distúrbios do mecanismo de regulação pelo que o fluxo sanguíneo torna-se dependente da pressão arterial média. É neste sentido que a intervenção do enfermeiro se revela fundamental para garantir valores de pressão de perfusão cerebral adequados ao objetivo terapêutico, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. No BO para além da parte relativa à vigilância inerente a este dispositivo de monitorização invasiva colaborei na sua colocação, sendo importante a sua calibração prévia, de forma a que os dados depois apresentados no transdutor reflitam a real pressão intracraniana do doente.

Uma sedação adequada às respostas dos doentes a estímulos, deve ser objetivamente avaliada, titulada e se necessário ajustada. Na UCIP a avaliação da escala de sedação pode ser feita com recurso a escalas como a de Ramsay ou Richmond, ou então com recurso ao índice bispectral de sedação – BIS. Na unidade,

a avaliação de sedação por escala não é efetuada pelos enfermeiros, no entanto tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com BIS, embora não sendo totalmente desconhecido, pois é usual o seu uso em contexto de bloco, permitiu aprofundar conhecimentos deste dispositivo, no sentido de compreender a importância da sua utilização em contexto de cuidados intensivos, em particular em doentes do foro neurocirúrgico.

No BO é bastante usual a monitorização por BIS, que nos fornece informações objetivas sobre as respostas do doente à sedação, que é traduzida numa escala de 0 a 100 sendo que valores mais próximos de 100 corresponde a uma atividade elétrica intensa (pessoa acordada), que valores próximos de zero correspondem a uma anestesia profunda e que valores entre os 40 e 60 significam uma anestesia adequada, o que permite controlar a administração de doses precisas de sedação tendo em conta as necessidades específicas de cada doente, consoante o objetivo anestésico pretendido, permitindo que a cirurgia decorra sem intercorrências no que este aspeto lhe concerne.

Também tive a oportunidade de trabalhar com um monitor de transmissão neuromuscular, que monitoriza quantitativamente o bloqueio e reversão neuromuscular do doente do através de quatro estimulações elétricas efetuada por sensor de aceleromiografia tridimensional. Este equipamento funciona com a colocação de dois elétrodos na pele sob o nervo ulnar e o sensor colocado em contacto com a pele e a falange do polegar, podendo-se programar ou executar manualmente a estimulação, obtendo-se os valores de estimulação em ecrã através de percentagem de reação aos estímulos, em número de reações ao estímulo ou amplitude desses estímulos, sendo que quantas mais reações o doente tiver em relação aos estímulos efetuados maior é a reversão, ou ao inverso menor é o bloqueio neuromuscular. Este acompanhamento e vigilância permite saber as necessidades reais de relaxante muscular necessário para o normal decorrer do procedimento cirúrgico.

Paralelamente a estes procedimentos tive a oportunidade de prestar cuidados inerentes à presença de TET, seja na colaboração na intubação com TET, na correta fixação e verificação da pressão do cuff para isolamento da via aérea com auscultação pulmonar, aspiração de secreções, e extubação nos casos em que esse era o objetivo pós-cirúrgico. E quando nos casos de necessidade de traqueostomia, necessária por exemplo nas laringectomias totais ou em doentes previamente traqueostomizados, prestei cuidados inerentes à sua presença, nomeadamente na verificação da correta

fixação através de colocação de nastro, verificação de pressão de cuff e necessidade de aspiração através de técnica assética.

Em doentes críticos sujeitos a procedimentos cirúrgicos abdominais, é importante por vezes monitorizar a pressão intra-abdominal com o objetivo de vigiar a hipertensão intra-abdominal resultante da presença de sangue na cavidade, de edema das vísceras, ou quando o seu encerramento é efetuado sob tensão. Um aumento da pressão da cavidade abdominal poderá conduzir a um comprometimento da função dos órgãos e tecidos aí existentes, e se não acautelado ao Síndrome de Compartimento Abdominal, que pode acontecer quando existe um aumento sustentado da pressão intra-abdominal com valores maiores que 20 mmHg. Neste sentido tive a oportunidade de executar esta técnica de monitorização num doente sujeito a uma colectomia devido a oclusão intestinal.

A insuficiência renal aguda, em contexto de cuidados intensivos, surge associada a quadros de múltiplas disfunções, significando por vezes a necessidade de recorrer a técnicas de substituição renal. Apesar do meu contexto profissional englobar também o tratamento a doentes em programa de diálise, pude verificar que o tratamento de substituição renal em contexto de UCIP é um pouco diferente. Tive oportunidade de estar na prestação de cuidados a um doente em técnica de substituição renal, sendo a modalidade a hemodiafiltração contínua - CVVHDF, que devido ao constante posicionamento em posição de prono do doente, exigia ainda mais vigilância na manutenção em condições ideais do acesso venoso central de modo a garantir débitos de circulação mínimos necessários para a eficácia do tratamento. Prestei cuidados inerentes a esta técnica dialítica no que concerne à manutenção do acesso venoso central utilizando técnica assética, e com alguma colaboração dos colegas, proceder à substituição das linhas e filtro do doente, sendo o mecanismo na sua essência semelhante ao tratamento de hemodiálise convencional, realçando aqui que a hipocoagulação era feita com citrato em vez de heparina, o que em termos de problemas de coagulação de linhas e filtros, parece ser mais eficiente. Apesar de tudo seria necessário mais tempo de contacto para desenvolver competências técnicas que permitissem autonomia na prestação de cuidados a doentes com tratamento de substituição renal. Consegui no entanto, fruto da experiência com terapias de substituição renal convencionais, estar alerta para alguns focos de potenciais problemas no que diz respeito principalmente ao acesso, de modo a conseguir responder antecipadamente, porém no restante procurei estar desperto e colaborante para os cuidados inerentes à manutenção da técnica.

Durante o estágio tive também oportunidade de efetuar o transporte intra hospitalar de um doente internado na UCIP para realização de TAC, e de dois doentes sujeitos a procedimentos cirúrgicos no BO que exigiam vaga prévia na UCIP, e que no final da intervenção foi efetuado o transporte direto para a UCIP. O transporte de um doente crítico requer um planeamento prévio em coordenação com a parte médica. A possibilidade de surgirem problemas durante o transporte, obriga a que se procure minimizar o risco dessa ocorrência, pelo que é necessário avaliar e prever possíveis complicações e assim estar preparados para dar uma resposta capaz de manter o nível do cuidado. Na realização do transporte temos que ter em conta três momentos, decisão, planeamento e efetivação. Sendo a decisão do transporte da responsabilidade médica, o planeamento e efetivação são realizados em coordenação com o enfermeiro, englobando o contacto prévio com o serviço, o suporte ventilatório, monitorização hemodinâmica e fármacos a utilizar durante o transporte de modo a não haver interrupção das medidas de suporte em curso.

O BO e a UCIP são locais que exigem dos profissionais que lá trabalham um conhecimento profundo de conhecimentos específicos, de modo a dar resposta efetiva a qualquer foco repentino de instabilidade que possa surgir no doente em situação crítica. O aparecimento de um quadro de Paragem Cárdio Respiratória (PCR) num doente é uma realidade. Durante o tempo de estágio tive que atuar em duas situações distintas. A primeira passou-se na UCIP com um doente de uma colega que durante os cuidados de higiene teve uma paragem com um quadro de assistolia, pelo que iniciamos imediatamente manobras de suporte avançado de vida (SAV) onde colaborei nas compressões e posteriormente na preparação e administração de fármacos, e conjuntamente com a equipa médica se conseguiu reverter o quadro em que se encontrava. A segunda situação ocorreu no BO, com uma doente que estava a ser submetida a uma hepatectomia e que durante o procedimento teve em três momentos distintos PCR sempre em assistolia, tendo-se iniciado imediatamente medidas de SAV tentando-se encontrar a causa para tratar o problema, excluindo as causas potencialmente reversíveis 4T's e 4H's, o que obrigou por três vezes a interromper o procedimento cirúrgico.

A ocorrência em cirurgias deste tipo de processos hemorrágicos decorrentes da técnica cirúrgica, podem conduzir a situações de hipovolémia, em que é necessário detetar e resolver a causa, e por vezes antecipar com recurso a transfusões de hemoderivados. A vigilância apertada dos parâmetros hemodinâmicos é fundamental, sendo que neste caso específico foi ativado o protocolo de hemorragia maciça que consiste na possibilidade de administração de fluidoterapia e hemoderivados (glóbulos

rubros, plaquetas, plasma, fibrinogénio), em coordenação com o serviço de imunohemoterapia.

Relacionado com os casos de PCR, tive também oportunidade de aplicar na UCIP o protocolo de hipotermia terapêutica, a uma doente com PCR no dia anterior em casa, e que cumprindo os critérios de inclusão, se iniciou o protocolo de hipotermia nesse dia durante 24 horas e durante o meu turno continuou a manutenção do protocolo onde a vigilância é essencial na manutenção da temperatura que deve ser mantida entre os 34-36 °C, garantindo pressões arteriais médias na ordem dos 80 mmHg, débitos urinários adequados ao peso do doente, e monitorização e correção glicémica através da perfusão de insulina. A implementação da hipotermia terapêutica em caso de pós PCR, é extremamente importante pois embora a sobrevida neste contexto seja relativamente baixa, a prestação de cuidados no período após a paragem pode contribuir para elevar essa sobrevida e garantir posterior melhor qualidade de vida.

Os protocolos terapêuticos complexos são uma ferramenta que quando bem aplicada, servem de guia ao enfermeiro na tomada de decisão, acerca de cuidados apropriados em circunstâncias clínicas específicas. Porém mais do que aplicar protocolos, é necessário refletir sobre a sua aplicabilidade, gerindo e adaptando-os especificamente a cada situação.

Durante os turnos de estágio que efetuei na UCIP e no BO, apliquei em determinadas situações assistenciais protocolos terapêuticos complexos, como é o caso do protocolo de administração de insulina em perfusão através da utilização de algoritmos, o protocolo de iniciação de nutrição entérica, o protocolo de ajuste de cálcio ionizado no paciente sujeito a técnicas de substituição renal, o protocolo de hipotermia terapêutica no serviço de medicina intensiva, o protocolo de hemorragia maciça entre outros. No entanto, a aplicação destes protocolos não era efetuado de uma maneira cega, exigindo uma reflexão sistemática sobre a gestão cuidada da sua aplicação, de modo a diagnosticar e prevenir precocemente as complicações que podiam daí advir. O exemplo do protocolo de administração de insulina é por isso paradigmático pois o ajuste da perfusão era adaptado a cada momento, mediante resposta específica de cada doente.

Apesar de neste Estágio de Natureza Profissional parte dos turnos terem sido realizados em contexto de UCIP, não tive oportunidade de colaborar e participar em situações de diagnóstico de morte cerebral e na conseqüente possibilidade de colaborar na manutenção hemodinâmica de possível dador de órgãos. Embora frequentemente se relacione o diagnóstico de morte cerebral com a possibilidade de

colheita de órgãos, nem sempre a verificação de morte por critérios neurológicos conduz à viabilidade da doação de órgãos dessa pessoa.

Estando também incluídas nas competências específicas do EEMCPSC considerei importante adquirir e aprofundar conhecimentos, através da pesquisa bibliográfica sobre as condições específicas necessárias para a realização das provas de morte cerebral que permitam verificar os reflexos ou sua abolição dependentes do tronco cerebral, assim como a verificação da prova de apneia comprovativa de ausência de respiração espontânea que permitam confirmar o diagnóstico de morte cerebral. Da mesma forma foi importante conhecer as condições fundamentais e as intervenções de enfermagem necessárias e direcionadas para o suporte e proteção dos órgãos a serem transplantados contribuindo assim para a manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos. O hospital neste sentido possui informação com os procedimentos específicos para atuação nestas situações, disponíveis através do sistema de gestão documental do hospital com a designação de PRO.SMI.035.02, PRO.SMI.034.02 e PRO.SMI.032.02.

É assumido que os doentes em estado crítico, mesmo encontrando-se em estados de sedação profunda podem sofrer de dor, podendo esta quando não controlada ter efeitos sistémicos, que prejudicam a sua estabilização e recuperação do seu estado de saúde. Sendo por isso “inquestionável a importância da dor aguda enquanto sinalização de lesão ou disfunção orgânica” (Direção Geral da Saúde, 2017b, p. 4). O enfermeiro deve, avaliar, diagnosticar, planejar e executar as intervenções necessárias para uma gestão adequada da dor, assumindo-se uma prioridade do cuidar à pessoa em situação crítica e que tive a preocupação de colocar em prática durante o estágio.

A abordagem das pessoas com dor deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de a prevenir e controlar. Na UCIP são aplicadas duas escalas de dor para a sua monitorização, em doentes sedados é utilizada *Behavioral Pain Scale* – BPS que considera três indicadores de avaliação: expressão facial, movimento dos membros, e adaptação ventilatória. Nos restantes doentes é efetuada avaliação através de escala numérica. De referir que uma parte considerável dos doentes internados na UCIP têm perfusão contínua de analgesia, e portanto em face da avaliação da dor e sempre que justificado tomamos medidas no sentido do seu controlo. Todavia é importante também ter presente que para além de atuar no controlo da dor, é fundamental preveni-la, pelo que era comum a administração de bolus de analgesia, sempre que na prestação de cuidados se previa a possibilidade de causar dor. Importante também referir a importância que demos na aplicação de medidas não farmacológicas como complemento no controlo da dor.

No mesmo sentido no BO também é usada a escala de dor *Behavioral Pain Scale* para avaliação de dor em doentes sedados, sendo que nos restantes doentes utiliza-se a escala numérica ou a escala visual analógica. É importante expor que de um modo geral os doentes sujeitos a procedimentos cirúrgicos, têm administração contínua ou por bolus de analgesia no sentido de preventivamente se adotarem medidas no controlo da dor. Em procedimentos cirúrgicos que se justifiquem é também usual associação de técnicas anestésicas complementando o perfil anestésico, e que se denomina de analgesia combinada, em que por exemplo a um procedimento com anestesia geral balanceada se associa uma técnica anestésica epidural para controlo posterior da dor, como nos casos de cirurgias dos membros inferiores ou cesarianas. Em outros casos, como por exemplo doentes com Escala de Coma de Glasgow de 15 poderão adotar-se outras medidas de controlo da dor com recurso a um dispositivo denominado bomba de PCA - analgesia controlada pelo doente - para controlo da dor pós-operatória através da pré programação do equipamento para infusão contínua de analgésicos associado a uma técnica anestésica loco-regional, e onde o próprio doente através de um comando pode administrar pequenas doses do medicamento, não havendo risco de sobredosagem devido à programação prévia efetuada.

A situação complexa do estado de saúde em que se encontra a pessoa em situação crítica e as alterações que provoca para a família, poderá constituir um óbice ao estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e família, pelo que é necessário uma gestão cuidadosa da comunicação interpessoal.

A comunicação constitui-se como um pilar importante no processo de cuidar, em especial quando estamos perante situações de grande gravidade e incerteza, e em que esses quadros na maioria das vezes surgem de uma forma inesperada e repentina, apanhando completamente de surpresa a pessoa e a própria família. É necessário assim, estabelecer canais de comunicação com os envolvidos de forma a dar suporte emocional na vivência dessas situações, sendo fundamental que o enfermeiro adquira e desenvolva competências no âmbito da comunicação e da relação de ajuda.

A comunicação com os doentes em situação crítica, constitui um desafio para o enfermeiro, pelo facto destes em resultado da sua condição, estarem, muitas das vezes, impedidos de verbalizar, pelo que é necessário encontrar alternativas para que a mensagem seja transmitida e compreendida pelo doente e pelo enfermeiro que cuida. É necessário pôr em prática estratégias que mitiguem e facilitem a comunicação nestes casos, pelo que é necessário valorizar outros aspetos da comunicação para

além da comunicação verbal, assumindo aqui um papel determinante a comunicação não-verbal.

A família é outro elemento importante a considerar num processo de cuidar em contexto de doença crítica, tendo o enfermeiro um papel fundamental no apoio, e onde a comunicação tem um papel decisivo, no alcance desse desiderato. Uma vez mais a situação de pandemia provocada pelo coronavírus COVID 19 condicionou que este objetivo pudesse ser normalmente trabalhado e atingido na sua plenitude. Como é sabido devido à pandemia o regime de visitas e acompanhamento no hospital estava suspenso salvo em casos particulares e excepcionais. Apesar destas condicionantes procurei sempre pautar a minha atuação durante o período do estágio no BO e na UCIP, tendo em conta estas premissas no sentido de adaptar a comunicação à complexidade da situação específica de cada doente e família.

Na UCIP para se tentar minimizar as consequências desse impacto, todos os familiares dos doentes eram contactados na parte da manhã, pelo enfermeiro que lhe estava atribuído em plano, no sentido de informar da situação e evolução do estado do doente. Não sendo o ideal, foi a medida possível, que de certo modo procurava atenuar sentimentos de ansiedade, angústia e dúvida na família, provocados pelo estado de saúde do seu familiar. No entanto, com o decorrer do estágio e com a situação da pandemia nessa altura a evoluir favoravelmente, foram permitidas visitas aos doentes mediante marcação prévia e com intervalos definidos de modo a garantir condições de segurança para os doentes, os profissionais e os próprios familiares que os visitavam. Foram nesses momentos que procurei em conjunto com o enfermeiro tutor colocar em prática os conhecimentos e competências no que diz respeito à relação de ajuda, informação sobre a situação do doente e envolvência da família.

A competência dos enfermeiros no saber interagir com os doentes e familiares é uma das componentes vitais do estabelecimento da relação terapêutica, que se repercute depois na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Neste sentido o enfermeiro especialista deve ter em conta o processo de transição de saúde-doença, o qual se estabelece quando há uma mudança de uma condição saudável para uma condição de doença, com todas as alterações que essa mudança implica no doente e respetiva família, especialmente quando a gravidade da condição de doença é uma realidade, como é o caso do doente em situação crítica (Meleis, 2010). Para estes é necessário uma atenção redobrada, no sentido de estabelecer estratégias de comunicação que ajudem a família nesse processo de transição, de gestão de medos e ansiedade daí resultantes, e nos casos de morte respeitando os processos de luto dos familiares.

Considerando toda a explanação e fundamentação fornecida considero que adquiri, desenvolvi e aprofundei conhecimentos que permitiram que esta competência específica fosse adquirida.

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

Faz parte das competências específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe (Regulamento nº 429/2018). O EEEMCPSC tem de ser capaz de conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe, devendo para isso demonstrar conhecimentos dos planos para situações de catástrofe de emergência a nível Nacional, Distrital e Municipal, e colaborar na elaboração do plano de emergência e catástrofe da instituição/serviço (Regulamento nº 429/2018).

A colaboração na elaboração de um plano de emergência e catástrofe na instituição e no próprio serviço, é um processo difícil de ser levado a cabo em contexto de estágio, tendo em conta que os planos da instituição já foram discutidos e elaborados estando assim aprovados para serem colocados em prática caso haja alguma situação para que isso aconteça. Deste modo as atividades que puderam ser desenvolvidas no sentido de serem adquiridas as competências nesta área, foi o conhecimento dos planos para situações de emergência e catástrofe a nível nacional, a nível regional e também a nível da instituição e dos serviços onde estagiei, assim como a salutar discussão destes com os gestores locais de risco dos dois serviços onde realizei o estágio.

Assim relativamente ao Plano Nacional de proteção Civil elaborado em 2013 pelo Ministério da Administração Interna (MAI), este “é um instrumento de suporte às operações de proteção civil em caso de iminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental” (MAI, 2013, p.5), tendo como objetivo a coordenação técnica e operacional dos meios envolvidos, e a tomada de medidas adequadas de carácter excecional tendo em conta o enquadramento da situação. Deste modo o Plano Nacional articula-se diretamente com os Planos Distritais e de uma forma indireta com os Planos Municipais dos municípios envolvidos, na organização, operacionalização e mobilização dos meios e recursos necessários à operação de socorro.

Este Plano foi elaborado tendo em conta um conjunto de riscos de origem natural, tecnológica, ou de comportamento social que possam ocorrer e dar origem a uma

situação de emergência e/ou catástrofe. Dentro destes, alguns destacam-se pela sua incidência e/ou potencial gravidade, tais como, incêndios florestais, cheias e inundações, ondas de calor e vagas de frio, acidentes industriais e graves de tráfego, para os quais todos os intervenientes nas operações de assistência e socorro, entre os quais o EEEMCPSC, devem estar preparados para atuar.

O Plano Distrital elaborado pelo MAI em 2016, destina-se a responder “à generalidade das situações de acidente grave ou catástrofe que se possam desenvolver no âmbito territorial e administrativo do distrito de Braga” (MAI, 2016, p.23), e tal como o Plano Nacional define as regras de orientação e atuação de modo a se conseguir uma operacionalização dos meios para responder a uma iminência ou ocorrência de acidentes graves ou catástrofes. Do mesmo modo o Plano Municipal elaborado pelo município em 2017 e atualizado em 2018, de acordo com a Resolução da Comissão Nacional de Proteção Civil n.º 30/2015, define a estrutura organizacional e os procedimentos para preparação e aumento da capacidade de resposta à emergência em caso de aparecimento de situações suscetíveis de desencadear um acidente grave ou catástrofe.

Incluídos em todos os planos, quer sejam a um nível de carácter mais localizado ou numa expressão a nível nacional, os Hospitais e os meios de socorro do INEM e bombeiros que prestam auxílio às populações têm um papel fundamental na resposta a estas situações de emergência e/ou catástrofe.

Nesse sentido é necessário que os profissionais que exercem funções no hospital, conheçam o plano de intervenção em emergência e catástrofe do hospital, disponível no sistema de gestão documental com a denominação - Manual 006.02. A elaboração de um plano de catástrofe surge devido à necessidade de se conseguir dar uma resposta eficaz a potenciais situações que possam ocorrer, intervindo rápida e precocemente de forma a limitar as consequências do acontecimento. Esses acontecimentos podem surgir de um foco interno, tais como incêndios, explosões ou derrame de materiais perigosos, rotura do fornecimento de eletricidade; ou de um foco externo, devido por exemplo a sismos, inundações etc.

A UCIP e o BO como unidades de grande diferenciação, constituem um desafio na resposta a situações de emergência, não só pelos riscos associados aos equipamentos que integram, e ao grau de gravidade e complexidade dos doentes que aí se encontram, quando se tratam de acontecimentos decorrentes de focos internos. Da mesma forma acontece quando se trata de situações decorrentes de focos externos, na resposta que estes serviços podem ter que dar, no aumento abrupto de

situações que necessitem de intervenções do ponto de vista cirúrgico no BO e de internamento e vigilância de doentes críticos por parte da UCIP.

Com o objetivo de adaptar os procedimentos do plano geral do hospital às especificidades dos serviços existem planos de emergência sectoriais de cada serviço. O plano orientador de atuação em caso de emergência na UCIP é o MAP.047.01 – Plano de Emergência Sectorial – 4F, enquanto que no BO o plano de orientação em caso de emergência é o MAP.032.01 – Plano de Emergência Sectorial – 2F, como consta no sistema de gestão documental deste hospital. O conhecimento do plano permite, caso seja necessário, a sua eficaz operacionalização com a participação de todos os profissionais. Apesar de não ter colaborado na sua elaboração e execução, o conhecimento de todo este processo permite-me ser capaz de ser um elemento útil para em caso de necessidade, atuar em situação de catástrofe no hospital.

A experiência adquirida ao longo dos anos de exercício da profissão, permite-nos estar cientes da importância da salvaguarda das condições de segurança na prestação de cuidados em situações de emergência. Esta orientação advém já de há longos anos, dos cursos que frequentei no âmbito da emergência pré hospitalar para o arranque da viatura médica de emergência e reanimação no HB, onde a garantia de segurança da equipa constituía um dos focos principais para a prestação de socorro, sob pena de o auxílio ficar comprometido por falta destas condições. A resposta à vítima em situação de trauma também era dos aspetos que se abordava durante os cursos de trauma realizados sob a alçada do Instituto Nacional de Emergência Médica, e que tive oportunidade de praticar no SAV com avaliação da vítima de trauma, ministrado na componente prática da UC de Críticos I do curso de mestrado.

Durante a componente teórica do curso de mestrado, no seminário denominado Abordagem e Intervenção em Catástrofe, tive a oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos sobre os diversos modelos de triagem existentes, incluindo a triagem primária que se baseia no modelo START (*simple triage and rapid treatment*), que é o modelo utilizado pelos meios de socorro em situações de catástrofe com multi-vítimas. Neste seminário abordamos também a triagem secundária que é um processo contínuo com o objetivo de triar de uma forma precisa um grande número de vítimas, e que se baseia no TRTS (*triage revised trauma score*), cujo método consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas, como são a frequência respiratória, pressão artéria sistólica e estado de consciência através da escala de coma de Glasgow, que é igual à soma das três variáveis codificadas de 0 a 4 que se traduzem numa pontuação de 0 a 12.

É competência do EEEMCPSC planejar a resposta à situação concreta de catástrofe, demonstrando conhecer os planos e princípios de atuação em situações deste género, identificando os vários tipos de catástrofe e as implicações destas para a saúde, priorizando a sua atuação e sistematizando a sua atuação quando estas ocorrem. Do mesmo modo deve ser capaz de gerir os cuidados em situação de emergência e catástrofe, liderando a atribuição e desenrolar dos papéis dos membros constituintes da equipa, avaliando continuamente a sua articulação e eficiência de modo a adequar a resposta desta ao desenrolar da situação e aplicando medidas corretivas nos casos de inconformidade. Também durante o seminário sobre a Abordagem e Intervenção em Catástrofe tive a oportunidade de adquirir novos conhecimentos sobre esta temática onde incluo o plano de socorro e as suas fases, a organização e gestão do socorro através, das diferentes zonas de intervenção, da setorização da área de socorro, com as funções e objetivos da intervenção em cada sector, as noras de evacuação com os fluxos de vítimas entre elas entre outros aspetos que permitem uma resposta mais adequada possível em face da situação.

Uma vez que durante o estágio não vivenciei nenhuma situação de catástrofe ou emergência multi-vítimas, esta competência não foi explorada e aprofundada na sua plenitude, ficando limitada à pesquisa, à revisão e aprofundamento dos conhecimentos adquiridos em contexto teórico, assim como à partilha de experiência em contexto de estágio com colegas mais experientes neste domínio.

Ainda assim considero através do que expus que consegui adquirir, aprofundar e desenvolver conhecimentos que me permitem considerar que esta competência específica foi de certo modo adquirida, embora não na sua plenitude pois não foi vivenciada.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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.

A prevenção e o controlo de infeção são transversais a todas as áreas de prestação de cuidados, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, reduzindo as taxas de morbilidade e mortalidade, assim como os custos acrescidos associados ao tratamento da infeção. No BO tal como na UCIP, a prevenção e controlo das IACS assume um papel preponderante devido à especificidade e complexidade do doente aí internado.

“As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial” (DGS 2017c, p.5), daí a importância da existência de programas para a prevenção e controlo das IACS a nível nacional e que estes se desenvolvam em colaboração com as estruturas locais de saúde.

Deste modo a criação em 2013 do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), permitiu a criação de recomendações e orientações relativas à prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos, com o objetivo de estas serem adotadas e implementadas pelas unidades prestadoras de cuidados locais.

A implementação das recomendações do PPCIRA a nível local reveste-se de uma importância fundamental para o êxito do programa, constituindo-se este um verdadeiro desafio.

No HB existe um Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), cujo objetivo é implementar as recomendações resultantes do PPCIRA, existindo para isso em cada serviço, elementos que são os elos de ligação dos serviços com o GCL-PPCIRA, na implementação dessas recomendações.

No HB existe um Manual de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos elaborado pela coordenadora do GCL-PPCIRA, com a designação MANUAL.014.03 disponível no sistema de gestão documental do hospital com as recomendações e orientações relativas a esta temática. Neste documento são abordadas as normas e recomendações técnicas neste âmbito, tais como as precauções básicas de controlo de infeção destinadas a prevenir a infeção cruzada, tendo como princípio que não existem doentes de risco mas antes procedimentos de risco, pelo que é necessário acautelar os riscos inerentes a esses procedimentos através de utilização práticas que as previnam, onde se incluem a higienização das mãos de acordo com os 5 momentos, a etiqueta respiratória, o uso de equipamento de proteção individual, práticas seguras de preparação e administração de injetáveis, entre outros.

Outro ponto abordado neste manual diz respeito às precauções baseadas nas vias de transmissão que em casos específicos, para além das precauções básicas de controlo de infeção, necessitam de medidas adicionais de proteção baseadas nas vias de transmissão, pretendendo-se com isso implementar medidas para a prevenção da transmissão de cada tipo de infeção.

Outro item importante neste manual é relativo aos feixes de intervenções derivadas de procedimentos invasivos, e são eles a prevenção de infeção do local cirúrgico já referido anteriormente, aspeto fundamental no BO onde o ambiente, o vestuário a técnica e assepsia cirúrgica são fatores que podem condicionar a o aparecimento da infeção do local cirúrgico. Posteriormente o penso da ferida operatória e a técnica utilizada na sua execução são aspetos que também podem condicionar o aparecimento da infeção, e que na UCIP são bastante valorizados. Outros dois feixes importantes que também já foram abordados e desenvolvidos anteriormente, e que são foco de atenção quer no BO como na UCIP, decorre da prevenção da infeção da corrente sanguínea relacionada com o manuseamento de CVC, e com a prevenção da pneumonia associadas à intubação.

Fundamental é também a vigilância epidemiológica, que permite medir a eficácia e eficiência das medidas adotadas. Esta vigilância é realizada em áreas como a vigilância ativa de microrganismos multirresistentes ou epidemiologicamente importantes, a vigilância da infeção nosocomial da corrente sanguínea, a vigilância da infeção urinária no doente internado com cateter vesical e a vigilância das infeções na unidade de cuidados intensivos, sendo que neste caso este programa de vigilância é de cariz europeu permitindo obter indicadores sobre incidência de infeção nosocomial mais importantes na UCIP, relacionar as taxas de infeções com os procedimentos invasivos, monitorizar o consumo de antimicrobianos, obtendo assim dados que permitam a comparação local, nacional e a nível europeu. Importante também na vigilância epidemiológica, sobretudo em contexto de BO, tem a ver com a vigilância das infeções do local cirúrgico de procedimentos cirúrgicos específicos (vesícula, cólon, reto, histerectomia abdominal, mama, e próteses osteoarticulares), através de vigilância contínua dos doentes submetidos às cirurgias enunciadas até aos 30 dias, e que no caso das artroplastias estendem-se até aos 90 dias. Isto permite o cálculo mensal da incidência de infeção por tipo de cirurgia e de acordo com o risco associados a cada intervenção, sendo os dados comunicados à DGS.

A resistência aos antibióticos, fruto da sua utilização por vezes indiscriminada, tornou importante também o estabelecimento de um programa de apoio à sua prescrição de modo a adequar o uso de profilaxia antibiótica cirúrgica permitindo assim a manutenção de níveis adequados de antibiótico durante o ato cirúrgico contribuindo desta forma para a diminuição da infeção do local cirúrgico. Para dar seguimento a este programa existem no HB protocolos de profilaxia antibiótica cirúrgica consoante as especialidades e em alguns casos os procedimentos cirúrgicos envolvidos.

O EEEMCPSC, considerando o risco de infeção, e os diversos contextos em que atua, aliado à complexidade e à diferenciação dos cuidados a prestar respeitantes à necessidade de medidas invasivas, “concebe plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, p.19364). Em face disso deve possuir conhecimentos sobre as orientações do PPCIRA e as recomendações do GCL-PPCIRA para a prevenção das IACS, diagnosticando as necessidades do serviço nesta matéria. Durante todo o estágio esta área constituiu um foco da minha atenção na orientação da minha atuação perante o doente crítico, e penso que esta preocupação se aplica a toda a equipa do BO e UCIP, tendo os dinamizadores que fazem a ponte com a GCL-PPCIRA, e a própria coordenadora do grupo de coordenação local um papel fundamental pela disponibilidade com que tentam esclarecer dúvidas que lhes são colocadas.

Do mesmo modo lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção de acordo com as normas de controlo e prevenção retiradas do PPCIRA à pessoa em situação crítica, demonstrando conhecimentos específicos na área como exposto acima, atuando de forma a prevenir e controlar as infeções e a resistência aos antimicrobianos.

Pelas suas competências, pelo seu desempenho no seio da equipa multidisciplinar e na prestação direta de cuidados ao doente crítico, o enfermeiro e nomeadamente o EEEMCPSC, tem um papel vital na adoção de boas práticas que lhe permita ser uma referência para os seus pares e restantes profissionais constituintes da equipa multidisciplinar.

Tendo em conta o que aqui veiculado, penso ter demonstrado a aquisição de conhecimentos que permitam avaliar que esta competência específica foi adquirida.

**CAPÍTULO II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: A COMUNICAÇÃO DA
INFORMAÇÃO INTER-EQUIPAS DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO DE
CUIDADOS DO DOENTE CRÍTICO**

A prática baseada na evidência define-se como um “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto de cuidar” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p.10). É importante que os enfermeiros sejam capazes de “refletir, avaliar e modificar a própria prática clínica com base em novos conhecimentos revelados pela pesquisa sistemática na área da saúde e enfermagem” (Polit & Beck, 2011, p.22), e isso só é conseguido se adotarem uma prática baseada em evidências. Nem toda a evidência deverá ser considerada útil, porém a que resulta de um processo de investigação, é considerada indubitavelmente importante no processo de tomada de decisão. Em todo o caso os enfermeiros deverão ser capazes de avaliar a forma como a evidência foi desenvolvida, analisando com sentido crítico os seus pontos fortes e as suas limitações, no sentido de uma possível utilização.

Para Fortin et al. (2009, p.4) a investigação científica é “um processo racional visando a aquisição de conhecimentos. O processo consiste em examinar fenómenos com vista a obter respostas a questões determinadas que se deseja aprofundar”, distinguindo-se de outros tipos de conhecimento pelo seu rigor e carácter sistemático, levando à aquisição de novos conhecimentos. A evidência que resulta de um processo de investigação distingue-se devido ao processo sistemático e rigoroso utilizado.

É através da investigação que cada profissão deverá desenvolver-se, constituindo o seu domínio de conhecimentos de forma a “fornecer aos seus membros uma base de conhecimentos teóricos sobre a qual se apoia a sua prática” (Fortin, 2000, p.18).

Como em qualquer disciplina, e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) a enfermagem “necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação”, sendo que a investigação em enfermagem “é um processo sistemático, científico e rigoroso (...) utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência” (OE, 2006, p.1).

O ponto de partida para este estudo, surgiu de uma inquietação decorrente de uma situação da minha prática enquanto enfermeiro do bloco operatório, ou seja, a transição de cuidados de doentes críticos sujeitos a cirurgia do BO para a UCIP.

Para encontrar informação válida, de forma a dar resposta a esta inquietação, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica e conseqüente análise e seleção dos estudos nas bases de dados, Biblioteca de Conhecimento On-line (B-On), e EBSCOhost através do site da Ordem dos Enfermeiros, tendo sido seleccionadas as Bases Medline e Cinahl Plus. Para guia de orientação da pesquisa foram identificados palavras-chave

e descritores, sendo estes: critically ill, patient transfer, handover, care transition e communication validados pelos browsers MeSH e Decs. Recorri também à leitura de literatura assim como à pesquisa de bibliografia através do motor de busca Google, alusiva ao tema para sustentar e fundamentar o problema e os objetivos do estudo.

Pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº429/2018, p.19362), é neste quadro de grande exigência que trabalham diariamente enfermeiros e outros profissionais, com a responsabilidade de garantir a melhor qualidade de cuidados e segurança às pessoas que se encontram nessa situação. A comunicação revela-se como uma das ferramentas fundamentais para o garantir dessa qualidade e segurança dos cuidados.

A Direção Geral da Saúde (DGS) (2017a) refere que, para existir uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é necessário, que a informação dada pelo emissor seja, precisa, oportuna, objetiva e completa, e que esta informação seja perfeitamente compreendida pelo receptor. Esta condição é fundamental para que na transição de cuidados de doentes críticos, haja manutenção da segurança do doente e contribua também para a diminuição de eventos adversos.

Estas informações demonstram bem a importância de uma comunicação eficaz na transição de cuidados do doente crítico, tendo o enfermeiro um papel importante, pois é ele que em conjunto com outros profissionais, acompanha o doente nessa transferência, e participa ativamente na transferência de informação aos pares.

A segurança do doente é uma problemática abordada a nível internacional, onde a Organização Mundial de Saúde tem um papel primordial, quer na análise quer na tomada de decisões e orientações para garantir essa segurança. Em Portugal a Direção Geral da Saúde (DGS), tem também um papel interventivo nesta temática.

Segundo a DGS (2017a) as falhas na comunicação, são das principais causas para o surgimento de eventos adversos na saúde, e que a evidência demonstra que internacionalmente cerca de 70% desses eventos ocorre durante os processos de transição de cuidados do doente., sendo que as falhas mais comuns estão relacionadas com omissões e erros de informação. Resulta assim que uma “comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do doente” (DGS, 2017a, p.5).

A importância da comunicação aquando da transição de cuidados, aliada à complexidade do doente crítico, são assim, áreas que requerem conhecimento e

competência por parte dos enfermeiros, de modo a garantir a continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Com base nestes argumentos, consideramos que a comunicação da informação entre enfermeiros num processo de transição de cuidados de um doente crítico, em conjunto com o nosso interesse pessoal sobre esta problemática, justifica a realização deste estudo, que tem por principal objetivo: compreender o processo de comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.

Pelo exposto, entendemos que este estudo é pertinente pelas reflexões que pode suscitar e pela possibilidade de contribuir para a melhoria do processo de transição de cuidados do doente crítico, nomeadamente no contexto onde o estudo decorreu.

Neste capítulo pretendemos apresentar de uma forma clara e estruturada o percurso da investigação. Assim organizamos o seu conteúdo em cinco subcapítulos. No primeiro contextualizamos a problemática em estudo, explorando aspetos relacionados com a transição de cuidados, a comunicação e a segurança do doente, e que estejam direcionados para a transição de cuidados do doente crítico.

A apresentação de todo o percurso do estudo, que engloba a problemática e os objetivos, o tipo de estudo, o contexto e participantes, procedimentos de recolha e análises de dados, e as considerações éticas, constituem o segundo subcapítulo.

O terceiro subcapítulo diz respeito à apresentação e análise de dados, enquanto o quarto subcapítulo se destina à discussão dos resultados.

Por último, as conclusões do estudo são apresentadas no quinto subcapítulo.

1 - Enquadramento teórico – A comunicação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico

O investigador tem necessidade de clarificar o quadro de referência, delimitando-o, de maneira a precisar a orientação do seu estudo, razão pela qual tencionamos abordar neste subcapítulo alguns aspetos relevantes, que se enquadram nesse propósito.

Assim, abordamos neste ponto, a comunicação entre as equipas de enfermagem presentes na transição de cuidados do doente crítico.

A comunicação revela-se um elemento fundamental na interação e na transmissão de informação entre as pessoas, ou seja é “um processo de compreender e partilhar mensagens enviadas e recebidas, e as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas” (Stefanelli & Carvalho 2012, p.31).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a comunicação é um “comportamento interativo [que consiste em] dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.”

Phaneuf (2005, p.23) define-a como “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas”. No entanto, a comunicação utilizada em contexto profissional, reflete mais do que a simples conversação entre as pessoas, é um tipo de comunicação funcional, ou seja “que se adapta a uma função definida, que é eficaz num dado sector (...) [devendo] adaptar-se a conteúdos práticos e concretos (...), a situações críticas e urgentes ” (Phaneuf, 2005, p.111). Esta deve-se caracterizar por ser simples, concisa, precisa, rigorosa e adaptar-se ao contexto em que se insere, que no contexto de transmissão de informação na transição de cuidados deve conter mais detalhes informativos (Phaneuf, 2005).

A existência de mecanismos de comunicação eficazes, é fundamental para que a continuidade da prestação de cuidados ao doente decorra de uma forma segura e eficiente.

Também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, se refere à comunicação como um pilar fundamental na segurança do doente, em especial em momentos de transição, onde as instituições de saúde devem proceder à implementação de procedimentos normalizados para que a informação partilhada

entre os profissionais seja a mais precisa de modo a evitar quebras na continuidade dos cuidados (Despacho nº 1400-A/2015).

As transições de cuidados seguros devem-se caracterizar por uma comunicação eficaz, ou seja deve proporcionar uma “transmissão fiel e ininterrupta de informação, cujo resultado final é a compreensão da mesma” (Tranquada, 2013, p.7), situação indispensável neste processo.

A transição de cuidados define-se como “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores” (DGS, 2017a, p.4), garantindo continuidade e segurança dos mesmos.

Incluem-se neste campo, a transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP, onde o enfermeiro tem um papel crucial na passagem de informação, importante para a garantir a continuidade, a segurança e manutenção da qualidade dos cuidados prestados, como é defende a DGS (2017a, p.5) quando refere que, “ a qualidade na transição de cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e conseqüente diminuição da mortalidade”.

É função do enfermeiro, como descrito na alínea d) do artigo 83, da deontologia profissional de enfermagem “assegurar a continuidade dos cuidados registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.69), perspetivando os cuidados de enfermagem como um trabalho contínuo assegurado através de um plano terapêutico proposto, de que é exemplo a continuidade entre níveis de cuidado através da folha de transferência.

Nesse sentido, os registos de enfermagem são um instrumento fundamental para os enfermeiros, independentemente do local onde exercem funções (Leal, 2006), tendo um papel crucial numa transição de cuidados correta, devido ao fato de conterem toda informação escrita respeitante ao doente.

De acordo com Joint Commission Internacional (JCI, 2018), melhorar a qualidade da comunicação durante a prestação contínua de cuidados, revela-se um desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente em situações de transição de cuidados entre os profissionais.

Para isso a JCI defende a aplicação de métodos, formas ou ferramentas padronizadas no sentido de assegurar e facilitar o processo de transição de cuidados dos doentes em segurança, onde se inclui a *checklist* transição de informação crítica denominada com o acrónimo “*I PASS THE BATON*”, a ferramenta SBAR, ou o protocolo “*The Joint*

Comission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedur and Wrong Perso Surgery este mais orientado para doentes que vão ser sujeitos a intervenções cirúrgicas (JCI, 2018).

Talley et al. (2019) concluiu que a implementação de um processo de transição de cuidados formal e padronizado, aumenta a perceção de segurança dos enfermeiros e melhora a transmissão de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, verificando-se uma melhoria da qualidade e quantidade dos processos de transferência entre o BO e a Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC).

Também Boyd et al. (2018), num estudo realizado junto de gestores de serviço sobre a transição de doentes de Unidades de Cuidados Intensivos para enfermarias de Cirurgia ou de Medicina e as ferramentas existentes de transferência de informação clínica desses mesmos doentes em hospitais do Canadá, constatou que apesar das ferramentas facilitadoras do processo de transferência deverem ser ajustadas às especificidades das várias instituições presentes no estudo, devem existir um conjunto de elementos de informação e procedimentos de transferência transversais a todas elas, tendo sido neste estudo definidos quais os conjuntos de elementos a fazer parte dessa ferramenta. Este facto implica que se desenvolva e implemente uma ferramenta padronizada entre as diversas unidades, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados nos casos de transição de cuidados.

VanGraafeiland et al. (2018) pretendia no seu estudo, avaliar a transferência e transporte de doentes críticos da Emergência Pediátrica para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, tendo o resultado do estudo concluído que o uso de ferramentas para padronizar a transição de cuidados de doentes críticos aumenta a perceção de satisfação, comunicação e segurança dos profissionais participantes.

Já Bakon et al. (2017), num estudo que consistiu numa revisão integrativa sobre o tema da transição de cuidados de enfermagem, verificou que existem vários processos utilizados para garantir uma transferência eficaz, no entanto nenhum dos processos e modelos estudados demonstrou ser mais eficaz que os outros, verificando ainda que o modelo de transição de cuidados iSoBAR e suas adaptações era o único modelo que era aplicado em várias especialidades.

Em Portugal a DGS defende a implementação e utilização de ferramentas que promovam a uniformização e eficácia da comunicação nos processos de transição de cuidados, fundamentando que

“a metodologia ISBAR é recomendada por várias organizações de saúde por força da sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de

replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados (...) recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados” (DGS, 2017a, p.6).

O importante é que na transição de cuidados de doentes críticos, os enfermeiros tenham um papel fundamental, pois uma comunicação eficaz garante segurança e qualidade na continuidade dos cuidados prestados ao doente.

A transição dos cuidados dos doentes críticos nos diversos hospitais, é realizado consoante o que está instituído em cada instituição, ou de modo independente por cada um dos profissionais de saúde. No entanto, sendo a comunicação um pilar fundamental dos enfermeiros para uma transição de cuidados eficiente, existem ferramentas que podem ser utilizadas para facilitar e garantir a eficácia da transição de cuidados.

Sabendo que a pessoa em situação crítica, está sob iminente ameaça de falência das suas funções vitais, são necessários cuidados de enfermagem altamente qualificados que permitam manter as funções básicas de vida, pelo que os momentos de transição de cuidados de um doente crítico podem acarretar um risco acrescido na sua segurança devido à complexidade da informação que é transmitida na sua transferência.

Segundo Fragata (2011), os fatores humanos incluem um conjunto de características humanas individuais onde se englobam as competências técnicas, que o autor denomina por *human technical skills*, e também competências relacionadas com a organização (equipa) denominadas *human non-technical skills*, que no seu conjunto influenciam comportamentos de segurança. No primeiro caso a ciência tem tentado compatibilizar a vertente técnica com os equipamentos e ambiente de trabalho em que esta se desenrola, no sentido de promover e otimizar a segurança. Também as *non technical skills*, ou seja a componente equipa, é uma área onde a segurança deve ser um foco da nossa atenção.

O trabalho em equipa na área de saúde é nos dias de hoje amplamente elogiado, quer pelo nível de qualidade atingido na prestação de cuidados, quer pela maior segurança que esse modo de atuação gera, sendo que uma das componentes fundamentais das *non technical skills* é a comunicação (Fragata, 2011).

Uma má comunicação, impede a correta transmissão de informação, o que pode constituir um risco na continuidade da prestação cuidados, podendo implicar malefícios à própria situação clínica do doente. Fragata (2011) adverte que uma das situações onde é mais frequente ocorrer falhas de comunicação, é na transição de

cuidados, nomeadamente na transferência de doentes. Também a DGS reforça esse ponto quando refere que

“em relação aos estudos nacionais (...) no que diz respeito a falhas na comunicação em situação de transição, é de referenciar um estudo de 2012, onde se verificou que 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde”(DGS, 2017a, p.5).

O que é corroborado pela Joint Commission Internacional (2018) quando descreve que a transição de cuidados é um fator importante que contribui para o aparecimento de eventos adversos, reforçando que a transição inadequada de cuidados representa 80% de todos os eventos adversos. Os fatores que contribuem para essa inadequada transição incluem entre outros, uma cultura que não contempla uma comunicação aberta entre a equipa, e a falta de procedimentos padronizados para uma efetiva transição de cuidados dentro de uma organização (JCI, 2018).

A prestação de cuidados de saúde, é por si só um processo complexo, pois implica tomada de decisões constantes que deverão ser apoiadas nas melhores evidências e respeitando os padrões de qualidade existentes nessas tomadas de decisão. Todavia a prestação de cuidados envolve muitas vezes num ambiente de grande pressão e em que a gravidade do estado do doente implica uma necessidade de atuação imediata, poderá propiciar o aparecimento de ocorrências indesejáveis que se refletirão em erros. Esses erros poderão refletir riscos para os próprios profissionais, para o doente, e até para as próprias instituições.

O erro pode ser compreendido como aquilo que resulta de uma má compreensão ou de análise deficiente de um fato ou de um assunto, resultando daí um engano. A existência de um erro “pressupõe que tenha havido um plano prévio e que o erro tenha sido involuntário. (...) É fundamentalmente um desvio do pretendido” (Fragata, 2011, p.22). Na área da prestação de cuidados os erros podem não ter consequências efetivas na alteração do estado de saúde dos doente, podendo no entanto acarretar tempo e gastos acrescidos resultando em perdas de eficiência. Há também a possibilidade de estas ocorrência adversas serem passíveis de causar danos ao doente, seja de natureza menor, isto é transitórios, ou de natureza de gravidade maior deixando sequelas irreversíveis podendo inclusive provocar a morte (Fragata, 2011).

O mesmo autor refere que “estas ocorrências adversas são, generalizadamente, o resultado de um ato sem qualquer intenção de dolo, consequência da nossa intervenção direta (...), mas não o resultado dos efeitos das doenças, em si mesmas.”

(Fragata, 2011, p, 9). São as pessoas que prestam cuidados de saúde a outras pessoas, resultando o cuidar humano, em que “ os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.13), resultando daí a incerteza que envolve a sua prestação e o seu resultado. A expressão amplamente conhecida de *errar é humano* é o espelho de uma característica que nos define enquanto seres, a falibilidade, presente em qualquer ramo da atividade humana (Fragata, 2011).

Não se conhecendo a verdadeira dimensão dos erros na prestação de cuidados, foi com a publicação do livro em 2000 do Institute of Medicine com o título - *To err is human*, que a problemática em torno da segurança do doente começou a ser verdadeiramente estudada. Segundo este, os resultados de um estudo realizado no Colorado e Utah extrapolados para o país traduziam que pelo menos 44,000 americanos morriam todos os anos vítimas de erros no sistema de saúde, e que esse número acenderia os 98000 se fosse considerado um estudo de Nova Iorque. Mesmo baseando-se na estimativa mais baixa, o número de mortes atribuídas a erros no sistema de saúde representaria mesmo assim, a 8ª causa de morte do país (Institute of Medicine, 2000).

Nas organizações de saúde, o erro humano representa uma das causas da ocorrência de acidentes, no entanto não podemos aferir que uma falha humana, se deve a um erro individual pois parte dos erros humanos ocorrem por falhas do sistema organizacional, pois segundo o Institute of Medicine (2000, p.49), “ preventing errors and improving safety for patients require a systems approach in order to modify the conditions that contribute to errors.(...). The problem is not bad people; the problem is that the system needs to be made safer.”¹

Estes erros têm tradução direta na qualidade dos cuidados prestados, pelo que a segurança e a qualidade nos cuidados de saúde estão interligados. Também Fragata (2011, p.19) diz que, “qualidade e segurança em saúde andam, assim, de mãos dadas, podendo dizer-se que mais segurança promove sempre qualidade superior e ainda menores custos.”

Talley et al. (2019), num estudo cujo objetivo era conseguir através da padronização da transição de cuidados, formalizar a comunicação verbal e escrita, de forma a melhorar a segurança do doente e a satisfação da equipa com o processo de

¹ “a prevenção de erros e a melhoria da segurança dos doentes requer uma abordagem por parte do sistema, de modo a haver uma mudança das condições que podem levar ao erro. (...). O problema não são as más pessoas; o problema são as mudanças que o sistema necessita para ser mais seguro.”

comunicação na transição, e que decorreu nos Estados Unidos, na UCIC do The University of Maryland Medical Center em Baltimore, refere que dois terços dos eventos sentinela ocorridos dizem respeito a erros de comunicação, e que 50% destes aconteceram em processos de transição de cuidados de doentes. Segundo este estudo as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) têm maior percentagem de eventos adversos que outras unidades, devido a erros médicos, especialmente em situações de transferência inadequada do BO para a UCI.

Cabe aos enfermeiros em geral e nomeadamente aos enfermeiros especialistas, ter um papel determinante e decisivo na promoção da segurança do doente contribuindo para a “redução do risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”. (DGS, 2017a, p.4). O Enfermeiro Especialista, enquanto elemento diferenciado da equipa, deve assumir um papel preponderante no desenvolvimento de iniciativas e programas no domínio da qualidade, como refere o Regulamento nº 140 (2018, p. 4747) “o Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua”.

2 - Percurso metodológico

A metodologia consiste na caracterização detalhada dos passos que são necessários para a realização de um trabalho de pesquisa.

Durante esta fase “o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação (...)” (Fortin et al., 2009, p.53), onde se inclui a seleção do tipo de estudo, a definição da população e tipo de amostra, os procedimentos de colheita e análise de dados, e também os aspetos éticos relativos à condução e participação no estudo de investigação.

2.1 - A problemática e os objetivos do estudo

Sabendo-se que a transição de cuidados baseia-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, torna-se evidente que a qualidade da transição é fundamental para garantir a qualidade da continuação dos cuidados prestados contribuindo para um aumento da segurança do doente crítico. Tendo em conta a pertinência desta problemática, este estudo poderá contribuir para a melhoria da qualidade da comunicação entre as equipas prestadoras de cuidados durante a transição de cuidados do doente crítico.

Neste sentido surgiu a questão de investigação: “Como se processa a comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP?”, que nos conduziu ao seguinte objetivo geral:

- Compreender o processo de comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.

Para dar resposta a este objetivo foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Perceber como é efetuada a comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição dos cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.
- Identificar o tipo de informação transmitida na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.
- Descrever os fatores facilitadores da comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.

- Descrever os fatores que dificultam a comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.
- Identificar as estratégias que os enfermeiros utilizam para a comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.
- Identificar sugestões para melhorar a comunicação no processo de transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.

2.2 - Tipo de estudo

De acordo com Fortin (2000, p.135), “é a questão de investigação que dita o método apropriado ao estudo de um fenómeno”, razão pelo qual este estudo adota a abordagem de natureza qualitativa, com recurso ao método descritivo exploratório, que visa “(...) compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação” (Fortin et al., 2009, p.221).

A investigação qualitativa realça o sentido ou significado que o fenómeno estudado tem para os indivíduos que o vivem, cabendo ao investigador estudá-lo em profundidade, reunindo e ligando as ideias obtidas de forma a “construir uma nova realidade que tem sentido para os indivíduos que vivem o fenómeno em estudo” (Fortin et al., 2009, p.31).

Na investigação qualitativa o investigador reconhece nos indivíduos participantes no estudo um saber e uma experiência pertinente sobre o fenómeno (Fortin, 2000). Neste tipo de investigação ele tende “a analisar a informação de uma maneira INDUTIVA” (Vilelas, 2009, p.331), chegando à compreensão dos fenómenos através da análise da recolha de dados.

O investigador não considera os conhecimentos que tem sobre o fenómeno a estudar, nem recorre a teorias para tentar explicar o que observa, ele “aprofundará a revisão da literatura sobretudo perto do final da investigação para ver como os seus resultados se comparam com os obtidos por outros investigadores que fizeram estudos relacionados com os seus, do tipo quantitativo ou qualitativo” (Fortin, 2000, p.148).

Este tipo de estudo é utilizado para dar resposta a questões que necessitem de exploração, descrição e compreensão de comportamentos e interações de indivíduos, ou seja da exploração da experiência humana. Neste tipo de investigação o estudo é efetuado no meio natural onde decorre o fenómeno ou a situação e interpreta-os baseando-se no significado que os participantes lhe atribuem (Fortin et al., 2009).

Os estudos exploratórios e descritivos visam explorar opiniões, conceitos e perspectivas das pessoas sobre determinada temática. A sua aplicação ocorre, quando se pretende caracterizar um fenómeno, tendo em vista a obtenção de um conceito sobre uma determinada situação ou população, encontrando-se estes num primeiro nível de investigação (Fortin et al.,2009).

2.3 - Contexto e participantes no estudo

Neste ponto vamos apresentar o contexto onde se realiza o estudo e caracterizar os participantes que o integram.

2.3.1 - O contexto

A maior parte dos estudos, são conduzidos em meio natural, sendo que “nos estudos qualitativos, o meio onde os participantes vivem ou trabalham, reveste-se de uma grande importância” (Fortin et al., 2009, p.217).

Desta forma o meio onde se procedeu à realização do estudo foi o BO e a UCIP, devido ao facto de ser este o contexto onde os enfermeiros através da comunicação, têm um papel ativo na transição de cuidados do doente crítico, aquando da transferência do doente entre os dois serviços.

A opção por estes contextos, tem diretamente a ver com a realidade onde os participantes diariamente exercem as suas funções. Segundo Vilela (2009, p.331) “os dados são colhidos *in loco*, tentando compreender o significado que as pessoas atribuem aos fenómenos em análise”, isto confirma que os atos e as palavras só podem ser compreendidos no seu contexto natural, tentando tal como os sujeitos, viver a realidade da mesma forma que eles, o que demonstra bem o cariz humanístico dos métodos qualitativos Vilela (2009). Estando nós a realizar o Estágio de Natureza Profissional nestes contextos, e face aos desenvolvimentos efetuados, às necessidades identificadas consideramos pertinente selecionar o mesmo para a realização deste estudo, sobretudo pela possibilidade produzir evidência sobre a temática, contribuindo para a melhoria dos cuidados neste domínio de conhecimento.

Este contexto já foi caracterizado anteriormente, no que concerne à estrutura física e dotação de equipamentos de apoio, localização de recursos humanos e sua organização e áreas de abrangência e atuação, por serem os locais onde efetuamos o ENP.

2.3.2 – Os participantes e sua caracterização

Um estudo em qualquer temática implica obrigatoriamente ter que se definir quais as pessoas a quem será recolhida a informação. Para Fortin et al. (2009), essa população estudada, que se designa por população alvo é constituída por um conjunto de elementos que partilham características comuns, ou seja que satisfazem os critérios de seleção anteriormente definidos.

Sendo que a população alvo dificilmente está acessível na sua totalidade ao investigador, este necessita de escolher uma fração dessa população que lhe seja representativa, ou seja, uma amostra que devido às suas características possa substituir o conjunto da população alvo (Fortin et al., 2009).

A população que sustentou o estudo através da informação recolhida, foi constituída por enfermeiros que exercem a sua atividade no BO e na UCIP de um hospital do Minho, pelo facto de estes desempenharem um papel ativo e fundamental no processo de transição de cuidados do doente crítico, e pela acessibilidade aos participantes por parte do investigador.

O método de amostragem adotado foi amostragem não probabilística intencional, devido à possibilidade de “constituir uma amostra de indivíduos em função de um traço característico” (Fortin et al., 2009, p.322) permitindo a seleção de participantes de acordo com as características procuradas. Numa amostragem intencional, os participantes são selecionados devido a determinadas características, que o investigador julgue relevantes para o estudo, sendo que por isso a seleção dos participantes não é efetuado de um modo totalmente arbitrário (Vilelas,2009).

Este tipo de amostragem permite selecionar enfermeiros que exercem a sua atividade na UCIP, e no BO, na área cirúrgica e na área anestésica, permitindo com isto garantir maior diversidade e consequentemente garantir uma melhor representatividade.

A amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros na prestação direta de cuidados na UCIP e na área anestésica e área cirúrgica do BO;
- Enfermeiros com dois ou mais anos atividade numa destas unidades;
- Enfermeiros que aceitem participar no estudo.

Assim participaram no estudo doze enfermeiros que se enquadraram nos critérios de inclusão, sendo que quatro pertencem à UCIP, e os restantes oito exercem a sua atividade no BO, quatro na área anestésica e quatro na área cirúrgica.

A caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes relativamente à idade, sexo, formação académica, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional na unidade (BO ou UCIP), encontra-se expressa no quadro seguinte.

Quadro 1 -Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes: idade, sexo, formação académica, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no serviço

Idade (anos)	30-34	3
	35-39	4
	40-45	4
	>45	1
Sexo	Masculino	5
	Feminino	7
Formação académica	Licenciatura	12
	Pós-graduação	4
	Especialidade	6
	Mestrado	4
Tempo de exercício profissional (anos)	2-10	1
	11-15	4
	16-20	2
	>20	5
Tempo de exercício profissional no serviço (anos)	2-10	4
	11-15	5
	16-20	1
	>20	2

Em relação aos grupos etários podemos observar que apenas um participante tem mais de 45 anos, quatro participantes têm idades compreendidas entre 40-45 anos, enquanto outros quatro têm idades compreendidas entre 35-39 anos. Por fim no intervalo dos 30-34 anos temos três participantes.

Relativamente ao sexo, a maioria dos participantes (sete) são do sexo feminino enquanto que cinco corresponde ao sexo masculino.

Quanto à formação académica, todos os participantes do estudo possuem o grau académico de Licenciatura em Enfermagem. Relativamente à formação pós-graduada

dois participantes possuem uma Pós –graduação (um em Anestesiologia e controlo da dor, e outro em Enfermagem em cuidados intensivos); dois participantes possuem Especialidade (um em Medicina Física e Reabilitação e outro em Enfermagem Médico-Cirúrgica); dois participantes são detentores de Especialidade e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; um participante possui uma Pós-graduação em Gestão e Direção de serviços de saúde, e também Especialidade e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; um participante possui dois mestrados (um em Bioética e outro em Economia e política da saúde); por último um participante possui três Pós-graduações (Anestesiologia e controlo da dor, Instrumentação cirúrgica e Gestão e administração em saúde), e Especialidade em Enfermagem à pessoa em situação Peri-operatória .

Verifica-se em relação ao tempo de exercício profissional, que apenas um participante encontra-se no intervalo de 2 a 10 anos, quatro participantes têm entre 11 e 15 anos de experiência, enquanto dois participantes têm entre 16 e 20 anos de tempo de exercício profissional. Com mais de 20 anos de experiência encontram-se cinco participantes .

Tendo em conta onde o estudo se desenvolve, revela-se importante analisar o tempo de exercício profissional de cada participante no seu serviço, ou seja, no BO ou na UCIP. Quando comparado o tempo de exercício profissional no serviço, com o tempo de exercício total, verifica-se que o número de participantes com 2 a 10 anos de experiência aumenta de um para quatro. No intervalo de 11 a 15 anos de experiência, verifica-se, um aumento de quatro para cinco. Por seu turno, nos intervalos de 16 a 20 anos e com mais de 20 anos de experiência, verifica-se uma diminuição do número de participantes, de dois para um e de cinco para dois respetivamente, o que leva a concluir que a maioria dos participantes, já obteve experiência profissional prévia noutros serviços (Quadro 1).

2.4 -Procedimento de recolha de dados

A escolha do método de recolha de dados, é um dos fatores importantes no processo de investigação, pelo que cabe ao investigador a escolha do método que melhor se adequa e responde ao objetivo do estudo. De acordo com Fortin et al. (2009, p.368), “a escolha do método de colheita de dados depende do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis”.

A entrevista é o método de colheita de dados mais utilizado nas investigações de natureza qualitativa, onde se pretende “examinar conceitos e compreender o sentido

de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes (...) [e] servir como principal instrumento de medida (...)” (Fortin et al., 2009, p.375).

Para dar resposta aos objetivos do estudo e tendo em conta o nível de investigação e o tipo de estudo adotado, a entrevista semidirigida foi o instrumento de colheita de dados eleito.

Este formato de entrevista foi o escolhido, pois segundo Fortin et al. (2009) este tipo de entrevista é utilizada quando num estudo se pretende compreender o significado um fenómeno que é vivido pelos participantes, obtendo através deste instrumento o seu ponto de vista.

Neste tipo de entrevista o entrevistador determina uma lista de temas a abordar consoante os objetivos estipulados, e a partir daí formula questões respeitantes a este tema que julgue relevantes e apresenta-as numa ordem que julgue apropriado (Fortin et al., 2009). Neste sentido foi elaborado um guião de entrevista (apêndice VI), tendo por base os objetivos propostos para o estudo. Este foi previamente testado através de duas entrevistas a elementos do BO e UCIP com o objetivo de verificar se as questões colocadas eram entendidas pelos participantes sem dificuldade, e se haveria necessidade de redefinir ou eliminar questões potencialmente mais sensíveis para permitir que os entrevistados respondessem sem constrangimentos (Vilela, 2009). Da análise efetuada às entrevistas não houve necessidade de reformular o guião. Estas entrevistas foram também importantes para adquirir experiência na condução de uma entrevista.

Por uma questão de comodidade dos participantes, as entrevistas foram realizadas em horário pós-laboral, no serviço de cada participante, de acordo com a disponibilidade dos participantes e maioritariamente no final da jornada de trabalho ou no período que antecedia essa jornada.

Tendo a noção que o ambiente onde a entrevista decorre, pode interferir com o seu conteúdo, foi nosso intuito criar as condições necessárias para que o participante se sentisse à vontade e confortável para partilhar as suas ideias, as suas estratégias e modos de atuação, as suas sugestões e contributos em relação à problemática em estudo.

Assim todas as entrevistas foram efetuadas em salas dos próprios serviços, com a privacidade necessária, sem interferências ou interrupções, recorrendo para isso a um aviso escrito, colocado na parte exterior da porta de acesso à sala.

Estas foram na sua totalidade, realizadas num intervalo temporal de quinze dias, com recurso a gravação áudio, efetuando-se a sua transcrição num prazo máximo de 48

horas após a sua realização. De salientar que não havendo nenhum tempo programado para a duração das entrevistas, estas tiveram a duração 20 a 25 minutos.

2.5 - Procedimento de análise de dados

Uma fase importante de um estudo de investigação consiste na análise e tratamento de dados. Segundo Fortin et al. (2009) num instrumento de recolha de dados como a entrevista, para se proceder a uma análise de dados é necessário uma análise de conteúdo.

A análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise, concentradas num único instrumento sendo todavia, moldável e adaptável o suficiente a um amplo campo de aplicação como as comunicações (Bardin, 2011). Ainda segundo este autor, a análise decorre em quatro fases, de forma sequencial, orientadoras do processo de análise dos dados obtidos: organização da análise, exploração do material ou codificação, categorização e inferência.

A primeira fase, organização da análise, inicia-se com a pré-análise e exploração de material em que se procedeu à constituição do *corpus* de análise com a codificação dos instrumentos de recolha de dados, neste caso as entrevistas. Foi também nesta fase que se deu início às primeiras leituras do conteúdo de todas as entrevistas transcritas, denominadas por leituras flutuantes, permitindo um primeiro contacto com o material em análise e tornando aos poucos a leitura mais precisa e objetiva (Bardin, 2011).

A fase da exploração do material ou codificação “corresponde a uma transformação (...) dos dados brutos do texto” (Bardin, 2011, p.129) em unidades de análise (unidades de registo), que permitiu atingir uma representação e compreensão do conteúdo dos mesmos.

Na categorização procedeu-se à aglutinação das unidades de registo, em razão dos caracteres comuns destes elementos tendo dado origem às áreas temáticas, categorias e respetivas subcategorias. Esta fase é considerada a mais problemática, porque corresponde “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia)” (Bardin, 2011, p.145).

Esta classificação por categorias, impõem investigar o que cada unidade de registro tem em comum com as outras, sendo que é essa parte comum que vai permitir o seu agrupamento (Bardin, 2011).

Com a inferência pretendeu-se, passar da fase descritiva em que se procedeu à caracterização do *corpus* de análise, à atribuição de um significado a essas características através de uma interpretação controlada. (Bardin, 2011).

Seguindo este processo de análise de conteúdo avançamos uma matriz de redução de dados (apêndice VII), e que traduz de um modo global a opinião dos participantes sobre a problemática em estudo.

2.6 - Considerações éticas

Os estudos de investigação na área da saúde envolvem as pessoas, seja de uma forma direta, como objeto da análise do estudo da investigação, ou indireta, através da participação destas como fonte de informação para o estudo. Isto significa que a atuação dos responsáveis da investigação deve ter como preocupação fundamental o respeito pela dignidade da pessoa humana, tendo em conta a defesa dos princípios éticos:

- Respeito pelo consentimento livre e esclarecido;
- Respeito pelos grupos vulneráveis;
- Respeito pela privacidade e pela confidencialidade dos dados pessoais;
- Respeito pela justiça e equidade;
- Equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes;
- Redução dos inconvenientes (Princípio da não-maleficência);
- Otimização das vantagens (Princípio da beneficência). (Fortin et al., 2009).

Podemos falar de dignidade como um valor singular, inaliável que cada pessoa possui e que deve ser respeitado. Tal como refere o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 1999, p.10) dignidade “é um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como um meio.(...) Esse projecto de auto-realização exige, da parte dos outros, reconhecimento, respeito, liberdade de acção e não instrumentalização da pessoa”.

“Ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 2000, p.114). Desta forma torna-se imperioso refletir sobre os possíveis caminhos e modos

de ação a seguir, para que no final possamos considerar que optamos pela conduta mais correta.

É isto que a ética versa, e se dá conta da sua importância, pois apesar de não nos dizer necessariamente o que fazer, diz-nos como somos convidados a agir. Sendo assim, “a função da Ética é guiar a actividade (...) a favor do bem presumido do outro” (Neves & Pacheco, 2004, p.38).

No contexto atual, a ética deu origem à bioética, procurando esta “resolver casos concretos do mundo da vida, do bios humano em sentido lato (e da biosfera), que inclui investigação, cuidados de saúde em geral, tratamentos médicos...” (Renaud, 2015, p.2), ou seja um espaço onde o investigador deve apropriar esse referencial de reflexão ética para nortear as suas práticas, com o objetivo de facilitar a resolução de questões éticas que possam surgir.

Assim para garantir o cumprimento destas premissas foram adotados os seguintes procedimentos:

- Solicitação de autorização do Conselho de Administração, para realização do estudo e aplicação do instrumento de colheita de dados (Apêndice VIII);
- Submissão do projeto investigação à Comissão de Ética da instituição (Anexo I);
- Obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido, para participação em investigação, explicando e informando os participantes do estudo dos objetivos da investigação (Apêndice IX);
- Garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados, através da pseudonimização dos dados, da encriptação do acesso ao ficheiro com os dados armazenados através de palavra passe, do armazenamento desses dados em computador protegido por palavra passe. Garantia essa expressa através do preenchimento de declaração de responsabilidades (anexo II).

De modo a garantir que o tratamento dos dados pessoais de informação, decorrentes do estudo de investigação, estava em conformidade com as leis de proteção de dados pessoais e com as políticas de privacidade do hospital, solicitamos uma avaliação de impacto sobre a proteção de dados, requisito obrigatório para efetuarmos o estudo, que recebeu aprovação do encarregado de proteção de dados do hospital (anexo III).

Submetido o projeto de investigação à Comissão de Ética, esta em reunião efetuada, emitiu um parecer favorável à realização do estudo de investigação (anexo IV).

3 - Apresentação e análise dos dados

Neste ponto serão apresentados e analisados os dados resultantes das entrevistas efetuadas aos enfermeiros participantes neste estudo.

Da análise dos discursos dos participantes, resultou um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias que nos permitem compreender o processo de comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados ao doente crítico do BO para a UCIP, como se pode ver no quadro 2.

De referir que para se conseguir fazer uma análise dos dados tendo em conta as diferentes perspetivas dos participantes, foram codificadas as unidades de registo de acordo com o contexto onde estes exercem a sua atividade profissional, com a sigla BO (Bloco Operatório) ou CI (Unidade de Cuidados Intensivos).

Quadro 2 - – O processo de comunicação de informação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados ao doente crítico do BO para a UCIP: áreas temáticas, categorias, subcategorias, unidades de enumeração

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE de ENUMERAÇÃO
Modo como é transmitida a informação inter-equipas de enfermagem	Vias de transmissão	Oral	12
		Escrita	6
	Momento da transmissão da informação	Antes da transferência do doente para a sua unidade	1
		No momento da transferência do doente para a sua unidade	7
		Após a transferência do doente para a sua unidade	3
	Quem transmite a informação	Enfermeiro da área anestésica	1
		Enfermeiros da área anestésica e cirúrgica em conjunto	7
Um dos enfermeiros que acompanha o doente		1	
Tipo de informação transmitida	Relativa ao pré-operatório	Dados pessoais do doente	8
		Motivo de admissão no BO	6
		Condição do doente à entrada do BO	3
	Relativa ao intraoperatório	Tipo de intervenção cirúrgica	7
		Fármacos utilizados no intraoperatório	11
		Intercorrências no intraoperatório	9
		Parâmetros hemodinâmicos	3
		Perdas hemáticas	4
		Presença de ostomias	2
		Dados relativos a drenagens, sondas e cateteres	5
	Ferida e características do penso cirúrgico	2	
	Relativa ao pós-operatório	Terapêutica que acompanha o doente	2
		Motivo de admissão na UCIP	1
		Informação respeitante ao recobro	1
Zonas de pressão		1	
Fatores que interferem na comunicação	Relacionados com o contexto	Ambiente	3
		Tempo para aceder ao processo informático	1
		Compatibilização dos programas informáticos das unidades	2

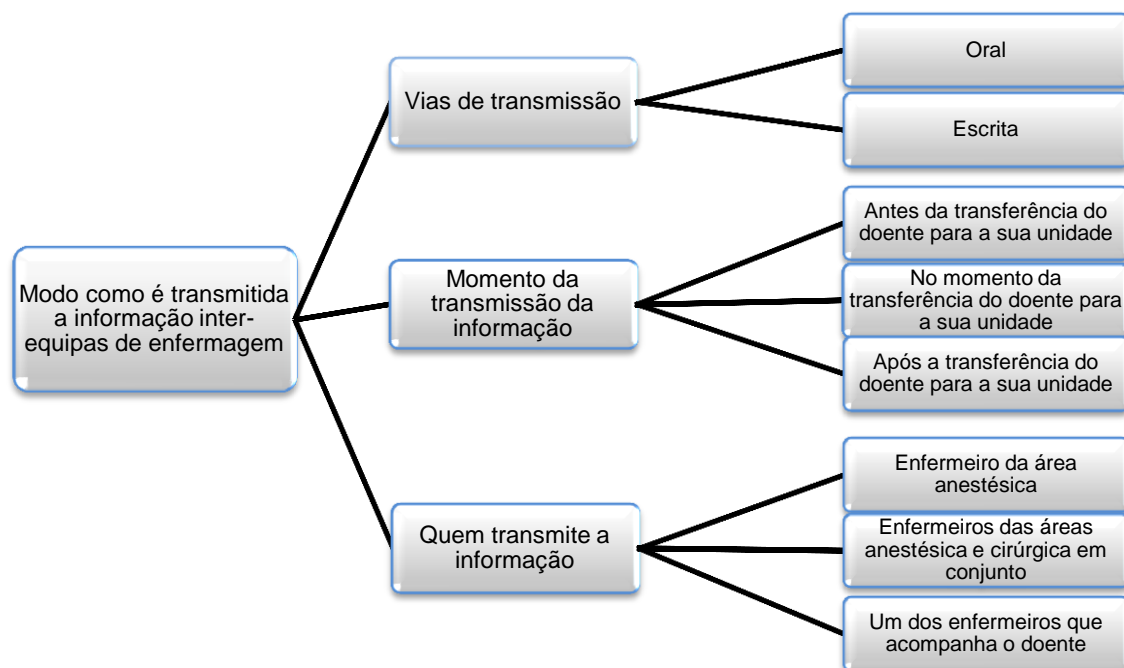
da informação		Equipamentos disponíveis	1
	Relacionados com a equipa	Disponibilidade	3
		Identificação do enfermeiro responsável pelo doente	3
		Envolvimento da equipa multidisciplinar na transmissão da informação	1
		Relação interpessoal entre os elementos	1
		Cansaço	1
		Falha de registos do intra e pós-operatório	1
		Relacionados com o doente	Conhecimento prévio do doente
		Urgência na transição de cuidados	1
	Relacionados com a comunicação	Informação estruturada	5
		Contacto telefónico prévio	2
		Modo de comunicação	2
		Transmissão de informação entre colegas do BO	2
		Ruído na comunicação	9
Execução de funções em simultâneo		4	
	Informação no doente emergente	2	
Estratégias utilizadas para a comunicação da informação	Memória visual	1	
	Memorando de notas	5	
	Folha de registo intraoperatório	2	
	Observação do doente	1	
	Comunicação da informação ao enfermeiro responsável pelo doente	2	
	Utilização do modelo ABCDE	2	
	Sequência da informação	1	
Sugestões para melhorar a comunicação no processo de transição de cuidados	Criação de um procedimento padrão	10	
	Compatibilização dos programas informáticos da UCIP e BO	1	
	Funções específicas para cada enfermeiro	1	
	Envolvimento da equipa de enfermagem presente na cirurgia na transição	1	
	Formação em serviço	1	

Para uma melhor organização e compreensão da descrição e análise dos dados, a apresentação será por área a temáticas, com recurso a figuras representativas das respetivas categorias e subcategorias. Na descrição dos dados estas surgem a negrito e a itálico respetivamente.

1 - MODO COMO É TRANSMITIDA A INFORMAÇÃO INTER-EQUIPAS DE ENFERMAGEM

Um dos objetivos consistiu em conhecer o modo como é transmitida a informação inter-equipas de enfermagem e foram vários os contributos obtidos através das entrevistas, que nos permitiram identificar três categorias: **vias de transmissão**, **momento da transmissão da informação** e **quem transmite a informação**, sendo que todas as categorias derivaram em subcategorias, como expresso na figura 1.

Figura 1 - Modo como é transmitida a informação inter-equipas: categorias e subcategorias



A comunicação verbal *oral* e *escrita* foram as **vias de transmissão** referidas pelos entrevistados para a comunicação da informação na transição de cuidados, entre os enfermeiros do BO e da UCIP.

Os entrevistados na sua totalidade expressaram utilizar a via *oral* como podemos verificar nas referências seguintes:

“Oral, neste momento é uma passagem oral (...)” E1 BO.

“(...) essa informação toda que vem lá de baixo [bloco]... é dada no momento, muitas das vezes não temos um papel para escrever toda a informação (...)” E2 CI.

“Sim, oralmente.” E3 BO.

“(...) numa primeira fase existe uma comunicação verbal, portanto uma transmissão de informação oral (...)” E4 CI.

“(...)a informação lá em cima [na UCIP] passo diretamente ao colega que vai receber o doente.” E5 BO.

“É transmitida oralmente, (...) chegando à unidade de cuidados intensivos passamos oralmente a informação relevante ao colega que ficará com esse doente.” E6 BO.

“(...) trata-se de uma transição correta, ou seja a colega (...), vem sempre mais que uma, por norma uma toma a iniciativa, será aquela que ficou responsável pelo doente em si, de comunicar aquilo que se passou no bloco (...) [de forma] oral (...)” E7 CI.

“A transmissão é sempre oral, suportada pelo registo do peri-operatório do doente (...)” E8 BO.

“(...)depois acompanhamos o doente com o processo e a transmissão é feita de forma oral” E9 BO.

“Oral, à passagem oral acompanha também a folha de registos intraoperatórios (...)” E10 BO.

“Oral sim (...)” E11 CI.

“É uma passagem de informação oral, informal (...)” E12 BO.

Relativamente à utilização da forma escrita para a comunicação da informação entre as equipas de enfermagem, alguns dos entrevistados referem que em conjunto com a passagem oral utilizam também a escrita como complemento na transmissão de informação na transição de cuidados, como revelam as seguintes transcrições:

“(...) procuro sempre ao longo da cirurgia sistematizar num pequeno papel a informação mais relevante acerca do doente (...)” E3 BO.

“(...) é frequente, nomeadamente o colega da área da anestesia trazer a informação escrita num papel (...)” E4 CI.

“(...) é frequente que ele [enfermeiro de anestesia] faça uma passagem também por escrito da informação.” E4 CI.

“(...) quando são cirurgias mais longas, levo tudo aponte (...), muitas das vezes até lhes entrego a folha com alguns registos, para não me esquecer (...)” E5 BO.

“(...) os colegas por vezes fazem uma passagem escrita, no fundo um autodidata, não é uma coisa oficial do hospital (...)” E7 CI.

“(...) mas escrita também, às vezes alguns colegas que nos deixam os seus apontamentos de horas de medicação, de analgesia, o tipo de indução.” E11 CI.

O **momento de transmissão da informação** foi um dos aspetos salientados pelos participantes relativo ao modo como é transmitida a informação entre os enfermeiros do BO e UCIP. Segundo os dados obtidos, estes momentos podem ser *antes da transferência do doente para a sua unidade, no momento da transferência do doente para a sua unidade e após a transferência do doente para a sua unidade.*

Apenas um dos participantes referiu que a transmissão da informação era efetuada a maior parte das vezes *antes de efetuar a transferência do doente para a sua unidade*, justificando ser mais fácil para os colegas que recebem o doente, pois deste modo, ao efetuarem a transferência do doente para a sua unidade, já têm a informação sobre o doente.

“É pré-transição por norma (...) por norma é antes (...)” E8 BO.

A maioria dos participantes indicou que o momento da comunicação da informação coincidia *com a transferência do doente para a sua unidade*, como a seguir demonstram os excertos:

“(...) quando estamos a fazer a passagem do doente (...), nós vamos explicando (...)” E1 BO.

“(...) é no momento em que estamos a receber o doente(...)” E2 CI.

“(...) ao mesmo tempo que estamos a fazer a admissão estamos a receber a informação (...)” E4 CI.

“(...)à medida que ajudamos o colega a monitorizar o doente e vamos passando tudo o que se fez cá em baixo [no bloco].” E5 BO.

“Enquanto estamos a fazer a prática da transição do doente (...) ou seja estamos a recebê-lo e estamos ao mesmo tempo [a receber a informação] (...)” E7 CI.

“No momento da passagem ao receberem o doente, temos a nossa folha de registos e guiamo-nos por ali, para fazer a passagem da informação do que aconteceu.” E9 BO.

“(...) no momento da receção do doente pelos colegas, eles já estão a monitorizar, pronto acabam por ter ali um bocadinho a perda de atenção, mas eles conseguem absorver a informação ao mesmo tempo que estão a monitorizar o doente e a receber o doente na unidade nós estamos a passar também as informações.” E12 BO.

Uma parte minoritária dos participantes referiu que o momento da comunicação da informação acontece já quando o doente está colocado na *sua unidade na UCIP.*

“Inicia no momento da passagem do doente (...), passamos o doente da cama do bloco para a cama da unidade, e iniciamos daí a passagem de comunicação.” E10 BO.

“(...) primeiro colocamos o doente na cama, tentamos estabilizar, monitorizar já com os nossos monitores, e posteriormente (...) o colega passa mais ao pormenor todas as informações.” E11 CI.

Um dos participantes justificou que efetuando primeiro a *transferência do doente para a sua unidade* permite uma transmissão da informação de uma forma mais calma:

“(...) acompanhamos (...) o doente até à unidade onde ele irá permanecer, tento sempre colaborar (...) na desmonitorização (...) e monitorização dos equipamentos (...), e depois no final quando o colega já tem mais alguma calma para receber o doente, passo essa informação.” E3 BO.

Ainda no domínio desta área temática foi registada uma última categoria referente a **quem transmite a informação** no processo de transição de cuidados do doente crítico. A este propósito e de acordo com a análise das entrevistas surgiram três figuras: *enfermeiro da área anestésica, enfermeiros da área anestésica e cirúrgica e um dos enfermeiros que acompanha o doente.*

A este respeito apenas um dos entrevistados referiu que a comunicação da informação do doente, era efetuada pelo *enfermeiro da área anestésica* que acompanha o doente, fornecendo estas informações relativas, a hemodinâmica e fármacos administrados (parte anestésica), assim como de informações do que foi efetuado do foro cirúrgico. De salientar também que o entrevistado, enfermeiro na UCIP, referiu que o enfermeiro da área cirúrgica nem sempre acompanha o doente na transferência deste do BO para a UCIP, o que poderá ajudar a compreender a fundamentação da sua resposta:

“(...) vem sempre o enfermeiro de anestesia, que é aquele que hemodinamicamente é o que está mais à frente na sala não é, e portanto (...) dá-nos bastante informação relativamente a hemodinâmica, medicação administrada, sedação (...) e do feedback do que cirurgicamente o que é que foi feito pela equipa cirúrgica.” E11 CI.

Na leitura das entrevistas foram vários os entrevistados que indicaram que a transmissão da informação era efetuada pelos *enfermeiros da área anestésica e cirúrgica em conjunto*. Importa referir que todos os enfermeiros que comungam desta opinião, fazem parte da equipa do BO, e que quase todos fazem referência ao facto de a informação da área anestésica e cirúrgica, ser transmitida pelo enfermeiro respetivo de cada área, como fica expresso nas transcrições seguintes:

“Normalmente vai a enfermeira de anestesia, e algum elemento da área cirúrgica, tanto pode ser enfermeiro instrumentista, (...) ou então vai o enfermeiro circulante. (...) Cada um passa na sua vez (...).” E1 BO.

“(...) eu normalmente passo uma área, passo a área de anestesia, e o colega circulante passa a parte cirúrgica (...)” E5 BO.

Normalmente quem toma a iniciativa de passar (...) é o elemento da área anestésica, mas (...) vai um elemento da parte cirúrgica, temos a preocupação de certas particularidades que dizem mais respeito à cirurgia (...) de transmitir essas informações diretamente também ao colega.” E6 BO.

“(...) a informação do que aconteceu da parte anestésica, passa o colega [de anestesia], e depois a especificidade da parte da cirurgia, do que aconteceu durante a parte do ato cirúrgico em si passa o enfermeiro instrumentista ou circulante.” E9 BO.

“(...) passamos o doente da cama do bloco para a cama da unidade, e iniciamos [enfermeiro de anestesia] daí a passagem de comunicação. (...)um elemento da área cirúrgica para passar a parte mais específica da cirurgia que nos passa um bocadinho fora das nossa competências e do nosso âmbito do conhecimento (...)” E10 BO.

“(...) aqui no bloco estamos divididos em duas áreas, pelo que eu faço a passagem da informação exclusiva da minha área [cirúrgica] e o colega de anestesia faz a passagem de informação da área dele (...)” E12 BO.

Um dos entrevistados referiu também que a transmissão de informação é feita pelos dois elementos (área anestésica e cirúrgica), mas que o grosso da informação é prestado pelo enfermeiro de anestesia sendo complementada por parte do enfermeiro da área cirúrgica, com informações mais específicas relativas a aspetos da parte cirúrgica:

“(...) passo essa informação [enfermeira de anestesia]. (...) e o colega da área cirúrgica complementa sempre essa informação.” E3 BO.

Um único entrevistado que exerce funções na UCIP, referiu que a transmissão de informação é efetuada por *um dos enfermeiros que acompanha o doente*, não fazendo referência a que área o enfermeiro pertence:

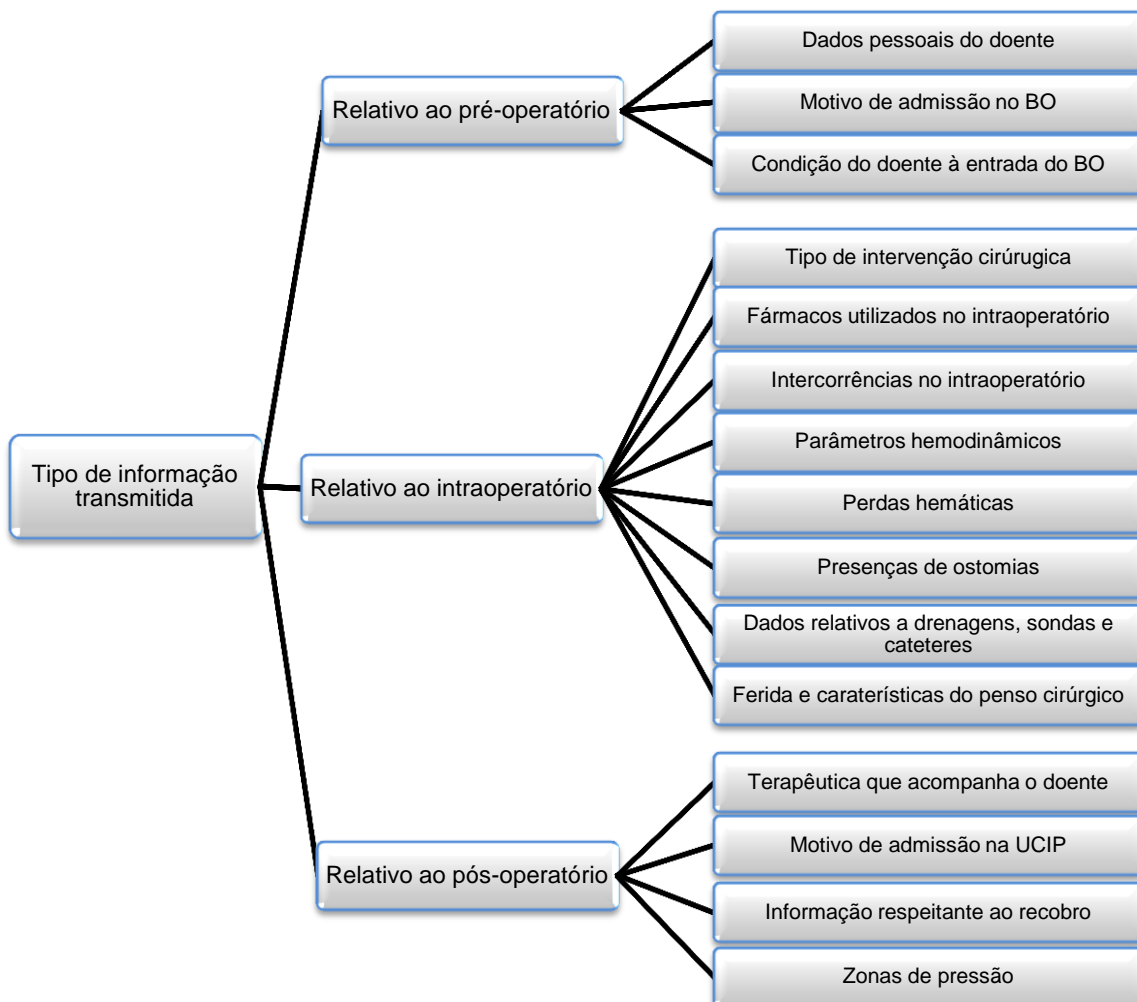
“(...) a colega que acompanha o doente, vem sempre mais que uma, por norma uma toma a iniciativa, será aquela que ficou responsável pelo doente em si, de comunicar aquilo que se passou no bloco (...)” E7 CI.

2 - TIPO DE INFORMAÇÃO TRANSMITIDA

Consideramos importante perceber que tipo de informação deve ser valorizada e transmitida na transição de cuidados do doente crítico. Assim e tendo por base o conteúdo dos discursos dos enfermeiros, emergiram categorias relacionadas com o período no qual se enquadram as informações, ou seja respeitante ao **pré-operatório**,

intraoperatório e pós-operatório com as respectivas subcategorias, como expresso na figura 2. Estas categorias e respectivas subcategorias, refletem o tipo de informação transmitida de uma forma cronologicamente organizada por parte dos entrevistados.

Figura 2 - Tipo de informação transmitida: categorias e subcategorias



Relativamente ao período **pré-operatório** emergiram subcategorias que se referem aos *dados pessoais do doente*, ao seu *motivo de admissão no BO* e também à sua *condição à entrada do BO*.

Os *dados pessoais do doente*, foram referidos pelos enfermeiros como um dos tipos de informação transmitida, nomeadamente aqueles que têm a ver com a identificação do doente e principalmente com os antecedentes pessoais de saúde/doença:

“(…) a idade (…)” E1 BO.

“(...)os antecedentes (...), e então ressaltar essencialmente alguns que podem ter que ter mais alguma vigilância (...)” E9 BO.

“(...) nome do doente (...) idade (...) antecedentes cirúrgicos e anestésicos, antecedentes de patologias (...)” E10 BO.

“Antecedentes, bastante importante sabermos os antecedentes (...)” E11 Cl.

“(...)a identificação do doente (...) os antecedentes (...)” E12 BO.

Houve também a preocupação por parte de alguns enfermeiros que exercem funções no BO de realçar a informação transmitida referente aos *dados pessoais do doente*, como relevante e fundamental, principalmente quando se trata de um doente que é admitido no pós-operatório pela primeira vez na UCIP, devido ao total desconhecimento do doente, ao invés de quando se trata de um doente já proveniente da unidade:

“(...) às vezes temos que passar os antecedentes do doente porque os colegas [da UCIP] não o conhecem(...)” E1 BO.

“(...) doentes não provenientes da unidade, (...) é tentar informar acerca do background do doente, antecedentes, problemas prévios, problemas conhecidos (...)” E3 BO.

“Quando o doente é admitido lá [UCIP] de um pós-operatório sem lá ter estado, há a necessidade de fazer anamnese da história de evolução daquele doente (...)” E8 BO.

Foi também referenciado pelos enfermeiros de ambas as unidades, o *motivo da admissão no BO* como um dado importante a referir na transmissão de informação sobre o doente crítico, como se pode verificar nos excertos abaixo:

“(...) diagnóstico do doente, para perceber que tipo de doente é que é (...)” E2 Cl.

“(...) depois parto para a identificação do problema atual, aquilo que trouxe o doente ao bloco, aquilo que ele veio fazer (...)” E3 BO.

“(...) o que é que o levou [ao doente] ao bloco (...)” E7 Cl.

“(...) o motivo de admissão, aquela que foi a informação que foi possível recolher (...)” E8 BO.

“(...) o motivo de ter vindo cá [ao bloco] o doente fazer a cirurgia (...)” E10 BO.

“(...) o facto porque é que foi operado, e o que é que levou aquela situação (...)” E11 Cl.

Inserido ainda nesta categoria, dois enfermeiros mencionaram a *condição do doente à entrada do bloco*, como informação importante a transmitir na transição de cuidados, para haver garantia do conhecimento da evolução do estado do doente desde o **pré-operatório**:

“(...) procuro sempre referir ao colega [da UCIP] como é que o doente me chegou aqui ao bloco (...) se (...) já vinha entubado (...) se (...) entrou no bloco com escala 15 (...)” E3 BO.

“(...) procuro sempre dar a informação do estado prévio do doente (...)” E3 BO.

“(...) depois como estava à entrada do bloco (...)” E10 BO.

Foram várias as informações que os participantes consideraram importante transmitir sobre o que se passou no **intraoperatório** do doente crítico: *tipo de intervenção cirúrgica*, informações relativas aos *fármacos utilizados no intraoperatório*, *intercorrências no intraoperatório*, *parametrização hemodinâmica*, *perdas hemáticas* ocorridas durante este período, *presença de ostomias*, *dados relativos a drenagens*, *sondas e cateteres* e *ferida e características do penso cirúrgico*.

A informação que envolve e caracteriza o *tipo de intervenção cirúrgica* foi considerada importante para ser transmitida por parte dos participantes como se pode observar nas transcrições seguintes:

“(...) tipo de intervenção que realizou (...)” E2 CI.

“(...) se foi uma cirurgia programada ou se foi uma cirurgia urgente (...)” E3 BO.

“(...) que tipo de intervenção fizeram e provavelmente também pode ter interesse saber o porquê de o terem feito (...)” E7 CI.

“(...) tipo de cirurgia (...)” E12 BO.

Dentro deste campo para além da informação sobre o procedimento cirúrgico a que o doente foi sujeito, houve participantes que fizeram referência a especificidades da *intervenção cirúrgica*, que podem implicar abordagens específicas a nível dos cuidados de enfermagem e vigilância, como se pode entender pelos excertos seguintes:

“(...) o tipo de cirurgia, se é aberta ou laparoscópica, porque isso interfere na continuidade dos cuidados (...)” E1 BO.

“(...) a cirurgia que foi feita, o que é que foi feito na cirurgia, o procedimento (...)” E6 BO.

Houve também um participante que evidenciou o fato de nem sempre o procedimento que está previsto antes da *intervenção cirúrgica* ser o que é efetivamente executado:

“(...) aquilo que estava proposto e aquilo que foi efetivamente feito, porque às vezes há divergências nesse campo (...)” E3 BO.

Outro dado considerado importante por parte dos participantes para ser alvo de transmissão à equipa da UCIP que recebe o doente prende-se com os diferentes *fármacos utilizados no intraoperatório*, como é realçado nas transcrições seguintes:

“(...) fármacos que foram utilizados durante a cirurgia (...)” E3 BO.

“(...)eu passo tudo em termos de medicação, o que é que nós fizemos ao doente durante o procedimento(...)” E5 BO.

“(...)toda a terapêutica que foi feita no bloco é importante(...)” E7 CI.

“(...) as necessidades de alguma medicação que fosse feita de forma emergente, ou em situações pontuais (...)” E9 BO.

“(...) a parte toda de fármacos administrados durante a cirurgia (...)” E10 BO.

“(...) toda a informação de medicação que foi feita, tentar perceber o porquê dessa medicação (...)” E11 CI.

“(...) medicação que fez e as recomendações que tem que fazer depois em termos de medicação e estado de saúde do doente (...)” E12 BO.

Também os horários de administração de medicação analgésica ou outro tipo de fármacos foram referidos, pois a ausência dessa informação pode colocar em causa a correta administração em termos de respeito de intervalos de tempo entre tomas dos diferentes fármacos, pondo em causa a sua eficácia e qualidade da continuidade de cuidados prestados:

“(...) hora a que foi feito por exemplo, a medicação analgésica (...), ou alguma coisa [fármaco] que depois possa influenciar (...) a prestação de cuidados ao doente.” E3 BO.

Alguns participantes dentro desta subcategoria realçaram também a importância do tipo de anestesia e fármacos utilizados na técnica anestésica (sedação e relaxamento), assim como toda a medicação vassopressora e analgésica utilizada:

“(...) que tipo de anestesia fez.” E2 CI.

“(...) administração de determinadas drogas, (...) aminas, a questão também da sedação, portanto a evolução ao longo da cirurgia desse tipo de fármacos, (...) ou outro tipo de fármaco qualquer(...)” E4 Cl.

“(...) o tipo de anestesia que ocorreu e o que foi feito durante o período que ele foi anestesiado (...)” E9 BO.

A informação transmitida acerca das *intercorrências no intraoperatório*, foi considerada relevante por parte dos entrevistados, pelo que estas podem representar em termos de repercussões na evolução da situação clínica do doente:

“Alguma intercorrência que haja, (...) todas e quaisquer complicações que ocorram durante o período intraoperatório considero importante.” E2 Cl.

“(...) possíveis intercorrências que tenham acontecido do lado anestésico, e (...) do lado cirúrgico que depois tiveram repercussões do lado anestésico (...)” E3 BO.

“(...) alguma intercorrência grave, também acho que deva ser enfatizada, porque pode ter repercussões na recuperação do doente (...)” E3 BO.

“(...) alterações hemodinâmicas que o doente teve, durante a permanência do doente cá em baixo [no bloco].” E5 BO.

“Todo o doente crítico é avaliado sobre uma lógica do ABCDE, portanto todas aquelas informações que nós avaliamos e reavaliamos permanentemente na lógica da avaliação do doente crítico, são determinantes de passar não só a última avaliação mas todas as avaliações e tudo aquilo que sofreu alteração, seja positiva ou negativa, porque vai mostrar um padrão de evolução do doente (...)” E8 BO.

“(...) perceber até que ponto o colega fez para estabilizar o doente, caso haja alguma instabilidade, ou até mesmo quais as atitudes que teve para manter sempre o doente estável (...)” E11 Cl.

“(...) eventuais intercorrências que aconteceram na cirurgia (...)” E12 BO.

Dois dos entrevistados abordaram a importância da transmissão das *intercorrências no intraoperatório*, fundamentais na perspetiva da prestação de cuidados de enfermagem e vigilância dos parâmetros vitais pós cirúrgico, como demonstram os próximos relatos:

“(...) interessa-nos saber as implicações que eventualmente as intervenções [na cirurgia] têm depois nos nossos cuidados e a na nossa vigilância à posteriori [na UCIP] (...)” E4 Cl.

“(...) se a cirurgia foi feita de forma linear como habitual, ou se houve alguma intercorrência, (...) que pode ter repercussão mais imediata para ser vigiada com mais atenção.” E9 BO.

Outro aspeto considerado importante pelos enfermeiros participantes no estudo sobre a transmissão de informação no período **do intraoperatório**, diz respeito à vigilância e manutenção dos *parâmetros hemodinâmicos*, de modo a saber a estabilidade hemodinâmica do doente crítico durante a cirurgia:

“(...) da manutenção dos parâmetros vitais será o foco essencial, portanto interessamos numa primeira fase perceber como é que decorreu durante a cirurgia, relativamente a esses parâmetros vitais (...)” E4 CI.

“(...)outra coisa que acho extremamente importante, tem a ver com a parte hemodinâmica (...), desde monitorização hemodinâmica, monitorização cerebral(...)” E7 CI.

“(...) depois também o modo como ele se comportou em termos hemodinâmicos durante a cirurgia (...)” E9 BO.

O aspeto relacionado com perdas hemáticas e subsequente necessidade de administração de hemoderivados foi referido por alguns participantes que trabalham no BO, como consta nas próximas transcrições:

“(...) se teve muitas perdas [hemáticas] (...)” E1 BO.

“(...) perdas hemáticas (...)” E6 BO.

“(...) perdas hemáticas exageradas (...)” E12 BO.

Houve ainda um participante que exerce funções na UCIP, que fez referência a este fato, mas numa perspetiva de preocupação pós perdas, referindo-se à necessidade de se saber eventuais pedidos de reserva de unidade de glóbulos rubros e sua possível administração:

“(...) administração de sangue, se tem sangue de reserva (...)” E2 CI.

A *presença de ostomias* foi outro ponto referenciado por dois entrevistados que exercem funções no BO, como informação relevante a ser transmitida aos colegas da UCIP. As ostomias são intervenções que podem ser realizadas em situações de existência de lesões mais ou menos graves do foro respiratório, gastrointestinal, urinário, podendo ser uma medida de caráter provisório ou definitivo e que exige um acompanhamento específico pós-cirúrgico ao nível da prestação de cuidados de enfermagem:

“(...) se tem algum estoma (...)” E1 BO.

“(...) ostomias (...)” E6 BO.

Os enfermeiros também realçaram a importância da transmissão de *dados relativos a drenagens, sondas e cateteres*, como evidenciam as passagens seguintes:

“(...) se tem algum tipo de drenos, se o doente está algaliado (...)” E1 BO.

“(...) identificação de possíveis drenos... quer sejam drenos quer sejam algalias, colocação ou troca de dispositivos como cateteres venosos periféricos, cateteres centrais, cateteres arteriais, sondas nasogástricas e tento sempre informar o nível a que essas drenagens se encontram (...)” E3 BO.

“(...) colocação de drenos (...)” E6 BO.

“(...) monitorização de drenagens, todo o tipo de drenagens que o doente possa ter, isso é essencial (...)” E7 CI.

“(...) dos tipos de drenagens (...)” E12 BO.

A *ferida e características do penso cirúrgico*, também surgiram como informação importante a transmitir na transição de cuidados, decorrente do **intraoperatório**, pois a informação recebida pelo enfermeiro responsável do doente na UCIP, permite um acompanhamento e avaliação da evolução da ferida cirúrgica de modo a garantir cuidados de enfermagem de qualidade e adaptados à situação:

“(...) o tipo de penso, se é aspirativo se é de vácuo (...)” E1 BO.

“(...) tipo de ferida que tem ou quantas feridas tem (...) se o penso está limpo, se tem um ligeiro repasse para as colegas vigiarem (...)” E12 BO.

Da análise dos dados acerca do tipo de informação a transmitir sobre o doente crítico no **pós-operatório** foram identificadas quatro subcategorias: *terapêutica que acompanha o doente, motivo de admissão na UCIP, informação respeitante ao recobro e zonas de pressão.*

Relativamente à *terapêutica que acompanha o doente*, dois participantes que exercem funções na UCIP mencionaram a importância da transmissão dessa informação. Um dos participantes mencionou a importância de se saber qual a terapêutica que acompanha o doente de modo a que a continuidade dos cuidados prestados ao doente nessa vertente seja assegurada:

“(...) a terapêutica que acompanha o doente [para a UCIP] também é importante(...)” E7 CI.

Um participante dentro deste contexto referiu-se ao fato de se transmitir para além da terapêutica, também as respetivas diluições, pois alguma terapêutica, é diluída originando diferentes concentrações, o que se não for corretamente transmitido poderá interferir na condição hemodinâmica do doente:

“As dosagens medicamentosas que por vezes não coincidem com as nossas, (...) de diluição nas seringas (...)” E2 CI.

O motivo de admissão na UCIP, foi valorizado por um entrevistado que trabalha na UCIP, visto tratar-se de um doente novo a internar na unidade, como demonstra o próximo trecho:

“(...) e do bloco o que é que o traz [o doente] cá aos cuidados intensivos (...)” E7 CI.

Um enfermeiro a exercer funções no BO, referiu que no caso de doentes que vão para a UCIPA do bloco por falta de vaga no imediato na UCIP, é importante transmitir a informação respeitante ao recobro:

“(...) temos aquelas situações em que os doentes ficam transitoriamente na unidade de cuidados pós anestésicos à espera de vaga, (...) e nesse caso (...) tem que transmitir a informação respeitante ao período de tempo que o doente permaneceu no recobro.” E3 BO.

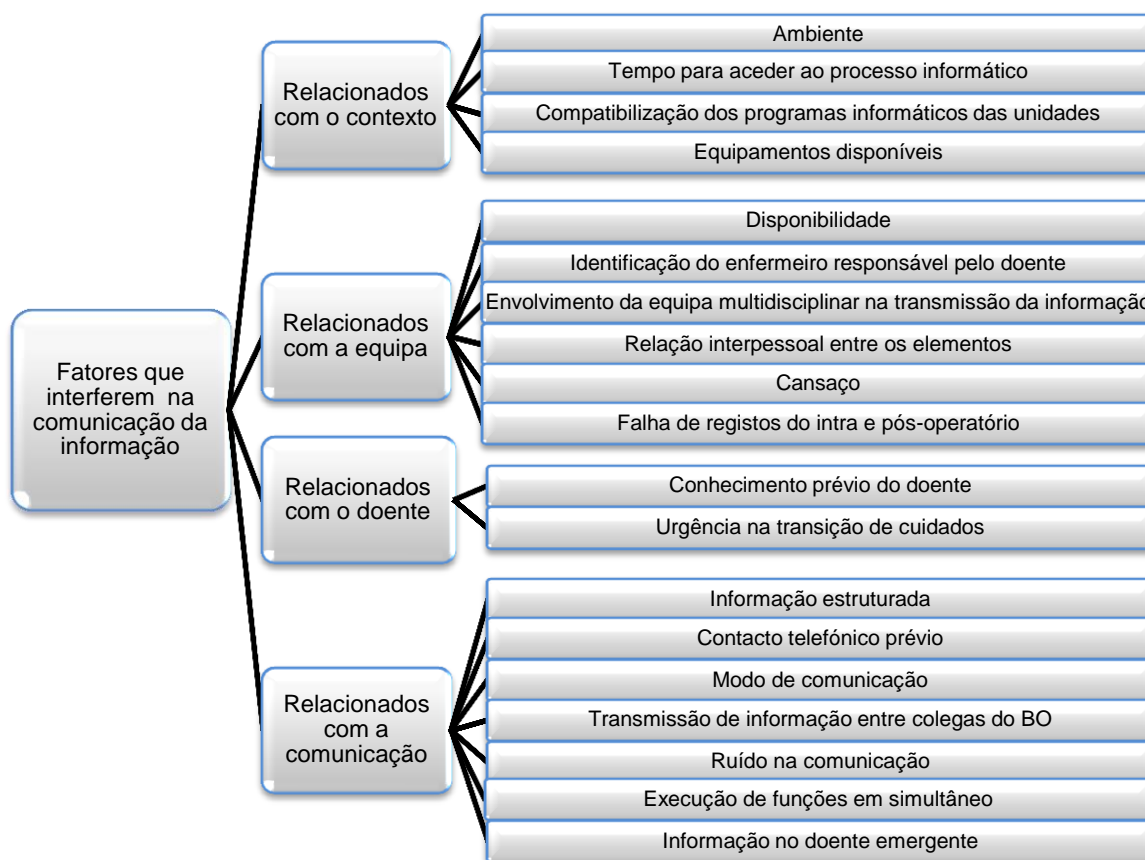
Ainda integrada no pós-operatório, surge a informação relacionada com as zonas de pressão, que foi mencionada por um enfermeiro do BO, para garantir o acompanhamento ideal de modo a manter a continuidade dos cuidados:

“(...) eventuais zonas de pressão que tenham para vigiar também (...)” E12 BO.

3 - FATORES QUE INTERFEREM NA COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Era nosso objetivo identificar os factores que interferem na comunicação da informação, e através da análise dos discursos dos participantes, surgiram diversos que podem interferir de forma positiva ou negativa e que foram agrupados em categorias, a saber: **relacionados com o contexto**, **relacionados com a equipa**, **relacionados com o doente** e **relacionados com a comunicação**, derivando de cada uma, subcategorias (figura 3).

Figura 3 - Fatores que interferem na comunicação da informação: categorias e subcategorias



No que se refere aos factores **relacionadas com o contexto** onde decorre a comunicação da informação foram mencionados: o *ambiente*, *tempo para aceder ao processo informático*, *compatibilização dos programas informáticos das unidades* e *equipamentos disponíveis*.

Um *ambiente* tranquilo deveria constituir uma condição ideal para a comunicação da informação como salientaram três participantes, funcionando como catalisador para uma correta transição de cuidados:

“(…) devemos ter um ambiente calmo e tranquilo (…) devíamos depois de apresentar o doente ter um bocadinho de espaço com o colega, sem médico sem auxiliares sem nada perto de nós, para nós transmitirmos corretamente a informação (…)” E1 BO.

“(…) o ideal seria termos o colega para nos passar calmamente, e isento de outras preocupações (…)” E2 CI.

“(...) um ambiente calmo, um tom de voz baixo (...) será do meu ponto de vista um fator facilitador na transmissão da informação (...)” E4 CI.

Em relação ao acesso informatizado da informação foi referido a falta de *tempo* que o enfermeiro tem *para aceder ao processo informático*, e sendo a informação disponível em processo físico escassa, penaliza a correta comunicação da informação:

“(...) normalmente os processos [físicos] não trazem quase nenhuma informação (...) está tudo informatizado...e normalmente não temos tempo para ir ver o processo.” E1 BO.

A falta de *compatibilização dos programas informáticos do BO e UCIP*, foi outro aspeto mencionado, que dificulta a continuidade dos cuidados por parte dos enfermeiros da UCIP, como foi verbalizado por dois participantes das duas unidades:

“(...) todos e quaisquer registos efetuados no bloco operatório, de forma a garantir a continuidade, drenassem para o nosso sistema [UCIP], o que não acontece.” E2 CI.

“(...) a falta de interligação entre sistemas informáticos (...) da lentidão do equipamento informático (...)” E3 BO.

A existência de determinados *equipamentos disponíveis* em número insuficiente, requer uma negociação dos próprios entre as equipas de enfermagem envolvidas na transição de cuidados, originando demoras na prestação de cuidados ao doente crítico, como foi referido por um enfermeiro pertencente à UCIP:

“(...)às vezes não termos determinadas... a questão burocrática de esta máquina não pode ficar aqui (...) às vezes podemos não ter determinada máquina aí de monitorização e necessitamos das do bloco, e (...) faz demorar um bocado o processo do cuidado ao doente.” E11 CI.

Os participantes reportaram diversos fatores que têm interferência no processo de comunicação da informação e que estão **relacionados com a equipa**: *disponibilidade, identificação do enfermeiro responsável pelo doente, envolvimento da equipa multidisciplinar na transmissão da informação, relação interpessoal entre os elementos, cansaço e falha de registos do intra e pós-operatório.*

Um dos fatores mencionados, considerados relevantes e que interferem de uma forma positiva na comunicação da informação, diz respeito à *disponibilidade* que os enfermeiros disponham para esse efeito, tendo isso mesmo ficado evidenciado por dois participantes que exercem funções no BO:

“(...) ter tempo e o colega que está a receber o doente ter disponibilidade para estar a olhar para mim enquanto eu falo para ele (...) existir abertura do meu lado, para ter

tranquilidade para passar essa informação, (...) e do outro lado exatamente a mesma coisa, ter disponibilidade para ouvir a informação.” E3 BO.

“O facilitador é o facto de eles [UCIP] receberem o doente quando já estão preparados, (...) nós só subimos com o doente quando a equipa tem disponibilidade para o receber.” E9 BO.

Referindo-se à mesma subcategoria mas analisando sob uma perspetiva antagónica, um participante também a exercer funções no BO, sublinhou que em situações de final de turno devido à hora tardia, poderá existir uma comunicação da informação insuficiente ou com falhas:

“(...) às vezes acontece é limites de turno, finais de turno há uma ligeira pressa na passagem do doente e aí também pode acontecer alguma perda de alguma informação ou desvios em termos de informação.” E10 BO.

Foi também considerado importante por parte de quem transmite a informação, e assim sendo referido por três enfermeiros do BO que efetuam o transporte do doente crítico para a UCIP, conseguirem *identificar o enfermeiro* que vai ficar *responsável pelo doente* na UCIP, de modo que a informação seja direcionada corretamente, e não deixar dúvidas que o receptor da informação é o profissional que vai ficar responsável pelo doente, como atestam as transcrições seguintes:

“(...) conseguirmos identificar quem é o colega logo que está responsável, ou quem vai receber o doente (...) sabemos que é ele a quem vamos passar a informação e não estar a passar a informação dispersamente a vários colegas.” E6 BO.

“(...) seja direcionada, ou seja, eu saber exatamente qual é o colega a quem estou a passar a informação e o colega saber exatamente que sou eu que lhe estou a passar (...)” E8 BO.

Outro aspeto referenciado por um enfermeiro do BO prende-se com a vantagem de se poder ter o *envolvimento da equipa multidisciplinar na transmissão da informação*:

“ O facilitador o facto de estarem ali a equipa toda envolvente, (...) ser passado à equipa que vai ficar mesmo a receber o doente no global, o enfermeiro, o intensivista que vão ficar a seguir o doente.” E9 BO.

Do mesmo modo um outro enfermeiro que trabalha no BO referiu-se ao facto ser vantajoso a *relação interpessoal entre os elementos* das equipas, como corrobora o seguinte trecho:

“(...) claro que se formos cordiais uns com os outros, a forma de transmissão, aqui já estamos a passar para a relação interpessoal entre colegas, mas acho também que é essencial isso (...)” E10 BO.

No sentido inverso existiram relatos que demonstram fatores que podem criar dificuldades na comunicação da informação na transição do doente crítico, neste sentido um participante do BO referiu-se ao *cansaço* como um desses fatores:

“(...) o cansaço, há cirurgias que são bastante cansativas, desgastantes em termos cirúrgicos e em termos anestésicos, por causa da instabilidade grave do doente, (...) provoca cansaço, provoca desgaste (...) às vezes nem sempre há esse cuidado ou nem sempre há esse tempo para se fazer esse tipo de registos completos e exaustivos, e aí pode haver um pouco de falha.” E10 BO.

Um enfermeiro da UCIP reportou na sua entrevista *falha* no preenchimento dos registos do *intra* e *pós-operatório* como demonstram o próximo extrato:

“(...)a falha do check-list pós-operatório, da folha do intraoperatório [de anestesia], da folha cirúrgica, essa falha temos muito (...)” E11 CI.

Relativamente aos motivos que interferem na comunicação da informação e que estão **relacionados com o doente**, foram reconhecidas através da análise das entrevistas duas subcategorias, sendo estas o *conhecimento prévio do doente* e a *urgência na transição de cuidados* do doente crítico.

O *conhecimento prévio do doente*, foi exposto por um participante que exerce funções no BO, como elemento facilitador na comunicação da informação, pois o facto do enfermeiro da UCIP conhecer o estado clínico prévio do doente proveniente do BO, permite ter a noção da evolução do seu estado permitindo adaptar os cuidados enfermagem às suas necessidades, garantindo assim uma continuidade dos cuidados prestado:

“(...) os próprios colegas que estão a receber o doente já estão a par dos antecedentes do doente e o motivo da cirurgia, o que também acaba por facilitar um bocadinho aí.” E10 BO.

Já a *urgência na transição de cuidados*, pode funcionar como fator de falha de comunicação da informação, como referiu um participante a exercer funções na UCIP:

“(...) questão da urgência ou menos urgência, de o trazer, (...) às vezes o doente vem muito instável, (...) às vezes há uma urgência de o colocar, de o passar para a nossa cama, (...) que pode falhar um bocadinho aí uma ou outra coisa na passagem devido

a essa urgência (...) já dei conta de que quanto mais instável às vezes o doente esteja, (...) pode levar ao esquecimento de outro tipo de informação (...) E7 CI.

Existem também fatores **relacionados com a comunicação** que podem interferir na comunicação da informação, são eles: *informação estruturada, contacto telefónico prévio, modo de comunicação, transmissão da informação entre colegas do BO, ruído na comunicação, execução de funções em simultâneo e informação no doente emergente.*

Da análise às entrevistas concedidas pelos enfermeiros participantes, emergiu um elemento **relacionado com a comunicação** que se prende com a necessidade sentida por estes da existência de uma *informação estruturada*, que permita uma linha orientadora na comunicação da informação: De salientar o facto de todas estas passagens terem sido extraídas de entrevistas efetuadas a enfermeiros que trabalham no BO:

“(...) nós devíamos ter um guião (...)” E1 BO.

“(...) haver uma estrutura comum de comunicação, portanto se seguirmos todos a mesma lógica de comunicação,(...) acabamos por agrupar por grandes áreas de preocupação a informação e é mais fácil estratificar essa informação.” E8 BO.

“(...) se todos nós passássemos da mesma maneira (...) portanto acho que se calhar se fizéssemos todos da mesma forma, para eles [colegas da UCIP] seria mais rápido, mais fácil. (...) um processo mais sistematizado pronto, se fosse igual para todos seria mais fácil para eles. ” E12 BO.

Um dos entrevistados no seu testemunho referiu que um dos mecanismos que utiliza para estruturar melhor a passagem de informação é usando a folha de registo intraoperatório anestésico:

“(...) levar a folha também de registo intraoperatório, também é fácil ter não é uma espécie de guião, mas uma linha orientadora para a passagem (...)” E10 BO.

Um outro entrevistado expressou que utiliza um apontamento próprio onde estrutura a informação a transmitir:

“(...) fazer uma pequena cábula com toda a passagem estruturada, (...) importante é ter tudo esquematizado, uma linha orientadora.” E10 BO.

Outro item remete à importância dada ao *contato telefónico prévio* que deve ser efetuado antes do doente sair do BO com destino à UCIP, como revela o trecho seguinte:

“O contato por via telefone, normalmente para combinar a hora a que o doente pode subir, poderá ser facilitador (...)” E9 BO.

Numa perspectiva oposta a ausência desse contato prévio pode conduzir à chegada do doente proveniente do BO sem o conhecimento da equipa da UCIP, interferindo de uma forma negativa na comunicação da informação, devido ao fato de a equipa da UCIP não ter a unidade do doente totalmente funcional levando a que no momento da transição do doente não estejam focados apenas na receção da informação, como demonstra este discurso de um enfermeiro do BO:

“(...) as equipas não preparadas para receber o doente (...) não estão avisados (...), isso dificulta claramente por que depois nós estamos a querer passar a informação do doente e às vezes os colegas estão a dispersar atenção porque têm necessidade de ouvirem a informação mas também prepararem as coisas.(...)” E8 BO.

Um dos fatores identificados por dois entrevistados que trabalham na UCIP e que pode influenciar positivamente a comunicação da informação está relacionado com o *modo de comunicação* do enfermeiro do BO que efetua a transição de cuidados, onde é focado nomeadamente as questões da síntese e clareza da informação, ser objetivo, como se pode observar nos seguintes excertos:

“(...) se for um indivíduo que já tenha o hábito de trazer cá doentes, já sabem aquilo mais ou menos o que é essencial pelo menos de transmitir (...), que facilita depois a comunicação (...)” E7 CI.

“Ser conciso, tentar ser o mais linear possível (...). Serem lineares e serem simples na forma como transmitem a informação, ajudam-nos (...) a podermos saber o que devemos ou não fazer (...)” E11 CI.

Cirurgias que demorem mais que um turno, ou substituições não programadas dos enfermeiros do BO conduzem inevitavelmente à existência de uma *transmissão de informação entre colegas do BO* antes de os doentes irem para a UCIP, podendo originar falhas na comunicação da informação do doente, como relataram dois entrevistados:

“(...) o colega referir que acabou de receber o doente, quer dizer tem uma certa dificuldade em passar determinados assuntos porque foi-lhe no fundo passada informação do doente mesmo agora (...) não tenho a informação totalmente correta (...) imagina terminas o turno e o outro [colega] entra(...)” E7 CI.

“(...) passagens entre colegas no próprio bloco, também pode haver falha ali em termos de alguma comunicação e alguma intervenção que foi feita que ou não foi registada (...)” E10 BO.

A ocorrência de *ruído na comunicação* que ocorre no momento da transmissão das informações na transição do doente crítico, através de interrupções foi mencionada por dois enfermeiros do BO, como um fator prejudicial na comunicação:

“(...) tem sempre pessoas a interromper, no fundo não há um fluxo de informação do início ao fim.” E1 BO.

“(...) interrupções da equipa médica, (...) que eles acham pertinente completar com alguma coisa (...)” E8 BO.

Ainda no âmbito do ruído foram apontados os ruídos externos à comunicação referidos por vários participantes, como elemento que perturba o correto desenrolar da comunicação da informação, quer seja oriundo de equipamentos quer de outros profissionais que também estão presentes no momento da transição:

“(...) ruídos que possa haver externos, nomeadamente os apitos dos monitores (...) pode dificultar a absorção da comunicação que o colega está a efetuar” E2 CI.

“(...) um momento da transferência ou da admissão de um doente, é quase sempre um momento de alguma agitação, de barulho, e portanto isso é do meu ponto de vista um fator que impede a transmissão de informação de uma forma clara (...)” E4 CI.

“(...) por norma a passagem médica também é junto a nós e pode haver aí um barulho, um ruído e esse ruído (...) pode levar a uma dificuldade da perceção da informação.” E7 CI.

“(...) os próprios barulhos, às vezes na passagem o ruído exterior pode causar a perda de informação e até um desvio da atenção na passagem (...)” E10 BO.

“Idealmente menos barulho menos confusão (...). Estão os colegas também a monitorizar o doente, portanto há muito ruído (...) acho que o ruído é capaz de não facilitar muito a comunicação.” E12 BO.

Dentro deste ponto, um outro obstáculo foi referido devido ao fato de as pessoas durante a comunicação da informação falarem em simultâneo, como corroboram os próximos excertos:

“(...) depois às vezes falamos ao mesmo tempo (...)” E1 BO.

“(...) a quantidade de pessoas que está à volta daquele doente é mais do que muita, e toda a gente a falar ao mesmo tempo.” E3 BO.

Um outro fator que dificulta a comunicação prende-se com a *execução* por parte dos enfermeiros de *várias funções em simultâneo* como descrevem os próximos extratos:

“(...) estamos a fazer dez coisas ao mesmo tempo e isso não é benéfico, nem para nós (...) nem para o colega (...) porque perde sempre alguma coisa.” E1 BO.

“(...) receber os doentes estando em cima da hora de registos ou de outras rotinas, e que isso também possa ser um [fator] dificultador, porque têm outras tarefas a realizar.” E3 BO.

“(...) estamos a fazer diversas atividades ao mesmo tempo, e (...) isso é um fator que não ajuda na transmissão (...)” E4 CI.

“(...) dificultador essencialmente (...) está o colega de enfermagem ajudar a monitorizar e a falar ao mesmo tempo e pode haver informações às vezes que que fiquem mais perdidas no meio dessa informação.” E9 BO.

Uma vertente focada pelos entrevistados como capaz de influenciar a comunicação da informação, tem a ver com a falta de *informação* que pode existir quando se trata de um *doente emergente*. A tentativa de estabilizar rapidamente um doente crítico, pode conduzir a uma entrada no bloco sem que haja possibilidade de se aprofundar o conhecimento sobre os antecedentes e condição prévia de saúde do mesmo, por parte da equipa de enfermagem do BO responsável pelo doente, o que inevitavelmente se vai repercutir na comunicação da informação destes à equipa da UCIP na transição para essa unidade, como fica patente nas seguintes transcrições:

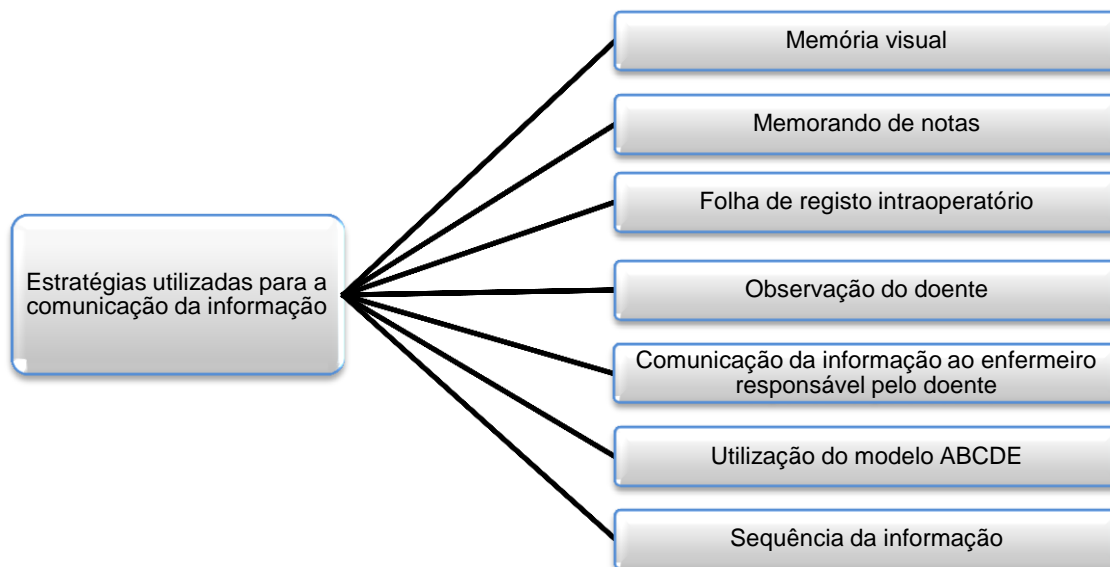
“(...)um doente que entre de emergência e não se tenha um conhecimento geral dos antecedentes e dessas coisas (...)” E7 CI.

“(...) se for uma cirurgia emergente em que há pouco tempo e pouca capacidade de recolher mais história e mais enquadramento da situação do doente e da evolução doente (...), acaba por dificultar porque depois a informação acaba por soar mais incompleta (...)” E8 BO.

4 - ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA A COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a comunicação da informação do doente crítico na transição de cuidados, constituiu outro dos propósitos deste estudo. Deste modo, do discurso resultante das entrevistas efetuadas, as estratégias e recursos foram agrupados nas categorias: **memória visual, memorando de notas, folha de registo intraoperatório, observação do doente, comunicação da informação ao enfermeiro responsável pelo doente, utilização do modelo ABCDE** e por fim a **sequência da informação** como apresentado na figura 4.

Figura 4 - Estratégias/recursos utilizados para a comunicação da informação: categorias e subcategorias



A **memória visual** foi considerada por um dos entrevistados como uma das estratégias utilizadas para a comunicação da informação durante a transição de cuidados, como reflete a passagem seguinte:

“(...) para mim vou da cabeça aos pés(...). É o meu guia, assim é mais fácil, eu tenho memória fotográfica e para mim ajuda-me (...)” E1 BO.

Foi também mencionado pelos enfermeiros a utilização de um **memorando de notas** elaborado pelo próprio, que lhe permite sistematizar, organizar e esquematizar a transmissão da informação de forma a garantir que toda a informação importante respeitante ao doente crítico é transmitida, como demonstram os próximos trechos:

“(...) eu procuro sempre ter um papel escrito por mim com a informação, eu sei onde ela está e (...) quando o colega da unidade pede, deixo-lhe ficar o papel sem problema nenhum, (...) é mais uma garantia de que a informação, (...) não se perde.” E3 BO.

“(...)durante o procedimento muitas vezes vamos apontando, (...) quando são cirurgias complexas, mais longas levo tudo aponte e mostro ao colega, (...) para não falhar nada em termos de procedimentos que se fez.” E5 BO.

“(...) eu sei que da parte anestésica os colegas usam uma pequena cábula (...) em que apontam a medicação toda que o doente fez.” E6 BO.

“Utilizo uma pequena cábula, uns apontamentos, em que costumo colocar para esquematizar por exemplo, faço mais ou menos uma sequência dos acontecimentos (...) E10 BO.

“(...) essa cábula que às vezes nos são facultadas e ajuda-nos bastante porque conseguimos perceber logo de imediato muita coisa do que nos estão a passar oralmente (...)” E11 CI.

A utilização da **folha de registos do intraoperatório** também é utilizada como auxiliar na comunicação da informação do doente crítico, como é revelado por dois enfermeiros que exercem funções no BO nos seguintes excertos:

“(...) por vezes eu uso a própria folha do registo intraoperatório, (...) aqui está resumida muita informação do que se fez aqui no bloco.” E6 BO.

“A nossa folha de registos intraoperatório está em mente (...), passamos de uma forma mental a informação que nós registamos na nossa folha intraoperatória.” E9 BO.

A **observação do doente** no momento da transmissão da informação do doente crítico, foi referido por um participante como estratégia/recurso utilizado:

“Da parte cirúrgica como são menos coisas, (...) conseguimos olhar para o doente, fazer uma avaliação e conseguir apontar a informação necessária (...)” E6 BO.

Também foi referido por um participante que a estratégia que utiliza para **comunicar a informação** é garantir que **o enfermeiro** que a recebe seja o **responsável pelo doente**, de modo a não haver perda de informação nas passagens entre os diversos interlocutores:

“(...) o colega que transmite, vai transmitir ou deveria e tenta-se que se faça, ao colega que vai receber, ao colega que vai ficar responsável pelo doente (...) penso que isso é essencial, prioritário (...) transmitires ao colega que vai-te dar continuidade de cuidados ao doente.” E7 CI.

A utilização do **modelo ABCDE** de abordagem ao doente crítico na comunicação de informação na transição deste do BO para a UCIP, foi mencionado como uma estratégia por parte de dois entrevistados, como corroboram os seguintes extratos:

“É esse o meu foco sempre, (...) é por esse [lógica ABCDE] que eu tento estruturar a informação para não perder a informação, (...) e portanto eu tento sempre esquematizar daquela forma para tentar que seja o mais linear possível e não se perder informação, e na lógica do doente crítico é aquela que acaba por ser mais transversal e que acaba por fazer mais sentido a toda a gente e nos ajuda a não perder tanta informação.” E8 BO.

“Utilizam o método do ABCDE para o doente crítico, tudo aquilo que o doente tem, ventilação...não acho que haja um modelo padronizado entre a equipa mas há uma ideia padronizada de como passar o doente.” E11 CI

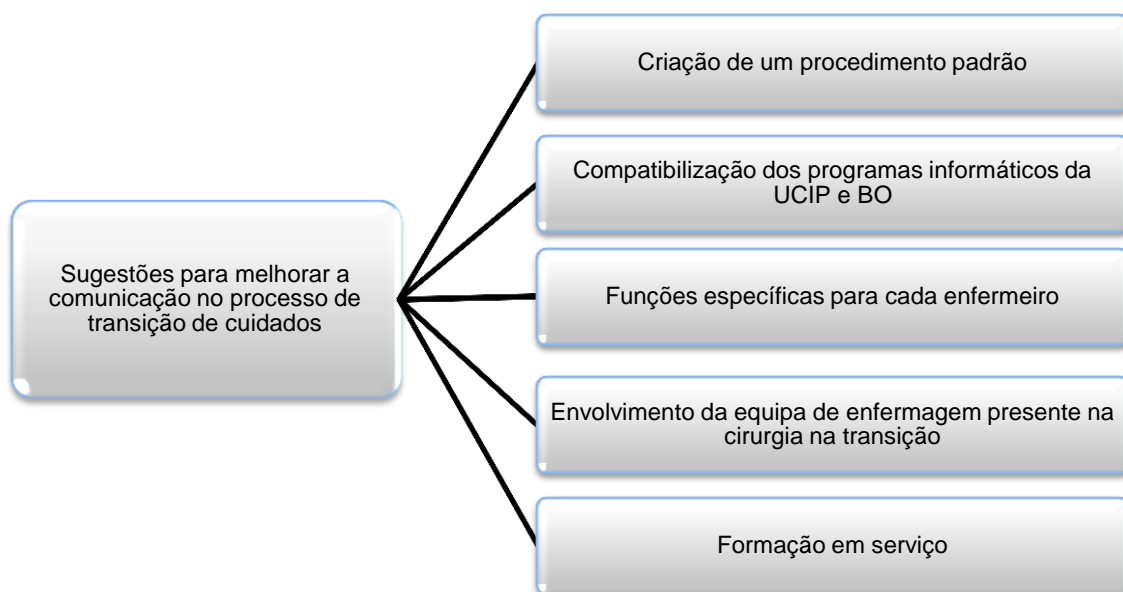
A **sequência da informação**, como forma de orientar a passagem da informação, também foi salientada por um enfermeiro como estratégia utilizada na comunicação da informação, aludindo à especificidade da informação, iniciando pela informação mais generalista para terminar na informação mais específica:

“(...) habitualmente eu tenho uma ordem que faço sempre igual, portanto, (...) primeiro do mais amplo para o mais específico (...)”E12 BO.

5 - SUGESTÕES PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

Relativamente a esta área temática, que se refere às sugestões para melhorar a comunicação no processo de transição de cuidados, foram identificadas seis categorias (figura 5), que resultaram das alocações proferidas pelos enfermeiros no decurso das entrevistas realizadas, a saber: **criação de um procedimento padrão** para se usar na comunicação da informação, **compatibilização dos programas informáticos da UCIP e BO**, **funções específicas para cada enfermeiro**, **envolvimento da equipa de enfermagem presente na cirurgia na transição**, e **formação em serviço**.

Figura 5 - Sugestões para melhorar a comunicação no processo de transição de cuidados: categorias



A **criação de um procedimento padrão**, para orientar e ajudar a comunicação de informação, tornando-a mais imune ao erro ou à falha, foi assinalada por uma grande fatia dos participantes do estudo como fica demonstrado pelas transcrições seguintes:

“Um guião... eu acho que era importante termos algo escrito (...) de forma a passarmos a informação (...) doente, e que é importante para a continuidade dos cuidados. A sugestão, é (...) ter um papel que alguém fizesse, e nos desse um guia, o que é que nós devíamos passar (...) uma orientação escrita (...)” E1 BO.

“(...) era interessante ter algum tipo de ferramenta em que nós pudéssemos (...) fazer um registo e passar aquilo que é necessário em termos de continuidade de cuidados que foi feito ao doente, (...) haver um documento em que estivesse resumido tudo que é da área da enfermagem que fosse para passar aos colegas.” E6 BO.

“(...) poderia-se às tantas tentar criar um guião de passagem do doente, uma folha em que toda a gente usasse essa folha e fosse transversal a todos os doentes aquela passagem.” E9 BO.

“(...) mas tentar um esquema de passagem de doentes através de um documento (...) [que] seja uma coisa facilmente perceptiva, concisa e que esteja estruturada, que tenha uma linha orientadora e que todo a gente se guiasse mais ou menos por isso para passar a informação.” E10 BO.

Esta opinião foi corroborada por um participante que trabalha no BO, mas que reforçou que a informatização deste modelo poderia ter um efeito negativo pela perda de tempo

que a sua consulta poderia acarretar, pelo que defendeu a reformulação de uma folha já existente com informação complementar que abarcasse toda a informação do doente a transmitir:

“(...)a existência de um modelo padronizado, parece-me efetivamente uma boa ferramenta; quanto à informatização dessa ferramenta (...) deveria ser informático, no entanto com os constrangimentos que temos, (...) temo que (...) fosse algo que nos fizesse perder tempo que podia ser aproveitado (...) no tratamento e no cuidado ao doente. (...)Não sendo informático (...) poderia existir um impresso, que fosse preenchido com alguns dos itens mais relevantes (...)se calhar o modelo até já existe tinha era que ser complementado, estou-me a lembrar da folha do circulante [folha do intraoperatório de enfermagem] (...)” E3 BO.

Dois participantes que trabalham na UCIP defenderam que a **criação de um modelo padrão**, deveria ser da responsabilidade da equipa do BO de forma a transmitir toda a informação necessária à continuidade dos cuidados na UCIP:

“(...) poderia ser uma boa estratégia criar uma folha ou outro tipo de conteúdo (...) poderia ser uma estratégia também a criar por vocês lá em baixo (...)uma folha que permita transmitir (...)e que seria mais fácil depois para a UCIP, (...) transmitir essa informação, para que houvesse uma continuidade e não se perdesse informação (...)” E7 CI.

“Criar um modelo entre a equipa do bloco de enfermagem de como passar o doente, faz todo o sentido porque ajuda-nos também a nós podermos receber a informação da melhor forma (...) com a criação de algum tipo de folha ou de metodologia que toda a gente passe da mesma forma (...)” E11 CI.

Um outro participante também da UCIP, contrapôs que a **criação de um modelo padrão**, deveria agregar uma série de pontos importantes e fundamentais sobre a informação a comunicar, mas que deveriam resultar da discussão entre os elementos das duas equipas, BO e UCIP:

“(...)criar uma checklist, ou algo em conjunto entre a UCIP e o [bloco], se calhar não fará muito sentido só na UCIP mas, alguma forma de standardizar a passagem de informação (...) a criação de uma folha, que focará (...) cinco, seis pontos que eventualmente é uma questão de se discutir entre as duas equipas aquilo que é relevante para cada uma delas (...)” E4 CI.

Dois participantes que exercem funções no BO, sustentaram que a **criação do modelo padrão**, deveria assentar em modelos já conhecidos, ou seja, um participante

defende que a elaboração deveria ter por base o modelo ABCDE de abordagem ao doente crítico:

“(...) eu acho se houvesse um modelo que fosse passível de estruturarmos a informação de passagem (...), a minha sugestão e que eu acho mais lógica, seria deste modelo do A, B, C, D, E em termos de resumo da informação do doente crítico (...) a minha sugestão era que fosse com base nesta estrutura, até porque o ABCDE (...), acaba por ser aquele que mais facilmente me permite no doente crítico, recolher a informação que veio do pré-hospitalar, da urgência, sem perder grande informação aqui e depois também possibilitar passá-la(...)” E8 BO.

Enquanto o segundo participante defendeu que esse modelo deve utilizar preferencialmente a técnica ISBAR:

“(...) acho que era bom nós criarmos aqui uma maneira, um procedimento que fosse comum a toda gente, seja com o doente crítico, seja até com doentes menos críticos, mas acho que é sempre muito relevante e até se fizermos todos da mesma maneira acho que as coisas vão funcionar da melhor maneira.(...) mais conhecido da DGS é o ISBAR, se fosse esse tanto melhor ou outros que achem mais pertinentes, mais adequados a este tipo de doentes, mas acho que era bom nós conseguirmos implementar isso aqui no serviço.” E12 BO.

A **compatibilização dos programas informáticos da UCIP e BO**, foi sugerida por um entrevistado que trabalha na UCIP, como forma de permitir uma consulta posterior em caso de dúvidas ou em caso de omissão de informação aquando da transição de cuidados:

“(...) acho que faria todo o sentido existir uma plataforma que fizesse a ligação entre o bloco e a Ucip (...) acho que o suporte informático seria uma forma de garantir a passagem da informação importante, em que depois a qualquer momento tu terias um recurso que poderias consultar e retirar as tuas dúvidas. Até porque às vezes eu posso ouvir 30 e era 60, e ter um suporte para ter a certeza (...)” E2 CI.

Uma outra sugestão indicada também por um enfermeiro que exerce funções na UCIP prende-se com atribuição de **funções específicas para cada enfermeiro** da UCIP no momento da transição como confirma a passagem seguinte:

“(...) criar funções específicas, a admissão é feita com x elementos e cada elemento tem uma função, (...) tu recebes a informação ponto, tu ficas com a via aérea, tu ficas com a parte da farmacologia, (...)distribuir aqui (...). Cada um foca-se na sua missão haverá necessariamente um que irá estar atento à informação, que irá receber o doente, e que do meu ponto de vista será à partida aquele que irá ficar responsável

pelo doente a seguir.(...) essa será a pessoa que deverá estar tranquilamente a ouvir o que os colegas do bloco têm para lhe dizer (...)" E4 CI.

Outro ponto sugerido por um participante que desempenha funções na UCIP, no sentido de melhorar o processo de transição de cuidados, passa pelo **envolvimento da equipa de enfermagem presente na cirurgia na transição**, de modo a não haver perda ou omissão de informação na transição de cuidados:

"(...) o enfermeiro que esteve dentro da sala [operatória] vir cá acima trazer o doente, isso era importante mesmo, (...) porque ele é que esteve lá e é que tem o conhecimento de tudo o que se passou lá dentro." E7 CI.

Uma última sugestão dada por um enfermeiro do BO, traduz-se na criação de **formação de serviço**, que incida sobre a esquematização e organização da informação importante a transmitir na transição de cuidados do doente crítico de forma a evitar falhas e esquecimentos:

" Sei que muitas vezes se perde alguma informação por não estar esquematizada a ideia do que se vai passar. (...) ou mesmo [existir] formações no próprio serviço que possam colmatar aí essas falhas [perda de informação] (...)" E10 BO.

4 - Discussão dos resultados

Concluída a apresentação e análise dos dados obtidos a partir das entrevistas efetuadas aos participantes neste estudo, torna-se necessário efetuar uma reflexão profunda e objetiva dos dados que foram obtidos e atribuir-lhes um significado, sustentando-os com resultados já obtidos por diversos autores que estudaram esta temática e a nossa reflexão. Como refere Bardin (2011), é necessário inferirmos sobre o seu significado, ou seja saber se o resultado poder ser considerado válido, em virtude da sua ligação ou sustentação a outros resultados já previamente validados e tidos como verdadeiros.

Dando seguimento à linha de orientação usada na apresentação e análise dos dados, a discussão dos resultados será efetuada de acordo com as áreas.

Modo como é transmitida a informação inter-equipas de enfermagem

Os participantes neste estudo consideraram que o modo como a informação entre as equipas de enfermagem do BO e da UCIP é transmitida depende de fatores como as vias de transmissão, o momento da transmissão dessa informação e de quem transmite a informação.

A comunicação é um processo de criação, compreensão e partilha de informação enviada e recebida, sendo necessário a existência de um emissor que envia e de um recetor que recebe a mensagem. A comunicação verbal abrange a comunicação escrita e oral. Para Stefanelli e Carvalho (2012), é através da comunicação verbal, seja de forma oral ou escrita, e não verbal, que a mensagem é transmitida com o objetivo de partilhar informações. Também Phaneuf (2005, p.24) refere que a comunicação "compreende uma troca verbal informativa, de conteúdo cognitivo, e uma contrapartida afetiva, (...) pelo comportamento não verbal".

Todos os participantes revelaram que utilizam a via oral como via de transmissão para a comunicação da informação na transição de cuidados, sendo que alguns referem que utilizam a comunicação escrita como complemento e suporte nessa transmissão, seja através da folha de registos peri-operatórios, ou através de informação escrita pelos próprios em papel que complemente e evite omissões de informação importante dada oralmente.

Estes dados vão de encontro com as propostas de melhoria de comunicação entre prestadores de cuidados de saúde por parte da JCI (2018) que defende que para haver uma transição de cuidados eficaz entre prestadores de cuidados, a

comunicação oral deve complementar os registos escritos de modo a clarificar e esclarecer possíveis dúvidas.

Também Talley et al. (2019) na justificação para a implementação da intervenção de melhoria no seu estudo, enuncia que o uso de apontamentos escritos durante o processo de transição de cuidados fornece uma orientação no momento da passagem oral ajudando a prevenir erros por omissão de informação.

Do mesmo modo mas de uma forma diferente a DGS (2017a) concorda que, em particular nas transições de cuidados de saúde em que a forma oral é a via de transmissão da informação entre os profissionais, esta deve ser efetuada recorrendo à informação escrita utilizando a técnica ISBAR como modelo de apoio na transição de cuidados de doentes.

Talley et al. (2019) no seu estudo reforça este fato salientando que o cuidador da UCIC que recebe o doente no seu pós-operatório, pode compreender melhor o procedimento cirúrgico efetuado, e planear melhor a continuidade dos cuidados do doente se corroborar a informação considerada importante recebida oralmente com a informação escrita.

No estudo que consistiu numa revisão integrativa sobre os diferentes modelos e processos disponíveis na transição de cuidados de enfermagem, Bakon et al. (2017, p.5) fazendo referência a um estudo de Burleton de 2013 sugere que “verbal handovers should be supported with written documentation to provide greater detail and ensure relevant information is retained”².

Emergem destes estudos e normas que a informação escrita utilizada como complemento à transmissão de informações por via oral no processo de transição de cuidados é importante, no sentido de ajudar ao esclarecimento de potenciais dúvidas que possam existir e de prevenir a ocorrência de erros por possível omissão de informação fornecida oralmente, contribuindo desta forma para um melhor planeamento da continuidade de cuidados decorrente da transição de cuidados entre equipas de enfermagem.

Outro aspeto relacionado com o modo como a transmissão é transmitida diz respeito com o momento da transmissão da informação na transição de cuidados do doente da equipa do BO para a da UCIP. Os enfermeiros que participaram neste estudo definiram em três os momentos em que efetuam a transmissão de informação. Um

² “as transferências verbais (via oral) devem ser sustentadas em documentos escritos de modo a fornecer mais detalhes e garantir que as informações relevantes sejam mantidas”.

enfermeiro referiu que primeiro transmite a informação aos colegas e só depois é que transfere o doente para a unidade da UCIP, permitindo assim, segundo ele, que os colegas recebam o doente a sua unidade já com a informação recebida. O estudo de VanGraafeiland et al. (2018) sobre a melhoria do transporte e transição de cuidados de doentes críticos pediátricos, vem de certa forma corroborar com o testemunho deste enfermeiro. Apesar da transição se processar em moldes diferentes, pois no caso do estudo é a equipa do serviço de destino que vai ao serviço de origem e efetua o transporte da criança, o momento da transmissão da informação ocorre no mesmo momento, ou seja antes da colocação do doente na sua unidade. O procedimento que resultou do protocolo elaborado no estudo, a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos vai ao serviço de pediatria e com recurso a uma ferramenta estandardizada de transição de cuidados designada *PET handoff tool* o enfermeiro da pediatria inicia a transferência de informação da criança. Só após a equipa dos intensivos pediátricos esclarecer eventuais dúvidas e em concordância, assumem a responsabilidade clínica da criança e iniciam o transporte da criança acompanhados pela enfermeira da pediatria até à unidade de intensivos de pediatria.

A maioria dos enfermeiros relatou que a transmissão da informação ocorre em simultâneo com a transferência do doente para a sua unidade. Os estudos, normas e orientações, e livros consultados não fazem referência direta a este modo de transmissão como o indicado a utilizar na transição de cuidados, no entanto vários referem de uma forma indireta a inconveniência e mesmo o aumento da possibilidade de ocorrência de erro se houver transmissão de informação sobre o doente ao mesmo tempo que se efetua a transferência deste para a sua unidade. Fragata (2011, p.27) refere que o erro devido a fatores humanos, que o autor caracteriza de nível 1, são “cometidos por gente com experiência realizando múltiplas tarefas em simultâneo (...)”. Neste sentido a DGS (2017a) revela que o aparecimento de falhas e erros relacionados com a comunicação entre profissionais de saúde na transição de cuidados, tem haver em muitos casos com omissões de informação e falta de priorização das atividades. Transmitir informação do doente ao mesmo tempo que se efetua a transferência deste para a sua unidade, em meu entender enquadra-se na falta de priorização de atividades que pode levar a um risco acrescido da ocorrência de erros relacionados com a comunicação.

Houve ainda enfermeiros a expressar que primeiro transferem o doente para a sua unidade e só depois iniciam a transmissão de informação, possibilitando assim, que primeiro se estabilize o doente e só depois se transmita a informação em pormenor. Esta mesma opinião é partilhada por Talley et al. (2019) que no fluxograma do projeto

de intervenção proposto no seu estudo denominado *Operation Hard Stop*, define de forma cronológica o processo de transição de cuidados, em que quando o doente chega à Unidade de Cuidados Intensivos a primeira tarefa consiste no garantir a segurança imediata do doente através da transferência da monitorização hemodinâmica, da troca do ventilador, e só depois de este estar estabilizado se procede à transição de cuidados através de uma ferramenta de transferência estruturada. Do mesmo modo o estudo referente à implementação de um protocolo de transição de cuidados no pós-operatório de Van Der Walt et al. (2016), sugere no método de implementação do protocolo, no ponto 2 da tabela sobre a sequência de atividades a desenvolver no processo de transição de cuidados, que o doente depois de chegar à Unidade de Cuidados Intensivos, é conectado ao ventilador desta unidade e monitorizado hemodinamicamente, sendo que durante este período não há partilha de informação, acontecendo esta só depois de o doente estar devidamente monitorizado e estabilizado.

Quem transmite a informação no processo de transição de cuidados, foi também um aspeto mencionado pelos participantes para caracterizar o modo como a informação é transmitida. Os participantes que exercem funções no BO e que mencionaram este ponto, referiram na sua totalidade que a informação era transmitida por um enfermeiro da área cirúrgica e um enfermeiro da área anestésica, sendo que a informação que cada um transmite diz respeito à sua área de atuação. É curioso que as duas opiniões dissonantes destas, exercem funções na UCIP, indicando um participante que a informação era transmitida pelo enfermeiro de anestesia, devido ao fato de nem sempre o elemento da área cirúrgica acompanhar o doente, mas que a informação fornecida englobava numa primeira fase informação relativa ao ato anestésico e depois também informação sobre o que se passou do ponto de vista cirúrgico. O segundo participante referiu que, apesar de acompanhar o doente mais do que um enfermeiro, apenas um ficava responsável pela transmissão da informação. Importante ressaltar que os participantes independentemente da diferença sobre o enfermeiro que transmite a informação, focarem que a informação de cada área é transmitida separadamente.

Esta perspetiva vai ao encontro com o projeto de intervenção levado a cabo por Talley et al. (2019), onde na estrutura de transição de cuidados do fluxograma do projeto, consta cronologicamente a transmissão de informação relativa ao doente da área cirúrgica e depois a informação da área anestésica. Este ponto é reforçado através de *checklist - operation hard stop* para preenchimento, que é colocada na unidade do doente aquando da transição de cuidados, onde estão definidos os passos da

transição de enfermagem, que neste caso é efetuado apenas por um enfermeiro, reportando em tempos distintos a informação relativa à área cirúrgica e anestésica.

Do mesmo modo Abraham et al. (2021) num estudo sobre falhas detetadas no uso de modelos padronizados de transição de cuidados no pós-operatório entre o bloco operatório e a unidade de cuidados intensivos que decorreu num hospital académico do Missouri, Estados Unidos, refere que a transição de cuidados da parte de enfermagem é efetuada pelo enfermeiro circulante da cirurgia, havendo uma transição interdisciplinar equipa de enfermagem e médica (cirurgião e anestesiológista), que por esta ordem passam a informação respeitante ao doente havendo por parte da equipa uma separação efetiva da informação anestésica da cirúrgica.

Tipo de informação de informação transmitida

Relativamente ao tipo de informação transmitida na transição de cuidados, os dados obtidos das entrevistas aos enfermeiros participantes permitiu dividir essa informação em três segmentos que definem o perioperatório, ou seja relativo ao pré, intra e pós-operatório.

Em relação ao momento prévio à cirurgia, os enfermeiros destacaram a informação referente aos dados pessoais do doente, mais precisamente informações sobre a identidade do doente e informação sobre os seus antecedentes, sejam eles cirúrgicos, anestésicos ou de historial clínico. Estes dados respeitantes à identificação do doente também são abordados por Bakon et al. (2017) que na discussão do seu estudo e recorrendo aos diversos autores resultantes da revisão integrativa efetuada, defende a inclusão destes elementos como importantes numa modelo de transição de cuidados a utilizar. Da mesma forma Boyd et al. (2018) menciona na sua discussão do estudo, que os dados resultantes da pesquisa e análise de conteúdo, sugere os dados demográficos e comorbilidades pré-existentes entre outros, como elementos chave a incluir numa transição de cuidados.

A importância sobre o historial médico e cirúrgico do doente, está também patente na *checklist* estruturada de transferência do doente, implementada no estudo de Van Der Walt et al. (2016), com a informação essencial e pertinente a ser comunicada durante o processo de transição do doente, constando também no protocolo de transferência padronizado entre a sala de operação e a unidade de cuidados intensivos, usada no estudo de Abraham et al. (2021) para a comunicação de informação.

Através da norma sobre a comunicação eficaz na transição do doente, a DGS (2017a), baseando-se no modelo ISBAR como ferramenta padronizada de comunicação em saúde destinada a promover a segurança do doente nos processos de transições de

cuidados, corrobora com a opinião dos enfermeiros participantes no estudo, mencionando que a passagem de informação sobre os dados relativos à identificação do doente e antecedentes clínicos (letra I e B da mnemónica ISBAR), é importante no processo de transição. A JCI (2018) defende também o uso de ferramentas, métodos ou protocolos padronizados para que a transição de cuidados se proceda de uma forma mais completa, consistente e segura. Para isso neste documento, dá exemplos de ferramentas padronizadas de transição de cuidados (SBAR e I PASS THE BATON), onde a informação a transmitir deve incluir a identificação do doente e os seus antecedentes.

Outro aspeto salientado pelos enfermeiros como informação importante a transmitir, prende-se com o motivo de admissão do doente no BO, ou seja o problema, o diagnóstico que o levou a necessitar de intervenção no bloco operatório. A este propósito são vários os autores que mencionam a necessidade de informação sobre o diagnóstico que levou o doente a ser submetido a um procedimento cirúrgico. Bakon et al. (2017, p.6) referindo-se a dois estudos de Johnson et al. de 2011 e 2014, manifesta que a comunicação de informação numa transferência deve incluir “(...) their reason for admission including their diagnosis(..)”³. Também Talley et al. (2019) na intervenção que levou a cabo no seu estudo e Van Der Walt et al. (2016) na *checklist* de transferência do doente, mencionam o diagnóstico como informação que deve ser comunicada no processo de transição do doente.

VanGraafeiland et al. (2018) através da ferramenta padronizada de transferência pediátrica utilizada no seu estudo denominada de *PET Tool*, inclui o diagnóstico como parte da informação a transmitir.

Através dos modelos ou ferramentas padronizadas preconizados, a DGS (2017a) e a JCI (2018), defendem como parte integrante da informação a transmitir, o diagnóstico onde se incluem as principais queixas e sintomas e/ou motivos de necessidade de cuidados de saúde.

Ainda incluído na informação pré-operatória, foi referido por dois enfermeiros do BO a importância de se transmitir aos colegas da UCIP, a condição do doente à entrada do bloco, de modo a se poder avaliar a evolução do estado de saúde do doente desde a entrada no BO, por forma a garantir a qualidade da continuidade dos cuidados. O mesmo defende a DGS (2017a) quando faz referência à importância de informar as alterações significativas do estado de saúde do doente, assim como a JCI (2018) quando se refere às alterações de estado de saúde recentes do doente, o que no

³“(...)a razão da admissão incluindo o diagnóstico(...)”

bloco implica informar sobre o estado de saúde do doente antes e após ser submetido ao procedimento, permitindo avaliar por um lado a eficácia do procedimento e por outro a evolução do estado de saúde do doente de modo a garantir a qualidade da continuidade dos cuidados.

No que diz respeito ao período intraoperatório, através dos dados obtidos das entrevistas, os participantes apontaram como relevante a informação respeitante ao tipo de intervenção cirúrgica a que o doente é submetido.

A importância de incluir informação sobre o tipo de procedimento cirúrgico efetuado ao doente também é mencionada por Talley et al. (2019) na intervenção efetuada no seu estudo, e por Van Der Walt et al. (2016) na *checklist* de transferência do doente já anteriormente referenciada.

Um participante no seu depoimento especifica e valoriza o fato de o procedimento poder ser efetuado por via laparoscópica ou por via aberta com as implicações que isso pode trazer na continuidade dos cuidados prestados.

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – AESOP (2006), também faz referência às implicações que a cirurgia laparoscópica pode trazer à continuidade dos cuidados prestados devido às possíveis complicações resultantes dos procedimentos relacionados com a técnica cirúrgica.

A cirurgia por via laparoscópica na cavidade abdominal, é executada com recurso à insuflação de um gás (CO₂) na cavidade peritoneal (pneumoperitoneu), fazendo com que a pressão intra-abdominal aumente com implicações de alteração ao nível hemodinâmico e respiratório. As alterações a nível hemodinâmico por compressão dos grandes vasos traduzem-se por diminuição do débito cardíaco, diminuição do retorno venoso, alterações do ritmo cardíaco (bradicardia e extrassístolia) e da função renal, e também vasoconstrição periférica devido à insuflação de gás frio (AESOP, 2006).

As alterações respiratórias são “originada pelo aumento da pressão intra abdominal que provoca a subida do diafragma na cavidade torácica, reduzindo a capacidade residual funcional e o volume pulmonar total” (AESOP, 2006, p.334).

Do mesmo modo também o posicionamento cirúrgico pode influenciar o aparecimento destas alterações, sendo que as cirurgias que requeiram posicionamento em proclive, as alterações provocadas pelo pneumoperitoneu poderão ser reduzidas devido ao aumento da capacidade residual e do volume pulmonar resultante deste posicionamento, diminuindo assim a sobrecarga cardíaca. Ao invés as cirurgias que necessitem de um posicionamento de Trendelenburg, a capacidade e volume poderão

estar diminuídos devido ao aumento da pressão diafragmática provocado pelas vísceras abdominais (AESOP, 2006; Meeker & Rothrock, 1997).

A técnica cirúrgica em si também pode trazer complicações decorrentes da sua execução, como são as lesões vasculares, viscerais e do foro trato urinário, que podem suceder por perfurações destas estruturas (AESOP, 2006), sendo necessário por isso uma atenção suplementar na vigilância e continuidade dos cuidados de enfermagem.

Houve um participante que menciona o fato de por vezes haver divergências no procedimento cirúrgico efetuado em relação ao que estava inicialmente previsto, sendo por isso importante comunicar essa informação. Neste sentido Abraham et al. (2021) na informação do protocolo de transição de cuidados implementado, referente ao ato cirúrgico menciona a cirurgia realmente efetuada, com referência aos achados cirúrgicos imprevistos e expectáveis.

A informação respeitante aos fármacos utilizados no período do intraoperatório, mormente as suas características, finalidade de uso e horários de administração foi também mencionada e considerada importante a transmitir pelos participantes. Esta informação também é manifestada por Bakon et al. (2017), através da referência aos estudos de Mcfetridge et al. de 2007, Liu et al. de 2012 e Sullivan de 2007, que consideram que a informação, mormente sobre a medicação administrada deve estar incluída num processo de transição de cuidados. Da mesma forma VanGraafeiland et al. (2018) na ferramenta padronizada de transferência utilizada no seu estudo, inclui a medicação prescrita e administrada. A terapêutica medicamentosa instituída é igualmente referida pela norma da DGS (2017a), como informação a transmitir num processo de transição.

Ainda neste contexto, alguns participantes dão ênfase à técnica anestésica e aos fármacos aí utilizados, o que também é referido por Van Der Walt et al. (2016), quando faz menção na *checklist* referente à área anestésica, das dosagens de fármacos anestésicos utilizados, ao procedimento anestésico utilizado e posterior reversão da anestesia. Do mesmo modo Abraham et al. (2021), no protocolo que é utilizado no seu estudo aponta o tipo de anestesia utilizada, assim como informações referentes a medicação utilizada no procedimento.

Outro aspeto que os participantes valorizam, diz respeito à informação sobre as intercorrências ocorridas durante este período, e quais suas implicações na prestação dos cuidados e vigilância ao doente no período subsequente. Neste sentido Abraham

et al. (2021) inclui no seu protocolo a comunicação de informação respeitante a complicações ocorridas durante a intervenção cirúrgica.

Ainda neste ponto um dos participantes, defende que a avaliação permanente do doente sobre a lógica do ABCDE, durante este período, com todas as suas alterações, permite demonstrar um padrão de evolução do doente que deve ser transmitido. VanGraafeiland et al. (2018) também inclui no seu modelo padrão uma adaptação do modelo de avaliação ABCDE, para a transição de cuidados.

Um outro participante realça ainda a importância de na ocorrência de algum foco de instabilidade, se saber o que foi feito do ponto de vista de atitudes e intervenções de enfermagem para reverter essa situação, indo assim de encontro à norma da DGS que inclui na informação a transmitir as “alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas” (DGS, 2017a, p.8).

A manutenção dos parâmetros hemodinâmicos, revela-se um fator determinante que contribui para o desenrolar normal do ato cirúrgico. No dicionário de língua portuguesa, parâmetro define-se como uma característica ou variável que permite definir ou comparar algo, sendo que neste caso se refere à estabilidade da circulação sanguínea, que se reflete depois nos monitores multiparamétricos sob a forma de linha de eletrocardiográfica, oximetria de pulso, batimentos cardíacos, tensão arterial, frequência respiratória etc. A informação sobre a vigilância e manutenção destes parâmetros, foi assinalado por alguns participantes como fator importante. Alguns estudos referem este ponto como relevante no que diz respeito à informação a transmitir, demonstrado nos protocolos de transmissão de informação de Van Der Walt et al. (2016) e Abraham et al. (2021). Esta mesma referência está visível na intervenção do estudo de Talley et al. (2019), e na discussão do estudo de Bakon et al. (2017).

A presença de ostomias foi também mencionada por alguns participantes, devido ao fato de exigir um acompanhamento ao nível da vigilância e prestação de cuidados de enfermagem após a cirurgia.

A DGS (2017d, p.16), define ostomia como “abertura de um órgão por meio cirúrgico, resultando numa boca em contacto com o meio externo, com diferentes finalidades e indicações, como, eliminações urinárias e ou intestinais, para alimentação ou para respiração”, sendo que a sua classificação é determinada consoante a função e o local em que foi realizada.

Ainda segundo a DGS as intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória (traqueostomia), ostomia de eliminação intestinal e urinária, e ostomia de

alimentação devem ser implementadas logo após a intervenção, o que sustenta a inclusão dessa informação por parte dos participantes (DGS, 2017d; e; f; g).

Associados às intervenções cirúrgicas, seja para dar resposta a necessidades do procedimento cirúrgico ou como resultado desse procedimento, a colocação de drenos, sondas e cateteres é uma realidade, pelo que os enfermeiros que cuidam do doente no pós-cirúrgico necessitam de implementar intervenções de enfermagem relativas à vigilância e cuidados com esses dispositivos, razão pela qual vários dos participantes consideram essencial que essa informação conste na transição de cuidados. Esta opinião é confirmada através de diversos estudos, como fica demonstrado na intervenção no estudo Talley et al. (2019) e no protocolo padronizado de transferência de Van Der Walt et al. (2016) e de Abraham et al. (2021) em que indicam que os drenos e respetivas localizações devem constar na informação. Da mesma forma Boyd et al. (2018, p.1743) na discussão do seu estudo reforça esta indicação referindo que “ the following key elements be considered for inclusion in a transfer summary: (...) pertinent information related to review os systems (e.g., (...) drains and catheters)”⁴.

Na perspetiva dos participantes, também é importante transmitir informação sobre o tipo de ferida e as características do penso cirúrgico presente no doente.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem ferida cirúrgica define-se como: “corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo; ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus” (CIPE, 2018 p.64). Neste sentido e baseando-se nas definições do *Center for Disease Control*, a ferida cirúrgica pode ser classificada como: limpa, limpa contaminada, contaminada e suja ou infetada, de acordo com a probabilidade e grau de contaminação no momento da incisão cirúrgica (DGS, 2013; Meeker & Rothrock, 1997), devendo esta classificação estar refletida nos registos do doente (AORN, in Meeker et al., 1997). Van Der Walt et al. (2016) faz referência no seu estudo à importância de constar informação sobre o encerramento e integridade da pele.

Após a intervenção cirúrgica é normalmente colocado um penso cirúrgico que consoante as suas características tem como funções, proteger e acolchoar a ferida do trauma e da contaminação, absorção de exsudados resultantes do procedimento,

⁴ “os seguintes elementos-chave devem-se considerar incluir numa transferência: (...) informações pertinentes relacionadas com a revisão de sistemas (ex., (...) drenos e cateteres)”

contribuir para a hemóstase, desbridar a ferida etc.(Meeker & Rothrock, 1997), havendo nos últimos anos, uma evolução significativa de soluções de pensos cirúrgicos, por forma a encontrar soluções para os problemas relacionados com a infeção do local cirúrgico.

Relativamente ao pós-operatório dois enfermeiros da UCIP, referem-se à importância da terapêutica que acompanha o doente na sua transferência do doente. Não se encontrando nos estudos e restante bibliografia consultados, nenhuma referência específica relativa à informação sobre a terapêutica que acompanha o doente no momento da transferência do doente, podemos no entanto relatar que os estudos de Bakon et al. (2017) e VanGraafeiland et al. (2018), assim como a norma da DGS (2017a), mencionam a importância de se incluir informação de uma forma geral sobre medicação, onde se pode incluir a informação sobre os fármacos que acompanham o doente, e também se necessário informação sobre a concentração dos fármacos.

Um enfermeiro da UCIP menciona que deve constar informação sobre o motivo de admissão nesta unidade. Neste sentido os mesmos estudos e normas mencionados para sustentar a informação relativa ao motivo de admissão no BO, também aqui se enquadram pois a gravidade ou complexidade da situação do doente decorrente do seu estado clínico (diagnóstico), poderá justificar o seu internamento na UCIP.

Um enfermeiro do BO, mencionou a possibilidade de por falta de vaga imediata na UCIP, o doente permanecer temporariamente na UCPA, e ser por isso necessário transmitir a informação respeitante a esse período. Neste sentido a norma da DGS (2017a) faz referência à informação constante, na letra A respeitante à avaliação na mnemónica ISBAR, e onde se pode incluir a informação respeitante ao período de permanência do doente na UCPA.

Um outro enfermeiro do BO aludiu ao fato de se incluir, quando pertinente, informação sobre eventuais zonas de pressão que os doentes possuam, resultantes por vezes de tempos prolongados de cirurgia, ou prévios à cirurgia e que haja necessidade de acompanhamento e vigilância. A DGS (2017a) na alínea d) e a) da avaliação e recomendações respetivamente, do modelo explicativo da técnica ISBAR, justifica que os focos de atenção, diagnóstico e intervenções ativas, e a sua continuidade em plano de cuidados devem figurar na informação a transmitir, na transição de cuidados.

Fatores que interferem na comunicação da informação

No entendimento dos participantes a comunicação da informação é influenciada por diversos fatores, estando estes relacionados com o contexto, com a equipa, com o doente e com a própria comunicação. Para Van Der Walt et al. (2016) a comunicação

entre os interlocutores – equipa do BO e UCI (Unidade de Cuidados Intensivos), é geralmente pobre, e é consequência de comunicação de informação não estruturada, do ambiente ruidoso da unidade e da discussão entre os diferentes elementos que compõem as equipas.

No dicionário de língua portuguesa, contexto pode ser definido como o conjunto de circunstâncias à volta de um acontecimento ou situação, sendo que dos relatos dos participantes foram identificadas alguns pontos passíveis de interferirem com a comunicação.

Um dos aspetos assinalados tem a ver com o ambiente, e que segundo os participantes este devia ser calmo e tranquilo como fator facilitador na transmissão da informação. Para Stefanelli e Carvalho (2012) existem variáveis, onde se inclui o ambiente, que podem interferir no processo de comunicação de uma forma benéfica ou prejudicial. É parte constituinte do ambiente “não só o espaço físico utilizado pelas pessoas, como também as pessoas que interagem, (...) o mobiliário, a iluminação, o arejamento, a temperatura, os ruídos e as condições de tempo e espaço” (Stefanelli & Carvalho, 2012, p. 39).

Segundo esta autora, ainda que numa perspetiva de comunicação entre profissional de saúde e doente, mas que em meu entender se enquadra nesta situação,

"os ruídos existentes nos locais de assistência à saúde, a presença de pessoas estranhas ou mesmo de outros membros da equipe de saúde, a restrição de espaço físico, (...) são alguns dos desafios que muitas vezes os profissionais de saúde enfrentam quando as condições do ambiente não são favoráveis (...)" (Stefanelli & Carvalho, 2012, p. 36).

O acesso informático da informação foi também um dos tópicos referidos como um fator desfavorável na comunicação. Um dos participantes alegou que existe informação insuficiente no processo físico do doente, e que não há tempo para aceder e inteirar-se do processo clínico informatizado. Dois participantes referiram também que não existe compatibilidade entre os sistemas informáticos utilizados nos dois serviços, dificultando assim a continuidade dos cuidados a prestar ao doente.

Relativamente ao primeiro item Fragata (2011), refere-se aos fatores organizacionais das instituições e aos modelos de trabalho utilizados, como ambientes não favoráveis devido a existência de variáveis como deficientes condições de trabalho e a fraca dotação de pessoal. Quanto à incompatibilidade dos programas informáticos em uso nos dois serviços, Fragata baseando-se num estudo de Catchpole sustenta que numa transição de cuidados entre o Bloco Operatório e uma Unidade de Cuidados Intensivos

é essencial a existência de um “*transfer* tecnológico – compatibilidade entre equipamentos no bloco e na UCI, preparação de equipamentos e satisfação de *check-list* de material” (Fragata, 2011, p.44).

A necessidade de por vezes ter que se negociar o uso determinados equipamentos entre os dois serviços devido ao número insuficiente, foi também referido por um participante que exerce funções na UCIP, como um fator adverso. Da mesma forma Fragata considera este ponto importante numa transição, como ficou demonstrado na citação acima, quando se refere à satisfação na lista de verificação de material existente.

Fatores relacionados com a equipa que condicionam o processo da comunicação foram também enfatizados pelos enfermeiros participantes.

A disponibilidade ou a falta desta manifestada pelos elementos que participam no processo de transição, foi um fator sugerido por alguns enfermeiros pertencentes à equipa do BO que podem condicionar de forma positiva ou negativa este processo. Esta posição também é defendida por Stefanelli e Carvalho (2012, p.39) quando afirma que “a disponibilidade das pessoas envolvidas no processo de comunicação é algo que necessita ser considerado atentamente, pois dela depende boa parte do êxito desse processo”.

Alguns dos enfermeiros que trabalham no BO reportaram que uma das situações importantes a atender é o fato de se identificar o enfermeiro que vai ficar responsável pelo doente por forma a garantir que o receptor da informação é o elemento que vai ficar responsável pelo doente. Stefanelli e Carvalho (2012) considera que para existir um processo de comunicação é necessário a existência de um emissor que através de um canal, neste caso a comunicação interpessoal, emite uma mensagem (comunicação verbal que pode ser falada ou escrita e não verbal), para um recetor que receberá a mensagem e emitirá uma resposta. Stefanelli e Carvalho (2012) salienta ainda, que o processo de comunicação só é validado se houver uma resposta pelo recetor. Neste sentido torna-se importante ao emissor identificar se o recetor da informação é o enfermeiro que vai ficar responsável pelo doente confirmando a norma da DGS (2017a, p.8) que diz que a “identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a identificação”.

Um aspeto considerado benéfico, realçado por um enfermeiro do BO, diz respeito ao envolvimento da equipa multidisciplinar (médicos e enfermeiros) no processo de transmissão de informação, havendo assim uma passagem conjunta e global dessa

informação. Este aspeto é também mencionado por Fragata (2011), que revela que numa transição de doentes entre o BO e uma UCI esta deve ser efetuada em conjunto, devendo haver um líder no processo, idealmente um anestesiológico, na qual cada elemento da equipa saiba exatamente o que fazer o que fazer no que diz respeito à transferência física do doente e equipamentos que o acompanham assim como da informação respeitante à sua transferência.

Um enfermeiro do BO considerou também ser vantajoso, a forma cordial como as equipas devem efetuar a transferência de informação, aludindo ao fato da necessidade de haver uma boa relação interpessoal entre os elementos que participam na transição. Sobre esta matéria Phaneuf (2005) manifesta que a comunicação não é um processo que ocorre isoladamente, sendo influenciado pelo ambiente favorável ou desfavorável em que se insere, assim como pela personalidade de cada um dos intervenientes.

Aprofundando um pouco esta questão Porrit, in Stefanelli e Carvalho (2012) considera que os contextos em que a comunicação ocorre podem afetar a sua qualidade. Estes contextos podem ser de quatro tipos a saber, intrapessoal, interpessoal, de grupo e social. Sendo que o primeiro engloba entre outros, as características genéticas, as experiências culturais, e os traços de personalidade, estes fatores intrapessoais vão ter influência na comunicação interpessoal, pelo que é importante que os participantes neste processo de interação se percebam e compreendam mutuamente.

Em sentido contrário o cansaço resultante do desgaste provocado pela instabilidade do doente na cirurgia, foi anunciado por um enfermeiro do BO como prejudicial na comunicação da informação, pelo fato dessa instabilidade obrigar ao requerer longo e exaustivo de todas as situações ocorridas na intervenção cirúrgica e poderem nessas situações ocorrerem falhas. Fragata (2011), sustenta esta opinião constatando que existem fatores contribuintes, como a fadiga resultante do número de horas seguidas de trabalho, que contribuem para o aparecimento de falhas que em muitos dos casos dão origem a erros.

Outro aspeto referido por um enfermeiro da UCIP, tem a ver com falhas ao nível de registos do intra e pós-operatório nomeadamente no preenchimento da folha de enfermagem de registos intraoperatórios e da *check-list* do pós-operatório. Fragata reporta-se a esta falha como erros de *handover*, sendo um exemplo demonstrativo de comunicação deficiente no processo de transição onde “parte da informação e, quase sempre, o plano subsequente para o doente é omitido ou só parcialmente transmitido” (Fragata 2011, p.42). A DGS (2017a), indica também que uma das falhas mais

comuns na comunicação entre os profissionais de saúde, decorre por omissões de informação durante o momento de transição de cuidados de doente.

Dois participantes salientaram pontos, que no seu entender, podem ter influência sobre a comunicação da informação, e que estão relacionados com o doente.

Um desses pontos diz respeito ao benefício que o conhecimento prévio do doente pode constituir, para o enfermeiro que o recebe no momento da transição, e que na perspetiva do participante que trabalha no BO, permite-lhe ter uma noção da evolução do seu estado e deste modo adaptar duma melhor forma, os cuidados de enfermagem de acordo com as suas necessidades.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem conhecimento é o “conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência” (CIPE, 2018, p.31). O dicionário de língua portuguesa complementa definindo conhecimento prévio como o ato ou efeito de conhecer com antecipação. Assim o fato de se conhecer antecipadamente o doente poderá revelar-se benéfico para a continuidade dos cuidados de enfermagem prestados, devido há possibilidade prévia de se obter informação e sabedoria sobre a situação do doente que permita, com competência a opção pelo cuidados de enfermagem que melhor satisfaça as suas necessidades. Benner (2001), dá como exemplo, o conhecimento das enfermeiras peritas que lhes permitem na sua prática, consoante o contexto, o frequente reconhecimento de alterações fisiológicas subtis dos doentes, mas que estes “só têm sentido à luz do historial do doente e da sua situação presente” (Benner, 2001, p.34).

Um outro ponto refere-se à urgência com que por vezes se pretende efetuar a transição de cuidados devido à instabilidade apresentada pelo doente, e que poderá resultar num fator de dificuldade na passagem de informação como foi referido por um participante que exerce funções na UCIP. A este propósito a DGS (2017a, p.4) menciona que os momentos mais críticos em matéria de segurança para o doente, são aqueles “cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação”, onde se pode enquadrar a transição do doente crítico em condição instável que o participante referiu.

Através dos seus testemunhos, os enfermeiros participantes focaram aspetos relacionados com a própria comunicação e que evidentemente a influencia.

Foram vários os enfermeiros do BO que alertaram para a necessidade existir uma informação estruturada que funcione como uma linha orientadora de modo a que durante a comunicação de informação não existam omissões de informação.

A este propósito são vários os autores que partilham esta opinião. Van Der Walt et al. (2016) manifesta que a gestão de uma situação pós-operatória para a equipa da UCI é complexa, devido à possibilidade de à chegada o doente poder estar instável do ponto de vista clínico e necessitar de intervenção urgente. Nesta situação a transição de cuidados reveste-se como uma fonte de informação fundamental devido às circunstâncias e à limitação de tempo para aceder ao processo, pelo que esta deve estar bem estruturada por forma a não existirem falhas na comunicação da informação. Fragata (2011) propõe o recurso a auxiliares de memória para que no momento da transição não fique nenhuma informação importante por transmitir. Da mesma forma a DGS (2017a) com a Mnemónica ISBAR, a JCI (2018), VanGraafeiland et al. (2018) e Talley et al. (2019) partilham esta ideia através da criação ou utilização de modelo padronizados usados na transição de cuidados.

Foi mencionado por um enfermeiro do BO, a importância do contato prévio por telefone por parte do bloco operatório, para acordar a hora de chegada do doente à unidade. Fragata baseando-se num estudo de Catchpole refere este momento de transferência do BO para a UCIP como a antecipação em que se efetua a “comunicação do bloco operatório para a UCI para confirmar vaga, comunicar tempo antecipado de chegada, transmitir as condições do doente e as necessidades específicas” (Fragata, 2011, p.44).

O modo como o enfermeiro do BO efetua a comunicação da informação, transmitindo-a de uma forma assertiva, utilizando o poder de síntese mas sem deixar de fora informação considerada importante e essencial para a continuidade dos cuidados de enfermagem, foi apontado por dois enfermeiros da UCIP como um fator que pode beneficiar o momento de transição.

Neste sentido a DGS (2017a, p.4) realça que para existir uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, esta deve-se caracterizar por ser “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo receptor.” Para Phaneuf (2005) a existência de uma mensagem eficaz em enfermagem, pressupõem que esta deva ser emitida de forma simples, clara e breve de modo a ser perfeitamente compreendida pelo receptor.

Um dos enfermeiros reforçou ainda, que se a transferência do doente for executada por um enfermeiro experiente nessa situação, poderá funcionar como um fator facilitador. Benner (2001) defende que é com a experiência e o domínio das situações, que os enfermeiros aperfeiçoam competências que contribuem para a melhoria das suas atuações.

Há situações em que existe a necessidade de uma transmissão de informação intermédia entre os enfermeiros do BO, devido a cirurgias longas que se prolonguem por mais de um turno, ou que pelo seu início no final de um turno se prolonguem para o turno seguinte, sendo este fato referido pelos enfermeiros como um fator prejudicial à qualidade da transição de cuidados.

Sendo as transições de cuidados, um momento de grande vulnerabilidade no que concerne ao doente devido à grande exigência para a manutenção de uma comunicação eficaz (DGS, 2017a), parece evidente que o risco de ocorrência de erros e omissão de informação aumenta à medida da necessidade de se proceder a uma transição de cuidados.

Outro ponto focado pelos enfermeiros que classificam como prejudicial, abrange os ruídos presentes no processo de comunicação, seja por intermédio de ruídos estranhos que acontecem no ambiente onde essa comunicação decorre, seja por interrupções ou por existirem elementos participantes no processo de transição que falam em simultâneo.

Esta problemática é abordada por Stefanelli e Carvalho (2012, p.42), referindo-se ao ruído na comunicação como “a energia presente durante o processo de comunicação que não guarda relação com os interesses de uma ou mais pessoas envolvidas na interação” e que por essa razão pode prejudicar o correto entendimento da mensagem enviada, assim como da sua resposta. Segundo ainda esta autora o ruído pode estar associado a sons que podem causar desconforto aos elementos constituintes do processo, ou ao ambiente envolvente em que se inclui os discursos das pessoas que estão envolvidas na transição, dando como exemplo de ruídos “gritos de outras pessoas, sirenes, rumores, mal-estar físico, alguma discussão próxima ao ambiente no qual o processo de comunicação ocorre” (Stefanelli & Carvalho, 2012, p.43). Phaneuf (2005) aborda esta problemática, classificando-as de interferências externas na comunicação, em que dá como exemplos, o barulho dos carrinhos a deslocar-se, os alarmes dos aparelhos e as interpelações de outros elementos que funcionam como barreiras à comunicação.

Foi também identificado que a execução de várias funções em simultâneo pelos enfermeiros que participam no processo de transição funciona como um obstáculo à comunicação da informação.

A falta de priorização de atividades é uma das situações apontadas para a existência de falhas de comunicação entre os profissionais envolvidos no processo de transição de cuidados do doente (DGS, 2017a), pelo que é função do enfermeiro prevenir e

identificar práticas de risco, e através da implementação de métodos de organização de trabalho adequados fomentar a segurança do doente (Regulamento nº140/2019). Também Fragata referindo-se ao trabalho em equipa, menciona a “prioridade de tarefas – para que todos conheçam a sequência de trabalho” (Fragata, 2011, p.33), no sentido de garantir a prestação de cuidados de qualidade e sobretudo garantir uma maior segurança para o doente.

Foi também apontado pelos enfermeiros como um aspeto desfavorável, a falta de informação que muitas vezes ocorre quando se trata de um doente emergente. Os enfermeiros do BO vêm-se perante cenários de doentes emergentes que entram no bloco de forma repentina, onde a informação sobre os antecedentes do doente é escassa, refletindo-se depois na qualidade de informação transmitida aos enfermeiros da UCIP.

Uma situação de emergência advém de um dano provocado a uma pessoa por um qualquer fator, para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando por isso de assistência imediata (Regulamento nº429/2018).

O tratamento do doente crítico emergente, pode comportar este tipo de dificuldade, o da incerteza sobre a origem do problema que é prioritário tratar, e também do desconhecimento sobre o historial clínico do doente que pode ter implicações no desfecho da intervenção cirúrgica assim como da continuidade dos cuidados prestados pós-cirúrgicos. Esta dificuldade pode condicionar os resultados em saúde pretendidos. A dificuldade da tarefa pode resultar de uma dificuldade intrínseca, associado a complexidade do doente, ou de uma dificuldade de circunstâncias onde se inclui o fator surpresa do acontecimento (Fragata, 2011).

Estratégias utilizadas para a comunicação da informação

Dos dados resultantes das entrevistas, emergiram algumas estratégias adotadas pelos participantes para a comunicação da informação a saber: memória visual, memorando de notas, folha de registo intraoperatório, observação do doente, comunicação da informação ao enfermeiro responsável pelo doente, utilização do modelo ABCDE e a sequência da informação.

Um participante do BO relatou que a estratégia utilizada passa pelo recurso à memória visual. A observação do doente no momento da transmissão da informação, foi também uma estratégia apontada por um participante do BO. Também a sequência da informação a transmitir, partindo de uma informação mais geral para uma mais específica foi a estratégia adotada por um participante do BO.

Dos acidentes que ocorrem, em qualquer ramo de atividade, estima-se que 60 a 80% tenham relação com erros humanos; o mesmo raciocínio pode ser aplicado quando entramos no âmbito dos cuidados de saúde (Institute of Medicine, 2000). Como já foi dito anteriormente a DGS (2017a) relata que 70% dos eventos adversos verificados no ramo da saúde a nível internacional, correspondem a falhas de comunicação ocorridas durante a transição de cuidados do doente.

A transição de cuidados de um doente crítico entre o bloco operatório, após uma intervenção cirúrgica, e os cuidados intensivos é considerado pela sua natureza um momento complexo. Do procedimento cirúrgico efetuado, resultam um conjunto de informações (cirúrgicas e anestésicas), que pela sua quantidade, complexidade e pormenorização se torna difícil transmiti-la, podendo haver o risco de falha, omissão ou erro.

Neste sentido são vários os estudos e normas e autores que apontam a adoção de estratégias de comunicação da informação através da utilização de *checklist*, protocolos ou modelos padronizadas, no sentido de garantir a qualidade da transição tão fundamental para a segurança do doente.

A procura por uma melhor forma de comunicação, onde seja possível sistematizar e organizar a informação, leva alguns enfermeiros a recorrerem a um memorando de notas, garantindo assim, segundo os próprios, que toda a informação necessária e importante é transmitida. Houve também dois enfermeiros do BO que revelaram utilizar a folha de registos do intraoperatório como auxiliar neste processo, no entanto o conteúdo desta folha não contempla a totalidade da informação respeitante ao doente, aspeto que também foi referido, sendo necessário haver a preocupação de a complementar com a restante informação em falta. A utilização de um *aide mémoire* na transferência como é designado por Fragata (2011), e que já foi anteriormente mencionado, corrobora e sustenta esta ideia.

Uma outra estratégia revelada por um participante, tem a ver com a garantia de quem comunica a informação o está a fazer ao enfermeiro responsável que vai ficar com o doente, de modo a que não exista o risco de perda de informação. A este respeito e como já foi dito anteriormente, as transições de cuidados, são situações de vulnerabilidade para o doente, devido ao risco da existência de falhas de comunicação entre os profissionais, podendo implicar quebras na continuidade dos cuidados, como é o caso das transições para outro nível de cuidados (DGS, 2017a). Tendo a noção deste fato é prudente e aconselhável que a informação seja comunicada ao enfermeiro

que vai ficar responsável, diminuindo assim o número transferência de informações com o risco que isso implica.

Foi também relatado a utilização de uma estratégia baseada no modelo de abordagem ao doente crítico – ABCDE. A abordagem ABCDE é utilizada pelas equipas do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), para avaliação da vítima procurando identificar e tratar lesões de acordo com a prioridade estabelecida pelo ABCDE, correspondendo o A – via aérea, B- ventilação, C- circulação, D- disfunção neurológica e E – exposição. (INEM, 2020). A comunicação de informação baseada neste modelo procura agregar a informação tendo em conta o ABCDE, tentando-se assim padronizar uma forma de efetuar a comunicação da informação.

No estudo de VanGraafeiland et al. (2018), foi desenvolvida uma ferramenta padronizada, utilizada na transferência de crianças entre o departamento de emergência pediátrica e a unidade de cuidados intensivos pediátricos, tendo por base e adaptando o modelo ABCDE.

Como já referido anteriormente são vários os estudos, orientações e normas que indicam a utilização de protocolos ou modelos padronizados como forma a assegurar a qualidade da informação transmitida, como é o caso de Van Der Walt et al. (2016), DGS (2017a), JCI (2018), VanGraafeiland et al. (2018), Talley et al. (2019) e Bakon et al. (2017).

Sugestões para melhorar a comunicação no processo de transição de cuidados

As sugestões apresentadas pelos enfermeiros que possam contribuir para a melhoria da comunicação no processo de transição de cuidados passam pela criação de um procedimento padrão, a compatibilização dos programas informáticos da UCIP e BO, funções específicas para cada enfermeiro, otimizar a comunicação entre as equipas, envolvimento da equipa de enfermagem presente na cirurgia na comunicação e formação em serviço.

A criação de um procedimento padrão que funcione como um guia na comunicação da informação foi sugerida pela generalidade dos enfermeiros participantes no estudo.

Como anteriormente referenciado, são muitos os estudos e orientações que preconizam a utilização deste conceito; Boyd et al. (2018) no seu estudo em que tem como objetivo comparar as diferentes perspetivas dos administradores das UCIP e enfermarias sobre as práticas relativas a transferências de doentes e avaliar as ferramentas utilizadas para esse efeito, conclui para a necessidade de desenvolvimento e implementação de uma ferramenta de transferência projetada para padronizar os principais elementos de informação entre os serviços.

No seu estudo sobre a implementação de melhorias na transferência de um pós-operatório para uma UCIC, Talley et al. (2019) salienta que as pesquisas baseadas na evidência demonstram que um processo de transição de cuidados formal e padronizado melhora a comunicação entre os intervenientes e a segurança do doente; tendo concluído que após a implementação de um projeto de transição de cuidados denominado *Operation Hard Stop* que incluía uma ferramenta estruturada de transferência de doentes, verificou-se um aumento da perceção de segurança e a melhoria da transmissão de informações entre os intervenientes.

Van Der Walt et al. (2016) no estudo sobre a implementação de um protocolo de transferência de cuidados de doentes no pós-operatório, incluiu a criação de uma *checklist* estruturada com informação essencial para aplicar no processo de transição de cuidados, e de uma tabela cronológica com os passos da transição. Com este estudo confirmou que a implementação de um protocolo estruturado na transição de cuidados melhora a qualidade da informação transmitida, referindo também que a melhor solução para combater as falhas de comunicação durante a transição de cuidados de um doente passa pela utilização de um protocolo padronizado que alie a comunicação oral com um modelo de informação por escrito.

O uso de modelos ou ferramentas padronizadas que ajudem numa transição de cuidados sólida e completa é também a proposta da JCI (2018). Do mesmo modo Bakon et al. (2017), com a revisão integrativa que efetuou sobre diferentes modelos disponíveis, chegou à mesma conclusão, considerando ainda que de todos os modelos estudados o modelo iSobar parece ser único que pode ser adaptado e implementado com sucesso às diversas unidades de cuidados.

Houve enfermeiros que aprofundaram mais esta questão, sugerindo a criação do modelo tendo por base o modelo da abordagem ao doente crítico ABCDE, utilizando a técnica ISBAR, ou reformulando e complementando uma folha já existente.

Como já foi anteriormente mencionada a ferramenta padronizada *PET tool* utilizada no estudo de VanGraafeiland et al. (2018), também se baseia no modelo ABCDE, tendo sido adaptada para o processo de transição de cuidados.

Em relação à técnica ISBAR, a DGS (2017a, p.4) define-a como uma “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados”. Neste sentido a DGS (2017a), recomenda que no processo de transição de cuidados em que a comunicação da informação seja feita oralmente, esta deva ser realizada utilizando o modelo ISBAR - anexo I da presente norma.

A possibilidade do modelo ser criado a partir de uma folha já existente, através da sua reformulação e adaptação é perfeitamente possível, pois o objetivo é melhorar o processo de transição de cuidados, independentemente dos meios que se utilizam. Boyd et al. (2018) considera que as ferramentas devem ser adaptadas às necessidades dos ambientes, existindo sempre independentemente do contexto um grupo de informação e procedimentos de transferência comuns a todos eles. Mesmo os estudos que criaram ferramentas de raiz, têm que as operacionalizar e avaliá-las para se saber se estão adequadas ao contexto e ambiente em que se enquadram. No estudo de Van Der Walt et al. (2016) para avaliar a implementação do protocolo, após cada processo de transição de doentes, toda a equipa tinha que responder a um questionário de pesquisa e um questionário de pontuação. Do mesmo modo no estudo de Talley et al. (2019), para se avaliar a perceção dos enfermeiros relativo à intervenção implementada, foram criados questionários pré e pós intervenção que permitiu comparar e avaliar o grau de satisfação dos enfermeiros.

A compatibilização dos programas informáticos da UCIP e BO, foi também uma das sugestões apontadas por permitir a consulta posterior da informação, caso surgissem dúvidas ou necessidade de informação complementar. Como referido já anteriormente e indo de encontro a este entendimento, Fragata (2011) recorrendo a um estudo de Catchpole em 2007, defende que na transferência de doentes entre o BO e a UCI deverá existir compatibilização entre equipamentos nos dois serviços.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 descreve que nas transições de cuidados a comunicação tem um papel fundamental na segurança do doente, pelo que as instituições de saúde devem pugnar pela utilização de procedimentos de modo a assegurar uma comunicação eficaz (Despacho nº1400-A/2015). Neste sentido o mesmo plano defende que “as tecnologias de informação e comunicação desempenham, neste contexto, uma função estruturante fundamental (...) também, entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço” (Despacho nº1400-A/2015, p. 3882-(3)), pelo que é dever dos Serviços Partilhados do Serviço de Saúde “assegurar o diálogo seguro entre sistemas eletrónicos de informação e a integração de múltiplos desses sistemas, tanto na instituição, como entre instituições” (Despacho nº1400-A/2015, p. 3882-(4)).

Outra proposta diz respeito à atribuição de funções específicas a cada enfermeiro da UCIP que participa na transição. A atribuição de tarefas aos elementos que participam na transferência do doente, também é mencionada por Fragata, baseando-se no estudo de Catchpole de 2007, indica no *transfer* de informação que o líder do processo “defina previamente tarefas, prioridades e agentes de atuação para que (...) cada

membro da equipa saiba a sua tarefa precisamente, e a execute sem hesitações” (Fragata 2011, p.45). Esta opinião alarga a definição de tarefas a toda a equipa, não se cingindo apenas à equipa de enfermagem. Do mesmo modo Talley et al. (2019), no fluxograma criado para a implementação do seu projeto incluía a descrição dos papéis dos diversos elementos participantes no processo de transição, alargando também assim a definição dos papéis a toda a equipa participante onde se incluía os enfermeiros.

O envolvimento da equipa de enfermagem, que esteve presente na cirurgia, no momento da transição aos enfermeiros da UCIP, foi alvitado como forma de evitar falhas de comunicação por omissão de informação. Como já mencionado anteriormente, a DGS (2017a) alerta para o perigo a que o doente está exposto no momento da transição de cuidados, devido aos riscos de falhas na manutenção da comunicação que podem causar quebras na continuidade de cuidados e comprometer a qualidade do tratamento prestado. Consequentemente o aparecimento erros e omissão de informação poderá potencialmente aumentar na mesma medida que houver necessidade de se efetuar transições de cuidados, e neste sentido qualquer momento de transição de cuidados intermédia entre elementos do BO poderá contribuir para isso.

A sugestão de existir formação em serviço cuja temática incida sobre a forma de organizar e esquematizar a informação a transmitir, foi também avançada no sentido de colmatar eventuais falhas ou omissão de informação. A DGS manifesta preocupação com este fato considerando que a “comunicação eficaz na saúde requer conhecimento (...), exige competências que devem ser apreendidas e praticadas de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde” (DGS 2017a, p.6), podendo o contexto de formação em serviço ser o veículo para atingir esse fim. Da mesma forma Bakon et al. (2017, p.7), baseando-se nos estudos de Halm de 2013, de Meth et al. de 2013 e de Anderson et al. de 2015, relata que “research espouses the importance of education and formal training of nurses on how to deliver an effective and structured handover and how to comprehensively and succinctly document care in the patient health record”⁵.

⁵ “a pesquisa defende a importância da educação e do treino formal dos enfermeiros sobre como realizar uma transferência eficaz e estruturada e como registar de uma forma abrangente e sucinta os cuidados no processo do paciente”.

5 - Conclusões do estudo

No decurso dos subcapítulos anteriores, procedemos ao enquadramento teórico da problemática em estudo, explanamos o percurso efetuado para a concretização deste estudo e procedemos à apresentação e análise dos dados e discussão dos resultados. Neste subcapítulo é nossa finalidade ponderar sobre os dados e resultados obtidos, de modo a evidenciar os aspetos mais relevantes, que nos permitiram chegar a conclusões fundamentadas e válidas sobre o processo de comunicação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.

Assim destacamos as seguintes conclusões emergentes da análise dos discursos dos participantes em relação às principais áreas temáticas:

Do **modo como é transmitida a informação inter-equipas de enfermagem** destacaram-se a via de transmissão oral suportada pela informação escrita, a transmissão da informação ocorrer no momento da transferência do doente para a sua unidade e a transmissão da informação efetuada em conjunto pelos enfermeiros da área anestésica e cirúrgica.

Em relação à transmissão oral da comunicação, os participantes revelaram de forma unânime, utilizar esta forma de comunicação na transmissão de informação. Acrescenta-se ainda, que uma parte significativa dos participantes referiram recorrer à comunicação escrita, como suporte e complemento à comunicação oral na transmissão da informação.

A transmissão da informação efetuada em simultâneo com a transferência do doente para o leito da sua unidade, foi também referida pelos participantes, assumindo assim a realização de várias tarefas ao mesmo tempo, que poderá se revelar prejudicial no momento da transição.

A transmissão da informação efetuada pelos enfermeiros da área anestésica e cirúrgica em conjunto, foi também realçada pelos participantes, ressaltando estes, que a transmissão é efetuada, à vez e que a informação respeitante a cada área é efetuada pelo enfermeiro respetivo.

Do **tipo de informação transmitida**, distinguiram-se os dados pessoais do doente, o tipo de intervenção cirúrgica, os fármacos utilizados no intraoperatório e as intercorrências no intraoperatório.

Os dados pessoais do doente foram referidos pelos enfermeiros, destes destacaram-se especialmente os dados relacionados com a identificação, a idade e os antecedentes clínicos.

A informação relacionada com o tipo de intervenção cirúrgica, também foi evidenciada pelos enfermeiros como informação importante a transmitir, e que pode interferir com os cuidados prestados e a sua continuidade, tal como a técnica cirúrgica e alterações ao procedimento inicialmente previsto.

Os dados referentes ao tipo de fármacos utilizados na cirurgia, os que estão diretamente relacionados com o tipo de anestesia efetuada, e a importância da hora de administração de alguns destes fármacos foram também realçados pelos enfermeiros como importantes para a continuidade dos cuidados.

A informação relativa a intercorrências ocorridas no período do intraoperatório, foi também destacada pelos enfermeiros, pelas repercussões no estado saúde do doente e implicações que podem ter na vigilância e na prestação de cuidados ao doente.

Os **fatores que interferem na comunicação da informação** durante a transição de cuidados, podem ser divididos em duas partes, os que surgem como facilitadores, e os que dificultam este processo. O ambiente e a informação estruturada destacaram-se como sendo fatores facilitadores. Do lado dos fatores que dificultam surgiram o ruído na comunicação e a execução de várias funções em simultâneo pelos enfermeiros.

A existência de um ambiente calmo e tranquilo, foi referido pelos participantes como um elemento que interfere de uma forma positiva na transmissão da informação. Da mesma forma, a necessidade da existência de uma informação estruturada, que esteja organizada de maneira a que funcione como uma linha orientadora na comunicação da informação, foi também destacada pelos participantes.

Já a existência de ruídos presentes no processo de comunicação, derivados de equipamentos existentes, de interrupções e de comunicação em simultâneo entre os presentes no processo, assim como a execução de várias funções em simultâneo, pelos enfermeiros que participam no processo, foram destacados como prejudiciais pelos participantes.

Das **estratégias utilizadas para a comunicação da informação** destacou-se a utilização de um memorando de notas e a folha de registo intraoperatório.

Como já referido anteriormente, a quantidade e complexidade de informação, da área cirúrgica e anestésica, resultante de um procedimento cirúrgico efetuado a um doente crítico, torna-a difícil de transmitir. A utilização de um memorando de notas sobressai

como uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros, servindo de garantia de que a informação considerada importante, não se perde.

A folha de registo intraoperatório foi também salientada como uma das estratégias utilizadas na comunicação, porém o conteúdo desta folha não contempla a totalidade das informações referentes ao doente, que são fundamentais para uma comunicação completa e de qualidade por parte dos enfermeiros, pelo que é necessário que o enfermeiro complemente o processo de transição com as informações em falta de modo a que não exista omissão ou esquecimento de informação considerada importante.

Das **sugestões para melhorar a comunicação no processo de transição de cuidados**, destaca-se claramente das demais, a criação de um procedimento padrão.

A elaboração de um procedimento padrão foi referido pela generalidade dos participantes, como um contributo de ajuda efetivo à comunicação da informação do doente na transição entre o BO e a UCIP.

Várias direções foram apontadas no sentido da elaboração de um procedimento desta natureza. A criação de um guião com orientações da informação a transmitir transversal a todos os doentes e que servisse de orientação na transição de cuidados, foi uma das opções sugeridas. A sugestão pela criação de uma *checklist* foi também indicada, em que constasse alguns pontos considerados fundamentais para transmitir pelas duas equipas envolvidas de forma a estandardizar a transmissão de informação.

A maioria dos participantes deu como sugestão a criação de um modelo padronizado, onde constasse e estivesse reunida toda a informação respeitante à enfermagem a transmitir na transição de cuidados. Foram também fornecidas algumas sugestões de como elaborar este modelo. Foi sugerido a criação de um modelo de raiz, ou aproveitando alguma folha já existente, nomeadamente a folha do intraoperatório complementando-a com a informação necessária em falta. Houve também a sugestão de que a elaboração do modelo tivesse por base o modelo ABCDE de abordagem ao doente crítico. Por fim houve também quem sugerisse a elaboração do modelo tendo por base a técnica ISBAR, preconizada pela DGS.

Comum a estas sugestões, é o fato de todas contemplarem independentemente do procedimento a adotar, que este fosse utilizado por todos os enfermeiros no processo de transição de cuidados, e que se adequasse a todos os doentes.

Chegados aqui, importa também salientar algumas limitações/dificuldades inerentes a este estudo de investigação, que se prendem, com o facto de o estudo ter-se desenvolvido apenas numa instituição, embora abarcando os dois serviços

abrangidos, tornando a amostra reduzida, com a nossa inexperiência enquanto investigadores e os aspetos relacionados com a disponibilidade para a realização deste estudo, tendo em conta a nossa atividade profissional e pessoal, condicionada ainda pela situação pandémica em que nos encontramos desde início de 2020.

Apesar de todas as dificuldades, consideramos que os objetivos a que nos propusemos foram alcançados.

Perspetivando o futuro, consideramos que a realização deste estudo pode contribuir para a melhoria da comunicação da informação entre as equipas do BO e da UCIP na transição de cuidados do doente crítico, através da implementação de um procedimento padronizado que uniformize a comunicação na transição de cuidados do doente crítico, envolvendo os elementos de ambas as equipas.

Numa fase posterior consideramos que poderá ser viável a implementação deste procedimento para outros contextos na instituição em que se verifiquem transição de cuidados, com as devidas adaptações a cada realidade, tentando envolver uma, todos os enfermeiros que tenham participação neste processo.

Seria também importante e interessante, replicar este tipo de estudo a outras instituições, de forma a compreender o seu modo de atuação nesta temática, contribuindo para o elevar da qualidade da transição de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste relatório, traduz o culminar de uma etapa do percurso de aprendizagem, e simultaneamente representa o finalizar do ciclo de estudos referente ao curso de Mestrado. Deste modo, é chegada altura de tecermos as considerações finais acerca das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, e da aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que são indispensáveis ao reconhecimento do grau de Mestre em enfermagem.

O estágio decorreu no Bloco Operatório e na Unidade de Cuidados Intensivos do hospital, constituindo estes, locais privilegiados para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, de modo a atingir os objetivos delineados para o estágio, assim como para a realização o estudo de investigação, de modo a que este possa contribuir para a melhoria dos cuidados, na sua área de intervenção.

Durante este estágio tivemos oportunidade de desenvolver a nossa atuação no cuidar da pessoa em situação crítica, envolvendo também a família neste processo.

Neste sentido foi sempre nossa preocupação, cuidar da pessoa e família, tendo por princípio a respeito pela dignidade da pessoa e orientando a nossa atuação tendo em conta a deontologia profissional.

Procuramos também basear a prática de enfermagem na melhor evidência, pesquisando e analisando informação com o objetivo de contribuir para a melhoria das atuações de enfermagem, através da colaboração em processos formativos, auditorias e elaboração de procedimentos.

O cuidar da pessoa em situação crítica, com patologias distintas e necessidades específicas, implica a prestação de cuidados altamente complexos e diferenciadores, exigindo da nossa parte, conhecimento e competência. Assim durante o estágio, adquirimos, desenvolvemos e aprofundamos conhecimentos técnicos, altamente especializados e aliados a equipamentos evoluídos tecnologicamente. Da mesma forma tivemos que evoluir e desenvolver a componente relacional, onde a comunicação assume um papel importante no processo de cuidar destes doentes, e no apoio emocional às famílias.

Foi também a nossa preocupação como enfermeiro durante este estágio, e como futuro enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a necessidade de nos atualizarmos na procura de novas aprendizagens, nomeadamente nas situações menos frequentes da nossa experiência enquanto enfermeiros. Nestas situações os

estágios têm uma preponderância fundamental, pois permitem-nos aplicar os conhecimentos teóricos em contexto prático, refletindo na prática sobre a necessidade de melhorias, recorrendo para isso à pesquisa e consulta de estudos, normas e protocolos, de modo a sustentar a prática.

Foi também nossa intenção participar e colaborar, com os enfermeiros em funções de gestão de ambos os serviços, conhecendo e acompanhando-os nas suas funções de gestão cuidados, sabendo do papel fundamental que o enfermeiro especialista tem nesta matéria, nomeadamente na gestão dos recursos materiais e humanos. De qualquer forma gostaríamos de salientar neste âmbito, o aspeto fundamental da liderança e condução de pessoas.

Outro dos propósitos que tivemos durante o estágio foi dinamizar e otimizar a nossa resposta quando confrontados com situações de emergência e catástrofe. Durante o tempo em que o estágio decorreu, não houve oportunidades de atuar em contexto prático, em situações de exceção ou catástrofe, por ausência destas, no entanto para além desta vertente, é necessário demonstrar conhecimentos dos planos de atuação para situações desta natureza. Estando ciente da dificuldade de colaborar na elaboração de um plano de emergência e catástrofe a nível institucional, uma vez que estes já existem, procurei conhecer e estudar os planos para estas situações a nível nacional, regional da instituição e dos próprios serviços onde estagiei, de forma a estar a estar apto a intervir de uma maneira rápida e precoce, e conseguir dar uma resposta eficaz nestas situações.

Um outro aspeto que constituiu um foco da nossa atenção, teve a ver com a nossa intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência antimicrobiana, perante o doente crítico. Sabemos que a prevenção e controlo de infeção são importantes em todas as áreas da prestação de cuidados, porém tendo em conta a gravidade e complexidade da pessoa em situação crítica, estes assumem aqui uma importância vital, no sentido de mitigar as taxas de morbilidade e mortalidade associados a estes doentes. Neste sentido a nossa atuação teve sempre em conta as orientações e recomendações do PPCIRA para a prevenção das IACS.

O conjunto de atividades desenvolvidas durante o estágio, permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências, que tiveram por base as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em Situação crítica e nas competências que conferem o grau de Mestre. A aquisição de

competências ficou patente no desenvolvimento deste relatório, mormente no seu primeiro capítulo.

A nível formativo, a formação “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica”, surgiu de uma necessidade, resultante de uma análise e avaliação de resultados de uma auditoria sobre o tema. O preenchimento da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica, é uma norma implementada, que obriga o seu preenchimento em todas as cirurgias que ocorram nos blocos operatórios do Sistema Nacional de Saúde. Por si só, este fato justifica a pertinência desta formação, aliado a que o seu correto preenchimento, se reflete num aumento da qualidade e segurança da pessoa sujeita a uma intervenção cirúrgica, constituindo assim um fator determinante para nos propormos a preparar e apresentar esta formação.

Durante o estágio tivemos ainda oportunidade de efetuar a revisão de um procedimento específico do BO, referente à integração de novos profissionais no serviço, que resultou na revisão e elaboração de quatro documentos, relativos à integração de enfermeiros da área cirúrgica, da área anestésica e da cirurgia de ambulatório e também à integração de assistentes operacionais, contribuindo este processo para uma melhoria do processo de integração de profissionais que iniciem funções neste serviço.

Incluído neste estágio, foi realizado um estudo de investigação sobre “A Comunicação da Informação Inter-equipas de Enfermagem na Transição de Cuidados do Doente Crítico”. A escolha deste tema foi de carácter individual, e resultou de uma inquietação decorrente da prática enquanto enfermeiro do BO, ou seja, a transição de doentes críticos sujeitos a cirurgia, do BO para a UCIP.

Pela sua pertinência, acreditamos que deste estudo emergiram conclusões que podem contribuir para melhorar a comunicação da informação durante a transição de cuidados nos contextos referidos.

Importa também referir, o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, que a realização deste estudo nos proporcionou, resultante da pesquisa, aprofundamento e reflexão sobre a importância da comunicação no processo de transição de cuidados.

Durante todo este percurso, tivemos a preocupação de querer adquirir e desenvolver conhecimentos em área de atuação que não nos são tão familiares no nosso quotidiano profissional. Não sendo detentores de todo o conhecimento, é importante reconhecermos as nossas limitações e lacunas, no sentido de orientarmos a procura do conhecimento de modo a colmatar essas falhas. Assim fez todo o sentido, termos

optado por incidir a nossa atuação no BO na área anestésica, saindo da nossa zona de conforto, permitindo-nos assim, adquirir conhecimentos e competências que poderão ser úteis no futuro e que de outra forma não seriam adquiridas. Assim, esta opção foi encarada como uma potencialidade que este estágio proporcionou no sentido contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Houve também constrangimentos que dificultaram o desenvolvimento do estágio. Referimo-nos à carga horária elevada que semanalmente tivemos que suportar, devido ao acumular do horário profissional, com as horas de estágio para cumprir, e à fase pandémica em que este decorreu. No entanto, sacrificando um pouco a vida ao nível pessoal e familiar, foi possível ultrapassar as dificuldades, e chegar a bom porto no que toca à concretização dos objetivos preconizados e nos prazos definidos para realização do estágio.

De qualquer forma importa referir que todas as experiências, desafios, dificuldades e contrariedades por que passamos durante o período de estágio, contribuiram para nos enriquecer e fazer crescer, do ponto de vista profissional e pessoal.

Concluindo, pensamos ter atingido os objetivos que inicialmente nos propusemos, adquirindo e desenvolvendo as competências necessárias que nos permitam obter o grau de Mestre, assim como o reconhecimento pela OE, do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, J., Meng, A., Sona, C., Wildes, T., Avidan, M., & Kannampallil, T. (2021). An observational study of postoperative handoff standardization failures. *International Journal of Medical Informatics*, 151. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104458>.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem perioperatória – Da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta.
- Bakon, S., Wirihana, L., Christensen M., & Craft J. (2017). Nursing handovers: an integrative review of the different models and processes available. *International Journal of Nursing Practice*, 23(2), 1-8. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ijn.12520>.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. (Ed. rev. e atua.). Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.
- Boyd, J. M., Roberts, D. J., Leigh, J. P., & Stelfox H. T. (2018). Administrator perspectives on ICU-to-ward transfers and content contained in existing transfer tools: a cross-sectional survey. *Journal of General Internal Medicine*, 33(10), 1738-1745. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4590-8>.
- Câmara Municipal de Braga (2018). *Plano municipal de emergência de proteção civil de Braga*. Geoatributo – Município de Braga. <http://planos.prociv.pt/Documents/132132740754641093.pdf>.
- Chiavenato, I. (2020). *Administração nos novos tempos - Os novos horizontes em administração*. Editora Atlas.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2018). *CIPE – Português*. CIPE. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf.
- Craig, J. V., & Smyth, R. (2004). *Prática baseada na evidência – Manual para enfermeiros*. Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a Desigualdade: da evidência à ação*. Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf.

- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1999). *Documento de trabalho 26/cnecv/99 - Reflexão ética sobre a dignidade humana*. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/26-cnecv-99?download_document=3036&token=3831dbb006ca03e506b32b2969a08849.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948).
<https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>.
- Decreto-Lei n.º 74/2006. Diário da República I Série-A, n.º 60 (2006-03-24), pp. 2242-2257.
<https://files.dre.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 115/2013. Diário da República I Série, n.º 151 (2013-08-07), pp. 4749-4772.
<https://files.dre.pt/1s/2013/08/15100/0474904772.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 63/2016. Diário da República I Série, n.º 176 (2016-09-13), pp. 3159-3191.
<https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em enfermagem: valoração da sociedade*. Edições Almedina.
- Despacho n.º 16549/2012. Diário da República II Série, n.º 251 (2012-12-28), pp. 40974-40976.
<https://files.dre.pt/2s/2012/12/251000000/4097440976.pdf>.
- Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República II Série, n.º 28 (2015-02-10), pp. 3882-(2)-3882-(10).
<https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>.
- Despacho n.º 7710/2018. Diário da República II Série, n.º 154 (2018-08-10), pp. 22044-22045.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8839/2204422045.pdf>.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa - On-line (s.d.).
<https://dicionario.priberam.org/>.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Linha de orientação para a segurança cirúrgica da OMS cirurgia segura salva vidas*. DGS.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8.

- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Norma: Cirurgia Segura, Salva Vidas*. DGS.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Norma: Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*. DGS.
https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevencao-CC%A7a-CC%83o-da-Infec%CC%A7a-CC%83o-do-Local-Ciru%CC%81rgico.pdf.
- Direção-Geral da Saúde (2017a). *Norma: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. DGS.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2017g). *Norma: Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de alimentação em idade pediátrica e no adulto*. DGS.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142016-de-28102016-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2017e). *Norma: Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto*. DGS.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-eliminacao-intestinal-em-idade-pediatica-e-no-adulto.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2017f). *Norma: Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação urinária em idade pediátrica e no adulto*. DGS.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-de-Eliminacao-Urinaria-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2017d). *Norma: Indicações clínicas e intervenção nas ostomias respiratórias em idade pediátrica e no adulto*. DGS.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2017b). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. DGS.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>.

- Direção-Geral da Saúde (2017c). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. DGS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf.
- Fortin, M., Coté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação – Da concepção à realização*. (2ª ed.). Lusociência.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes – Uma abordagem prática*. Lidel.
- Garcia, M. J. (2006). *Protocolos em analgesia pós-operatória*. Permanyer Portugal. https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Protocolos_em_Analgesia_Pos_Operatoria.pdf.
- Hospital de Braga EPE (2018). *Manual.UCIP.001.01: Manual da unidade de cuidados intensivos polivalente*. Hospital de Braga. Documento acessível no Hospital de Braga.
- Hospital de Braga EPE (2019b) *História*. Hospital de Braga. <https://www.hospitaldebraga.pt/hospital/historia-do-hospital-de-braga>.
- Hospital de Braga EPE (2019a). *Rede de referência*. Hospital de Braga. <https://www.hospitaldebraga.pt/hospital/rede-de-referenciacao>.
- Hospital de Braga EPE (2021b). *Manual BOP.002.00: Manual de boas práticas do bloco operatório*. Hospital de Braga. Documento acessível no Hospital de Braga.
- Hospital de Braga EPE (2021a). *REG.001.04: Regulamento interno do Hospital de Braga, EPE*. Hospital de Braga. Documento acessível no Hospital de Braga.
- Institute of Medicine (2000). *To err is human – Building a safer health system*. The National Academies Press.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2020). *Manual de suporte avançado de vida*. Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>.
- Joint Commission Internacional (2018). *Communicating clearly and effectively to patients: how to overcome common communication challenges in health care*. Joint Commission International.

[https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_(1).pdf).

Leal, M. T. (2006). *CIPE e a visibilidade da enfermagem – Mitos e realidades*. Lusociência.

Meeker, M. H., & Rothrock, J. C. (1997). *Alexander – Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. (10ª ed.). Editora Guanabara Koogan.

Ministério da Administração Interna (2013). *Plano nacional de emergência de proteção civil*. Ministério da Administração Interna. http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblcas.pdf.

Ministério da Saúde (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Ministério da saúde. <https://dr7.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.

Ministério da Administração Interna (2016). *Plano distrital de emergência de proteção civil de Braga*. Ministério da Administração Interna. <http://planos.prociv.pt/Documents/131220381297889709.pdf>.

Neves, M., & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética de enfermagem – desafios*. Gráfica de Coimbra.

Nora, F. S. (2008). Anestesia venosa total em regime de infusão alvo-controlada: uma análise evolutiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 58(2). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942008000200011>.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro - Dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem - Tomada de posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_26Abr2006.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer MCEEMC nº 10-2017*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem – Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Artmed Editora.
- Regulamento n.º 122/2011. Diário da República II Série, n.º 35 (2011-02-18), pp. 8648-8653.
<https://files.dre.pt/2s/2011/02/035000000/0864808653.pdf>.
- Regulamento n.º 429/2018. Diário da República II Série, n.º 135 (2018-07-16), pp. 19359-19364.
<https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>.
- Regulamento n.º 140/2019. Diário da República II Série, n.º 26 (2019/02/06), pp. 4744-4750.
<https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.
- Renaud, M. (2015/01/23). *Ética, bioética e investigação*. [sessão]. Ciclo de conferências “ágora – ciência e sociedade”. Universidade de Lisboa.
https://www.ulisboa.pt/wp-content/uploads/MRenaud_AGORA_Etica-Investigacao_23-01-2015.pdf.
- Ruiz-Neto, P. P., & Messias, E.R. (1999). Efeitos do sevoflurano e do desflurano sobre o sistema respiratório. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 49(2), 118-125.
<https://www.bjan-sba.org/article/5e498c1b0aec5119028b494b/pdf/rba-49-2-118.pdf>.
- Stefanelli, M. C., & Carvalho, E. C. (2012). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. (2ª ed.). Editora Manole.
- Talley, D.A., Dunlap, E., Silverman, D., Katzer, S., Huffines, M., Dove, C., Anders, M., Galvagno, S.M., & Tisherman, S.A. (2019). Improving postoperative handoff in a surgical intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 39(5), e13-e21.
<https://doi.org/10.4037/ccn2019523>.
- Tranquada, M. F. (2013). *A comunicação durante a transição das equipas de enfermagem: estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um hospital português*. [Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, ISCTE]

– Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório aberto do ISCTE-IUL.
<http://hdl.handle.net/10071/6985>.

Van Der Walt, J. J., Scholl, A. T., Joubert, I. A., & Petrovic, M. A. (2016). Implementation of a postoperative handoff protocol. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 29(6), 190-194.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22201181.2016.1244317>.

VanGraafeiland, B., Foronda, C., Vanderwagen, S., Allan, L., Bernier, M., Fische, J., Hunt, E. A., & Jeffers, J. M. (2018). Improving the handover and transport of critically ill pediatric patients. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1/2), 56-65.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.14627>.

Vilelas, J.(2009). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo.

ANEXOS

**Anexo I – Documento de submissão do projeto de investigação à Comissão de
Ética**

Formulário de Submissão - Projeto de Investigação

<i>(A preencher pela CEHB)</i>
Ref ^o CEHB: ____ / ____ / ____
Data de Receção: ____ / ____ / ____
Data de Parecer da CESHB: ____ / ____ / ____
Relator: _____

TÍTULO do Projeto: A Comunicação da Informação Inter-equipas de Enfermagem na Transição de Cuidados do Doente Crítico

Investigador Principal

José Alberto da Costa Ferreira Barbosa
Enfermeiro
jose.barbosa@hb.min-saude.pt

Investigador Responsável no HB / Orientador do projeto de investigação

Cidália Maria de Sousa Silva
Enfermeira Especialista
cidalia.maria.silva@hb.min-saude.pt

--

Promotor O próprio Outro (especifique)

Unidade / Serviço do HB

Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

Calendarização do estudo Data início: 15/04/2021

Data conclusão: 30/06/2021

Classificação do estudo

Trabalho Académico de Investigação

Não conferidor de grau – Grau de Licenciatura – Mestrado – Doutoramento

Projecto de Investigação

Estudo Clínico (Observacional Sem intervenção Com intervenção)

Contactos: sara.anjos@ccabraga.org

Hospital de Braga - Lugar Sete Fontes, São Vitor 4710-243 Braga



Hospital
de Braga EPE
Data: 30 / 05 / 2021

COMISSÃO DE ÉTICA

O Investigador Principal *João Alberto de Brito Faria*

Contactos: sara_anjos@ccabraga.org

Hospital de Braga - Lugar Sete Fontes, São Vitor 4710-243 Braga

Anexo II –Termo de Responsabilidade

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADES

TÍTULO DO ESTUDO

A Comunicação da Informação Inter-Equipas de Enfermagem na Transição de Cuidados do Doente Crítico

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADES EXISTENTES

Venho por este meio e para os devidos efeitos, declarar que me comprometo a:

- a. Manter os dados pessoais a que tenha acesso no âmbito da atividade realizada neste estudo estritamente confidenciais, utilizando-os única e exclusivamente para efeitos da mesma, ficando sujeito a sigilo profissional em relação a tais dados, mesmo após a cessação do presente estudo;
- b. Não aceder ou consultar dados cujo acesso ou consulta não decorra diretamente do exercício das tarefas associadas ao presente estudo e que não tenha sido expressamente autorizado pelo Conselho de Administração do Hospital de Braga, E.P.E.;
- c. Cumprir com as políticas, regulamentos e manuais internos do Hospital de Braga, bem como quaisquer regras relacionadas com o tratamento e segurança de dados pessoais a que o mesmo esteja vinculado;
- d. Seguir todas as instruções emanadas no hospital em relação ao tratamento dos dados, designadamente quanto às medidas de segurança a adotar no tratamento de tais dados;
- e. Prestar assistência ao Hospital de Braga, tendo em conta a natureza do tratamento e a informação ao seu dispor, apenas quando este solicitar apoio para assegurar as obrigações referentes à notificação de violações de dados pessoais.

Mais declaro de que estou ciente de que a violação das obrigações relativas à política de privacidade e código de conduta do Hospital de Braga, ao Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados e à Lei 58/2019 de 8 de agosto, na presente declaração, me pode fazer incorrer em responsabilidade civil pelos danos e prejuízos que se venham a verificar, quer para o Hospital de Braga E.P.E., quer para o titular dos dados pessoais, sem prejuízo da responsabilidade disciplinar e/ou penal, que me possa ser imputada.

Pede deferimento,

Braga, 5 de Abril de 2021

Assinatura do Investigador Principal pelo Estudo



Nome e assinaturas de todos os Investigadores Participantes no Estudo

Anexo III – Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

Para garantir que as atividades de investigação, que envolvam o tratamento de dados pessoais de informação recolhida no Hospital de Braga, estão em conformidade com as leis de proteção de dados pessoais e com as políticas de privacidade do Hospital de Braga, a realização de uma avaliação de impacto sobre a proteção de dados é a forma adequada para demonstrar essa conformidade.

Caso sinta necessidade de apoio no preenchimento do formulário de avaliação de impacto sobre a proteção de dados do Estudo que pretende realizar, por favor contacte o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga através do e-mail dpo@hb.min-saude.pt

Informação Geral sobre os responsáveis pelo Estudo

Nome do Interlocutor pelo Estudo no Hospital de Braga	Cidália Maria de Sousa Silva
Serviço	Bloco Operatório
Função	Enfermeira especialista
Contactos institucionais (e-mail/tlm)	cidalia.maria.silva@hb.min-saude.pt

Nome do Investigador Principal	José Alberto da Costa Ferreira Barbosa
Entidade	Hospital de Braga
Função	Enfermeiro
Contactos institucionais (e-mail/tlm)	Jose.barbosa@hb.min-saude.pt

Instituição Promotora do Estudo	Escola superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Pessoa de Contacto (se externo)	Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira
Contactos institucionais (e-mail/tlm)	aurorapereira@ess.ipvic.pt

Outra(s) Entidade(s) Externa(s) participante(s) no Estudo	
Pessoa(s) de Contacto	
Contacto(s) institucionais (e-mail/tlm)	

Outra(s) Entidade(s) Externa(s) participante(s) no Estudo	
Pessoa(s) de Contacto	
Contacto(s) institucionais (e-mail/tlm)	

AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

Colaboração com o 2CA-Braga

O 2CA-Braga é o centro de investigação clínica do Hospital de Braga e da Escola de Medicina da Universidade do Minho. Uma das suas funções é apoiar todos os estudos da iniciativa da indústria farmacêutica e, quando aplicável, apoia também o desenvolvimento e aplicação de estudos de iniciativa do investigador.

O Estudo tem o apoio do 2CA-Braga?

- Sim *Deverá enviar, previamente, o IMP.2CA.032 – Exequibilidade de Estudo Clínico para validação da direção do 2CA-Braga (para obter o formulário contactar o 2CA-Braga através do e-mail: 2ca@ccabraga.org).*

Se recebeu autorização de colaboração com o 2CA-Braga, deverá anexar o IMP.2CA.032 ou o e-mail de confirmação aos restantes documentos (Protocolo de Investigação, Formulários de Recolha de Dados, Consentimento Informado e Acordo de Tratamento de Dados, se aplicável) (Ir para a Secção A)

- Não *(Ir para a Secção A)*

Secção A: Descrição Geral do Tratamento de Dados

1. Título do Estudo	A Comunicação da Informação Inter-Equipas de Enfermagem na Transição de Cuidados do Doente Crítico
2. Tipo de Estudo <i>De acordo com a definição prevista no artº 2º alínea n) da Lei de Investigação Clínica, lei nº 21/2014 de 16 de abril</i>	<input type="checkbox"/> Estudo clínico de regimes alimentares <input type="checkbox"/> Estudo clínico de terapêutica não convencional <input type="checkbox"/> Estudo clínico multicêntrico <input type="checkbox"/> Estudo clínico sem intervenção <input type="checkbox"/> Estudo clínico com intervenção <input checked="" type="checkbox"/> Estudo de investigação/ação <input type="checkbox"/> Estudo clínico de dispositivo médico <input type="checkbox"/> Estudo clínico de produtos cosméticos e de higiene corporal <input type="checkbox"/> Ensaio clínico
2. Âmbito e objetivos do trabalho <i>Explique as finalidades do Estudo e do tratamento de dados a realizar</i>	<p>Existe transição de cuidados, sempre que se verifique a transferência de informação e responsabilidades de cuidados entre prestadores ou equipas de prestação de cuidados</p> <p>A existência de mecanismos de comunicação eficazes, é fundamental para que a continuidade da prestação de cuidados ao doente decorra de uma forma segura e eficiente. Para isso é necessário que a comunicação entre os profissionais de saúde seja o mais precisa, completa e oportuna possível, para que não resulte em ambiguidade na informação transmitida, de forma a que esta seja perfeitamente compreendida pelo receptor. Sabendo-se que a pessoa em situação crítica, está sob iminente ameaça de falência das suas funções vitais, são necessários cuidados de enfermagem altamente qualificados que permitam manter as funções básicas de vida, pelo que os momentos de transição de cuidados de um doente crítico podem acarretar um risco acrescido na sua segurança devido à complexidade da informação que é transmitida na sua transferência.</p> <p>Inclui-se neste campo, a transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP, onde o enfermeiro tem um papel crucial na passagem de informação, importante para a garantir a manutenção da qualidade dos cuidados prestados.</p> <p>Reconhecendo que a transição de cuidados baseia-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados,</p>

AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE

	<p>torna-se evidente que a qualidade da transição é fundamental para garantir a qualidade da continuação dos cuidados prestados contribuindo para um aumento da segurança do doente crítico. Deste modo o estudo sobre esta temática poderá contribuir para a melhoria da qualidade da comunicação durante a transição de cuidados do doente crítico.</p> <p>Neste sentido definiu-se como objetivo deste estudo de investigação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar o processo de comunicação da informação inter-equipias de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP. <p>O presente estudo desenvolve-se no âmbito da unidade curricular, Estágio de Natureza Profissional, inserida no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.</p>
<p>3. Descreva resumidamente o fluxo de transferência dos dados (operações de tratamento de dados a realizar) de modo a identificar todas as entidades que irão processar os dados Como vai identificar os casos elegíveis para o Estudo? De que modo vai colher os dados? Para quem vai enviar os dados?</p>	<p>A entrevista semidirigida será o método de recolha de dados escolhido. O método de amostragem adotado será a amostragem não probabilística intencional, constituída por 9 a 12 enfermeiros de um hospital da região do Minho, contemplando enfermeiros que exerçam a sua atividade na Unidade de Cuidados Intensivos, enfermeiros do BO que exercem a sua atividade na área cirúrgica e enfermeiros do BO que exercem atividade na área anestésica, ou até à saturação dos dados.</p> <p>A amostra obedece aos seguintes critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros na prestação direta de cuidados na UCIP, na área anestésica e na área cirúrgica do BO; • Enfermeiros com dois ou mais anos de serviço numa destas unidades; • Enfermeiros que aceitem participarem no estudo. <p>O tratamento e análise de dados serão efetuados recorrendo à análise de conteúdo, sendo o investigador o único a efetuar essa análise, podendo no entanto recorrer a ferramentas informáticas de análise de conteúdo.</p>
<p>4. Tipo de dados pessoais (indique todas as variáveis a recolher, incluindo aquelas que colhe mas não regista na base de dados do Estudo)</p> <p>Deve ter em conta o respeito pelo princípio da minimização de dados, devendo ser recolhidos apenas os dados adequados e limitados ao necessário em relação à finalidade do Estudo.</p>	<p>Serão tratados exclusivamente dados referentes aos Enfermeiros, como: idade, sexo, formação académica, tempo de exercício profissional, unidade onde exerce, e tempo de exercício profissional nessa unidade.</p> <p>Os dados são de categoria especial? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não (entende-se por categoria especial dados a origem racial ou étnica, opiniões políticas, convicções religiosas ou filosóficas, filiação sindical, dados genéticos, biométricos e relativos à saúde ou à vida sexual ou orientação sexual)</p>
<p>5. Os participantes serão identificados por um código especificamente criado para este Estudo?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, onde fica alocada a responsabilidade por esta tarefa? Computador pessoal com acesso através de palavra chave</p>
<p>6. Para além dos dados, é feita recolha de produtos biológicos, imagens ou gravações áudio ou vídeo?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, onde serão armazenados/conservados? Cloud institucional</p> <p>De que modo é feita a sua etiquetagem? Ordem numérica crescente</p>

AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

7. A quem se referem os dados pessoais?	<input type="checkbox"/> Utentes <input checked="" type="checkbox"/> Profissionais de Saúde <input type="checkbox"/> Indivíduos saudáveis <input type="checkbox"/> Outros: _____
8. Que tipo de ferramentas informáticas vai utilizar para o tratamento de dados? Detalhe, por favor.	<input type="checkbox"/> Software. Qual(is)? _____ <input checked="" type="checkbox"/> Hardware. Qual(is)? Computador Propriedade de: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição Externa <input type="checkbox"/> Pessoal (Investigadores)
9. Vai transferir dados para <u>fora do hospital</u> ?	<input checked="" type="checkbox"/> Não (Ir para a Secção B) <input type="checkbox"/> Sim, para <input type="checkbox"/> Entidade em Portugal <input type="checkbox"/> Entidade no Espaço Económico Europeu <input type="checkbox"/> Entidade fora da União Europeia <i>(Ir para a Q9)</i>
10. Indique a entidade e o país a que pertencem os destinatários dos dados?	
11. Indique a data prevista de finalização do Estudo	30/06/2021 <i>(Ir para a Secção B)</i>

Secção B: Fundamentação da Legitimidade do Tratamento de Dados

1. Base legal	<input type="checkbox"/> Desempenho de um contrato em que o titular dos dados é parte interessada (Ir para a Q2) <input type="checkbox"/> Interesse público (caso a finalidade esteja inscrita em legislação portuguesa) (Ir para a Q2) <input type="checkbox"/> Legítimo interesse (do hospital ou de terceiros) (Ir para a Q2) <input checked="" type="checkbox"/> Consentimento dos titulares dos dados (Ir para a Q3) <input type="checkbox"/> Não sei/ dúvidas – contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga
2. Fundamente o motivo de escolha da base legal <i>Identifique claramente as justificações dos interesses legítimos evocados</i>	O presente estudo no âmbito da unidade curricular, Estágio de Natureza Profissional, inserida no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <i>(Ir para a Secção C)</i>
3. Qual a condição de legitimidade para o tratamento de dados de saúde?	<input type="checkbox"/> Consentimento explícito <input type="checkbox"/> Interesse público no domínio da Saúde Pública. Justifique: _____ <input type="checkbox"/> Tratamento necessário para efeitos de medicina preventiva ou do trabalho, para a avaliação da capacidade de trabalho do empregado, para o diagnóstico médico, para a prestação de

AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE

	<p>cuidados ou tratamentos de saúde ou para a gestão de sistemas e serviços de saúde</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tratamento necessário para fins de arquivo de interesse público, para fins de investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos</p> <p><input type="checkbox"/> Outra: _____</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Secção C)</i></p>
--	---

Secção C: Transparência e Dever de Informação

Responda a todas as questões desta secção

<p>1. O titular dos dados irá receber informação sobre o tratamento de dados que pretende fazer?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não, porque _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p>Se sim, indique que tipo de informação que será prestada:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Contactos do responsável pelo tratamento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Finalidade do tratamento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Categorias de dados em questão</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Destinatários dos dados pessoais, se os houver</p> <p><input type="checkbox"/> Transferências de dados para fora da Europa</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Prazo de conservação dos dados colhidos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Exercício dos direitos dos titulares de dados (acesso retificação, limitação, oposição)</p>
<p>2. O tratamento de dados está coberto pelas condições previstas na Política de Privacidade do Hospital de Braga? https://www.hospitaldebraga.pt/utente-visitante/politica-de-privacidade</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não - contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga</p>
<p>3. Se a base legal é o consentimento informado, descreva o modo como vai obter o consentimento dos titulares de dados?</p>	<p>O consentimento dos titulares dos dados será realizado através de Declaração de Consentimento Informado a assinar pelo próprio e pelo investigador, após sobre informação do estudo a realizar.</p>
<p>4. Indique os requisitos que considera que se verificam na obtenção do consentimento dos titulares de dados pessoais.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Dado livremente, sendo uma escolha genuína do titular</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Específico relativamente a todas as finalidades de tratamento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Informado, com linguagem simples, inteligível e de fácil acesso e destacado de outros assuntos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Inequívoco, sendo dada a opção de assinalar "sim" ou "não"</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Secção D)</i></p>

Secção D: Reutilização de dados pré-existent

AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE

<p>1. Os dados pessoais que está a recolher são colhidos diretamente do titular de dados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim (Ir para a Secção E)</p> <p><input type="checkbox"/> Não (Ir para a Q2)</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei/dúvidas – contactar o Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga</p>
<p>2. De que forma prevê colher, indiretamente, os dados?</p>	<p><input type="checkbox"/> Processo clínico hospitalar</p> <p><input type="checkbox"/> Base de dados do serviço. Qual? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Registo de Saúde Eletrónico (Portal Da Saúde)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Secção E)</i></p>

Secção E: Exatidão dos Dados

Resumidamente, descreva as consequências que decorrem se os dados que estiver a utilizar se revelarem não ser exatos? Poderão causar danos (ex.: sociais, financeiros, reputacionais) aos titulares dos dados? (descreva a probabilidade de ocorrência assim como de impacto sobre o titular)

<p>Poderão favorecer o enviesamento do estudo. Os dados a utilizar não causarão qualquer tipo de dano aos titulares.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Secção F)</i></p>
--

Secção F: Necessidade do Tratamento de Dados Pessoais

Responda a todas as questões desta secção

<p>1. Precisa de usar dados pessoais para realizar o tratamento de dados, desde a colheita até à destruição dos dados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei/ dúvidas - contactar o seu Orientador/Tutor para discussão</p>
<p>2. Considerou a possibilidade de utilizar dados pseudonimizados/anonimizados, em alternativa?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não, porque _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim. Como? Modificando informações que possam identificar de forma direta o seu titular.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Ir para a Secção G)</i></p>

Secção G: Conservação e Segurança dos Dados

<p>1. Onde armazena os dados pessoais do seu trabalho? Descreva, para cada um dos ativos, onde os dados serão armazenados e de quem é a responsabilidade de guarda</p>	<p>As entrevistas serão gravadas num gravador. Os dados serão armazenado em computador pessoal com Palavra Passe</p>
--	--

AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS EM SAÚDE

2. Existe capacidade de autenticar o acesso de todos os utilizadores que irão tratar os dados do seu Estudo?	<input checked="" type="checkbox"/> Não, porque os dados serão tratados apenas pelo investigador <input type="checkbox"/> Sim. Como? _____
3. Existe um procedimento de criação de perfis de acesso, onde cada perfil é definido em função do tipo de dado pessoal a que acede e ação que pode efetuar, de acordo com o princípio da necessidade de conhecer?	<input checked="" type="checkbox"/> Não, porque os dados serão tratados somente pelo investigador <input type="checkbox"/> Sim. Qual o processo? _____
4. Que meios (tecnológicos e físicos) existem para monitorizar, registar e analisar os acessos não autorizados aos dados?	Palavra Passe
5. Que medidas técnicas de proteção dos dados existem contra modificações não autorizadas, perdas, furtos e divulgação não autorizada?	Encriptação do acesso ao ficheiro através de palavra passe. Os dados em papel serão guardados num cofre do investigado com acesso através de código.
6. Por quanto tempo conservará os dados? Justifique os motivos para o período escolhido.	As entrevistas gravadas serão transcritas num prazo máximo de 48 horas e apagadas do gravador. Os dados armazenados em suporte informático e em papel serão mantidos até à conclusão do estudo para análise de conteúdo, não devendo exceder o prazo máximo de 1 ano.
7. Como é que eliminará/destruirá os dados pessoais, uma vez ultrapassado o critério de conservação dos mesmos?	Os dados em suporte digital serão eliminados definitivamente do computador, assim como os dados de suporte de papel serão eliminados através de máquina de triturar papel após conclusão do estudo.

Este formulário deverá ser enviado ao Encarregado de Proteção de Dados para emissão do seu parecer (Secção H).

Caso do parecer emitido (Secção H) surjam recomendações e a necessidade de revisão dos documentos submetidos – Protocolo de Investigação, Formulários de Recolha de Dados ou Estrutura da Base de Dados do Estudo, Folheto de Informação e Consentimento Informado – , descreva abaixo as alterações introduzidas e submeta de novo os documentos alterados, conjuntamente com este formulário.

AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

Secção H: a ser preenchido pelo Encarregado de Proteção de Dados

1. Síntese dos princípios fundamentais para garantir a conformidade com o RGPD:

ID	Controlos seleccionados para demonstrar a conformidade com os princípios fundamentais	Avaliação
P1	Finalidade específica, explícita e legítima	Aceitável
P2	O critério de licitude para o tratamento de dados está adequado ao Estudo	Aceitável
P3	O tratamento de dados é adequado, relevante e limitado ao que é necessário em relação à finalidade (princípio da minimização)	Aceitável
P4	A informação fornecida ao participante é adequada (princípio da lealdade e transparência)	Aceitável
P5	Existem condições para o exercício do direito de acesso e à portabilidade dos dados	Aceitável
P6	Existem condições para o exercício do direito de retificação e eliminação de dados	Aceitável
P7	Existem condições para o exercício do direito à limitação do tratamento de dados e do direito de retirar o consentimento	Aceitável
P8	O tratamento de dados realizado por outras entidades rege-se por um Acordo escrito (artº 26 ou 28)	Não Aplicável
P9	As transferências de dados para países fora da União Europeia cumprem as obrigações previstas	Não Aplicável

2. Avaliação dos riscos relacionados com a medidas de técnicas e organizacionais implementadas no Estudo que podem pôr em risco os direitos e liberdades dos titulares de dados:

ID	Fontes de Risco	Ameaças	Impacto nos direitos e liberdades dos titulares	Probabilidade de Ocorrência	Resultado
R1	Procedimento de anonimização	Comprometimento do algoritmo de anonimização, por interconexão de dados com outros sistemas de informação	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R2	Ficheiro com a chave de pseudonimização	Acesso indevido à chave; Roubo ou mau uso da identidade	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R3	Investigadores no âmbito do Estudo	Acesso ilegítimo à informação clínica; Modificação indesejada; Divulgação ilícita; Perda de dados propositada ou acidental	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4

AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

R4	Colaboradores do hospital com acesso aos sistemas de informação clínicos	Acesso ilegítimo à informação clínica; Modificação indesejada; Divulgação ilícita; Perda de dados propositada ou acidental	Escolha um item.	Escolha um item.	
R5	Segurança física dos locais de armazenamento dos dados	Não existência de controlo de acessos aos edifícios e salas de trabalho; armários de acesso restrito;	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R6	Segurança de redes de acesso, secretárias de trabalho	Perda de dados (e.g. ransomware, ataques a vulnerabilidades), sistema de destruição de papel	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R7	Transferência eletrónica de dados (email, ficheiros partilhados)	Acesso ilegal a dados de categoria especial ou inadequação das medidas de proteção desses dados	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R8	Backups das bases de dados	Impossibilidade de poder exercer controlo sobre os dados em caso de perda de disponibilidade e/ou integridade	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R9	Controlo de acessos (Logs)	Impossibilidade de poder exercer controlo sobre os dados em caso de acessos indevidos	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R10	Autenticação de acessos	Passwords fracas; Procedimentos autenticação de identidade dos titulares em interações à distância; controlo de acessos físicos	2 - Impacto Limitado	2 - Pouco Provável	4
R11	Tratamentos de dados fora da UE (Cloud, CRO, Promotores)	Medidas técnicas e organizativas insuficientes; Demonstração de Certificação insuficiente	Escolha um item.	Escolha um item.	

3. Recomendações para a garantia da segurança de Informação e que comprovem a observância do RGPD

Nos termos do nº 2 do artigo 35º e da alínea c) do nº 1 do artigo 39º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, o tratamento de dados pessoais deve considerar-se autorizado nos seguintes termos:

- Casos sejam utilizados dispositivos para o registo áudio das entrevistas (como telemóveis que sejam usados para outros fins distintos da finalidade deste estudo), deve ser garantido o descarregamento dos ficheiros áudio logo após a conclusão da entrevista, eliminando de imediato o ficheiro áudio do dispositivo móvel;
- O armazenamento dos ficheiros áudio deve ser feito em computadores de uso exclusivo do Hospital de Braga;
- O prazo de conservação dos ficheiros áudio não pode ultrapassar 1 mês.

AValiação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde

4. Revisão da documentação de suporte à Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados

- Não é necessária revisão
- Necessita de revisão pelo investigador principal

5. Medidas de mitigação dos riscos identificados nos pontos 1 e 2 e que devem ir ao encontro das recomendações emitidas no ponto 3

ID do Risco	Medida para redução do risco	Novo Resultado do Risco

6. Conclusão Final:

- Estudo em conformidade com o RGPD
- O Estudo não está em conformidade com o RGPD, atendendo a que as medidas identificadas não são suficientes para atenuar os riscos sobre a proteção dos dados.

De acordo com o artº 36 do RGPD, o Responsável pelo Tratamento deve proceder à Consulta Prévia da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Av. D. Carlos I, 134 - 1.º 1200-651 Lisboa - Tel: +351 213928400 - Fax: +351 213976832 - e-mail: geral@cnpd.pt).

Assinatura do DPO: *Sónia Dória (6001)*

Data: 05/04/2021

Código ref.º DPO: 20210023_BO050421

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética

Data de Emissão: 21 de Abril de 2021

Refª de Submissão: 43_2021

Relator do Parecer: Sandra Queiroz

Parecer emitido em reunião ordinária de 21 de Abril de 2021

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética do Hospital de Braga (CEHB) emite o seguinte parecer, relativamente ao estudo “A Comunicação da Informação Inter-Equipas de Enfermagem na Transição de Cuidados Do Doente Crítico”, de que é investigador principal José Alberto da Costa Ferreira Barbosa (aluno do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Enfermeiro do Hospital de Braga), com a supervisão de Cidália Maria de Sousa Silva, enfermeira especialista, enfermeira do Hospital de Braga, e que decorrerá no âmbito da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Bloco Operatório da instituição.

O presente estudo tem, como objetivo geral, analisar o processo de comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico do Bloco Operatório (BO) para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Como objetivos específicos determinou-se:

- perceber como é efetuada a comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição dos cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.
- Identificar o tipo de informação transmitido na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.

- Descrever quais são os fatores facilitadores da comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.
- Descrever quais são os fatores que dificultam a comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.
- Identificar as estratégias/recursos que os enfermeiros utilizam para a comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.
- Identificar sugestões para melhorar o processo de transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.

Quanto à metodologia, o estudo pretende analisar dados que são recolhidos através de entrevista semidirigida, a enfermeiros do Hospital de Braga que estejam no âmbito dos critérios de inclusão. Desta forma, o método de amostragem adotado será a amostragem não probabilística intencional.

Como critérios de inclusão para a amostra, determina-se:

- Enfermeiros na prestação direta de cuidados na UCIP, na área anestésica e na área cirúrgica do BO;
- Enfermeiros com dois ou mais anos de serviço numa destas unidades;
- Enfermeiro que aceitem participar no estudo.

Previamente à entrevista semidirigida, existe um consentimento informado, que informa sobre a recolha dos dados do participante (idade, sexo, formação académica, tempo de exercício profissional, unidade/serviço e tempo de exercício profissional na unidade/serviço). Os enfermeiros são informados da não existência de qualquer tipo de pagamento ou contrapartida e que do estudo pode resultar alguma publicação de carácter científico, sendo que os resultados obtidos são tratados de forma anónima.

O guião da entrevista encontra-se previamente disponível e os dados serão sujeitos a pseudonimização, sendo que no final do processo é garantida a anonimização. Informam-se os participantes que a entrevista recorre à gravação, sendo transcrita num prazo máximo de 48 horas a partir da quais são apagadas. Os dados transcritos

são usados exclusivamente para o estudo em causa. A matriz de correspondência algarismo/entrevistado em formato word, ficará guardada no computador pessoal que está protegido por palavra passe. A entrevista transcrita em formato word será guardada na cloud institucional – One Drive, sendo que esta cloud está protegida por palavra passe, onde apenas o investigador principal terá acesso.

Os dados pessoais recolhidos no âmbito do estudo serão conservados até à conclusão do estudo para análise de conteúdo, não devendo exceder o prazo máximo de um ano. Após este prazo todos os dados em formato papel serão eliminados através de máquina de triturar papel, assim como os dados armazenados em suporte digital, computador e cloud, serão definitivamente apagados.

No consentimento informado indica-se, ainda, que se garante aos titulares dos dados o direito ao acesso, atualização e retificação dos seus dados, mediante pedido efetuado por escrito e dirigido ao investigador principal. São garantidos nos termos da lei, o retirar do consentimento para o tratamento de dados para as finalidades do estudo, através de pedido escrito dirigido ao investigador principal, não invalidando o tratamento de dados efetuado até essa data tendo por base o consentimento previamente consentido.

Informam-se aos entrevistados que, caso desejem realizar alguma notificação por aspetos relacionados à proteção de dados, podem dirigir um pedido por escrito ao Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga, através do email: dpo@hb.min-saude.pt ou através de queixa enviada à Comissão Nacional de Proteção de Dados através do site: www.cnpd.pt.

Verificou-se, na análise deste estudo, que toda a documentação foi submetida e os pedidos de autorizações aos departamentos e responsáveis dos Serviços, assim como à Comissão Executiva deste Hospital encontram-se em regra. Existe ainda a Declaração de Responsabilidade.

Por tal, dado que são respeitados os princípios éticos:

-Respeito pelo consentimento livre e esclarecido;

- Respeito pelos grupos vulneráveis;
- Respeito pela privacidade e pela confidencialidade dos dados pessoais;
- Respeito pela justiça e equidade;
- Equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes;
- Redução dos inconvenientes (Princípio da não-maleficência);
- Otimização das vantagens (Princípio da beneficência).
- Garantia de anonimato e da confidencialidade dos dados.

A Comissão de Ética do Hospital de Braga nada tem a opor à realização do presente estudo, neste hospital.

O Presidente da Comissão de Ética



(Dr. Juan R. Garcia)

APÊNDICES

**Apêndice I – Relatório de auditoria interna - Higienização das Salas Cirúrgicas do
Bloco Operatório**

SERVIÇO/ ÁREA AUDITADA: Higienização das Salas Cirúrgicas do Bloco Operatório

DATA AUDITORIA: 1º SEMESTRE DE 2021

OBJETO DE AUDITORIA: Higienização das salas cirúrgicas

A auditoria teve como objetivo avaliar o procedimento de higienização das salas cirúrgicas, nomeadamente:

- A limpeza das superfícies equipamentos da sala cirúrgica, através de inspeção visual;
- O cumprimento das práticas recomendadas;
- A identificação de situações não conformes ou com possibilidade de melhoria.

PONTOS FORTES OBSERVADOS E CONSTATAÇÕES GERAIS DA AUDITORIA:

A auditoria teve por base o IMP.BOP.062 - *Checklist de auditoria - Higienização da Sala Cirúrgica*, o PRO.BOP.023 - *Higienização da Sala Cirúrgica*, e as observações feitas "in loco", através da observação e inspeção visual das superfícies e a forma de manutenção e utilização dos materiais e produtos de limpeza. As auditorias realizadas contemplaram diferentes períodos preconizados para a higienização das salas, nomeadamente entre intervenções cirúrgicas, no final do programa cirúrgico, a Limpeza semanal e a Limpeza mensal.

OPORTUNIDADES DE MELHORIA

Nº OBS	CONSTATAÇÃO	SUGESTÃO DE MELHORIA	CRITÉRIOS/REQUISITOS
1	Os contentores de corto-perfurantes estavam cheios a mais de 2/3 da sua capacidade e não apresentavam data de abertura	Os contentores de cortantes e perfurantes devem ser substituídos sempre que atingirem o nível de segurança. Deve ser colocada a data de abertura, e quando não estiver a ser utilizado, fechar com encerramento temporário.	

RELATÓRIO AUDITORIA INTERNA

2	Falta de registos da higienização da sala	O Assistente Operacional (AO) responsável pela higienização deve efetuar o registo no IMP.BOP.010 – <i>Registo Diário de Higienização da Sala Operatória</i> após cada procedimento de higienização, no campo correspondente.	
3	SABA por repor, sem data de abertura e doseadores com resíduos	Verificar necessidade de reposição da SABA, manter limpos os doseadores e colocar a data de abertura.	
4	Os dispositivos de posicionamento (no exterior) não estão organizados	Manter a limpeza e organização dos dispositivos de posicionamento, nos suportes existentes no exterior da sala.	
5	A manutenção dos produtos de limpeza não estava adequada (tampas do Mikrobac aberta, um detergente Dismofix com a validade da diluição expirada)	A manutenção e utilização dos materiais e produtos de limpeza deve obedecer às boas práticas, nomeadamente ao cumprimento das diluições recomendadas, identificação da data de preparação e validade. Devem estar fechados e em bom estado de conservação.	

NÃO CONFORMIDADES

Nº NC	CONSTATAÇÃO	SUGESTÃO DE MELHORIA	CRITÉRIOS/REQUISITOS
1	Após a limpeza semanal e mensal, verificou-se a presença de pó em algumas superfícies, sobretudo nas superfícies mais altas, nomeadamente nos braços dos pendentes e dos focos.	Higienizar as salas cirúrgicas de acordo com os procedimentos estipulados para a limpeza semanal e mensal. Utilizar os dispositivos de apoio para a limpeza das áreas mais altas.	
2	Após a limpeza entre cirurgias e fim de dia, algumas superfícies da sala cirúrgica não se encontram visivelmente limpas. Apresentavam vestígios de sangue seco, manchas ou pó (tampo cirúrgico e base do tampo, chão, baldes,	Higienizar todas as superfícies conforme os procedimentos estabelecidos, nomeadamente no PRO.BOP.023 - <i>Higienização da Sala Cirúrgica</i> .	

	bancos/cadeiras, focos, suportes de soro, teclado de computador, nichos)		
3	A manutenção dos produtos de limpeza não estava adequada (tampas abertas)	A manutenção e utilização dos materiais e produtos de limpeza deve obedecer às boas práticas, nomeadamente ao cumprimento das diluições recomendadas, identificação da data de preparação e validade. Devem estar fechados e em bom estado de conservação.	

DECURSO E CONCLUSÕES DA AUDITORIA:

Evidenciou-se necessidade de melhoria de alguns procedimentos de higienização da sala cirúrgica, sobretudo na limpeza Semanal e Mensal.

No final do dia devem ser arrumados os materiais /equipamentos nas salas correspondentes, conforme a marcação e local destinado, de forma a otimizar a sua utilização.

As não conformidades foram identificadas e comunicadas verbalmente aos Assistentes Operacionais no momento da auditoria e em reunião de Serviço.

Conclui-se que se mantém a necessidade de manter esta auditoria e desencadear as ações de melhoria adequadas.

EQUIPA AUDITORA:

Enf^a Cidália Silva, Enf^o José Alberto Barbosa

DATA RELATÓRIO: 12 DE JULHO DE 2021

**Apêndice II – Plano de ações corretivas à auditoria - Higienização das Salas
Cirúrgicas do Bloco Operatório**



SERVIÇO AUDITADO: Higienização sala cirúrgicas

DATA AUDITORIA: 1º Semestre 2021

PLANO DE AÇÕES

RESPONSÁVEL PELA AUDITORIA: En^º Cidália Silva, En^º José Alberto

(A preencher pelo Serviço)

N.º	OPORTUNIDADE DE MELHORIA	ANÁLISE DE CAUSAS	AÇÃO A IMPLEMENTAR	PRAZO DE EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO	CONTROLO DA EXECUÇÃO DA AÇÃO <small>(DATA, RUBRICA, N.º MEC.)</small>
1	Os contentores de cortoperfurantes estavam cheios a mais de 2/3 da sua capacidade e não apresentavam data de abertura	Os Assistentes Operacionais nem sempre cumprem os procedimentos definidos.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os AO e Enfermeiros para a colocação da data de abertura nos contentores - Realizar formação para os AO: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Precauções Básicas de Controlo Infecção, ✓ Higienização da sala operatória ✓ Especificidades postos de trabalho - Sensibilizar os AO para a importância dos registos 	30 de Novembro /2021	Enª Daniela Oliveira Enª Rute Figueiredo	15/12/2021
2	Falta de registos de higienização da sala		<ul style="list-style-type: none"> - Reorganizar o Manual dos AO com documentos gerais / específicos para consulta (informações relevantes para a prática) 			
3	SABA por repor, sem data de abertura e doseadores com resíduos		<ul style="list-style-type: none"> - Manter as auditorias mensais à higienização da sala operatória 			
4	Os dispositivos de posicionamento (no exterior) não estão organizados.		<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar não conformidades e oportunidades de melhoria decorrentes da auditoria ao AO responsável da sala - Sensibilizar para a importância do cumprimento das boas práticas 			

(A preencher pelo Serviço)

N.º	NÃO CONFORMIDADE	ANÁLISE DE CAUSAS	AÇÃO A IMPLEMENTAR	PRAZO DE EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO	CONTROLO DA EXECUÇÃO DA AÇÃO (DATA, RUBRICA, N.º MEC.)
1	Após a limpeza semanal e mensal, verificou-se a presença de pó em algumas superfícies, sobretudo nas superfícies mais altas, nomeadamente nos braços dos pendentes e dos focos	A limpeza mensal ao ser realizada de forma faseada, diminui a eficácia da mesma, não permitindo a diminuição das partículas existentes no ar.	1. Aumentar a frequência da limpeza definida - incluir a limpeza dos braços dos pendentes na limpeza semanal e alterar no PRO.BOP.023 - <i>Higienização da Sala Cirúrgica</i>			
2	Após a limpeza entre cirurgias e fim de dia, algumas superfícies da sala cirúrgica não se encontram visivelmente limpas. Apresenta vestígios de sangue seco, manchas ou pó (tampo cirúrgico e base do tampo, chão, baldes, bancos/cadeiras, focos, suportes de soro, teclado de computador, nichos)	O fardamento atualmente utilizado (passagem de fatos de tecido não tecido para 100% de algodão leva ao aumento de partículas) A atividade do BO aumentou, prolongando-se para o turno da noite, o que leva a uma diminuição do período de repouso das salas operatórias e um aumento de fluxo de profissionais, doentes e materiais.	2. Programar a limpeza mensal das salas para um dia único, abrangendo a totalidade das salas do BO 3. Realizar formação para os AO: <ul style="list-style-type: none"> - Precauções Básicas de Controlo Infecção, - Higienização da sala operatória - Especificidades dos vários postos de trabalho 4. Reorganizar o Manual dos AO com documentos gerais/ específicos para consulta (informações relevantes para a prática)	30 de Novembro /2021	Enfª Daniela Oliveira Enfª Rute Figueiredo	15/12/2021

		Os Assistentes Operacionais nem sempre cumprem os procedimentos definidos.	<ol style="list-style-type: none">5. Manter as auditorias mensais à higienização da sala operatória6. Comunicar não conformidades e oportunidades de melhoria decorrentes da auditoria ao AO responsável da sala7. Sensibilizar para a importância do cumprimento das boas práticas			
--	--	--	---	--	--	--

DIREÇÃO DE SERVIÇO (DIRETOR/ ENF. CHEFE/ COORDENADOR): CELESTE MACHADO

DATA DE ELABORAÇÃO PLANO DE AÇÕES: 27/08/2021

Apêndice III - Sessão de formação “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica”

- Declaração da formação
- Apresentação da sessão de formação
- Sumário da sessão e comprovativo de presenças

- Declaração da formação



20003070

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que **José Alberto da Costa Ferreira Barbosa**, a exercer funções neste Hospital como **Pessoal de Enfermagem**, em regime de **Contrato de Trabalho em Funções Públicas**, participou durante o ano **2021**, enquanto **formador**, nas seguintes ações de formação:

Data Início	Data Fim	Formação	Nº Horas
14/05/2021	14/05/2021	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	1,50

Braga, 9 de junho de 2022

Serviço de Gestão de Recursos Humanos

HOSPITAL DE BRAGA, EPE

Dra. Paula Costa

(Técnica Superior)

- Apresentação da sessão de formação



Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica



Objetivos:

- Relembrar características e importância da LVSC
- Avaliar e discutir aspetos relativos ao preenchimento da LVSC
- Uniformizar o processo do seu preenchimento.
- Apresentação de dados sobre cumprimento da norma de preenchimento de LVSC

Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica



- Instrumento de segurança, composto por um conjunto de itens, que devem ser lembrados e/ou seguidos, com o objetivo de minimizar perdas de vidas e complicações graves decorrentes de tratamento cirúrgico.

“A lista de verificação pode ser modificada tendo em conta as diferenças entre as organizações, entre os processos e a cultura das salas de operações (...)”

Orientações da OMS para a Cirurgia Segura, 2009, p.365

Preenchimento da LVSC:

- É da responsabilidade do coordenador da LVSC que será preferencialmente o Enfermeiro de anestesia.
- É aplicada em três momentos diferentes:
 - ❖ antes da indução da anestesia – sign in
 - ❖ Antes da incisão da pele – time out
 - ❖ Antes do utente sair da sala – sign out
- Aplicada a todas as cirurgias, exceto cirurgias sem anestesia.

10 objetivos essenciais para a segurança cirúrgica:

- I. Operar o doente certo, no local correto.
- II. Prevenir o danos causados pela administração de anestésicos, protegendo o doente da dor.
- III. Reconhecer e preparar-se para o risco da perda de via aérea ou função respiratória.

Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica



- IV. Reconhecer e preparar-se para o risco de grande perda de sangue.
- V. Evitar uma reação alérgica/medicamentosa adversa.
- VI. Minimizar o risco de infeção do local cirúrgico.
- VII. Evitar a retenção de instrumentos cortos perfurantes ou compressas no local cirúrgico.

Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica

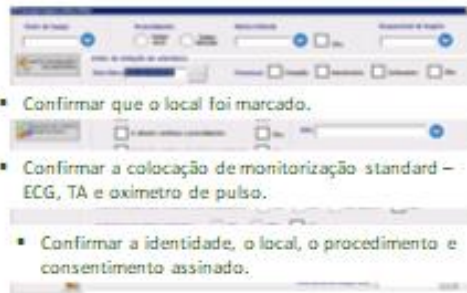


- VIII. Identificar todos os espécimes cirúrgicos.
- IX. Comunicar de forma efetiva e partilhar informação crítica para a condução segura da cirurgia.
- X. Os hospitais e serviços públicos de saúde vão monitorizar capacidade cirúrgica, volume e resultados.

Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica



Etapa I- Antes da indução



Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica



Etapa I- Antes da indução

- Verificação de segurança do equipamento de anestesia.
- Administração de medicação concluída.
- Reações alérgicas conhecidas.
- Risco de perda de sangue (>500ml de sangue ou 7ml/Kg em criança).
- Dificuldades no estabelecimento de via aérea eficaz ou risco de aspiração.

Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica



Etapa II- Antes da incisão

- Profilaxia antibiótica administrada.
- Realização de profilaxia de tromboembolismo.
- Rever elementos críticos para cirurgia – cirurgião, anestesista e enfermeiros.
- Exames imagiológicos ou outros estão visíveis.
- Apresentação dos membros da equipa indicando nome e função.
- Confirmar o nome do doente, local e procedimento.

Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica



Etapa III- Antes do utente sair da sala

- Contagem de compressas instrumentos e cortoperfurantes.
- Índice de Apgar cirúrgico.
- Problemas ou avarias de equipamentos a reportar.
- Rotulagem dos produtos biológicos ou outros.
- Informação relevante a transmitir à equipa de recobro – preocupações e necessidades do doente.

Situações específicas

- Colheita de órgãos.
- Cirurgias emergentes.
- Cirurgias sem apoio anestésico.

Preenchimento da LVSC



Evento sentinela – causa dano grave ou morte ao doente.



Bibliografia

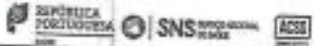
World Health Organization, 2009 – “Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS”.

DGS - Circular normativa nº0002/2013 – “Cirurgia Segura Salva Vidas”.

Hospital de Braga – IDTBOP.001.02; IDTBOP.011.02; PRO.092.03; PRO.BOP.019.00; PRO.BOP.006.02; PRO.BOP.012.02

Obrigado

- Sumário da sessão e comprovativo de presenças

HOSPITAL DE BRAGA, S.P.E. **Sumário/Ocorrências/Sugestões** 

Código: _____
 Curso: Formação em Segurança - Lista de Segurança Duração Total: 01:30 horas Ação nº _____
 (HH:MM)
 Data início: _____ Data fim: _____ Local Formação: _____
 (DD/MM/AAAA) (DD/MM/AAAA)


Módulo _____
 (quando aplicável):
 Formador 1: Fernando de Castro Gomes Formador 2: _____
 N.º Mec.: 13015 N.º Mec.: _____
 Formador 3: _____ Formador 4: _____
 N.º Mec.: _____ N.º Mec.: _____
 Data: _____ Horário: _____

Sumário da sessão
<u>Retomada de trabalhos e importância da LUSC</u>
<u>Análise e discussão quanto a efetivação do funcionamento da LUSC</u>
<u>Definição do processo de funcionamento da LUSC.</u>

Ocorrências / Sugestões

Formadores (assinaturas)
 F1: Fernando de Castro Gomes F2: _____
 F3: _____ F4: _____

Nota: Toda a informação solicitada é de preenchimento obrigatório (com exceção das ocorrências e sugestões)



BP_358.6A/02/2020

HOSPITAL DE BRAGA, EPE

Registo Presenças

Código: _____
 Curso: Formação em segurança - lista de segurança - Duração Total: 21:30 hora(s) nº _____
segurança e higiene. (00:00)
 Data início: _____ Data fim: _____ Local Formação: _____
 (DD/MM/AAAA) (DD/MM/AAAA)

Módulo (quando aplicável): _____

Formador 1: José António de P. F. Barros Formador 2: _____
 N. Mec.: 3032 N. Mec.: _____
 Formador 3: _____ Formador 4: _____
 N. Mec.: _____ N. Mec.: _____

Data: _____ Horário: _____

Nº	Nome completo dos Formandos	Rubrica	Nº Mecanográfico	Grupo Profissional	Serviço/ Unidade Funcional
1	Francisco de Sousa Paizinho	[assinatura]	2327	Enfermeiro	3.0p.
2	José Manuel Gomes da Rocha	[assinatura]	5666	Eng.	B.O./H.B.
3	Virgínia Maria Fianca Nogueira	[assinatura]	5682	Enf.	B.O./H.B.
4	Dr. Uva Miguel João Costa	[assinatura]	4952	Enf.	B.O.
5	José M. T. Capelas Lourenço	[assinatura]	4977	Enf.	B.O.
6	Luís Patrícia Pereira da Costa	[assinatura]	5384	Enf.	B.O./H.B.
7	Maria Paula S. S. S. S.	[assinatura]	3616	Enf.	B.O./H.B.
8	Maria Beatriz S. B. Costa	[assinatura]	2939	Enf./E	B.O./H.B.
9	Andréia Assunção Antunes	[assinatura]	2206	Enf.	B.O.
10	Maria Adelaide F. Costa	[assinatura]	3606	Enf.	B.O.
11	António António Pereira	[assinatura]	3215	Enf.	B.O.
12	Paula Cabrita dos Santos Brat	[assinatura]	48667	Aluno Enfermeiro	B.O.
13	Teresa Daniela E. Ribeiro	[assinatura]	3304	Enf.	B.O.
14	Maria Amélia A. L. B. B.	[assinatura]	3079	Enf.	B.O.
15	Patricia José Costa	[assinatura]	1982	Enf.	B.O.
16	Luís Manuel Paulo Sousa Silva	[assinatura]	7025	Enf.	B.O.
17	M.ª Damiana C. D. Neto	[assinatura]	2587	Enf.	B.O.
18	Paula Cláudia Lopes Brito	[assinatura]	3553	Enf.	B.O.
19	Dina Filipa Helena Sousa	[assinatura]	2882	Enf.	B.O.
20	Maria Antónia Almeida	[assinatura]	3022	Enf.	B.O.

Formadores (assinaturas)

F1: José António de P. F. Barros F2: _____
 F3: _____ F4: _____

Nota: Toda a informação solicitada é de preenchimento obrigatório

HOSPITAL DE BRAGA, EPE

Registo Presenças

Código: _____
 Curso: Formação em Saúde - Curso de Formação segundo o anexo Duração Total: 20-20h hora/leção nº _____
(H=150)
 Data início: _____ Data fim: _____ Local Formação: _____
(DD)MM(AAAA) (DD)MM(AAAA)

Módulo (quando aplicável): _____

Formador 1: José Alberto da C.F. Lopes Formador 2: _____
 N. Mec.: 3070 N. Mec.: _____
 Formador 3: _____ Formador 4: _____
 N. Mec.: _____ N. Mec.: _____

Data: _____ Horário: _____

Nº	Nome completo dos Formandos	Rubrica	Nº Mecanográfico	Grupo Profissional	Serviço/ Unidade Funcional
1	Alvaro João H.P. Lopes	de	3025	Euf	B.O
2	José António Faria Dias	de	8750	Euf	B.O
3	Francisco S. Oliveira	de	4925	Euf	B.O
4	Ana Isabel P. Lopes	de	5580	Euf	B.O
5	Olívia Almeida Soares	de	3838	Euf	B.O
6	Zilda Carmela Santos Costa	de	3146	Euf	B.O
7	Carolina Pereira	de	9114	Euf	B.O
8	João Filipe de Moraes Lima	de	5245	Euf	B.O
9	Paulo Alexandre de Encosta	de	3571	Euf	B.O
10	Amélia Lda Faria Gomes	de	2430	Euf	B.O
11	Luís António de S. Costa	de	3245	Euf	B.O
12	Helen Castro Almeida	de	2651	Euf	B.O
13	Simão Pedro Almeida Silva	de	5605	Euf	B.O
14	Vitor António Almeida	de	811	Euf	B.O
15	Luís António de S. Costa	de	4527	Euf	B.O
16	Albano António R.S. Magalhães	de	3851	Euf	B.O
17	Patrícia Luísa P. Rodrigues	de	4504	Euf	B.O
18	Diana Filipe de S. Costa	de	4957	Euf	B.O
19	Alzira de S. Costa	de	3472	Euf	B.O
20	Luís António de S. Costa	de	8602	Euf	B.O

Formadores (assinaturas)
 F1: José Alberto da C.F. Lopes F2: _____
 F3: _____ F4: _____

Nota: Toda a informação solicitada é de preenchimento obrigatório

HOSPITAL DE BRAGA, EPE

Registo Presenças

Código: _____
Curso: Formação em Serviço - Lista de Formação Duração Total: 01:30 horação nº _____
segunda-feira (01:30)
Data início: _____ Data fim: _____ Local Formação: _____
(DD/MM/AAAA) (DD/MM/AAAA)

Módulo (quando aplicável): _____

Formador 1: gui oliveira de p.f. 3.ª Formador 2: _____
N. Mec.: 2020 N. Mec.: _____
Formador 3: _____ Formador 4: _____
N. Mec.: _____ N. Mec.: _____

Data: _____ Horário: _____

Nº	Nome completo dos Formandos	Rubrica	Nº Mecanográfico	Grupo Profissional	Serviço/ Unidade Funcional
1	<u>Mª Julia Costa Oliveira</u>	<u>Jul</u>	<u>2131</u>	<u>Euf</u>	<u>(30)</u>
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Formadores (assinaturas)
F1: gui oliveira de p.f. 3.ª F2: _____
F3: _____ F4: _____

Nota: Toda a informação solicitada é de preenchimento obrigatório

Apêndice IV – Procedimento Específico - Integração de novos profissionais no Bloco Operatório

1. OBJETIVO

Assegurar a existência de um guia orientador, que descreva o conjunto de diretrizes a adotar durante a integração de novos profissionais recém admitidos no Bloco Operatório do Hospital de Braga.

Contribuir para a melhoria do processo de integração de novos elementos, no Bloco Operatório do Hospital de Braga.

2. ÂMBITO

Aplica-se aos Enfermeiros e Assistentes Operacionais que iniciam funções no Bloco Operatório do Hospital de Braga.

3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Enfermeiro Gestor do Bloco Operatório a implementação deste procedimento.

4. REFERÊNCIAS, ABREVIATURAS E PALAVRAS-CHAVE

Crítérios do Manual CHKS (2020): 44.4; 44.5; 44.7.

AO – Assistente Operacional

BO – Bloco Operatório

HB – Hospital de Braga

Palavras Chave: Bloco Operatório, Guia, Integração.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

O plano de integração aplica-se a todos os profissionais admitidos no serviço, independentemente do tipo de contrato de trabalho elaborado. No HB o acolhimento está contemplado num programa geral, comum a todas as categorias profissionais.

No contexto específico do BO, a elaboração de um plano de integração é indispensável para a sistematização da integração pois, facilita o processo de inclusão dos novos profissionais e melhora a qualidade e a segurança dos cuidados.

O período de integração é planeado com o responsável das diferentes áreas de atividade e de cada grupo profissional, de modo a que, uma vez cumprido o tempo previsto no respetivo plano de integração, o novo profissional esteja apto a iniciar funções.

5.1. Acolhimento e Integração no Bloco Operatório

O acolhimento dos novos profissionais no Bloco Operatório inicia-se com uma visita de apresentação do serviço e equipa multidisciplinar.

O plano de integração inclui o conhecimento da estrutura física, do equipamento e seu manuseamento, da documentação existente, o inter-relacionamento com a equipa multidisciplinar e o conhecimento técnico e científico específico do posto de trabalho, e tem por base o guia orientador descrito adiante.

Ao longo deste período, são dadas a conhecer as diferentes ferramentas digitais (Plataforma do Sistema de Gestão Documental, HER+, Intranet) e documentos de suporte disponíveis no Sistema de Gestão Documental que facultam informação útil ao seu desempenho e facilitam o processo de integração.

É nomeado pelo Enfermeiro Gestor do BO um Enfermeiro e/ou Assistente Operacional Integrador (Tutor) que acompanhará este processo, devendo ser selecionado um profissional (ou mais) que se destaque pelas suas competências nas áreas específicas para a integração.

O histórico e local da atividade profissional do colaborador a integrar é sempre tido em consideração, nomeadamente no que se refere ao horizonte temporal previsível para que o plano seja dado como concluído.

O plano de integração é um processo dinâmico, podendo sofrer alterações na sua duração, sempre que necessário. Considera-se que o profissional está integrado e autónomo quando demonstre competências para o desempenho das funções adequadas ao respetivo posto de trabalho.

No gabinete do Enfermeiro Gestor está disponível uma pasta física onde são arquivados estes impressos de integração, que os tutores / integrando preenchem ao longo do período de integração, e que serve de ferramenta à operacionalização dos objetivos.

O IMP.BOP.052 - Plano Integração Individual – Enfermeiro é preenchido pelo novo enfermeiro, e permite compilar informação acerca da experiência profissional, nomeadamente das áreas de competência iniciais e a adquirir

O Plano de Integração de cada grupo profissional é registado nos respetivos impressos:

I. Enfermeiros

- IMP.133 - Plano de Integração Individual – Enfermeiro
- IMP.BOP.095 – Guião de Integração - Enfermeiros da Área Cirúrgica;
- IMP.BOP.096 – Guião de Integração - Enfermeiros da Área Anestésica;
- IMP.BOP.097 – Guião de Integração- Enfermeiros da Cirurgia de Ambulatório;
- IMP.BOP.052 - Plano Integração Individual – Enfermeiro.

II. Assistentes Operacionais

- IMP.138 - Plano de Integração Individual - Assistente Operacional.
- IMP.BOP.098 – Guião de Integração – Assistentes Operacionais;

A. Fase de Acolhimento/Observação

Duração: 2 dias

- **Objetivo:** Permitir a socialização e a adaptação do novo Enfermeiro/AO ao BO.
- **Conhecimentos a adquirir:**
 - Informações gerais sobre a instituição;
 - Estrutura física e dinâmica organizacional do serviço;
 - Normas e procedimentos do Serviço;
 - Funções que irá desempenhar;
 - Planificação do programa de integração

B. Integração na área de Anestesia

- **Objetivo:** Desenvolver competências como enfermeiro de apoio à anestesia na prestação de cuidados ao doente cirúrgico durante todo o percurso anestésico na cirurgia eletiva convencional ou em regime de ambulatório, assim como em situação de urgência ou emergência cirúrgica.

O novo elemento inicia um período de observação, adotando uma postura de escuta ativa e gradualmente irá colaborar com o enfermeiro integrador no desempenho das funções de apoio à anestesia até que o fará sozinho apenas supervisionado pelo enfermeiro integrador. Nesta fase o integrando deverá desenvolver atividades relacionadas com o cuidar e com a técnica, adquirindo conhecimentos de anestesia e o integrador deverá encontrar-se disponível para esclarecer dúvidas que surjam e disponibilizando ou indicando bibliografia específica.

- **Conhecimentos a adquirir:**
 - Verificar o plano operatório e planejar os cuidados;
 - Acolhimento do doente no BO;
 - Cultura de Segurança no BO;
 - Diferentes Técnicas anestésicas;
 - Funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia;
 - Noções de fisiologia respiratória;
 - Monitorização do doente anestesiado e no recobro;
 - Ação e interações dos fármacos utilizados nos diversos procedimentos anestésicos;
 - Complicações e risco em anestesia;
 - Técnicas de controlo de infeção em anestesia;
 - Colaboração na transferência do doente para a UCPA / UCI/UCIP / Internamento;
 - Transmissão de informações que permitam a continuidade dos cuidados;
 - Registos;
 - Reorganização e reposição da sala operatória.

C. Integração na área de Circulação

- **Objetivo:** Adquirir competências na transmissão de princípios básicos como enfermeiro circulante na prestação de cuidados ao doente cirúrgico durante todo o percurso intraoperatório na cirurgia eletiva convencional ou em regime de ambulatório, assim como em situação de urgência ou emergência cirúrgica.

O novo elemento deve iniciar as suas funções adotando uma postura de observação e posteriormente de colaboração com o integrador, passando posteriormente ao desempenho das atividades propostas para esta fase sob a supervisão do integrador.

Deverá ser relembrada a fragilidade do doente que tem necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais e que se encontra num momento de grande dependência sem que possa controlar ou responder às suas necessidades, devendo atuar de forma a garantir a sua segurança. A noção de assepsia toma uma importância relevante e deve ser sempre respeitada.

- **Competências a adquirir:**
 - Verificar o plano operatório e planear os cuidados;
 - Acolhimento do doente;
 - Controlo das condições ambientais da sala operatória;
 - Preparar e testar todo o equipamento necessário à cirurgia;
 - Técnica asséptica cirúrgica;
 - Desinfecção do campo operatório;
 - Técnicas cirúrgicas;
 - Instrumental cirúrgico;
 - Colaboração na preparação das mesas cirúrgicas;
 - Colaboração com instrumentista e restante equipa cirúrgica;
 - Posicionamento do doente para cirurgia;
 - Técnicas de controlo de infeção em cirurgia;
 - Gestão do risco em cirurgia;
 - Contagem intraoperatória de Itens;
 - Complicações cirúrgicas;
 - Colaboração na transferência do doente para a UCPA / UCI/UCIP / internamento;
 - Transmissão de informações que permitam a continuidade dos cuidados;
 - Registos;
 - Reorganização e reposição da sala operatória.

D. Integração na área de Instrumentação

- **Objetivo:** Adquirir competências como enfermeiro instrumentista na prestação de cuidados ao doente cirúrgico durante todo o percurso intraoperatório na cirurgia eletiva convencional ou em regime de ambulatório, assim como em situação de urgência ou emergência cirúrgica.

O novo elemento deverá desenvolver conhecimentos técnicos e científicos que lhe permitam antecipar as necessidades do doente e cirurgião, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação de forma que decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa cirúrgica. Com a instrumentação deverá conseguir prevenir a infeção, evitar acidentes e diminuir os tempos cirúrgicos, reduzindo desta forma os riscos a que o doente está exposto no decurso da cirurgia.

O integrando observa o integrador no desempenho das funções de enfermeiro instrumentista e realiza procedimentos básicos inerentes à função. Numa fase posterior invertem-se os papéis e o enfermeiro em integração passa ao desempenho das funções de instrumentista sob a observação e supervisão do integrador.

- Competências a adquirir:
 - Verificar o plano operatório e planear os cuidados;
 - Compreender a área de atuação/ papel do enfermeiro instrumentista na equipa cirúrgica;
 - Colaboração na preparação do instrumental cirúrgico e equipamento;
 - Preparação pré-cirúrgica das mãos;
 - Vestir e retirar indumentária estéril (bata cirúrgica e luvas);
 - Controlo ambiental;
 - Técnica asséptica;
 - Técnicas cirúrgicas;
 - Conhecer e prever os tempos operatórios;
 - Princípios gerais da colocação, organização e manutenção de mesas de instrumentação e dos campos estéreis;
 - Normas de passagem de instrumental cirúrgico ao cirurgião;
 - Normas de movimentação da equipa cirúrgica;
 - Diferentes tipos de sutura e suas aplicações;
 - Técnicas de penso;
 - Noções de anatomia e fisiologia;
 - Complicações cirúrgicas;
 - Técnicas de controlo de infeção em cirurgia;
 - Gestão do risco em cirurgia;
 - Contagem intraoperatória de itens;
 - Normas de evacuação de materiais contaminados da sala operatória
 - Registos.

E. Integração na Cirurgia de Ambulatório

- Objetivo: Adquirir competências na prestação de cuidados ao utente durante todo o período pré, intra e pós-operatório em Cirurgia de Ambulatório, assim como prestar cuidados em situação de urgência ou emergência cirúrgica.

O novo elemento inicia um período de observação, adotando uma postura de escuta ativa e gradualmente irá colaborar com o enfermeiro integrador no desempenho das funções, nomeadamente na consulta pré-operatória de anestesia, área de admissão e alta do utente, recobro de fase I e de fase II, Follow-up (telefonema do dia seguinte), até que o fará sozinho apenas supervisionado pelo enfermeiro integrador.

- Competências a adquirir:
 - Conhecimentos sobre o percurso do utente adulto e criança em Cirurgia de Ambulatório;
 - Critérios de Admissão em cirurgia de ambulatório;
 - Acolhimento do doente;
 - Cultura de Segurança em Cirurgia de Ambulatório;
 - Diferentes Técnicas anestésicas;
 - Diferentes procedimentos cirúrgicos;
 - Equipamento anestésico;
 - Monitorização do doente no recobro;
 - Farmacologia e interações medicamentosas;
 - Complicações e risco em anestesia;
 - Prevenção e controlo de infeção;
 - Noções de fisiologia respiratória;
 - Ensinos e orientações no período pré-operatório;
 - Ensinos e orientações para a alta, no período pós-operatório;
 - Pernoitas em Cirurgia de Ambulatório;
 - Pedidos de alimentação;
 - Transmissão de informações que permitam a continuidade dos cuidados;
 - Telefonema do dia Seguinte;
 - Registos.

F. Integração dos Assistentes Operacionais

- Objetivo: Adquirir competências nas atividades de apoio à prestação de cuidados ao doente cirúrgico durante todo o percurso intraoperatório na cirurgia eletiva convencional ou em regime de ambulatório, assim como em situação de urgência ou emergência cirúrgica.

O novo elemento inicia um período de observação, adotando uma postura de escuta ativa e gradualmente irá colaborar com o AO integrador no desempenho das funções.

- Competências a adquirir:
 - Procedimentos de higienização e controlo ambiental no bloco operatório;
 - Procedimentos específicos de higienização da sala cirúrgica e recobros;
 - Descontaminação do equipamento clínico;
 - Descontaminação de instrumental cirúrgico (Serviço de Esterilização);

- o Reposição de dispositivos médicos;
- o Circuito dos resíduos;
- o Circuito da roupa;
- o Circuito dos dispositivos médicos (estéreis e contaminados);
- o Colaboração na prestação de cuidados ao doente cirúrgico;
- o Transporte seguro de doentes e circuito do doente cirúrgico;
- o Transporte de espécimes;
- o Transporte de cadáveres para a morgue;
- o Articulação com serviços de suporte à atividade do Bloco Operatório.

5.2. Atividades do Tutor e do Profissional em Integração

• Atividades do Tutor

- o Atuar como recurso e "Modelo" de atuação e de consulta;
- o Criar uma atmosfera que promova a aprendizagem e a confiança;
- o Conhecer os objetivos e os recursos utilizados;
- o Planear as ações a desenvolver com o integrando, de modo a enquadrar os seus objetivos com os do programa;
- o Supervisionar o desempenho do profissional a integrar;
- o Manter o horário previamente fixado;
- o Manter com o Enfermeiro Gestor e com o integrando, espaços de reflexão sobre a sua evolução no processo de integração e avaliação da mesma.

• Atividades do Profissional em Integração

- o Demonstrar conhecimentos das orientações e procedimentos do processo de integração;
- o Conhecer os objetivos do programa de integração;
- o Comunicar as suas necessidades de aprendizagem ao integrador;
- o Facilitar a orientação e a avaliação do processo de integração;
- o Manter com o Enfermeiro Gestor e com o Tutor espaços de reflexão sobre a sua evolução no processo de integração;
- o Manter o horário previamente fixado.

5.3. Conclusão da Integração

Cada fase deve ter um período intercalar de avaliação, com o objetivo de analisar quais as competências adquiridas, de forma a orientar o restante período de integração para a melhoria das aptidões que se encontrem menos desenvolvidas.

No final do programa de integração, o integrando deve realizar a avaliação do programa, manifestando a sua apreciação quanto ao programa de que fez parte integrante, nomeadamente a organização, conteúdos, metodologia utilizada, tempo preconizado, disponibilidade da equipa, empenho do integrador e, expectativas, dando sugestões de possíveis alterações a introduzir no sentido de melhorar o programa de integração existente.

O desfecho do processo de integração só terá lugar após a avaliação final e quando a tríade de formação – Enfermeiro Gestor, Tutor e Integrando – estiverem em consonância de que, o novo profissional reúne as competências necessárias para levar a cabo as funções no BO.

6. ANEXOS

- IMP.BOP.095 – Guião de Integração - Enfermeiros da Área Anestésica;
- IMP.BOP.096 – Guião de Integração - Enfermeiros da Área Cirúrgica;
- IMP.BOP.097 – Guião de Integração- Enfermeiros da Cirurgia de Ambulatório;
- IMP.BOP.098 – Guião de Integração – Assistentes Operacionais;

7. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- REG.008 – Bloco Operatório
- MANUAL.BOP.002 – Manual de Boas Práticas do Bloco Operatório
- ORG.010 – Bloco Operatório
- PRO.103 – Programa de Iniciação/ Integração
- IDT.BOP.010 – Plano de Trabalho do Bloco Operatório
- IMP.133 – Plano de Integração Individual – Enfermeiro
- IMP.138 – Plano de Integração Individual - Assistente Operacional.
- IMP.BOP.052 – Plano Integração Individual – Enfermeiro

ELABORADOEnfermeira do Bloco Operatório
Ana Sofia RodriguesEnfermeira do Bloco Operatório
Cidália SilvaEnfermeiro do Bloco Operatório
José Alberto BarbosaEnfermeira do Bloco Operatório
Maria Manuela Silva**APROVADO**Enfermeira Gestora do Bloco Operatório
Celeste Machado

Apêndice V – Guias de Integração de novos profissionais no Bloco Operatório

- Enfermeiros da Área Anestésica
- Enfermeiros da Área Cirúrgica
- Enfermeiros da Cirurgia de Ambulatório
 - Assistentes Operacionais

- Enfermeiros da Área Anestésica



GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

		Bloco Operatório			
		ENFERMEIRO - ÁREA ANESTÉSICA			
		Enfermeiro de Anestesia		PROFISSIONAL TUTOR ENF GESTOR DATA INICIO	
NOTA INTRODUTÓRIA					
<p>1. Este plano de integração aplica-se a todos os enfermeiros admitidos no serviço, independentemente do tipo de contrato de trabalho elaborado.</p> <p>2. O histórico e local de atividade profissional do enfermeiro a integrar é sempre tido em consideração, nomeadamente no que se refere ao horizonte temporal previsível para que o plano seja dado como concluído.</p> <p>3. Consideramos que o enfermeiro está integrado e autónomo quando demonstre competências para o desempenho das funções contratualizadas no respetivo posto de trabalho.</p> <p>4. O processo de integração está intimamente ligado com o sistema de avaliação de desempenho em vigor na organização.</p>					
PROGRAMA ESPECÍFICO DO SERVIÇO					
<p>1. Primeira semana - o enfermeiro em integração pratica horário diurno, o que possibilita uma maior interação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, garantindo a sua socialização com a equipa, com a organização do serviço e dos cuidados.</p> <p>2. Segunda semana à sexta semana - o elemento a integrar pratica um horário rotativo, acompanhado pelo enfermeiro tutor que será responsável pelo seu processo de integração.</p> <p>3. O período é ajustado mediante o percurso e competências do enfermeiro a integrar.</p>					
INFORMAÇÃO RELEVANTE:					
ATIVIDADES PROGRAMADAS					
OBJETIVO	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	DATA	
Apresentação		Acolhimento do novo elemento			
		Entrevista de orientação			
		Recolher contacto telefónico, data de aniversário, email			
		Preencher o IMP.133 - Plano de Integração Individual - Enfermeiro	IMP.133 - Plano de Integração Individual - Enfermeiro		
		Atribuir Cação			
		Apresentar a equipa Multidisciplinar			
		Apresentar da missão, visão e valores do Hospital de Braga	REG.001		
		Apresentar Regulamento do Hospital de Braga	REG.001		
		Apresentar Regulamento do Bloco Operatório	REG.008		
		Apresentar Manual do Bloco Operatório	MANUAL BOP.002		
		Apresentar o organograma do serviço	ORG.010		
		Descrever sumariamente os objetivos, a atividade e os resultados do serviço			
		Apresentar principais riscos de exposição ocupacional e medidas de controlo, nomeadamente EPI e procedimentos de segurança			
		Apresentar as regras de fardamento e apresentação no serviço			
		Explicar o modo de funcionamento da rouparia e de pedido de fardas			
		Informar as regras relativamente a horários, trocas de turno e registos			
		Apresentar e explicar o funcionamento da plataforma "RISI"			
		Definir horário de trabalho			
		Apresentar e explicar o funcionamento da avaliação de desempenho SIADAP			
		Explicar método de aceder a ferramentas informáticas institucionais: email, Intranet, sistema de gestão documental			
		Apresentar e explicar o funcionamento da aplicação informática da gestão de risco, "HER+" nas declarações de eventos adversos	MANUAL.002 - Manual de Gestão do Risco		
		Explicar procedimentos relativamente ao sistema de emergência Clínica: 2222	MANUAL.004 - Manual de Emergência Médica do HB		
		Explicar procedimento de atuação em situações de emergência no BO	PRO.BOP.025 - Situações de emergência no Bloco Operatório		
		Explicar procedimentos relativamente ao sistema de emergência Não clínica :1111	MAP.032 - Plano de Emergência Setorial - 2F - Bloco Operatório		
		Apresentação do plano de emergência setorial do BO			
		Explicar o procedimento de inscrição nas formações obrigatórias e não obrigatórias			
		Apresentar Plano de Formação do Serviço			
		Explicação do procedimento do atendimento telefónico			
		Apresentar o Enfermeiro Tutor			
		Fornecer Guião de Integração no BO e planejar execução do mesmo			
		Fornecer o mapa de integração Individual do BO	IMP.BOP.052 - Plano Integração Individual - Enfermeiro		
Integração na área de anestesia					
Fase 1 - Observação					
Conhecer o funcionamento de uma sala operatória		Explicar o funcionamento da sala operatória e circuitos - doente, equipa e materiais. Explica as diferentes funções dos enfermeiros na sala operatória (anestesia, circulante, instrumentista).	MANUAL.BOP.002 REG.008		
Conhecer as Funções do Enfermeiro Anestesia		Apresentar a descrição de funções do Enfermeiro Anestesia	MANUAL.BOP.002		
Conhecer os Circuitos no BO		Fornecer informações sobre circuitos no BO: doente, profissionais, materiais, circuito de limpos e sujos	PRO.BOP.014 - Compartimentos, Áreas Restritas e Circulação de Profissionais de Saúde no BO PRO.BOP.002 - Circuito de Limpos e de Sujos no Bloco Operatório		
		Fornecer informações sobre procedimentos gerais do HB	MANUAL.BOP.002		

IMP.BOP.096.00/01/2022

OBJETIVO	ATIVIDADES PROGRAMADAS			
	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	DATA
Conhecer procedimentos do Bloco operatório	2º ao 3º dia	Fornecer informações sobre procedimentos específicos do BO: (área restrita, semi-restrita e livre, Conceito de assepsia progressiva, Vestuário do BO, Especialidades cirúrgicas, Higienização do serviço, ...)	PRD.BOP.007 - Vestuário no Bloco Operatório	
Conhecer as articulações com os outros Serviços do Hospital		Explicar a articulação com os outros Serviços (Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Imuno-hemoterapia, Imagiologia, Farmácia, Aproveitamento, Esterilização, UCIP, Internamentos, ...)		
Apresentar procedimentos de prevenção e controlo de infeção no BO		Explicar medidas de Prevenção da Infeção no Local Cirúrgico	PRD.123 - Prevenção da Infeção no Local Cirúrgico	
		Explicar importância da administração apropriada de profilaxia antibiótica cirúrgica	PRD.222 - Princípios Gerais de Profilaxia Antibiótica Cirúrgica	
		Apresentar Antissépticos disponíveis no Serviço	PRD.204 - Uso de Antissépticos	
		Informar sobre medidas de isolamento no BO	Manual.014 - PPCIRA	
		Explicar importância da manutenção da Normotermia		
Apresentar procedimentos de Gestão do Risco no BO		Apresentar Manual de Controlo de Infeção	MANUAL.014 - Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos	
		Explicar procedimentos de Gestão de risco no BO: Cirurgia Segura, marcação do local cirúrgico, prevenção de quedas, segurança do medicamento, prevenção incêndio na cirurgia, retenção de itens, ...	Manual.002 - Manual de Gestão do Risco PRD.187 - Prevenção e Atuação em Caso de Incêndio numa Cirurgia PRD.BOP.006 - Contagem de compressas PRD.BOP.012 - Contagem dos Instrumentos Cirúrgicos no Bloco Operatório PRD.BOP.019 - Contagem de Materiais Corio-Perfurantes	
Utilizar equipamentos de emergência		Apresentar localização dos equipamentos de emergência: Carros de emergência, Carro via aérea difícil adulto e pediátrico, Videolaringoscópios, Desfibrilhador, malas de alergia ao latex, hipertermia maligna e Toxicidade aos anestésicos locais	PRD.BOP.025 - Situações de emergência no Bloco Operatório PTC.ANEST.001 - Via Aérea Difícil PTC.ANEST.007 - Tratamento de Hipertermia Maligna PTC.004 - Toxicidade Sistémica Induzida pelos Anestésicos Locais PTC.008 - Hemorragia Médica no Adulto	
Identificar situações de risco Ocupacional	Explicar cuidados na reposição de gases anestésicos, manuseamento de cargas e utilização de radiação ionizante e não ionizante	PRD.BOP.013 - Regras de Utilização de Radiações Não Ionizantes no BO		
Identificar locais de armazenamento do material estéril, consumíveis, fármacos e equipamentos	Explicar a forma e locais de armazenamento			
Identificar aplicações informáticas e sistemas de registos	Explicar cuidados no acondicionamento e prazos de validade	MANUAL.BOP.002		
	Apresentar sistemas de registos de enfermagem informáticos (PaTIENTCARE e Glint) e impressos utilizados			
Descrever o procedimento de acompanhamento no transporte de doentes após alta do BO	Explicar o procedimento de alta do doente Explicar o procedimento de acompanhamento e transmissão da informação	IDT.BOP.002 - Lista de Verificação Pós-Operatória PRD.091 - Transferência de Informação nas Transições de Cuidados		
Fase 2 - Integração na área de Anestesia				
Objetivo: Desenvolver competências como Enfermeiro de Anestesia				
Planear os cuidados		Na véspera da cirurgia: - Consultar o plano de trabalho diário - Consultar o plano operatório - Consultar bibliografia relacionada com plano operatório - Planificar os cuidados		
		No dia da cirurgia: - Confirmar o plano de trabalho e o plano operatório		
Realizar o acolhimento do utente no bloco operatório		Acolhe o utente pelo seu nome e apresenta-se.		
		Estabelece relação terapêutica com o utente. Respeita a cultura, as crenças religiosas e o pudor do utente. Recebe o processo, confirma identificação do utente.		
Inculcar cultura de segurança no bloco operatório		Confirma identificação do utente, cirurgia e restante informação e preenche a lista de verificação pré-operatória.	IMP.BOP.003 - Lista de Verificação Pré-Operatória e Segurança Cirúrgica IDT.BOP.001 - Lista de Verificação Pré-Operatória e Segurança Cirúrgica	
		Prepara a sala operatória: faz lista de abertura de sala, teste de funcionalidade de equipamento anestésico.	IMP.BOP.014 - Controlo da Funcionalidade do Equipamento Anestésico - Sala Operações PRD.BOP.009 - Teste dos Equipamentos do Bloco Operatório	
		Explica os potenciais riscos no BO: cirurgia certa, local certo, objetos estranhos, lesão química, lesão elétrica, por laser, por mau posicionamento, por radiação, por queda, risco aumentado de erro medicação, risco de infeção, hipohipertermia, restabelecimento de funções fisiológicas: status respiratório, cardíaco, neurológico e controlo da dor.	MANUAL.BOP.002 IDT.BOP.014 - Segurança na Utilização do Eletrodo Elétrico no BO PRD.BOP.005 - Prevenção de Erros de Medicação no BO PRD.BOP.013 - Regras de Utilização de Radiações Não Ionizantes no BO PRD.BOP.016 - Prevenção e Atuação em Caso de Incêndio numa Cirurgia PRD.BOP.026 - Tamponamento Orofaríngeo	
Conhecer as diferentes técnicas anestésicas	Explica as diferentes técnicas anestésicas, indicando bibliografia			

GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

OBJETIVO	ATIVIDADES PROGRAMADAS		
	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio
Conhecer a ação e mecanismos de interação dos fármacos utilizados na anestesia do utente.		Explica o tipo de fármacos utilizados durante uma anestesia	
		Explica, sucintamente, as ações e interações dos fármacos	
		Identifica fármacos alto risco	
		Descreve e demonstra as diluições preconizadas para alguns fármacos	
Conhecer a ação e mecanismos de interação dos fármacos utilizados na anestesia do utente.		Explica a necessidade do registo dos estupefacientes (fármacos controlados e legislação)	
		Explica medidas implementadas para diminuição do erro	PRO.BOP.005 - Prevenção de Erros de Medicação no BO
Conhecer o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia		Fornecer e indica algumas referências bibliográficas	PRO.265 - Preparação e Administração de Medicamentos PRO.078 - Reações Adversas à Medicação
		Demonstra e explica o funcionamento dos ventiladores existentes nas salas operatórias: teste de verificação obrigatório, montagem/desmontagem, procedimento de esterilização, mudança cal sodada, procedimentos de mudanças de consumíveis	DT.BOP.028 - Utilização e Descontaminação dos Ventiladores de Anestesia
		Demonstra e descreve o funcionamento dos monitores multiparâmetros (oximetria, capnografia, frequência cardíaca, pressão arterial não invasiva, pressão venosa central, pressão arterial invasiva, temperatura e PIC)	
		Realiza e explica os procedimentos relativos à limpeza e desinfeção dos monitores e acessórios.	MANUAL.BOP.052
		Demonstra o funcionamento da mesa operatória, os seus comandos e acessórios necessários ao posicionamento	
		Demonstra o funcionamento dos aspiradores de vácuo e a obrigatoriedade de estar sempre pronto antes dum acto anestésico	
		Mostra o carro de apoio à anestesia e o que contém: Fármacos de anestesia e urgência	DT.BOP.004- Carros de Anestesia Bloco Operatório
		Mostra lista do carro de anestesia	DT.BOP.004- Carros de Anestesia Bloco Operatório
		Mostra carro de apoio a anestesia loco regional e procedimentos invasivos	PTC.ANEST.002 - Bloqueios do Neuroeixo e Fármacos que Interferem com a Hemostase Anexo I - PTC.ANEST.002 - Bloqueios do Neuroeixo e Fármacos que Interferem com H
		Mostra arrecadação onde se encontra o material de consumo clínico, para reposição do carro de anestesia	
		Apresenta diferentes equipamentos e identificar locais de armazenamento	PRO.BOP.009 - Teste dos Equipamentos do Bloco Operatório
		Explica o funcionamento do equipamento de emergência: carro emergência, desfibrilhador, carro via aérea difícil e todos os dispositivos implementados no serviço para referendação, notificação de via aérea difícil.	DT.BOP.027 - Utilização dos Videolaringoscópios em Anestesia DT.BOP.019 - Orientações para a Utilização dos Fibroscópios em anestesia DT.BOP.026 - Utilização e Revisão do Carro de Via Aérea Difícil PTC.ANEST.001 - Via Aérea Difícil
		Apresenta malas de apoio a procedimentos de emergência: mala hipertermia maligna, mala de toxicidade aos anestésicos locais	PTC.ANEST.007 - Tratamento de Hipertermia Maligna PTC.ANEST.008 - Abordagem Doente Suscetível ou com Hipertermia Maligna PTC.004 - Toxicidade Sistémica Induzida pelos Anestésicos Locais
		Demonstra o funcionamento do monitor cardíaco e ventilador de transporte	
	Controlar as condições da sala operatória		Colocar máscara e efetua lavagem higiénica das mãos
		Verificar as condições da sala, testar equipamentos da mesma e registar abertura de sala (preencher listas de verificação)	IMP.BOP.014 - Controlo da Funcionalidade do Equipamento Anestésico- Sala Operações PRO.BOP.009 - Teste dos Equipamentos do Bloco Operatório
Colaborar com o anestésista e realiza procedimentos de enfermagem, durante a anestesia		Monitoriza o utente	
		Realiza cateterismo venoso periférico, se necessário	
		Prepara e administra fármacos prescritos	
		Participa em procedimentos a realizar no utente: Administração de fármacos, Embuiação do utente, Cateterismo de veias centrais e periféricas	
		Preparação de soluções parentéricas, sangue e hemoderivados	
		Manutenção da ventilação do utente	
		Manutenção da permeabilidade das vias parentéricas	
		Controlo do balanço hídrico	
		Manutenção de uma vigilância intensiva para despista de situações de urgência	
Colaborar no posicionamento do doente		Extubação e oxigenação do utente	
		Organizar todo o material necessário ao posicionamento do doente	
		Explicar os procedimentos realizados durante o posicionamento	
		Observar condições de higiene e integridade da pele	
	Explicar medidas de prevenção do Tromboembolismo Venoso	PTC.055 - Recomendações para a Profilaxia de Tromboembolismo Venoso PRO.BOP.021 - Utilização de CPE dos Membros Durante a Intervenção Cirúrgica	
	Explicar medidas de promoção da normotermia	PTC.ANEST.027	

OBJETIVO	ATIVIDADES PROGRAMADAS		
	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio
Prevenir a Hipotermia Periooperatória Inadvertida		Apresentar equipamentos utilizados na manutenção da normotermia	
		Providenciar e implementar medidas e equipamentos de manutenção da normotermia	
		Monitorizar temperatura do doente	
Realizar registos de enfermagem		Elaborar registo periooperatório de enfermagem (informático e impressos)	
		Preencher com o Enf. Circulante, a requisição de material para envio ao Serviço de Esterilização	
Colaborar na transferência do utente do Torno cirúrgico para a cama		Colabora na transferência do utente do Torno cirúrgico para a cama	
		Resgata a permeabilidade dos cateterismos e a oxigenação/ventilação do utente durante o transporte	
		Transmite informações orais e escritas ao Enfermeiro da unidade, que permitam assegurar a continuidade de cuidados	
Reorganizar a sala operatória e proceder à sua reposição		Realiza a transmissão oral das informações, sucintamente, identificando o utente, a patologia, a intervenção realizada, o cirurgião, os exames realizados, as ações de enfermagem desenvolvidas no intra-operatório	
		Inicia-se do programa operatório e manter a sua eficácia, sem atrasos	
		Providenciar material para a cirurgia seguinte	
Garantir a segurança na continuidade de cuidados em caso de substituição		Assume e abastece a sala	
		Informar da falta de material consumível / Avarias	
		Supervisionar a limpeza da sala e dar indicações ao A.O. sobre os equipamentos (necessidades, limpeza e amarração)	PRO.BOP.023 - Higienização da Sala Cirúrgica
Desenvolver atividades na UCPA		Comunicar os factos relevantes da cirurgia	
		Comunicar os registos efetuados	
		Comunicar à equipa a sua substituição	
		Preparar as Unidades e testar a sua funcionalidade, e preencher a lista de verificação de abertura da UCPA	IMP.BOP.017 - Lista de verificação de abertura da UCPA
		Receber o utente assim como informação detalhada sobre a sua identificação, patologia associada, procedimento cirúrgico, tipo de anestesia, fluido terapia intra-operatória, drenagens cirúrgicas, diurese e todos os acontecimentos intra-operatórios relevantes	
		Registar a avaliação inicial conforme escala adoptada pelo serviço	
		Fazer uma avaliação inicial global e estabelecer prioridades, definindo um plano individual de cuidados	
		Implementar o plano de cuidados estabelecido e fazer a sua avaliação regular	
		Preparar e administrar a terapêutica, de acordo com a prescrição clínica	
		Identificar situações de urgência/emergência e atuar em conformidade	
		Fazer os registos de enfermagem, de acordo com os sistemas de registo existentes na UCPA	
		Prestar cuidados de conforto e de higiene SCS	
		Prestar apoio psicológico ao utente e suas familiares, transmitindo todas as informações dentro do âmbito da sua responsabilidade profissional	
		Fazer a avaliação final global com vista à alta do utente da UCPA e preparar a sua transferência para o Serviço de destino	
	Validar conhecimentos		Avaliação e registo da escala de alta
		Avistar o serviço de destino	
		Informar o Enfermeiro de transportes, verbal e pessoalmente, de todos os acontecimentos relevantes relativos ao intra e pós-operatório na UCPA	
		Elaborar a alta no sistema informático	
		Demonstrar conhecimentos sobre confidencialidade (segundo código deontológico do enfermeiro)	
Analisar o desempenho do enfermeiro integrando de acordo com o programa de integração		Promover excelência no desempenho	
		Proporcionar situações para esclarecimento de dúvidas	
		Validar conhecimentos	
		Supervisionar desempenho na prestação de cuidados	
	Participa em reunião de avaliação com Tutor e Gestor/ Responsável de área		
	Análise e reflete sobre a 2ª fase de integração		
	Preenche folha de avaliação		
	Preenche e atualiza o mapa de Integração Individual	IMP.BOP.052 - Plano Integração Individual - Enfermeiro	
Observações:			
Apreciação do Programa de Integração (a preencher pelo novo profissional)			
Processo de integração concluído em:			
Enf. Gestor:		Enf. Tutor:	

- Enfermeiros da Área Cirúrgica



GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

		Bloco Operatório		
		ENFERMEIRO - ÁREA CIRÚRGICA		
		Enfermeiro Circulante		PROFISSIONAL TUTOR
		Enfermeiro Instrumentista		ENF GESTOR
				DATA INÍCIO
NOTA INTRODUTÓRIA				
<p>1. Este plano de integração aplica-se a todos os enfermeiros admitidos no serviço, independentemente do tipo de contrato de trabalho elaborado.</p> <p>2. O histórico e local da atividade profissional do enfermeiro a integrar é sempre tido em consideração, nomeadamente no que se refere ao horizonte temporal previsível para que o plano seja dado como concluído.</p> <p>3. Consideramos que o enfermeiro está integrado e autónomo quando demonstre competências para o desempenho das funções contratualizadas no respetivo posto de trabalho.</p> <p>4. O processo de integração está intimamente ligado com o sistema de avaliação de desempenho em vigor na organização.</p>				
PROGRAMA ESPECÍFICO DO SERVIÇO				
<p>O elemento a integrar pratica o horário definido acompanhado pelo enfermeiro tutor que será responsável pelo seu processo de integração.</p> <p>1. Fase de Acolhimento/Observação - Duração de 2 dias, promovendo a interação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, garantindo a sua socialização com a equipa, com a organização do serviço e dos cuidados.</p> <p>2. Integração na área de Circulação - Duração até 1 mês.</p> <p>3. Integração na área de Instrumentação - Duração até 2 meses como supranumerário. Posteriormente pode continuar integração como instrumentista sob orientação direta do enfermeiro tutor, que desempenha a função de circulante.</p> <p>Objetivo: Adquirir competências na prestação de cuidados ao doente cirúrgico durante todo o percurso intrahospitalar na cirurgia eletiva convencional ou em regime de ambulatório, assim como em situações de urgência ou emergência cirúrgica.</p> <p>3. o período é ajustado mediante o percurso e competências do enfermeiro a integrar.</p>				
INFORMAÇÃO RELEVANTE:				
ATIVIDADES PROGRAMADAS				
OBJETIVO	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	DATA
Apresentação		Acolhimento do novo elemento		
		Entrevista de orientação		
		Recolher contacto telefonico, data de aniversário, email		
		Preencher o IMP.133 - Plano de Integração Individual - Enfermeiro	IMP.133 - Plano de Integração Individual - Enfermeiro	
		Atribuir Cacofo		
		Apresentar a equipa Multidisciplinar		
		Apresentar da missão, visão e valores do Hospital da Braga	REG.001	
		Apresentar Regulamento do Hospital da Braga	REG.001	
		Apresentar Regulamento do Bloco Operatório	REG.008	
		Apresentar Manual do Bloco Operatório	MANUAL.BOP.002	
		Apresentar o organograma do serviço	ORG.010	
		Descrever sumariamente os objetivos, a atividade e os resultados do serviço		
		Apresentar principais riscos de exposição ocupacional e medidas de controlo, nomeadamente EPI e procedimentos de segurança		
		Apresentar as regras de fardamento e apresentação no serviço		
		Explicar o modo de funcionamento da rouparia e de pedido de fardas		
		Informar as regras relativamente a horários, trocas de turno e registos		
		Apresentar e explicar o funcionamento da plataforma "RISI"		
		Definir horário de trabalho		
		Apresentar e explicar o funcionamento da avaliação de desempenho SIADAP		
		Explicar método de aceder a ferramentas informáticas institucionais:email, intranet, sistema de gestão documental		
		Apresentar e explicar o funcionamento da aplicação informática da gestão de risco "HER+" nas declarações de eventos adversos	MANUAL.002 - Manual de Gestão do Risco	
		Explicar procedimentos relativamente ao sistema de emergência Clínica: 2222	MANUAL.004 - Manual de Emergência Médica do HB	
		Explicar procedimento de atuação em situações de emergência no BO	PRO.BOP.025 - Situações de emergência no Bloco Operatório	
		Explicar procedimentos relativamente ao sistema de emergência Não clínica :1111	MAP.032 - Plano de Emergência Setorial - 2F - Bloco Operatório	
		Apresentação do plano de emergência setorial do BO		
		Explicar o procedimento de inscrição nas formações obrigatórias e não obrigatórias		
		Apresentar Plano de Formação do Serviço		
		Explicação do procedimento do atendimento telefónico		
		Apresentar o Enfermeiro Tutor		
		Fornecer Guiaão de Integração no BO e planejar execução do mesmo		
		Fornecer o mapa de integração individual do BO	IMP.BOP.052 - Plano Integração Individual - Enfermeiro	
Integração na área de Circulação				
Fase 1 - Observação				
Conhecer o funcionamento de uma sala operatória	2º ao 3º dia	Explicar o funcionamento da sala operatória e circuitos - doente, equipa e materiais. Explica as diferentes funções dos enfermeiros na sala operatória(anestesia, circulante, instrumentista).	MANUAL.BOP.002 REG.008	
Conhecer as Funções do Enfermeiro Circulante		Apresentar a descrição de funções do Enfermeiro Circulante	MANUAL.BOP.002	
Conhecer os Circuitos no BO	Enf Tutor	Fornecer informações sobre circuitos no BO: doente, profissionais, materiais, circuito de limpos e sujos	PRO.BOP.014 - Compartimentos, Áreas Restritas e Circulação de Profissionais de Saúde no BO PRO.BOP.002 - Circuito de Limpos e de Sujos no Bloco Operatório	

IMP.BOP.095.00/01/2022

GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

OBJETIVO	ATIVIDADES PROGRAMADAS				
	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	DATA	
Conhecer procedimentos do Bloco Operatório	2º ao 3º dia	Fornecer informações sobre procedimentos gerais do HB	MANUAL.BOP.002		
Conhecer as articulações com os outros Serviços do Hospital		Fornecer informações sobre procedimentos específicos do BO: (área restrita, semi-restrita e livre, Conceito de assepsia progressiva, Vestuário do BO, Especialidades cirúrgicas, Higienização do serviço, ...)	PRO.BOP.007 - Vestuário no Bloco Operatório		
Apresentar procedimentos de prevenção e controlo de infeção no BO	Enf Tutor	Explicar a articulação com os outros Serviços (Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Imuno-hemoterapia, Imagiologia, Farmácia, Aprovisionamento, Esterilização, UCIP, Internamentos, ...)			
		Explicar medidas de Prevenção da Infeção no Local Cirúrgico	PRO.123 - Prevenção da Infeção no Local Cirúrgico		
		Explicar importância da administração apropriada de profilaxia antibiótica cirúrgica	PRO.222 - Princípios Gerais de Profilaxia Antibiótica Cirúrgica		
		Apresentar Antissépticos disponíveis no Serviço	PRO.004 - Uso de Antissépticos		
		Informar sobre medidas de isolamento no BO	MANUAL.014 - PPCIRA		
Apresentar procedimentos de Gestão do Risco no BO		Apresentar Manual de Controlo de Infeção	MANUAL.014 - Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos		
		Explicar procedimentos de Gestão de risco no BO: Cirurgia Segura, marcação do local cirúrgico, prevenção de quedas, segurança do medicamento, prevenção incêndio na cirurgia, retenção de itens, ...	MANUAL.002-Manual de Gestão do Risco PRO.187-Prevenção e Atuação em Caso de Incêndio numa Cirurgia PRO.BOP.006 – Contagem de Compressas PRO.BOP.012 – Contagem dos Instrumentos Cirúrgicos no Bloco Operatório PRO.BOP.019 - Contagem de Materiais Corto-Perfurantes		
Utilizar equipamentos de emergência	2º ao 3º dia	Apresentar localização dos equipamentos de emergência: Carros de emergência, Carro via aérea difícil, Videolaringoscópios, Desfibrilhador, máscaras de alergia ao latex, hipertermia maligna e Toxicidade aos anestésicos locais	PRO.BOP.025 - Situações de emergência no Bloco Operatório		
Identificar situações de risco Ocupacional		Explicar cuidados na utilização do formol e utilização de radiação ionizante e não ionizante	PRO.BOP.013 - Regras de Utilização de Radiações Não Ionizantes no BO		
Identificar locais de armazenamento do material estéril, consumíveis, fármacos e equipamentos		Enf Tutor	Explicar a forma e locais de armazenamento		
Identificar aplicações informáticas e sistemas de registos			Explicar cuidados no acondicionamento e prazos de validade	MANUAL.BOP.002	
Descrever o procedimento de acompanhamento no transporte de doentes após alta do BO			Apresentar sistemas de registos de enfermagem informáticos (Glint) e impressos utilizados		
	Explicar o procedimento de alta do doente Explicar o procedimento de acompanhamento e transmissão da informação		DT.BOP.002 - Lista de Verificação Pós-Operatória PRO.091 - Transferência de Informação nas Transições de Cuidados		
Fase 2 - Integração na área de Circulação					
Objetivo: Desenvolver competências como Enfermeiro Circulante					
Planear os cuidados		Na véspera da cirurgia: - Consultar o plano de trabalho diário - Consultar o plano operatório - Consultar bibliografia relacionada com plano operatório - Planificar os cuidados			
		No dia da cirurgia: - Confirmar o plano de trabalho e o plano operatório			
Controlar as condições da sala operatória		Colocar máscara e efetua lavagem higiénica das mãos.			
		Verificar as condições da sala, testar equipamentos da mesma e registar abertura de sala (preencher checklist)	IMP.BOP.017 - Folha de Registo de Abertura de Sala		
Preparar e testar todo o equipamento necessário à cirurgia		Verificar, preparar / colaborar com o enfermeiro instrumentista na preparação do material para a cirurgia, tendo em conta as características da cirurgia, doente e cirurgião.			
		Explicar como circular no interior da sala operatória	MANUAL.BOP.002		
		Apresentar diferentes equipamentos			
		Explicar as diferenças entre os tempos cirúrgicos e funcionamento dos mesmos			
Colaborar na preparação das mesas cirúrgicas, cumprindo a técnica asséptica cirúrgica		Identificar locais de armazenamento dos equipamentos			
		Reunir e verificar na sala todo o equipamento necessário à cirurgia explicando a função de cada um.	IMP.BOP.017 - Folha de Registo de Abertura de Sala		
		Verificar o seu funcionamento	PRO.BOP.009.02 - Teste dos Equipamentos do Bloco Operatório		
		Demonstrar o funcionamento			
		Colaborar na seleção dos dispositivos médicos necessários à cirurgia (instrumental cirúrgico e consumíveis estéreis).			
		Proceder à abertura dos campos cirúrgicos, batas e luvas com técnica asséptica.			
		Auxiliar o enfermeiro instrumentista no vestir da bata.			
		Proceder à abertura de todos os dispositivos médicos e consumíveis estéreis com técnica asséptica, seguindo ordem lógica e verificando: - Permeabilidade da embalagem, Prazo de validade, Integrador de esterilização			
		Proceder à abertura do material até à última manga, entrega à mão do enfermeiro instrumentista e mantém uma distância mínima de 30 centímetros.			

OBJETIVO	ATIVIDADES PROGRAMADAS				
	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	DATA	
Colaborar na preparação das mesas cirúrgicas, cumprindo a técnica asséptica cirúrgica	Enf Tutor	Realizar contagem de itens em conjunto com o enfermeiro instrumentista e registar	PRO.BOP.006 – Contagem de Compressas PRO.BOP.012 – Contagem dos Instrumentos Cirúrgicos no Bloco Operatório PRO.BOP.019 - Contagem de Materiais Corto-Perfurantes		
Colaborar no acolhimento do utente junto com o enfermeiro de anestesia		Confirmar tempo cirúrgico adequado à cirurgia			
		Apresentar-se ao doente e trata-o pelo seu nome			
		Confirmar a identificação do doente		MP.BOP.003 – Lista de Verificação Pré-Operatória e de Segurança Cirúrgica.	
		Confirmar o local da cirurgia			
Colaborar no posicionamento do doente		Colaborar na transferência do doente para a sala o tempo cirúrgico – presta informação ao doente de todos os procedimentos que efetua, respeitando a sua privacidade.			
		Estar presente na fase de indução anestésica e colabora com a enfermeira de anestesia se necessário			
		Informar sobre dispositivos de posicionamento existentes			
		Organizar todo o material necessário ao posicionamento do doente			
		Explicar ao enfermeiro em integração todos os procedimentos realizados durante o posicionamento			
		Facultar bibliografia sobre posicionamentos			
		Observar e registar condições de higiene e integridade da pele			
		Colocar eletrodo neutro do equipamento de electrocoagulação respeitando normas de segurança		IDT.BOP.014 - Segurança na Utilização do Sísturi Eléctrico no BO	
		Explicar e executar medidas de prevenção do Tromboembolismo Venoso		PTC.055 - Recomendações para a Profilaxia de Tromboembolismo Venoso PRO.BOP.021 - Utilização de CPE dos Membros Durante a Intervenção Cirúrgica	
		Colaborar na preparação do campo operatório	Colaborar com o enfermeiro de anestesia no providenciar e colocar os dispositivos de manutenção da normotermia		PTC.ANEST.027 - Manutenção da Normotermia - Abordagem Perioperatória
Se necessário, realizar e explicar a técnica da tricotomia com clipper					
Colaborar com o enfermeiro instrumentista no vestir da equipa estéril					
Ligar as luzes dos focos e colaborar no ajuste das mesmas					
Colaborar com o enfermeiro instrumentista na colocação das mesas operatórias junto ao campo estéril					
Ligar equipamentos e colaborar com o instrumentista na conexão de material e equipamentos de apoio à cirurgia					
Posiciona contentor de lixo e recipiente para contagem de compressas no local adequado.					
Mantém atenção à cirurgia e antecipar necessidades					
Explica todos os procedimentos realizados					
Promover o silêncio da sala					
Manter a disciplina na sala e vigiar comportamento da equipa		Limitar a entrada e saída de pessoas na sala			
		Mantém as portas fechadas			
		Mantém a sala limpa e organizada			
		Observar o comportamento da equipa cirúrgica, alertando para possíveis falhas, fazendo respeitar a técnica asséptica cirúrgica			
Realizar registos perioperatórios		Efetuar registo perioperatório de enfermagem (informático e impressos)			
		Efetuar registo de rastreabilidade dos materiais estéreis		PRO.ESTER.003 - Rastreabilidade do Material Enviado pelo Bloco Operatório	
	Efetuar registo de implantes		IDT.LOG.004		
Acondicionar, rotular e registar todas as peças operatórias para a anatomia patológica e/ou produtos para análise	Preenche requisição de material para envio ao Serviço de Esterilização				
	Explicar os procedimentos relativos ao envio de peças operatórias para a anatomia patológica (Fixadas, a fresco, extemporâneo, outros)		IDT.BOP.011 - Envio de Peças do BO para Anatomia Patológica IMP.BOP.008 – Folha de Registo – Peças de Anatomia Patológica		
	Explicar os procedimentos relativos ao envio de produtos para análise na Patologia Clínica		MANUAL.028 - Manual de Colheitas		
	Indicar a localização e cuidados com o Formol				
Garantir a segurança do doente	Informar da existência do Kit de Drenagem do Formol				
	Procede à contagem de itens com o enfermeiro instrumentista		PRO.BOP.006 PRO.BOP.012 PRO.BOP.019 IDT.BOP.001 - Lista de Verificação Pré-Operatória e Segurança Cirúrgica		
Organizar o plano de trabalho	Regista a contagem				
	Providencia a chamada atendida do utente seguinte segundo o plano operatório				
Preparar material de penso e drenagens	Providenciar material para a cirurgia seguinte				
	No final da cirurgia colabora com o instrumentista na realização do penso operatório e no retirar dos campos operatórios				
Colaborar na saída do utente para UCPA	Prepara o material de penso e drenagens				
	Pedir ao AO da UCPA para colocar a cama do doente no exterior da sala		PRO.265 - Circuito do Doente em Cirurgia Convencional		
Reorganizar e repor a sala	Colaborar com o enfermeiro de anestesia no acordar e na transferência do doente				
	Comunicar ao AO que a cirurgia terminou para procederem à limpeza da sala				
	Supervisionar a limpeza da sala e dar indicações ao A.O. sobre os equipamentos (necessidades, limpeza e arrumação)		PRO.BOP.003 - Higiene da Sala Cirúrgica		
	Procede à reposição atendida do carro de apoio ao Circulante				
		Informar da falta de material consumível / Avarias			

OBJETIVO	ATIVIDADES PROGRAMADAS		
	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio
Garantir a segurança na continuidade de cuidados em caso de substituição		Comunicar os factos relevantes da cirurgia	
		Comunicar os registos efetuados	
Analisar o desempenho do enfermeiro integrando de acordo com o programa de integração		Proceder à contagem de compressas e material corto-perfurante	
		Comunicar ao enfermeiro instrumentista a sua substituição	
		Participa em reunião de avaliação com Tutor e Gestor/ Responsável de área	
		Define estratégias para a fase seguinte	
Observações:		Preenche e atualiza o mapa de Integração Individual	IMP.BOP.052 - Plano Integração Individual - Enfermeiro
Apreciação do Programa de Integração (a preencher pelo novo profissional)			
Processo de integração concluído em:			
Enf. Gestor:		Enf. Tutor:	
Fase 3 - Integração na área de Instrumentação Objetivo: Desenvolver competências como Enfermeiro Instrumentista			
Transmitir princípios básicos de instrumentação		Facultar bibliografia para consulta	MANUAL.BOP.002 Documentos específicos BO Outros
Planear os cuidados		Na véspera da cirurgia: - Consultar o plano de trabalho diário - Consultar o plano operatório - Planificar os cuidados e preparar o material para a cirurgia tendo em conta as características da cirurgia, doente e cirurgião	
		No dia da cirurgia: - Consultar plano de trabalho e plano operatório - Colocar EPI adequado (máscara, óculos, ...); - Explicar e demonstrar a preparação pré-cirúrgica das mãos conforme norma do serviço - Exemplificar o posicionamento das mãos após preparação pré-cirúrgica das mãos	PRO.039 - Higiene das Mãos
Conhecer procedimentos sobre a manipulação de materiais estéreis		Explicar características dos campos operatórios, batas e luvas (Norma Europeia)	
Refletir sobre a vantagem e função do Enfermeiro Instrumentista		Exemplificar o procedimento de vestir a bata cirúrgica estéril	
		Exemplificar o procedimento de calçar luvas estéreis	IDT.BOP.017- Uso de Luvas no BO
Posicionar e ordenar os instrumentos cirúrgicos na mesa		Explicar a vantagem da existência do Enfermeiro Instrumentista relativamente a: - Diminuição do tempo cirúrgico - Diminuição do risco de infeção - Diminuição do custo/tempo da intervenção	
		Explicar a necessidade de o Enfermeiro Instrumentista: - Prever, Organizar, Utilizar, Gerir, Controlar, Responsabilizar-se pela manutenção da técnica asséptica cirúrgica, Seguir a ordem lógica	
Transmitir conhecimentos sobre os princípios gerais da preparação de mesas de instrumentação		Explicar que a segurança deve ser a prioridade do Enfermeiro Instrumentista	
		Deve trabalhar tendo em conta: - Ordem e método - Antecipação - Previsão e rapidez - Economia - Calma nos gestos, voz e atitude - Segurança e forma correta de passagem dos instrumentos cirúrgicos	PRO.BOP.008 - Manutenção de Instrumentos Cirúrgicos no Bloco Operatório
		Explicar a organização e disposição dos instrumentos cirúrgicos em tabuleiros	
		Explicar a necessidade de confirmar o integrador de parâmetros de esterilização, e os procedimentos a seguir no caso de não conformidade	PRO.BOP.012 - Contagem de Instrumentos Cirúrgicos no Bloco Operatório
		Explicar que cada instrumento cirúrgico só deve ser utilizado para o fim que foi concebido	
		Mostrar os instrumentos cirúrgicos classificando-os segundo a sua utilização: - Corte, Hemóstase, Preensão, Afastamento (...)	
		Demonstrar e explicar a colocação e orientação dos instrumentos cirúrgicos na mesa, segundo a norma do serviço tendo em conta: - Facilidade de contagem dos instrumentos - Continuidade dos cuidados aquando da substituição do Instrumentista	
		Descrever princípios a ter em conta: - Só o campo da mesa é considerado estéril - Os instrumentos cirúrgicos são colocados com a ponta funcional voltada para o centro da mesa - Os instrumentos cirúrgicos curvos e pontiagudos devem ter a ponta voltada para cima - O material de sutura deve ser colocado em campo próprio e separado dos restantes materiais. - Todo o material de implante deve ser aberto o mais próximo da sua utilização	

GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

OBJETIVO	ATIVIDADES PROGRAMADAS			
	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	DATA
Garantir segurança e continuidade dos cuidados	Enf. Tutor	Proceder à contagem dos instrumentos nas seguintes fases: - Preparação das mesas - Durante a cirurgia, sempre que se justifique - Ao desmontar a mesa de instrumentos - Em caso de substituição		
Conhecer os diferentes tipos de sutura e sua aplicação		Fornecer informação sobre os diversos fios de sutura: - Classificação - Características - Diferentes tipos de agulhas - Aplicação		
Conhecer o procedimento de vestir a equipa cirúrgica		Explicar e demonstrar o posicionamento dos porta-agulhas na agulha do fio de sutura Explicar o porquê da função do enfermeiro instrumentista em vestir os outros elementos da equipa cirúrgica Exemplificar o vestir de um elemento da equipa cirúrgica		
Conhecer normas de organização da mesa de instrumentos e manutenção dos instrumentos durante a cirurgia		Explicar a importância de uma mesa limpa e organizada: - Após utilização, o instrumento deve retornar a posição de onde foi retirado - Os instrumentos devem ser mantidos livres de sujidade e matéria orgânica Explicar as situações em que há necessidade de fazer separação de tempos cirúrgicos		
Garantir segurança e continuidade dos cuidados		Fornecer suporte teórico Em caso de substituição: - Comunicar verbalmente os fatos relevantes da cirurgia - Efetuar contagem de compressas, instrumentos e corte perfurantes - Comunicar à equipa cirúrgica a sua substituição		
Conhecer as normas de realização de um penso operatório com ou sem drenagens		Efetuar o penso operatório tendo o cuidado de afastar o campo operatório apenas o necessário para a realização do mesmo Certificar-se da funcionalidade das drenagens Certificar-se que o doente se encontra seco e confortável		
Conhecer as normas para retirar campos operatórios, bata cirúrgica, luvas e máscaras após a intervenção		Retirar os campos operatórios dobrando progressivamente de fora para dentro Retirar bata cirúrgica no sentido da maior contaminação, e no fim as luvas Retirar máscara na sala de operações		
Conhecer norma de evacuação de materiais da sala de operações		Explicar que os instrumentos cirúrgicos devem sair da sala devidamente <u>esguardados de forma a evitar contaminação do ambiente cirúrgico</u> Acondicionar os instrumentos cirúrgicos em tabuleiro próprio, tendo o cuidado de colocar os mais pesados em baixo Proceder a nova contagem de instrumentos		
Colaborar na transferência do utente da mesa operatória para a cama da UCPA		Colaborar com a restante equipa na transferência do doente		
Analisar o desempenho do enfermeiro integrando como Enfermeiro Instrumentista de acordo com o programa de integração		Participar em reunião de avaliação com o enfermeiro Tutor e coordenadores de área		
Observações:				
Apreciação do Programa de Integração (a preencher pelo novo profissional)				
Processo de integração concluído em:				
Enf. Gestor:	Enf. Tutor:	Enf. Integrado:		

- Enfermeiros da Cirurgia de Ambulatório



GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

Bloco Operatório ENFERMEIRO		Cirurgia de Ambulatório		PROFISSIONAL TUTOR ENF GESTOR DATA INICIO
NOTA INTRODUTÓRIA				
1. Este plano de integração aplica-se a todos os enfermeiros admitidos no serviço, independentemente do tipo de contrato de trabalho elaborado. 2. O histórico e local da atividade profissional do enfermeiro a integrar é sempre tido em consideração, nomeadamente no que se refere ao horizonte temporal previsível para que o plano seja dado como concluído. 3. Consideramos que o enfermeiro está integrado e autónomo quando demonstre competências para o desempenho das funções contratualizadas no respetivo posto de trabalho. 4. O processo de integração está intimamente ligado com o sistema de avaliação de desempenho em vigor na organização.				
PROGRAMA ESPECÍFICO DO SERVIÇO				
1. Primeira semana - o enfermeiro em integração pratica horário diurno, o que possibilita uma maior interação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, garantindo a sua socialização com a equipa, com a organização do serviço e dos cuidados. 2. Segunda semana à sexta semana - o elemento a integrar pratica um horário rotativo, acompanhado pelo enfermeiro tutor que será responsável pelo seu processo de integração. 3. o período é ajustado mediante o percurso e competências do enfermeiro a integrar.				
INFORMAÇÃO RELEVANTE:				
ATIVIDADES PROGRAMADAS				
OBJETIVO	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	DATA
Apresentação		Entrevista de orientação Recolher contacto telefonico, data de aniversário, email Preencher o IMP.133 - Plano de Integração Individual - Enfermeiro Fornecer Guião de Integração na UCA, e planejar execução do mesmo Apresentar o Enfermeiro Tutor Atribuir Cação	IMP.133 IMP.UCA.021	
Conhecer a dinâmica organizacional e o funcionamento da UCA e BO	1º dia Enf Gestor	Apresentar a equipa Multidisciplinar		
		Apresentar a missão, visão e valores do Hospital de Braga	REG.001	
		Apresentar Regulamento do Hospital de Braga	REG.001	
		Apresentar Regulamento do Bloco Operatório	REG.008	
		Apresentar Manual do Bloco Operatório	MANUAL.BOP.002	
		Apresentar o organograma do serviço	ORG.010	
		Descrever sumariamente os objetivos, a atividade e os resultados do serviço		
		Apresentar principais riscos de exposição ocupacional e medidas de controlo, nomeadamente EPI e procedimentos de segurança	AVRISCO.041.SOU - BO	
		Apresentar as regras de fardamento e apresentação no serviço	PRO.BOP.007 - Vestuário no Bloco Operatório	
		Explicar o modo de funcionamento da rouparia e de pedido de fardas		
		Informar as regras relativamente a horários, bocas de fumo e registos		
		Apresentar e explicar o funcionamento da plataforma "MIS"		
		Definir horário de trabalho		
		Apresentar e explicar o funcionamento da avaliação de desempenho SIADAP		
		Explicar método de aceder a ferramentas informáticas institucionais(email, intranet, sistema de gestão documental)		
		Apresentar e explicar o funcionamento da aplicação informática da gestão de risco,"HER+" nas declarações de eventos adversos	MANUAL.002 - Manual de Gestão do Risco	
		Explicar procedimentos relativamente ao sistema de emergência Clínica: 2222	MANUAL.004 - Manual de Emergência Médica do HB	
		Explicar procedimento de atuação em situações de emergência no BO	PRO.BOP.025 - Situações de emergência no Bloco Operatório	
		Explicar procedimentos relativamente ao sistema de emergência Não clínica :1111		
		Apresentação do plano de emergência sectorial do BO	MAP.032 - Plano de Emergência Setorial - 2F - Bloco Operatório	
Explicar o procedimento de inscrição nas formações obrigatórias e não obrigatórias				
Apresentar Plano de Formação do Serviço				
Explicação do procedimento do atendimento telefónico				
Fornecer o mapa de integração Individual do BO	IMP.BOP.052 - Plano Integração Individual - Enfermeiro			
Integração na Cirurgia de Ambulatório - Fase de Observação				
Conhecer as Funções do Enfermeiro na Cirurgia de Ambulatório		Apresentar a descrição de funções por posto de trabalho do Enfermeiro na Cirurgia de Ambulatório (consulta pré-operatória, admissão e alta, recobro)	MANUAL.BOP.002 REG.008	
Conhecer a Política da Cirurgia de Ambulatório		Apresentar a Política da Cirurgia de Ambulatório	POL.030 - Cirurgia de Ambulatório	

OBJETIVO	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	ATIVIDADES PROGRAMADAS		
		DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	
Conhecer os Circuitos da UCA e BO	2º ao 3º dia Enf Tutor	Fornecer informações sobre circuitos na UCA E BO: doente , profissionala, materiais, circuito de limpos e sujos	PRO.UCA.003 - Percorso do Doente no Dia da Operação em CA PRO.UCA.006 - A Criança em CA PRO.BOP.014 - Compartimentos, Áreas Restritas e Circulação de Profissionais de Saúde no BO PRO.BOP.002 - Circuito de Limpos e de Sujos no Bloco Operatório PRO.265 - Ciculo do Doente em Consulta Consultacional	
Conhecer procedimentos da UCA		Fornecer informações sobre procedimentos gerais do HB	MANUAL.BOP.002	
Conhecer as articulações com os outros Serviços do Hospital		Fornecer informações sobre procedimentos específicos da UCA: - Consulta pré-operatória de Cirurgia de Ambulatório (CA) - Admissão - Recobro: Fase I e Fase II - Pernoita em CA - Gestão de admissões inesperadas - Alta (ensaios, informações, documentação, cedência de medicação, Telefonema 24h,...)	PRO.UCA.004 - Indicadores Clínicos da CA PRO.UCA.005 - Gestão de admissões inesperadas PTC.UCA.001- Esquemas Terapêuticos para Dispensa de Medicação em Cir Amb... PTC.UCA.012 - Medicação a Dispensar a Doentes Pediátricos em Cirurgia de Ambulatório	
Apresentar procedimentos de prevenção e controlo de infeção no BO		Explicar a articulação com os outros Serviços (Patologia Clínica, Farmácia, Aprovisionamento, Imagiologia, Internamentos, ...)		
		Explicar medidas de Prevenção da Infeção no Local Cirúrgico		PRO.123 - Prevenção da Infeção no Local Cirúrgico
		Explicar importância da administração apropriada de profilaxia antibiótica cirúrgica		PRO.222 - Princípios Gerais de Profilaxia Antibiótica Cirúrgica
		Apresentar Antissépticos disponíveis no Serviço		PRO.004 - Uso de Antissépticos
Apresentar procedimentos de Gestão do Risco no BO		Informar sobre medidas de isolamento		MANUAL.014 - Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos PRO.119 - Precauções Baseadas na Transmissão - Medidas de isolamento BMP.BOP.039 - Especificidades da Higienização da Sala Cirúrgica - Precauções Básicas nas Vias de Transmissão
		Explicar importância da manutenção da Normotermia		
Utilizar equipamentos de emergência		Apresentar Manual de Controlo de Infeção		MANUAL.014 - Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
		Explicar procedimentos de Gestão de risco no BO: Cirurgia Segura, marcação do local cirúrgico, prevenção de quedas, segurança do medicamento, ...		MANUAL.002 - Manual de Gestão do Risco PRO.092 - Marcação do Local de Intervenção Cirúrgica PRO.123 - Prevenção da Infeção no Local Cirúrgico
Identificar situações de risco Ocupacional		Apresentar localização dos equipamentos de emergência: Carros de emergência, Carro via aérea difícil, Videolaringoscópios, Desfibrilhador, malas de alergia ao latex, hipertermia maligna e Toxicidade aos anestésicos locais Validar conhecimentos sobre ativação da emergência interna		
Identificar locais de armazenamento do material estéril, consumíveis, fármacos e equipamentos	Explicar a forma e locais de armazenamento			
Identificar aplicações informáticas e sistemas de registos	Apresentar sistemas de registos de enfermagem informáticos (PaTIENTCARE e Gint) e impressos utilizados		IDT.UCA.006 - Registos na Unidade de Cirurgia de Ambulatório	
Descrever o procedimento de acompanhamento no transporte de doentes após alta do BO	Explicar o procedimento de acompanhamento na alta do doente do BO Explicar o procedimento de acompanhamento e transmissão da informação Explicar o procedimento das pernoitas (crianças e adultos)		IDT.UCA.002 - Critérios de Alta em Cirurgia de Ambulatório FL.UCA.002 - Guia de Acolhimento da UCA FL.UCA.003 - A Criança na UCA PRO.091 - Transferência de Informação nas Transições de Cuidados	

OBJETIVO	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	ATIVIDADES PROGRAMADAS		Documentos de Apoio	DATA
		DESCRIÇÃO			
Integração na Consulta de Cirurgia de Ambulatório					
Identificar o objetivo da Consulta de Cirurgia de Ambulatório		Explicar as Funções do Enfermeiro na consulta de cirurgia de ambulatório		PRO.UCA.001 - Consulta de CA DOT.UCA.003 - Funções do Anestesiologista na Cirurgia de Ambulatório MANUAL.BOP.002	
		Explicar as Funções do Anestesiologista na consulta de cirurgia de ambulatório			
		Explicar a organização e funcionamento da Consulta de CA			
Planear a realização da consulta		Consultar plano de trabalho		PRO.UCA.002 - Critérios de Seleção de Doentes para CA IMP.GLINTT.003 - Proposta Operatória de Ambulatório	
		Consultar o plano diário da Consulta			
		Explicar localização dos Gabinetes de Consulta de CA			
		Apresentar os critérios de seleção do doente para cirurgia de ambulatório			
		Apresentar equipamentos necessários			
Realizar o acolhimento do utente na consulta de Cirurgia de Ambulatório		Acolher o utente pelo seu nome e apresentar-se, referindo a sua função			
		Estabelecer uma relação de empatia com o utente e acompanhante			
		Informar o utente do objetivo da consulta			
Conhecer a informação necessária a fornecer no período pré e pós-operatório em CA		Explicar os cuidados a ter no pré-operatório: - Dia e hora da cirurgia; - Jejum; - Medicação habitual; - Cuidados de higiene e tricotomia a realizar antes da cirurgia; - Maquilhagem, verniz das unhas, próteses dentárias, óculos e adorno; - Tipo de roupa a trazer no dia da cirurgia;		FL.UCA.002 - Guia de Acolhimento da UCA FL.UCA.003 - A Criança na UCA	
		Fornecer contacto telefónico da UCA para avisar caso não possa comparecer na data marcada ou esclarecimento de dúvidas			
		Pedir o contacto da pessoa que vai acompanhar o doente após a alta da UCA			
		Informar sobre o fornecimento e explicar a utilização das esponjas com Clorexidina nos Banhos Pré-Operatórios			
		Explicar cuidados a ter no pós-operatório: - Transporte para o domicílio - Acompanhamento nas primeiras 24 h - Cuidados pós-operatório			
		BMP.245 - Utilização de Esponjas com Clorexidina nos Banhos Pré-Operatórios - 2 Esponjas			
Integração na área de Admissão e Alta de Cirurgia de Ambulatório					
Planear os cuidados na admissão e alta do utente		Consultar o plano de trabalho diário			
		Consultar o plano operativo diário da UCA (especialidades cirúrgicas)			
		Planear os cuidados e preparar o material/equipamento necessário			
		Enviar receitas à farmácia para reposição de Kits de medicação caducos			
		Verificar cistos elétricos para pediatria			
		Verificar cadeiras de rodas			
		Comunicar falhas e avarias			
		Providenciar a reposição de materiais e fármacos			
		Confirmar a organização dos processos clínicos e planos operatórios no final do dia, para o dia seguinte			
		Conhecer os procedimentos na Admissão do utente para Cirurgia de Ambulatório			
Confirmar identificação do utente					
Confirmar o programa operativo					
Confirmar se o doente cumpre os requisitos para ser operado em ambulatório, nomeadamente: - se tem "acompanhante" para a alta da UCA (exceção para intervenções com anestesia local) - critérios de admissão em CA					
Confirmar o contacto telefónico do acompanhante					
Verificar protocolos do pré-operatório					
Conhecer os procedimentos na Preparação do utente		Preencher lista de verificação pré-operatória		BMP.UCA.002 - Folha de registos da UCA	
		Providenciar a presença de acompanhante sempre que se justifique			
		Registar chave do cado			
		Providenciar privacidade ao doente			
		Confirmar banho pré-operatório e estado de higiene			
		Confirmar troca de roupa (adequada ao procedimento cirúrgico - bata ou pijama)			
		Providenciar a remoção de adorno, próteses dentárias, lentes de contacto, maquilhagem, verniz, piercings ou outro			
		Colocar pulseira de identificação			
		Confirmar / Realizar a tricotomia			
		Assinalar a área operatória			
		Puncionar e colar seroterapia			
Colocar EMLA® no dorso das duas mãos (crianças de um ano até 10 anos idade)					
Efetuar os registos de Enfermagem					
Administrar a medicação prescrita					
Acompanhar o utente à área de espera para cirurgia					

OBJETIVO	ATIVIDADES PROGRAMADAS			
	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	DATA
Promover segurança e conforto do utente		Promover a Normofarmia Manter vigilância do utente Receber o utente após a alta do recobro Conferir o processo: - Identificação do utente, Verificação da alta e se o processo está completo Providenciar a troca de roupa nos vestíbulos (acompanhado pelo AO e/ou acompanhante) Avaliar sinais de desconforto Fornecer informação oral e escrita para o pós-operatório: - receita médica, carta de alta, marcação de consulta ou tratamentos Realizar ensaios para o pós-operatório: cuidados, vigilâncias e sinais de alerta		
Conhecer os procedimentos na Alta do utente após a intervenção cirúrgica em ambulatório		Dispensar Kts de medicação para o pós-operatório conforme prescrição Informar acerca do telefonema do dia seguinte Preencher o impresso para a realização do telefonema do dia seguinte Efetuar registos de enfermagem	IDT.UCA.011 - Medicação a Dispensar a Doentes em Idade Adulta na Cirurgia de Ambulatório PTC.UCA.001- Esquemas Terapêuticos para Dispensa de Medicação em Cir. Amb. PTC.UCA.012 - Medicação a Dispensar a Doentes Pediátricos em Cirurgia de Ambulatório	
Verificar os prazos de validade dos fármacos e consumíveis da área de Admissão		Verificar os prazos de validade dos fármacos e consumíveis da área de Admissão	MP.UCA.010 - Verificação de Prazos de Validade de Admissão /Alta	
Processo de integração concluído em:				
Enf. Gestor:	Enf. Tutor:			
Integração na área de Recobro da Cirurgia de Ambulatório				
Conhecer os procedimentos no planeamento da atividade diária do Recobro Fase I e Recobro Fase II		Consultar o plano de trabalho Consultar e organizar o plano operatório Verificar a funcionalidade dos equipamentos e unidades: - monitores, aspiradores, rampas de O2 e ar, carros de apoio, unidades, ... Verificar funcionalidade do carro de emergência Explicar o funcionamento do equipamento de emergência: carro de emergência, desfibrilhador Verificar pedidos de pernoita Comunicar falhas e avarias ao responsável Providenciar a reposição de materiais e fármacos	MP.UCA.014 - Plano de Trabalho Semanal de Enfermagem - Cirurgia de Ambulatório MP.UCA.015 - lista de verificação de Abertura Recobro da UCA - Fase 1 MP.UCA.016 - Lista de Verificação de Abertura Recobro - Fase 2 MP.BOP.020 - Teste Diário de Operacionalidade do Desfibrilhador MP.082 - Teste Diário de Operacionalidade do Carro de Emergência	
Desenvolver / Adquirir competências na área do recobro da CA		Explicar as diferentes técnicas anestésicas Explicar a ação e mecanismos de interação dos fármacos utilizados em anestesia Identificar fármacos de alto risco Descrever e demonstrar a preparação de fármacos específicos Explicar a necessidade do registo dos estupefacientes (fármacos controlados e legislação) Explicar medidas implementadas para a prevenção de erros na medicação Demonstrar e descrever o funcionamento dos equipamentos do recobro		
Desenvolver atividades no recobro da Cirurgia de Ambulatório, de acordo com as funções definidas		Receber o utente e confirmar a identificação com a pulseira, o processo e o plano operatório Receber o utente e a informação transmitida pela equipa da sala: - procedimento cirúrgico, patologia associada, tipo de anestesia, fluidoterapia e terapêutica intra-operatória, drenagens, diurese e acontecimentos intra-operatórios relevantes) Colaborar na monitorização e cuidados imediatos (verificar parâmetros e alarmes) Efetuar a avaliação inicial e estabelecer prioridades de intervenção: - Permeabilidade da via aérea, Nível de consciência, Coloração da pele e mucosas, Posicionamento do utente, Monitorização "standard" (ECG, oximetria de pulso, NIBP) ou outra prescrita Avaliar: - Permeabilidade dos cateteres e fluidoterapia, penso cirúrgico, drenos, perdas sanguíneas, grau de desconforto e dor, administração de terapêutica, nível de bloqueio motor e sensitivo e estado de reversão do bloqueio Registar a avaliação inicial conforme escala adotada Definir plano individual de cuidados e estabelecer prioridades Providenciar a presença de familiar sempre que se justifique		

GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

OBJETIVO	ATIVIDADES PROGRAMADAS		
	HORIZONTE TEMPORAL / RESP.	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio / DATA
Desenvolver atividades no recobro da Cirurgia de Ambulatório, de acordo com as funções definidas		Providenciar privacidade	
		Elaborar avaliação regular do utente	
		Avaliar os níveis de bloqueio motor e sensitivo e a reversão do bloqueio	
		Identificar situações de urgência/ emergência e atuar em conformidade	
		Preparar e administrar a terapêutica, de acordo com a prescrição clínica	
		Prestar cuidados de conforto e de higiene	
		Fazer levante progressivo da cabeceira e levante para o cadeirão	
		Prescrever dieta e verificar se o utente tolera alimentação	
		Avaliar critérios de alta da Fase I e comunicar ao anestesista	
		Avaliar critérios de alta da Fase II	
		Verificar a deambulação	
		Prestar informações dentro do âmbito da sua responsabilidade profissional ao utente / acompanhante / familiar	
		Verificar se o processo está completo	
		Elaborar os registos de enfermagem	
		Providenciar a comunicação da alta ao acompanhante (comunicar ao Assistente Técnico que informa o acompanhante)	
Providenciar a alta do utente			
Comunicar ao enfermeiro da área de preparação a alta do utente e as ocorrências pertinentes			
Conhecer os procedimentos relativos ao Telefonema 24h		Explicar os procedimentos a realizar nos telefonemas das 24 h	
Validar conhecimentos		Demonstrar conhecimentos sobre confidencialidade (segundo código deontológico do enfermeiro)	
		Promover excelência no desempenho	
		Proporcionar situações para esclarecimento de dúvidas	
		Validar conhecimentos	
Analisar o desempenho do enfermeiro integrando de acordo com o programa de integração		Supervisionar desempenho na prestação de cuidados	
		Participar em reunião de avaliação com Tutor e Gestor/ Responsável de área	
		Preencher e atualizar o mapa de Integração Individual	IMP.BOP.052 - Plano Integração Individual - Enfermeiro
Observações:			
Apreciação do Programa de Integração (a preencher pelo novo profissional)			
Processo de integração concluído em: _____			
Enf. Gestor:		Enf. Tutor:	

- Assistentes Operacionais



GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

Bloco Operatório		PROFISSIONAL		
ASSISTENTE OPERACIONAL		TUTOR		
Assistente Operacional		ENF GESTOR		
		DATA INICIO		
NOTA INTRODUTÓRIA				
Este plano de integração aplica-se a todos os profissionais admitidos no serviço independentemente do vínculo estabelecido com a entidade patronal. Consideramos que o profissional está integrado e autónomo quando demonstre competências para o desempenho das funções contratualizadas no respetivo posto de trabalho.				
PROGRAMA ESPECÍFICO DO SERVIÇO				
1. Primeira semana - o Assistente Operacional (AO) em integração pratica horário diurno, o que possibilita uma maior interação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, garantindo a sua socialização com a equipa, com a organização do serviço e dos cuidados.				
2. Posteriormente o elemento a integrar pratica um horário rotativo, acompanhado pelo AO tutor que será responsável pelo seu processo de integração.				
3. o período é ajustado mediante o percurso e competências do AO a integrar.				
INFORMAÇÃO RELEVANTE:				
OBJETIVO	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	HORIZONTE TEMPORAL	
ATIVIDADES A EXECUTAR PELO ENFERMEIRO GESTOR			PREVISTO	
			EXECUTADO	
Apresentação	Acólimento do novo elemento			
	Entrevista de orientação			
	Recolher contacto telefónico, data de aniversário, email			
	Preencher o IMP.136 - Plano de Integração Individual - Assistente Operacional	IMP.136 - Plano de Integração Individual - Assistente Operacional		
	Atribuir Cargo			
	Apresentar a equipa Multidisciplinar			
	Apresentar da missão, visão e valores do Hospital de Braga	REG.001		
	Apresentar Regulamento do Hospital de Braga	REG.001		
	Apresentar Regulamento do Bloco Operatório	REG.008		
	Apresentar Manual do Bloco Operatório	MANUAL BOP.002		
	Apresentar o organograma do serviço	ORG.010		
	Descrever sumariamente os objetivos, a atividade e os resultados do serviço			
	Apresentar principais riscos de exposição ocupacional e medidas de controlo, nomeadamente EPI e procedimentos de segurança			
	Apresentar as regras de funcionamento e apresentação no serviço			
	Explicar o modo de funcionamento da roupana e de pedido de fardas			
	Informar as regras relativamente a horários, trocas de turno e registos			
	Apresentar e explicar o funcionamento da plataforma "RISF"			
	Definir horário de trabalho			
	Apresentar e explicar o funcionamento da avaliação de desempenho			
	Explicar método de aceder a ferramentas informáticas institucionais: email, intranet, sistema de gestão documental			
	Apresentar e explicar o funcionamento da aplicação informática de gestão de risco, "HER+" nas declarações de eventos adversos	MANUAL.002 - Manual de Gestão do Risco		
	Explicar procedimentos relativamente ao sistema de emergência Clínica: 2222	MANUAL.004 - Manual de Emergência Médica do HB		
	Explicar procedimento de situação em situações de emergência no BO			
	Explicar procedimentos relativamente ao sistema de emergência Não clínica :1111	MAP.002 - Plano de Emergência Setorial - 2º - Bloco Operatório		
	Apresentação do plano de emergência setorial do BO			
	Explicar o procedimento de inscrição nas formações obrigatórias e não obrigatórias			
	Apresentar Plano de Formação do Serviço			
	Explicação do procedimento do atendimento telefónico			
	Apresentar o AO Tutor			
	Fornecer Guião de Integração no BO e planejar execução do mesmo			
	Effectuar visita guiada pelo serviço			
	ATIVIDADES A EXECUTAR PELO TUTOR			PREVISTO
				EXECUTADO
Explicar o funcionamento da sala operatória e circuitos - doente, equipa e materiais.	MANUAL BOP.002			
Explicar as funções do AO na sala operatória.	REG.008			
Explicar o funcionamento do Serviço de Esterilização:				
Funcionamento da Central de Esterilização, Circuito dos materiais , Triagem dos materiais quanto ao tipo de esterilização, Empacotamento, Testes de validação de esterilização , Acondicionamento de material esterilizado , Distribuição dos materiais pelo Hospital				
Descrever os vários postos de trabalho do AO no BO e Cir. Ambulatório	MANUAL BOP.002			
	IMP BOP.056 - Plano de Trabalho Semanal de AO			
Fornecer informações sobre circuitos no BO: doente , profissionais, materiais, circuito de limpos e sujos	PRO BOP.014 - Compartimentos, Áreas Restritas e Circulação de Profissionais de Saúde no BO			
	PRO BOP.002 - Circuito de Limpos e de Sujos no Bloco Operatório			
Fornecer informações sobre procedimentos gerais do HB	MANUAL BOP.002			
Fornecer informações sobre procedimentos específicos do BO: área restrita, semi-restrita e limpa, Conceito de assepsia progressiva, Vestuário do BO, Especialidades cirúrgicas, Higienização do serviço, ...	PRO BOP.007 - Vestuário no Bloco Operatório			
Explicar a articulação com os outros Serviços : Patologia Clínica, Anat. Patológica, Imunohistoquímica, Imagiologia, Farmácia, Aproveitamento, Esterilização, UCP, Internamentos, ...				

GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

OBJETIVO	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	HORIZONTE TEMPORAL	
Apresentar procedimentos de prevenção e controlo de infeção no BO e procedimentos específicos do BO		PRO.BOP.002 - Higieneização da Sala Cirúrgica IMP.BOP.036 - Lista de Verificação de Limpeza de Sala - Fin de Cirurgias IMP.BOP.037 - Lista de Verificação de Limpeza de Sala - Entre Cirurgias IMP.BOP.039 - Especificidades de Higieneização da Sala Cirúrgica - PBVT IDT.BOP.015 - Registo de Higieneização da Sala Cirúrgica		

GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

OBJETIVO	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	HORIZONTE TEMPORAL	
			PREVISTO	EXECUTADO
Apresentar documentos relativos a procedimentos de higienização		PRO.162 - Uso de Detergentes e Desinfetantes IDT.031 - Higienização de Superfícies Contaminadas		
Informar sobre medidas de isolamento no BO				
Explicar procedimentos de Gestão de risco no BO: identificação do doente, prevenção de quedas, ...		Manual.002 - Manual de Gestão do Risco PRO.131 – Prevenção de Quedas		
Explicar cuidados na utilização do formol, utilização de radiação ionizante e não ionizante, produtos químicos		PRO.BOP.013 - Regras de Utilização de Radiações Não Ionizantes no BO PRO.155 – Atuação na Presença de Demoras de Produtos Químicos...		
Explicar a forma e locais de armazenamento de consumíveis				
Explicar cuidados no acondicionamento e prazos de validade		MANUAL.BOP.002		
Explicar a forma e locais de armazenamento dos equipamentos				
Apresentar sistemas de registo informáticos (Gint) - Admissão do doente e impressos utilizados				
Explicar o procedimento no transporte de doentes na admissão e alta do doente no BO				
Integração nos diferentes postos do Bloco Operatório				
Corredor periférico grande			PREVISTO	EXECUTADO
Explicar as funções desenvolvidas pelo AO no Corredor Periférico Grande		MANUAL.BOP.002 MP.BOP.056 - Plano de Trabalho Semanal de AO - BO		
Explicar a forma de Organização do Corredor Periférico Grande e a necessidade de manter as saídas de emergência desobstruídas				
Explicar o circuito de fornecimento e recolha dos vários produtos e materiais de limpeza (mopas e detergentes) e locais de armazenamento		PRO.BOP.002 - Circuito de Limpos e de Sujos no Bloco Operatório		
Explicar a preparação, utilização e manutenção dos produtos, materiais e equipamentos de limpeza da sala cirúrgica		PRO.162 – Uso de Detergentes e desinfetantes MP.249 – Preparação Mycroback Forte a 2% PRO.BOP.023 - Higienização da sala cirúrgica		
Apresentar os locais de armazenamento e forma de reposição dos diferentes produtos e materiais de apoio à higienização da sala cirúrgica				
Explicar o circuito e procedimentos no transporte e acondicionamento dos Resíduos Grupo I e II (vidros, preto, azul e amarelo) e Grupo III e IV				
Explicar a recolha de resíduos dos grupos III e IV, roupa suja e socos usados da área de admissão/alta do Ambulatório (retirados pela AO da UCA para o corredor periférico grande, colocados identificados junto à sala 12, recolhidos pelo AO do corredor periférico)				
Explicar o circuito e procedimentos no transporte e acondicionamento da Roupa Suja		PRO.060 - Manuseamento, Tratamento, Transporte e Acondicionamento de Roupa		
Explicar o circuito e procedimentos no transporte e acondicionamento dos Dispositivos Médicos Contaminados		PRO.BOP.002 - Circuito de Limpos e de Sujos no Bloco Operatório PRO.177 - Processo de Descontaminação de Dispositivos Médicos Reutilizáveis IDT.ESTER.013 - Recolha de Dispositivos Médicos Contaminados		
Proceder à descontaminação do Mayfield de acordo com procedimento específico (salas 6 -12)				
Explicar os procedimentos no manuseamento e armazenamento dos Equipamentos				
Demonstrar a forma de Limpar, organizar e abastecer o carro de gases				
Explicar a colaboração com o AO destacado no corredor periférico pequeno no abastecimento de fardamento dos vestíveis e na hora das peças		MANUAL.BOP.002		
Explicar a colaboração com o AO do corredor central na higienização das salas sempre que necessário				
Corredor periférico Pequeno			PREVISTO	EXECUTADO
Explicar as funções desenvolvidas pelo AO no Corredor Periférico Pequeno		MANUAL.BOP.002 MP.BOP.056 - Plano de Trabalho Semanal de AO - BO		
Explicar a forma de Organização do Corredor Periférico Pequeno				
Explicar o circuito de fornecimento e recolha dos vários produtos e materiais de limpeza (mopas e detergentes) e locais de armazenamento		PRO.BOP.002 - Circuito de Limpos e de Sujos no Bloco Operatório		
Explicar a preparação, utilização e manutenção dos produtos, materiais e equipamentos de limpeza da sala cirúrgica		PRO.162 – Uso de Detergentes e desinfetantes MP.249 – Preparação de Mycroback Forte a 2% PRO.BOP.023 - Higienização da sala cirúrgica		
Apresentar os locais de armazenamento e forma de reposição dos diferentes produtos e materiais de apoio à higienização da sala cirúrgica				
Explicar o circuito e procedimentos no transporte e acondicionamento dos Resíduos Grupo I e II (vidros, preto, azul e amarelo) e Grupo III e IV				
Explicar o circuito e procedimentos no transporte e acondicionamento da Roupa Suja		PRO.060 - Manuseamento, Tratamento, Transporte e Acondicionamento de Roupa		
Explicar o circuito e procedimentos no transporte e acondicionamento dos Dispositivos Médicos Contaminados		PRO.BOP.002 - Circuito de Limpos e de Sujos no Bloco Operatório PRO.177 - Processo de Descontaminação de Dispositivos Médicos Reutilizáveis IDT.ESTER.013 - Recolha de Dispositivos Médicos Contaminados		
Proceder à descontaminação do Mayfield de acordo com procedimento específico (salas 1 - 5)				
Explicar os procedimentos no manuseamento e armazenamento dos Equipamentos				
Explicar os procedimentos de higienização das áreas atribuídas a este posto de trabalho: stocks (pó e chão), sala de admissão dos doentes, sala de equipamentos e parque de tempos (pó dos extintores, bocas de incêndio e quadro elétrico) Demonstrar a utilização da sinalética de "chão molhado"				
Explicar a higienização dos tempos cirúrgicos ou outros na sala de tempos, no turno da tarde				
Explicar o procedimento de higienização dos carros de acondicionamento/ transporte das peças de anatomia				
Explicar os procedimentos na manutenção e reposição dos Vestíveis				
Explicar o funcionamento da máquina de lavar socos				
Corredor Central			PREVISTO	EXECUTADO

IMP.BOP.098.00/01/2022

OBJETIVO	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	HORIZONTE TEMPORAL	
			PREVISTO	EXECUTADO
Explicar as funções do AO no corredor central		IMP.BOP.056 - Plano de Trabalho Semanal de AO - BO MANUAL.BOP.002		
Explicar funcionamento da sala cirúrgica (acesso e saída de profissionais, doentes, limpos e sujos)				
Explicar o abastecimento das estufas (com lençóis, batas e soros) e cuidados na sua utilização				
Explicar os diferentes tipos de dispositivos de posicionamento e a sua limpeza e organização nos suportes				
Apresentar os diferentes tipos de equipamentos e materiais e a sua localização				
Explicar o procedimento de limpeza dos gabinetes e stocks e do corredor interno				
Explicar a necessidade de colaboração com o AO do controlo na admissão de doentes				
Explicar os procedimentos de apoio à sala cirúrgica (início e durante o programa cirúrgico)				
Explicar funcionamento dos decks/campainhas e importância de atender prontamente os pedidos da sala				
Apresentar os materiais/equipamentos de base da sala cirúrgica				
Explicar como circular no interior da sala cirúrgica				
Explicar os procedimentos de abastecimento e manutenção dos lavabos				
Explicar os procedimentos de remoção de resíduos, roupa suja e dispositivos médicos contaminados		PRO.002 - Triagem e Acondicionamento de Resíduos dos Grupos I, II e IV PRO.BOP.023 IMP.BOP.039 - Especificidades de Higienização da Sala Cirúrgica - PBVT IMP.BOP.036- Lista de Verificação de Limpeza de Sala - Fim de Cirurgias		
Explicar os procedimentos de Higienização da Sala Cirúrgica (varios periodos) e verificação da funcionalidade				
Apresentar o impresso e explicar a forma de registo da higienização da sala operatória		IMP.BOP.010 – Registo Diário de Higienização da Sala Operatória		
Sala de Anestesia Loco-regional (SALR)			PREVISTO	EXECUTADO
Explicar as funções do AO na SALR		MANUAL.BOP.002 IMP.BOP.056 - Plano de Trabalho Semanal de AO - BO		
Explicar a organização e funcionamento da SALR				
Explicar circuito de doentes na SALR				
Explicar procedimentos de colaboração com a equipa da SALR (posicionamento do doente, cuidados de higiene, colocação apasadeiras e urínois, drenagem sacos urina, cutros...)				
Informar sobre circuito de resíduos e roupa suja e dispositivos médicos contaminados na SALR				
Apresentar equipamentos e cuidados na utilização e manutenção				
Explicar procedimentos de higienização das unidades e SALR e registo				
Explicar procedimento de substituição das cortinas		IMP.BOP.080 - Substituição de Cortinas		
Explicar colaboração no abastecimento de soros na estufa e com o AO do Controlo				
UCPA			PREVISTO	EXECUTADO
Explicar as funções do AO na UCPA		IMP.BOP.056 - Plano de Trabalho Semanal de AO - BO MANUAL.BOP.002		
Explicar a organização e funcionamento da UCPA				
Explicar as necessidades de reposição diária da UCPA - unidades do doente, carros de apoio, area de trabalho, rouparia, sala de sujos				
Explicar a reposição da roupa limpa pela Rouparia				
Explicar os procedimentos diários de higienização da UCPA				
Explicar os procedimentos de substituição das cortinas		IMP.BOP.080 - Substituição de Cortinas		
Apresentar equipamentos e cuidados na sua utilização e manutenção				
Explicar o procedimento de verificação e registo da temperatura dos frigoríficos da UCPA		IMP.086 – Folha de Registo – Temperaturas dos Frigoríficos dos Serviços Clínicos		
Explicar o procedimento de verificação e registo da temperatura Ambiente da UCPA		IMP.SF.187 - Registo da Temperatura Ambiente e Humidade		
Explicar organização funcionamento da sala de sujos				
Explicar funcionamento da Máquina de lavar arrastadeiras				
Explicar procedimentos de colaboração na prestação de cuidados de higiene e conforto ao doente				
Explicar procedimentos no fornecimento de alimentação na UCPA				
Explicar o procedimento e circuitos dos acompanhantes legais de crianças e grávidas no Bloco Operatório		PRO.BOP.020 - Acompanhamento da Criança Submetida a Cirurgia OT.BOP.023 - Presença do Acompanhante Significativo no Bloco Operatório OT.BOP.024 - Acompanhamento da Criança Submetida a Cirurgia		
Explicar circuito de resíduos e roupa suja e dispositivos médicos contaminados na UCPA				
Explicar o modo de preparação das unidades do doente na UCPA (higienização, reposição e funcionalidade)				
Explicar a organização das camas no parque de camas e o circuito de doentes na UCPA				
Explicar os procedimentos relacionados com a alta do doente da UCPA				
Controlo do Bloco Operatório			PREVISTO	EXECUTADO
Explicar as funções do AO no Controlo		IMP.BOP.056 - Plano de Trabalho Semanal de AO - BO MANUAL.BOP.002		
Demonstrar a forma de elaboração do plano de trabalho diário dos AO				
Explicar a identificação das necessidades de pedidos de material, em articulação com a Assistente Técnica do Secretariado do BO				
Explicar a gestão de entradas do pessoal autorizado no Bloco operatório				
Explicar a forma de controlo de recepção do fardamento específico distribuição de fatos de circulação				
Explicar o abastecimento da sala de apoio ao controlo				
Explicar o procedimento de substituição de cortinas da sala de admissão de doentes				
Explicar o procedimento de verificação e registo da temperatura dos frigoríficos da UCPA		IMP.086 – Folha de Registo – Temperaturas dos Frigoríficos dos Serviços Clínicos		
Explicar o procedimento de verificação e registo da temperatura Ambiente da UCPA		IMP.SF.187 - Registo da Temperatura Ambiente e Humidade		
Explicar o procedimento diário de verificação do Stock de balas de Origami: condições de armazenamento, reserva das balas utilizadas, reposição e articulação com profissional da Ferrácia				



GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

OBJETIVO	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	HORIZONTE TEMPORAL
Explicar a forma de contacto de outros profissionais para apoio na sala cirúrgica, promovendo chegada atempada (Técnicos de Imagiologia, equipa de Neonatologia/ Enf. Parteira, outros)			

OBJETIVO	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	HORIZONTE TEMPORAL	
			PREVISTO	EXECUTADO
	Explicar o procedimento e circuitos dos acompanhantes legais de crianças e grávidas no Bloco Operatório	PRO.BOP.020 - Acompanhamento da Criança Submetida a Cirurgia DT.BOP.023 - Presença do Acompanhante Significativo no Bloco Operatório DT.BOP.024 - Acompanhamento da Criança Submetida a Cirurgia		
	Explicar como consultar o plano cirúrgico diário e organizar as atividades - Cirurgia Eletiva			
	Explicar a verificação diária dos peddos de reserva dos hemoderivados no início do turno da manhã			
	Explicar a verificação diária dos peddos de Imagiologia no início do turno da manhã			
	Explicar circuitos de admissão e alta dos doentes			
	Explicar circuitos e procedimentos em situação de cancelamento da cirurgia			
	Providenciar a chegada atempada dos doentes ao BO			
	Gestir as deslocações do Assistente Operacional Maquero			
	Explicar os circuitos e procedimentos em Cirurgia Urgente e Emergente			
	Explicar os procedimentos na receção das marcações e registos de cirurgias de Urgência	IMP.BOP.066 – Identificação das Cirurgias de Urgência		
	Explicar os procedimentos para os Registos de Admissão do doente no BO			
	Explicar a seleção e preparação do tempo cirúrgico adequado, conforme a cirurgia a realizar			
	Explicar cuidados na transferência e medidas de segurança na receção dos doentes	MANUAL.002 - Manual de Gestão do Flaco		
	Explicar os procedimentos no envio de amostras para análise (Patologia Clínica, Imuno-hemoterapia e Anatomia Patológica)			
	Explicar os cuidados de transporte e acondicionamento do sangue e hemoderivados (receção e devolução)			
	Explicar articulação com serviços de apoio: eletromedicina, infraestruturas, gestão hoteleira, ...			
	Explicar articulação com serviços de apoio clínicos: Imagiologia, patologia clínica, Imuno-hemoterapia, ...			
	Explicar articulação com serviços e unidades de internamento e SU			
Lavagem de Tapos			PREVISTO	EXECUTADO
	Apresentar as funções do AO na sala de Lavagem de Tapos e colaboração com o AO do Controlo	MANUAL.BOP.002 IMP.BOP.056 - Plano de Trabalho Semanal de AO		
	Explicar a organização e funcionamento dos espaços			
	Explicar a forma de reposição da sala de Lavagem tapos e reposição da sala apoio ao Controlo			
	Explicar a forma de higienizar os dispositivos de proteção de quedas (cintas de proteção, grades, ...)			
	Explicar circuito de limpos e sujos nesta área			
	Explicar procedimentos de limpeza e desinfecção dos tapos, camas e equipamentos			
	Explicar a periodicidade de substituição das cortinas	IMP.BOP.060 - Substituição de Cortinas		
	Explicar a organização e funcionamento do parque de camas			
	Explicar o procedimento de desinfecção da cama (higienização das grades e cabeceira com Clínel, verificar limpeza da roupa e puxar para cima)			
	Explicar o procedimento de desinfecção da cama nos isolamento ou doentes da UCIP			
Área de Admissão e Alta da Unidade de Cirurgia de Ambulatório			PREVISTO	EXECUTADO
	Explicar as funções do AO na Área de Admissão e Alta da UCA	MANUAL.BOP.002 IMP.BOP.056 - Plano de Trabalho Semanal de AO - BO		
	Explicar a organização da área de admissão e alta da UCA			
	Explicar o circuito do doente e acompanhante na área de admissão da UCA			
	Explicar os procedimentos e circuito das crianças ou doentes com necessidades especiais	PRO.BOP.020 - Acompanhamento da Criança Submetida a Cirurgia DT.BOP.024 - Acompanhamento da Criança Submetida a Cirurgia DT.BOP.023 - Presença do Acompanhante Significativo no Bloco Operatório PRO.UCA.096 - A Criança e Cirurgia de Ambulatório DT.BOP.023 - Presença do Acompanhante Significativo no Bloco Operatório		
	Explicar procedimento e circuito relativo ao acompanhamento da grávida para cesariana			
	Explicar o circuito externo da sala 14 e articulação de necessidades de cafo/vestiário			
	Explicar a forma organizar planos operatórios e processos clínicos e pubesca identificação			
	Explicar a articulação com o Secretariado da UCA			
	Explicar a utilização dos vestiários / atribuição de cafo ao doente			
	Explicar procedimentos relativos à utilização e manutenção das cadeiras de rodas	DT.077 - Entrega e Devolução das Cadeiras de Rodas MP.210 - Termo de Responsabilidade - Entrega e Devolução de Cadeiras de Rodas		
	Informar sobre reposição de consumíveis e roupa (turno da manhã, tarde, e SOB)			
	Explicar a articulação com o recobro da UCA e com o secretariado, na alta			
	Explicar procedimentos na alta do doente			
	Informar sobre procedimentos de higienização da área de Admissão e Alta	PRO.274 - Higienização de brinquedos.		
	Informar sobre substituição das cortinas dos vestiários (semanal e SOB)	IMP.BOP.060 - Substituição de Cortinas		
	Informar sobre desinfecção trimestral dos chuveiros dos vestiários da UCA / Registo	DT.013 - Desinfecção de Chuveiros MP.045 - Mesa Desinfecção dos Chuveiros		
	Explicar o circuito dos resíduos na área de admissão / alta da UCA			
	Explicar o circuito da roupa suja na área de admissão / alta da UCA			
	Explicar os procedimentos na manutenção e reposição dos Vestiários da UCA			
Recobro de Ambulatório			PREVISTO	EXECUTADO
	Explicar as funções do AO no recobro da UCA	IMP.BOP.056 - Plano de Trabalho Semanal de AO - BO MANUAL.BOP.002		
	Explicar a organização e funcionamento do Recobro da UCA			
	Explicar as necessidades de reposição diária de consumíveis e roupa do Recobro			
	Apresentar equipamentos e cuidados na utilização			
	Informar sobre comunicação de avarias e falhas de material			
	Explicar o procedimento de verificação e registo da temperatura Ambiente da UCA	IMP.SP.167 - Registo da Temperatura Ambiente e Humidade		
	Explicar organização e funcionamento da sala de sujos			
	Explicar funcionamento da Máquina de lavar arrastadeiras			
	Explicar o procedimento de descontaminação no caso de avaria da máquina das arrastadeiras			
	Explicar procedimento relativo ao transporte de camas e cadeiras a pedido das salas			



GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

OBJETIVO	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	HORIZONTE TEMPORAL
Explicar funcionamento do Deck móvel			
Informar sobre local e condições de armazenamento das balas de oxigénio			

GUIÃO DE INTEGRAÇÃO INDIVIDUAL

OBJETIVO	DESCRIÇÃO	Documentos de Apoio	PREVISTO	EXISTENTE
	Informar acerca dos procedimentos de colaboração na prestação de cuidados de higiene e conforto ao doente			
	Explicar os procedimentos na alta do doente e articulação com área de admissão / alta e secretariado			
	Explicar o procedimento e circuitos dos acompanhantes legais de crianças e no Bloco Operatório	PRO.BOP.005 - Acompanhamento da Criança Submetida a Cirurgia DT.BOP.004 - Acompanhamento da Criança Submetida a Cirurgia		
	Explicar circuito de resíduos no recibo da UCA: - transportar os contentores de resíduos identificados, para o depósito de sacos 02.41c.16.01, (Int. 2C)	PRO.002 - Triagem e acondicionamento de resíduos dos grupos I, II, III, IV Manual BOP.001		
	Explicar circuito de roupa suja no recibo da UCA: transportar os sacos identificados, para o depósito de sacos 02.41c.16.01, (Infermagem 2C)			
	Explicar a recepção dos pedidos de vaga no recibo da UCA e de transporte da cama e cadeirão			
	Informar sobre a organização e limpeza da copa (superfícies, armários, microondas, frigoríficos, ...)			
	Informar sobre armazenamento e conservação dos produtos alimentares e não alimentares			
	Explicar o funcionamento da máquina de gelo			
	Explicar articulação com o serviço de esterilização (jornais, pastas, fornecimento alimentação e roupa de toaça, etc.)			
	Explicar procedimentos no pedido e fornecimento de alimentação na UCA	DT.UCA.013 - Pedidos de alimentação		
	Explicar o procedimento de recolha e higienização dos tabuleiros			
	Auxiliar na alimentação dos doentes com limitações			
	Explicar os procedimentos de higienização do recibo e das unidades			
	Explicar os procedimentos de substituição das cortinas (semanal)	MP.BOP.080 - Substituição de Cortinas		
Esterilização (distribuição e reposição de estéril)			PREVISTO	EXISTENTE
	Explicar as funções do AO na distribuição e reposição de Estéril	MP.BOP.038 - Plano de Trabalho Semanal de AO-BO MANUAL BOP.002		
	Colaborar com a AD da Sala de Anestesia Local-regional			
	Explicar a forma de consultar o Plano Cirúrgico diário/especialidades cirúrgicas e de acordo com este, programar o material base necessário			
	Explicar a forma de consultar o planeamento da distribuição dos instrumentais de ortopédia e de acordo com este, programar o material base necessário	MP.BOP.047 - Gestão Diária de Materiais e Stocks de Ortopédia		
	Explicar o procedimento de higienização diária do carro de transporte de inox (com álcool a 70%, antes de colocar o material esterilizado)			
	Demonstrar o abastecimento de todos os stocks com o material base necessário			
	Explicar as boas práticas no manuseamento, transporte e acondicionamento do material estéril	DT.ESTER.010 - Transporte de Material Esterilizado PRO.079 - Manuseamento e Acondicionamento de Material Esterilizado		
	Assegurar a existência de instrumental para a 1ª cirurgia da manhã e da tarde			
	Assegurar a existência e reposição dos Dispositivos Médicos reutilizáveis / Instrumental para emergências			
	Instituir para todas as segundas-feiras no início de turno, efetuar inventário do material em falta nos vários stocks e previsão de necessidades para a semana (ex: ligaduras, eschias, náuseas, estêreos, outros...)			
	Explicar a verificação da integridade das embalagens			
	Explicar cuidados no transporte e armazenamento dos artigos mais pesados			
	Explicar a necessidade da rotação de stocks, de acordo com os prazos de validade			
Logística – reposição de stocks/ consumíveis			PREVISTO	EXISTENTE
	Explicar as funções do AO na Logística – reposição de stocks/ consumíveis	MP.BOP.038 - Plano de Trabalho Semanal de AO-BO MANUAL BOP.002		
	Informar acerca da colaboração com o AO da UCRA para a pausa do almoço e em SOS			
	Explicar o procedimento de reposição base dos materiais consumíveis nos vários stocks, assegurando os níveis adequados			
	Informar acerca da colaboração com o AO da logística destacado no BO, na receção dos consumíveis			
	Dar conhecimento da falta de material e necessidades ao AO da logística destacado no BO			
Assistente operacional Mequero			PREVISTO	EXISTENTE
	Explicar as funções do AO Mequero do BO	MP.BOP.038 - Plano de Trabalho Semanal de AO-BO MANUAL BOP.002		
	Explicar os procedimentos para a manutenção e organização da área livre			
	Explicar os procedimentos no transporte dos doentes em segurança, na admissão e alta do BO	PRO.200 - Circuito do Utente para a Admissão Centralizada PRO.265 - Circuito do Doente em Cirurgia Convencional		
	Explicar o procedimento no transporte de doentes para a Unidade de Cuidados Intensivos (pronto, SPI, equipamentos, outros)			
	Explicar o procedimento no transporte de doentes da admissão centralizada			
	Explicar o procedimento de identificação do doente a transportar para o Bloco Operatório – pulseira do doente e identificação da cama			
	Explicar os procedimentos na transferência dos doentes no BO			
	Informar acerca da importância de manter as portas de acesso ao BO fechadas			
	Explicar procedimento de identificação da cama antes de a colocar no parque de camas			
	Explicar os circuitos e procedimentos no transporte de amostras, peças anatómicas, sangue e hemoderivados			
	Explicar o circuito e os procedimentos no transporte de cadáveres para a Morgue	Manual do Óbito		
Observações:				
Apreciação do Programa de Integração (a preencher pelo novo profissional)				
Processo de integração concluído em:				
Inf. Gestor:	AD Tutor:	AD:		

Apêndice VI – Guião de entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Parte I – Acolhimento	
Objetivo: Informar o participante	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do investigador; • Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo; • Garantir a confidencialidade e anonimato; • Solicitar a autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.

Parte II - Caracterização do participante	
Objetivo: Caracterizar o participante	<ul style="list-style-type: none"> • Idade _____ • Sexo <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino • Formação académica <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Pós graduação _____ <input type="checkbox"/> Especialidade _____ <input type="checkbox"/> Mestrado _____ <input type="checkbox"/> Doutoramento _____ <input type="checkbox"/> Outra _____ • Tempo de exercício profissional _____ • Unidade onde exerce _____ • Tempo de exercício profissional na Unidade _____

Parte III – Objetivos/Questões orientadoras	
Objetivos Específicos	Questões orientadoras
Perceber como é efetuada a comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição dos cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.	<ul style="list-style-type: none"> • Como é efetuada a comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP?

<p>Identificar o tipo de informação transmitida na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião, que tipo de informação deve ser transmitido na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP?
<p>Descrever quais são, os fatores facilitadores da comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são os fatores que considera facilitadores na comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP?
<p>Descrever quais são, os fatores que dificultam a comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são os fatores que dificultam a comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP?
<p>Identificar as estratégias/recursos que os enfermeiros utilizam para a comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que estratégias /recursos utiliza para a comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP? • Utiliza algum tipo de ferramenta ou modelo padronizado para a comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP?
<p>Identificar sugestões para melhorar o processo de transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gostaria de apresentar alguma sugestão que contribua para a melhoria da comunicação da informação na transição de cuidados do doente crítico do BO para a UCIP?

Apêndice VII – Matriz de redução de dados (entrevistas)

Matriz de redução de dados (entrevistas)

Área temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Modo como é transmitida a informação inter-equipas de enfermagem	Vias de transmissão	Oral	<p>“Oral, neste momento é uma passagem oral...” E1 BO</p> <p>“(...) essa informação toda que vem lá de baixo [bloco]... é dada no momento, muitas das vezes não temos um papel para escrever toda a informação (...)” E2 CI</p> <p>“Sim, oralmente.” E3 BO</p> <p>“(...) numa primeira fase existe uma comunicação verbal, portanto uma transmissão de informação oral (...)” E4 CI</p> <p>“(...)a informação lá em cima [na UCIP] passo diretamente ao colega que vai receber o doente.” E5 BO</p> <p>“É transmitida oralmente, (...) chegando à unidade de cuidados intensivos passamos oralmente a informação relevante ao colega que ficará com esse doente.” E6 BO</p> <p>“(...) trata-se de uma transição correta, ou seja a colega (...), vem sempre mais que uma, por norma uma toma a iniciativa, será aquela que ficou responsável pelo doente em si, de comunicar aquilo que se passou no bloco (...) [de forma] oral (...)” E7 CI</p> <p>“A transmissão é sempre oral, suportada pelo registo do peri-operatório do doente (...)” E8 BO</p> <p>“(...)depois acompanhamos o doente com o processo e a transmissão é feita de forma oral.” E9 BO</p> <p>“Oral, à passagem oral acompanha também a folha de registos intraoperatórios [anestésicos] (...)” E10 BO</p> <p>“Oral sim (...)” E11 CI</p> <p>“É uma passagem de informação oral, informal (...)” E12 BO</p>
		Escrita	<p>“(...) procuro sempre ao longo da cirurgia sistematizar num pequeno papel a informação mais relevante acerca do doente (...)” E3 BO</p> <p>“(...) é frequente, nomeadamente o colega da área da anestesia trazer a informação escrita num papel (...)” E4 CI</p> <p>“(...) é frequente que ele [enfermeiro de anestesia] faça uma passagem também por escrito da informação.” E4 CI</p> <p>“(...) quando são cirurgias mais longas, levo tudo aponte (...), muitas das vezes até lhes entrego a folha com alguns registos, para não me esquecer (...)” E5 BO</p> <p>“(...) os colegas por vezes fazem uma passagem escrita, no fundo um autodidata, não é uma coisa oficial do hospital (...)” E7 CI</p>

			“(...) mas escrita também, às vezes alguns colegas que nos deixam os seus apontamentos de horas de medicação, de analgesia, o tipo de indução.” E11 CI
	Momento da transmissão da informação	Antes da transferência do doente para a sua unidade	“É pré-transição por norma (...) por norma é antes (...)” E8 BO
		No momento da transferência do doente para a sua unidade	<p>“(...) quando estamos a fazer a passagem do doente (...), nós vamos explicando (...)” E1 BO</p> <p>“(...) é no momento em que estamos a receber o doente(...)” E2 CI</p> <p>“(...) ao mesmo tempo que estamos a fazer a admissão estamos a receber a informação (...)” E4 CI</p> <p>“(...)à medida que ajudamos o colega a monitorizar o doente e vamos passando tudo o que se fez cá em baixo [no bloco].” E5 BO</p> <p>“Enquanto estamos a fazer a prática da transição do doente (...) ou seja estamos a recebê-lo e estamos ao mesmo tempo [a receber a informação](...)” E7 CI</p> <p>“No momento da passagem ao receberem o doente, temos a nossa folha de registos e guiamo-nos por ali, para fazer a passagem da informação do que aconteceu.” E9 BO</p> <p>“(...) no momento da receção do doente pelos colegas, eles já estão a monitorizar, pronto acabam por ter ali um bocadinho a perda de atenção, mas eles conseguem absorver a informação ao mesmo tempo que estão a monitorizar o doente e a receber o doente na unidade nós estamos a passar também as informações.” E12 BO</p>

	Após a transferência do doente para a sua unidade	<p>“(…) acompanhamos (….) o doente até à unidade onde ele irá permanecer, tento sempre colaborar (….) na desmonitorização (….) e monitorização dos equipamentos (….) e depois no final (….) , passo essa informação.” E3 BO</p> <p>“Inicia no momento da passagem do doente (….) , passamos o doente da cama do bloco para a cama da unidade, e iniciamos daí a passagem de comunicação.” E10 BO</p> <p>“(…) primeiro colocamos o doente na cama, tentamos estabilizar, monitorizar já com os nossos monitores, e posteriormente (….) o colega passa mais ao pormenor todas as informações.” E11 CI</p>
Quem transmite a informação	Enfermeiro da área anestésica	<p>“(…) vem sempre o enfermeiro de anestesia, que é aquele que hemodinamicamente é o que está mais à frente na sala não é, e portanto e portanto (….) dá-nos bastante informação relativamente a hemodinâmica, medicação administrada, sedação (….) e do feedback do que cirurgicamente o que é que foi feito pela equipa cirúrgica.” E11 CI</p>
	Os enfermeiros da área anestésica e cirúrgica em conjunto	<p>“Normalmente vai a enfermeira de anestesia, e algum elemento da área cirúrgica, tanto pode ser enfermeiro instrumentista, (….) ou então vai o enfermeiro circulante. (….) Cada um passa na sua vez (….)” E1 BO</p> <p>“(…) passo essa informação [enfermeira de anestesia].(…) e o colega da área cirúrgica complementa sempre essa informação.” E3 BO</p> <p>“(…) eu normalmente passo uma área, passo a área de anestesia, e o colega circulante passa a parte cirúrgica (….)” E5 BO</p> <p>Normalmente quem toma a iniciativa de passar (….) é o elemento da área anestésica, mas (….) vai um elemento da parte cirúrgica, temos a preocupação de certas particularidades que dizem mais respeito à cirurgia (….) de transmitir essas informações diretamente também ao colega.” E6 BO</p> <p>“(…) a informação do que aconteceu da parte anestésica, passa o colega [de anestesia], e depois a especificidade da parte da cirurgia, do que aconteceu durante a parte do ato cirúrgico em si passa o enfermeiro instrumentista ou circulante.” E9 BO</p> <p>“(…) passamos o doente da cama do bloco para a cama da unidade, e iniciamos [enfermeiro de anestesia] daí a passagem de comunicação. (….) um elemento da área</p>

			<p>cirúrgica para passar a parte mais específica da cirurgia que nos passa um bocadinho fora das nossas competências e do nosso âmbito do conhecimento (...)” E10 BO</p> <p>“(…) aqui no bloco estamos divididos em duas áreas, pelo que eu faço a passagem da informação exclusiva da minha área [cirúrgica] e o colega de anestesia faz a passagem de informação da área dele (...)” E12 BO</p>
		Um dos enfermeiros que acompanha o doente	“(…) a colega que acompanha o doente, vem sempre mais que uma, por norma uma toma a iniciativa, será aquela que ficou responsável pelo doente em si, de comunicar aquilo que se passou no bloco (...)” E7 CI
Tipo de informação transmitida	Relativo ao pré-operatório	Dados pessoais do doente	<p>“(…) a idade (...)” E1 BO</p> <p>“(…) às vezes temos que passar os antecedentes do doente porque os colegas [da UCIP] não o conhecem (...)” E1 BO</p> <p>“(…) doentes não provenientes da unidade, (...) é tentar informar acerca do background do doente, antecedentes, problemas prévios, problemas conhecidos (...)” E3 BO</p> <p>“Quando o doente é admitido lá [UCIP] de um pós-operatório sem lá ter estado, há a necessidade de fazer anamnese da história de evolução daquele doente (...)” E8 BO</p> <p>“(…) os antecedentes (...), e então ressaltar essencialmente alguns que podem ter que ter mais alguma vigilância (...)” E9 BO</p> <p>“(…) nome do doente (...) idade (...) antecedentes cirúrgicos e anestésicos, antecedentes de patologias (...)” E10 BO</p> <p>“Antecedentes, bastante importante sabermos os antecedentes (...)” E11 CI</p> <p>“(…) a identificação do doente (...) os antecedentes (...)” E12 BO</p>

		Motivo de admissão no BO	<p>“(…) diagnóstico do doente, para perceber que tipo de doente é que é (…)” E2 CI</p> <p>“(…) depois parto para a identificação do problema atual, aquilo que trouxe o doente ao bloco, aquilo que ele veio fazer (…)” E3 BO</p> <p>“(…) o que é que o levou [ao doente] ao bloco (…)” E7 CI</p> <p>“(…) o motivo de admissão, aquela que foi a informação que foi possível recolher (…)” E8 BO</p> <p>“(…) o motivo de ter vindo cá [ao bloco] o doente fazer a cirurgia (…)” E10 BO</p> <p>“(…) o facto porque é que foi operado, e o que é que levou aquela situação (…)” E11 CI</p>
		Condição do doente à entrada do BO	<p>“(…) procuro sempre referir ao colega [da UCIP] como é que o doente me chegou aqui ao bloco (… se (… já vinha entubado (… se (…) entrou no bloco com escala 15 (…)” E3 BO</p> <p>“(…) procuro sempre dar a informação do estado prévio do doente (…)” E3 BO</p> <p>“(…) depois como estava à entrada do bloco (…)” E10 BO</p>
	Relativo ao intraoperatório	Tipo de intervenção cirúrgica	<p>“(…) o tipo de cirurgia, se é aberta ou laparoscópica, porque isso interfere na continuidade dos cuidados (…)” E1 BO</p> <p>“(…) tipo de intervenção que realizou (…)” E2 CI</p> <p>“(…) aquilo que estava proposto e aquilo que foi efetivamente feito, porque às vezes há divergências nesse campo (…)” E3 BO</p> <p>“(…) se foi uma cirurgia programada ou se foi uma cirurgia urgente (…)” E3 BO</p> <p>“(…) a cirurgia que foi feita, o que é que foi feito na cirurgia, o procedimento (…)” E6 BO</p> <p>“(…) que tipo de intervenção fizeram e provavelmente também pode ter interesse saber o porquê de o terem feito (…)” E7 CI</p> <p>“(…) tipo de cirurgia (…)” E12 BO</p>

		<p>Fármacos utilizados no intraoperatório</p>	<p>“(…) que tipo de anestesia fez.” E2 CI “(…) fármacos que foram utilizados durante a cirurgia (…)” E3 BO “(…) hora a que foi feito por exemplo, a medicação analgésica (…), ou alguma coisa [fármaco] que depois possa influenciar (…) a prestação de cuidados ao doente.” E3 BO “(…) administração de determinadas drogas, (…), aminas, a questão também da sedação, portanto a evolução ao longo da cirurgia desse tipo de fármacos, (…), ou outro tipo de fármaco qualquer(…)” E4 CI “(…)eu passo tudo em termos de medicação, o que é que nós fizemos ao doente durante o procedimento(…)” E5 BO “(…)toda a terapêutica que foi feita no bloco é importante(…)” E7 CI “(…) o tipo de anestesia que ocorreu e o que foi feito durante o período que ele foi anestesiado (…)” E9 BO “(…) as necessidades de alguma medicação que fosse feita de forma emergente, ou em situações pontuais (…)” E9 BO “(…) a parte toda de fármacos administrados durante a cirurgia (…)” E10 BO “(…) toda a informação de medicação que foi feita, tentar perceber o porquê dessa medicação (…)” E11 CI “(…) medicação que fez e as recomendações que tem que fazer depois em termos de medicação e estado de saúde do doente (…)” E12 BO</p>
		<p>Intercorrências no intraoperatório</p>	<p>“Alguma intercorrência que haja, (…), todas e quaisquer complicações que ocorram durante o período intraoperatório considero importante.” E2 CI “(…) possíveis intercorrências que tenham acontecido do lado anestésico, e (…)do lado cirúrgico que depois tiveram repercussões do lado anestésico (…)” E3 BO “(…) alguma intercorrência grave, também acho que deva ser enfatizada, porque pode ter repercussões na recuperação do doente (…)” E3 BO “(…) interessa-nos saber as implicações que eventualmente as intervenções [na cirurgia] têm depois nos nossos cuidados e a na nossa vigilância à posteriori [na UCIP] (…)” E4 CI “(…)alterações hemodinâmicas que o doente teve, durante a permanência do doente cá em baixo [no bloco].” E5 BO “Todo o doente crítico é avaliado sobre uma lógica do ABCDE, portanto todas aquelas</p>

		<p>informações que nós avaliamos e reavaliamos permanentemente na lógica da avaliação do doente crítico, são determinantes de passar não só a última avaliação mas todas as avaliações e tudo aquilo que sofreu alteração, seja positiva ou negativa, porque vai mostrar um padrão de evolução do doente (...) E8 BO</p> <p>“(...) se a cirurgia foi feita de forma linear como habitual, ou se houve alguma intercorrência, (...) que pode ter repercussão mais imediata para ser vigiada com mais atenção.” E9 BO</p> <p>“(...) perceber até que ponto o colega fez para estabilizar o doente, caso haja alguma instabilidade, ou até mesmo quais as atitudes que teve para manter sempre o doente estável (...)” E11 CI</p> <p>“(...) eventuais intercorrências que aconteceram na cirurgia (...)” E12 BO</p>
	Parâmetros hemodinâmicos	<p>“(...) da manutenção dos parâmetros vitais será o foco essencial, portanto interessa-nos numa primeira fase perceber como é que decorreu durante a cirurgia, relativamente a esses parâmetros vitais (...)” E4 CI</p> <p>“(...)outra coisa que acho extremamente importante, tem a ver com a parte hemodinâmica (...), desde monitorização hemodinâmica, monitorização cerebral(...) “ E7 CI</p> <p>“(...) depois também o modo como ele se comportou em termos hemodinâmicos durante a cirurgia (...)” E9 BO</p>
	Perdas hemáticas	<p>“(...) se teve muitas perdas [hemáticas] (...)” E1 BO</p> <p>“(...) administração de sangue, se tem sangue de reserva (...)” E2 CI</p> <p>“(...) perdas hemáticas (...)” E6 BO</p> <p>“(...) perdas hemáticas exageradas (...)” E12 BO</p>
	Presença de ostomias	<p>“(...) se tem algum estoma (...)” E1 BO</p> <p>“(...) ostomias (...)” E6 BO</p>

	Dados relativos a drenagens, sondas e cateteres	<p>“(…) se tem algum tipo de drenos, se o doente está algaliado (…)” E1 BO</p> <p>“(…) identificação de possíveis drenos... quer sejam drenos quer sejam algalias, colocação ou troca de dispositivos como cateteres venosos periféricos, cateteres centrais, cateteres arteriais, sondas nasogástricas e tento sempre informar o nível a que essas drenagens se encontram (…)” E3 BO</p> <p>“(…) colocação de drenos (…)” E6 BO</p> <p>“(…) monitorização de drenagens, todo o tipo de drenagens que o doente possa ter, isso é essencial (…)” E7 CI</p> <p>“(…) dos tipos de drenagens (…)” E12 BO</p>
	Ferida e características do penso cirúrgico	<p>“(…) o tipo de penso, se é aspirativo se é de vácuo(…)” E1 BO</p> <p>“(…) tipo de ferida que tem ou quantas feridas tem (…) se o penso está limpo, se tem um ligeiro repasse para as colegas vigiarem (…)” E12 BO</p>
Relativo ao pós-operatório	Terapêutica que acompanha o doente	<p>“As dosagens medicamentosas que por vezes não coincidem com as nossas, (…) de diluição nas seringas, e é certamente importante sabermos que tipo de diluição é que tem (…)” E2 CI</p> <p>“(…) a terapêutica que acompanha o doente [para a UCIP] também é importante(…)” E7 CI</p>
	Motivo de admissão na UCIP	“(…) e do bloco o que é que o traz [o doente] cá aos cuidados intensivos (…)” E7 CI
	Informação respeitante ao recobro	“(…) temos aquelas situações em que os doentes ficam transitoriamente na unidade de cuidados pós anestésicos à espera de vaga, (…) e nesse caso (…) tem que transmitir a informação respeitante ao período de tempo que o doente permaneceu no recobro.” E3 BO
	Zonas de pressão	“(…) eventuais zonas de pressão que tenham para vigiar também (…)” E12 BO

Fatores que interferem na comunicação da informação	Relacionados com o contexto	Ambiente	<p>“(...) devemos ter um ambiente calmo e tranquilo (...) devíamos depois de apresentar o doente ter um bocadinho de espaço com o colega, sem médico sem auxiliares sem nada perto de nós, para nós transmitirmos corretamente a informação (...)” E1 BO</p> <p>“(...) o ideal seria termos o colega para nos passar calmamente, e isento de outras preocupações (...)” E2 CI</p> <p>“(...) um ambiente calmo, um tom de voz baixo (...) será do meu ponto de vista um fator facilitador na transmissão da informação (...)” E4 CI</p>
		Tempo para aceder ao processo informático	<p>“(...) normalmente os processos [físicos] não trazem quase nenhuma informação (...) está tudo informatizado...e normalmente não temos tempo para ir ver o processo.” E1 BO</p>
		Compatibilização dos programas informáticos das unidades	<p>“(...) todos e quaisquer registos efetuados no bloco operatório, de forma a garantir a continuidade, drenassem para o nosso sistema [UCIP], o que não acontece.” E2 CI</p> <p>“(...) a falta de interligação entre sistemas informáticos (...) da lentidão do equipamento informático (...)” E3 BO</p>
		Equipamentos	<p>“(...)às vezes não termos determinadas... a questão burocrática de esta máquina não pode ficar aqui (...) às vezes podemos não ter determinada máquina aí de monitorização e necessitamos das do bloco, e (...) faz demorar um bocado o processo do cuidado ao doente.” E11 CI</p>
	Relacionados com a equipa	Disponibilidade	<p>“(...) ter tempo e o colega que está a receber o doente ter disponibilidade para estar a olhar para mim enquanto eu falo para ele (...) existir abertura do meu lado, para ter tranquilidade para passar essa informação, (...) e do outro lado exatamente a mesma coisa, ter disponibilidade para ouvir a informação.” E3 BO</p> <p>“O facilitador é o facto de eles [UCIP] receberem o doente quando já estão preparados, (...) nós só subimos com o doente quando a equipa tem disponibilidade para o receber.” E9 BO</p> <p>“(...) às vezes acontece é limites de turno, finais de turno há uma ligeira pressa na passagem do doente e aí também pode acontecer alguma perda de alguma informação ou desvios em termos de informação.” E10 BO</p>

	Identificação do enfermeiro responsável pelo doente	do pelo	“(...) depois tem muita gente... e depois é difícil reconhecer a quem estamos a passar (...)” E1 BO “(...) conseguirmos identificar quem é o colega logo que está responsável, ou quem vai receber o doente (...) sabemos que é ele a quem vamos passar a informação e não estar a passar a informação dispersamente a vários colegas.” E6 BO “(...) seja direcionada, ou seja, eu saber exatamente qual é o colega a quem estou a passar a informação e o colega saber exatamente que sou eu que lhe estou a passar (...)” E8 BO
	Envolvimento da equipa multidisciplinar na transmissão da informação	da na da	“ O facilitador o facto de estarem ali a equipa toda envolvente, (...) ser passado à equipa que vai ficar mesmo a receber o doente no global, o enfermeiro, o intensivista que vão ficar a seguir o doente.” E9 BO
	Relação interpessoal entre os elementos		“(...) claro que se formos cordiais uns com os outros, a forma de transmissão, aqui já estamos a passar para a relação interpessoal entre colegas, mas acho também que é essencial isso (...)” E10 BO
	Cansaço		“(...) o cansaço, há cirurgias que são bastante cansativas, desgastantes em termos cirúrgicos e em termos anestésicos, por causa da instabilidade grave do doente, (...) provoca cansaço, provoca desgaste (...) às vezes nem sempre há esse cuidado ou nem sempre há esse tempo para se fazer esse tipo de registos completos e exaustivos, e aí pode haver um pouco de falha. ” E10 BO
	Falha de registos do intra e pós-operatório		“(...)a falha do check-list pós-operatório, da folha do intraoperatório [de anestesia], da folha cirúrgica, essa falha temos muito (...)” E11 CI
Relacionados com o doente	Conhecimento prévio do doente		“(...) os próprios colegas que estão a receber o doente já estão a par dos antecedentes do doente e o motivo da cirurgia, o que também acaba por facilitar um bocadinho aí.” E10 BO

		Urgência na transição de cuidados	“(…) questão da urgência ou menos urgência, de o trazer, (…) às vezes o doente vem muito instável, (…) às vezes há uma urgência de o colocar, de o passar para a nossa cama, (…) que pode falhar um bocadinho aí uma ou outra coisa na passagem devido a essa urgência (…) já dei conta de que quanto mais instável às vezes o doente esteja, (…) pode levar ao esquecimento de outro tipo de informação (…)” E7 CI
	Relacionados com a comunicação	Informação estruturada	“(…) nós devíamos ter um guião (…)” E1 BO “(…) haver uma estrutura comum de comunicação, portanto se seguirmos todos a mesma lógica de comunicação,(…) acabamos por agrupar por grandes áreas de preocupação a informação e é mais fácil estratificar essa informação.” E8 BO “(…) levar a folha também de registo intraoperatório, também é fácil ter não é uma espécie de guião, mas uma linha orientadora para a passagem (…)” E10 BO “(…) fazer uma pequena cábula com toda a passagem estruturada, (…) importante é ter tudo esquematizado, uma linha orientadora.” E10 BO “(…) se todos nós passássemos da mesma maneira (…) portanto acho que se calhar se fizéssemos todos da mesma forma, para eles [colegas da UCIP] seria mais rápido, mais fácil. (…) um processo mais sistematizado pronto, se fosse igual para todos seria mais fácil para eles.” E12 BO
		Contato telefónico prévio	“O contato por via telefone, normalmente para combinar a hora a que o doente pode subir, poderá ser facilitador (…)” E9 BO “(…) as equipas não preparadas para receber o doente (…) não estão avisados (...), isso dificulta claramente por que depois nós estamos a querer passar a informação do doente e às vezes os colegas estão a dispersar atenção porque têm necessidade de ouvirem a informação mas também prepararem as coisas.(…)” E8 BO

		<p>Modo de comunicação</p>	<p>“(…) se for um indivíduo que já tenha o hábito de trazer cá doentes, já sabem aquilo mais ou menos o que é essencial pelo menos de transmitir (...), que facilita depois a comunicação (...)” E7 CI</p> <p>“Ser conciso, tentar ser o mais linear possível (...). Serem lineares e serem simples na forma como transmitem a informação, ajudam-nos (...) a podermos saber o que devemos ou não fazer (...)” E11 CI</p>
		<p>Transmissão de informação entre colegas do BO</p>	<p>“(…) o colega referir que acabou de receber o doente, quer dizer tem uma certa dificuldade em passar determinados assuntos porque foi-lhe no fundo passada informação do doente mesmo agora (...) não tenho a informação totalmente correta (...) imagina terminas o turno e o outro [colega] entra(...)” E7 CI</p> <p>“(…) passagens entre colegas no próprio bloco, também pode haver falha ali em termos de alguma comunicação e alguma intervenção que foi feita que ou não foi registada (...)” E10 BO</p>
		<p>Ruídos na comunicação</p>	<p>“(…) tem sempre pessoas a interromper, no fundo não há um fluxo de informação do início ao fim.” E1 BO</p> <p>“(…) interrupções da equipa médica, (...) que eles acham pertinente completar com alguma coisa (...)” E8 BO</p> <p>“(…) depois às vezes falamos ao mesmo tempo (...)” E1 BO</p> <p>“(…) a quantidade de pessoas que está à volta daquele doente é mais do que muita, e toda a gente a falar ao mesmo tempo.” E3 BO</p> <p>“(…) ruídos que possa haver externos, nomeadamente os apitos dos monitores (...) pode dificultar a absorção da comunicação que o colega está a efetuar” E2 CI</p> <p>“(…) um momento da transferência ou da admissão de um doente, é quase sempre um momento de alguma agitação, de barulho, e portanto isso é do meu ponto de vista um fator que impede a transmissão de informação de uma forma clara (...)” E4 CI</p> <p>“(…) por norma a passagem médica também é junto a nós e pode haver aí um barulho, um ruído e esse ruído (...) pode levar a uma dificuldade da perceção da informação.” E7 CI</p> <p>“(…) os próprios barulhos, às vezes na passagem o ruído exterior pode causar a perda de informação e até um desvio da atenção na passagem (...)” E10 BO</p> <p>“Idealmente menos barulho menos confusão (...). Estão os colegas também a monitorizar</p>

			o doente, portanto há muito ruído (...) acho que o ruído é capaz de não facilitar muito a comunicação.” E12 BO
		Executar várias funções em simultâneo	“(…) estamos a fazer dez coisas ao mesmo tempo e isso não é benéfico, nem para nós (...) nem para o colega (...) porque perde sempre alguma coisa.” E1 BO “(…) receber os doentes estando em cima da hora de registos ou de outras rotinas, e que isso também possa ser um [fator] dificultador, porque têm outras tarefas a realizar.” E3 BO “(…) estamos a fazer diversas atividades ao mesmo tempo, e (...) isso é um fator que não ajuda na transmissão (...)” E4 CI “(…) dificultador essencialmente (...) está o colega de enfermagem ajudar a monitorizar e a falar ao mesmo tempo e pode haver informações às vezes que que fiquem mais perdidas no meio dessa informação.” E9 BO
		Informação no doente emergente	“(…)um doente que entre de emergência e não se tenha um conhecimento geral dos antecedentes e dessas coisas (...)” E7 CI “(…) se for uma cirurgia emergente em que há pouco tempo e pouca capacidade de recolher mais história e mais enquadramento da situação do doente e da evolução doente (...), acaba por dificultar porque depois a informação acaba por soar mais incompleta (...)” E8 BO
Estratégias utilizadas para a comunicação da informação	Memória visual		“(…) para mim vou da cabeça aos pés(...). É o meu guia, assim é mais fácil, eu tenho memória fotográfica e para mim ajuda-me (...)” E1 BO
	Memorando de notas		“(…) eu procuro sempre ter um papel escrito por mim com a informação, eu sei onde ela está e (...) quando o colega da unidade pede, deixo-lhe ficar o papel sem problema nenhum, (...) é mais uma garantia de que a informação,(...) não se perde.” E3 BO “(…)durante o procedimento muitas vezes vamos apontando, (...) quando são cirurgias complexas, mais longas levo tudo aponte e mostro ao colega, (...) para não falhar nada em termos de procedimentos que se fez.” E5 BO “(…) eu sei que da parte anestésica os colegas usam uma pequena cábula (...) em que apontam a medicação toda que o doente fez .” E6 BO “Utilizo uma pequena cábula, uns apontamentos, em que costumo colocar para

		<p>esquematizar por exemplo, faço mais ou menos uma sequência dos acontecimentos (...) E10 BO</p> <p>“(...) essa cábula que às vezes nos são facultadas e ajuda-nos bastante porque conseguimos perceber logo de imediato muita coisa do que nos estão a passar oralmente (...)” E11 CI</p>
	Folha de registo intraoperatório	<p>“(...) por vezes eu uso a própria folha do registo intraoperatório, (...) aqui está resumida muita informação do que se fez aqui no bloco.” E6 BO</p> <p>“A nossa folha de registos intraoperatório está em mente (...), passamos de uma forma mental a informação que nós registamos na nossa folha intraoperatória.” E9 BO</p>
	Observação do doente	<p>“Da parte cirúrgica como são menos coisas, (...) conseguimos olhar para o doente, fazer uma avaliação e conseguir apontar a informação necessária (...)” E6 BO</p>
	Comunicação da informação ao enfermeiro responsável pelo doente	<p>“(...)o colega que transmite, vai transmitir ou deveria e tenta-se que se faça, ao colega que vai receber, ao colega que vai ficar responsável pelo doente (...) penso que isso é essencial, prioritário (...) transmitires ao colega que vai-te dar continuidade de cuidados ao doente.” E7 CI</p>
	Utilização do modelo ABCDE	<p>“É esse o meu foco sempre, (...) é por esse [lógica ABCDE] que eu tento estruturar a informação para não perder a informação, (...) e portanto eu tento sempre esquematizar daquela forma para tentar que seja o mais linear possível e não se perder informação, e na lógica do doente crítico é aquela que acaba por ser mais transversal e que acaba por fazer mais sentido a toda a gente e nos ajuda a não perder tanta informação.” E8 BO</p> <p>“Utilizam o método do ABCDE para o doente crítico, tudo aquilo que o doente tem, ventilação...não acho que haja um modelo padronizado entre a equipa mas há uma ideia padronizada de como passar o doente.” E11 CI</p>
	Sequência da informação	<p>“(...) habitualmente eu tenho uma ordem que faço sempre igual, portanto, (...) primeiro do mais amplo para o mais específico (...)” E12 BO</p>

<p>Sugestões para melhorar a comunicação no processo de transição de cuidados</p>	<p>Criação de um procedimento padrão</p>		<p>“Um guião... eu acho que era importante termos algo escrito (...) de forma a passarmos a informação (...) doente, e que é importante para a continuidade dos cuidados. A sugestão, é (...) ter um papel que alguém fizesse, e nos desse um guia, o que é que nós devíamos passar (...) uma orientação escrita (...)” E1 BO</p> <p>(...)a existência de um modelo padronizado, parece-me efetivamente uma boa ferramenta; quanto à informatização dessa ferramenta (...) deveria ser informático, no entanto com os constrangimentos que temos, (...) temo que (...) fosse algo que nos fizesse perder tempo que podia ser aproveitado (...) no tratamento e no cuidado ao doente. (...)Não sendo informático (...) poderia existir um impresso, que fosse preenchido com alguns dos itens mais relevantes (...)se calhar o modelo até já existe tinha era que ser complementado, estou-me a lembrar da folha do circulante [folha do intraoperatório de enfermagem] (...)” E3 BO</p> <p>“(...)criar uma checklist, ou algo em conjunto entre a UCIP e o [bloco], se calhar não fará muito sentido só na UCIP mas, alguma forma de standardizar a passagem de informação (...) a criação de uma folha, que focará (...) cinco, seis pontos que eventualmente é uma questão de se discutir entre as duas equipas aquilo que é relevante para cada uma delas (...)” E4 CI</p> <p>“(...) era interessante ter algum tipo de ferramenta em que nós pudéssemos (...) fazer um registo e passar aquilo que é necessário em termos de continuidade de cuidados que foi feito ao doente, (...) haver um documento em que estivesse resumido tudo que é da área da enfermagem que fosse para passar aos colegas.” E6 BO</p> <p>“(...) poderia ser uma boa estratégia criar uma folha ou outro tipo de conteúdo (...) poderia ser uma estratégia também a criar por vocês lá em baixo (...)uma folha que permita transmitir (...)e que seria mais fácil depois para a UCIP, (...) transmitir essa informação, para que houvesse uma continuidade e não se perdesse informação (...)” E7 CI</p> <p>“(...) eu acho se houvesse um modelo que fosse passível de estruturarmos a informação de passagem (...), a minha sugestão e que eu acho mais lógica, seria deste modelo do ABCDE em termos de resumo da informação do doente crítico (...) a minha sugestão era que fosse com base nesta estrutura, até porque o ABCDE (...), acaba por ser aquele que mais facilmente me permite no doente crítico, recolher a informação que veio do pré-hospitalar, da urgência, sem perder grande informação aqui e depois também possibilitar passá-la(...)” E8 BO</p>
---	--	--	---

			<p>“(…) poderia-se às tantas tentar criar um guião de passagem do doente, uma folha em que toda a gente usasse essa folha e fosse transversal a todos os doentes aquela passagem.” E9 BO</p> <p>“(…) mas tentar um esquema de passagem de doentes através de um documento (...) [que] seja uma coisa facilmente perceptiva, concisa e que esteja estruturada, que tenha uma linha orientadora e que todo a gente se guiasse mais ou menos por isso para passar a informação.” E10 BO</p> <p>“Criar um modelo entre a equipa do bloco de enfermagem de como passar o doente, faz todo o sentido porque ajuda-nos também a nós podermos receber a informação da melhor forma (...) com a criação de algum tipo de folha ou de metodologia que toda a gente passe da mesma forma (...)” E11 CI</p> <p>“(…) acho que era bom nós criarmos aqui uma maneira, um procedimento que fosse comum a toda gente, seja com o doente crítico, seja até com doentes menos críticos, mas acho que é sempre muito relevante e até se fizermos todos da mesma maneira acho que as coisas vão funcionar da melhor maneira. (...) mais conhecido da DGS é o ISBAR, se fosse esse tanto melhor ou outros que achem mais pertinentes, mais adequados a este tipo de doentes, mas acho que era bom nós conseguirmos implementar isso aqui no serviço.” E12 BO</p>
	<p>Compatibilização dos programas informáticos da UCIP e BO</p>		<p>“(…) acho que faria todo o sentido existir uma plataforma que fizesse a ligação entre o bloco e a Ucip (...) acho que o suporte informático seria uma forma de garantir a passagem da informação importante, em que depois a qualquer momento tu terias um recurso que poderias consultar e retirar as tuas dúvidas. Até porque às vezes eu posso ouvir 30 e era 60, e ter um suporte para ter a certeza (...)” E2 CI</p>

	Funções específicas para cada enfermeiro		“(...) criar funções específicas, a admissão é feita com x elementos e cada elemento tem uma função, (...) tu recebes a informação ponto, tu ficas com a via aérea, tu ficas com a parte da farmacologia, (...)distribuir aqui (...). Cada um foca-se na sua missão haverá necessariamente um que irá estar atento à informação, que irá receber o doente, e que do meu ponto de vista será à partida aquele que irá ficar responsável pelo doente a seguir.(...) essa será a pessoa que deverá estar tranquilamente a ouvir o que os colegas do bloco têm para lhe dizer (...)” E4 CI
	Envolvimento da equipa de enfermagem presente na cirurgia na transição		“(...) o enfermeiro que esteve dentro da sala [operatória] vir cá acima trazer o doente, isso era importante mesmo, (...) porque ele é que esteve lá e é que tem o conhecimento de tudo o que se passou lá dentro.” E7 CI
	Formação em serviço		“ Sei que muitas vezes se perde alguma informação por não estar esquematizada a ideia do que se vai passar. (...) ou mesmo [existir] formações no próprio serviço que possam colmatar aí essas falhas [perda de informação] (...)” E10 BO

Quadro análise de conteúdo

**Apêndice VIII – Requerimento dirigido ao Presidente do Conselho de Administração
do Hospital de Braga, EPE**

REQUERIMENTO AO PRESIDENTE DA COMISSÃO EXECUTIVA DO HOSPITAL DE BRAGA

Excelentíssimo Presidente do conselho de Administração do Hospital de Braga,

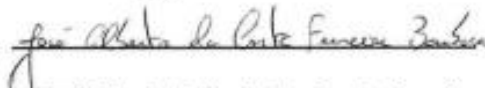
Eu, José Alberto da Costa Ferreira Barbosa, Enfermeiro do Serviço do Bloco Operatório, pretendo desenvolver um estudo de investigação no âmbito da Unidade Curricular- Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, que irá decorrer nos serviços do Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de Braga sob orientação da Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira.

Este projeto tem por objetivo principal analisar o processo de comunicação da informação inter-equipas de enfermagem, na transição de cuidados do doente crítico do Bloco Operatório para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes.

Peço autorização para o desenvolvimento deste estudo no Hospital de Braga e que V. Ex^a se digne a enviar à Comissão de Ética para a Saúde os documentos anexados.

Com os melhores cumprimentos,

Braga, 5 de Abril de 2021


(José Alberto da Costa Ferreira Barbosa)

Apêndice IX – Consentimento Informado

FOLHETO INFORMATIVO

Eu, José Alberto da Costa Ferreira Barbosa, aluno do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar a vossa colaboração, no sentido de poder efetuar uma recolha de dados para fins de investigação, nos serviços do Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de Braga, tendo como intuito desenvolver um estudo de investigação denominado, “A Comunicação da Informação Inter-Equipas de Enfermagem na Transição de Cuidados Do Doente Crítico”.

Com a realização deste estudo pretendo analisar o processo de comunicação da informação inter-equipas de enfermagem na transição de cuidados do doente crítico do Bloco Operatório para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Para a realização deste estudo serão solicitados a recolha dos seguinte dados: idade, sexo, formação académica, tempo de exercício profissional, unidade/serviço onde exerce e tempo de exercício profissional nessa unidade/serviço.

A participação neste estudo é de carácter voluntário, não havendo lugar a qualquer pagamento ou contrapartida aos participantes.

Deste estudo poderá resultar uma publicação de carácter científico, no entanto, os resultados obtidos serão sempre tratados de forma anónima.

Os dados serão recolhidos através de uma entrevista semidirigida , de acordo com o guião de entrevista em anexo , e o entrevistado terá total liberdade de resposta. Todos os dados serão sujeitos a um processo de pseudonimização, para que não seja permitido identificar de forma direta o seu titular enquanto decorrer o tratamento de dados, sendo que no final deste processo será garantida a anonimização. A entrevista será gravada com recurso a aparelho de gravação, sendo transcrita num prazo máximo de 48 horas a partir da qual será apagada. Serão transcritos apenas os dados considerados importantes para o estudo em causa. Será criada uma matriz de correspondência algarismo/entrevistado em formato word, que ficará guardada no computador pessoal que está protegido por palavra passe. A entrevista transcrita em formato word será guardada na cloud institucional – One Drive, sendo que esta cloud está protegida por palavra passe, onde apenas o investigador principal terá acesso.

Os dados pessoais recolhidos no âmbito deste estudo serão conservados até à conclusão do estudo para análise de conteúdo, não devendo exceder o prazo máximo de um ano, Após este prazo todos os dados em formato papel serão eliminados através de

máquina de triturar papel, assim como os dados armazenados em suporte digital, computador e cloud, serão definitivamente apagados.

É garantido aos titulares dos dados o direito ao acesso, atualização e retificação dos seus dados, mediante pedido efetuado por escrito e dirigido ao investigador principal. Está também garantido nos termos da lei, o retirar do consentimento para o tratamento de dados para as finalidades do estudo, através de pedido escrito dirigido ao investigador principal, não invalidando o tratamento de dados efetuado até essa data tendo por base o consentimento previamente consentido.

No caso de pretender notificar, por aspetos relacionados à proteção de dados, poderá fazê-lo dirigindo pedido por escrito ao Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga, através do email: dpo@hb.min-saude.pt ou através de queixa enviada à Comissão Nacional de Proteção de Dados através do site: www.cnpd.pt.

O investigador principal, José Alberto da Costa Ferreira Barbosa

Email: jose.barbosa@hb.min-saude.pt

Obrigado pela sua colaboração

Braga, __de _____ de 2021

Tomei conhecimento,

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, tomei conhecimento, de acordo com as recomendações constantes na Declaração de Helsínquia do objetivo, finalidade e da forma como vou participar no estudo de investigação denominado, “A Comunicação da Informação Inter-equipas de Enfermagem na Transição de Cuidados do Doente Crítico”, a ser efetuado por José Alberto da Costa Ferreira Barbosa.

Fui esclarecido (a) sobre todos aspetos que considero importantes acerca da investigação, tendo-me sido dada a oportunidade de colocar questões que julguei oportunas, tendo obtido as respostas satisfatórias às questões colocadas.

Fui informado (a) sobre o respeito pelo princípio da confidencialidade e a anonimato dos dados, do direito de acesso, atualização e retificação dos dados pessoais, assim como o direito de recusar a qualquer momento de participar no estudo, sem que daí resulte qualquer tipo de prejuízo para mim.

Sim, autorizo

Não autorizo

Assinatura do participante: _____

Assinatura do investigador: _____

Data: ___ / ___ / _____

Nota: Este documento é composto por 3 páginas e feito em duplicado, sendo que uma cópia fica com o investigador e a outra fica com o entrevistado que consente.

