



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Consulta Pré-Cirúrgica de Enfermagem: a Informação a transmitir ao Utente submetido a Cirurgia Ambulatória

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Alexandra Sofia Azevedo Maia



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Alexandra Sofia Azevedo Maia

Estágio de Natureza Profissional
com Relatório Final

Consulta Pré-Cirúrgica de Enfermagem: a Informação a transmitir ao Utente submetido a Cirurgia Ambulatória

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Aurora Pereira
e Professora Doutora Isabel Araújo

Março, 2023

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório de estágio de natureza profissional representa o esforço e dedicação de muito tempo e não seria possível sem o contributo e o ensino de várias pessoas, a quem quero deixar um profundo agradecimento:

À Professora Doutora Aurora Pereira e à Professora Doutora Isabel Araújo pela disponibilidade, pelas palavras de incentivo e de encorajamento e pela orientação imprescindível ao longo de todo o processo.

Ao Enfermeiro Zacarias pelo incentivo e apoio ao ingresso neste percurso.

Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e disponibilidade ao longo desta jornada.

Aos meus colegas deste Curso de Mestrado pelo companheirismo, amizade e espírito de entreajuda que caracterizou a nossa turma e tornou mais fácil o meu percurso.

Aos colegas enfermeiros que tive oportunidade de conhecer e que partilharam comigo os seus conhecimentos nos diferentes estágios deste Mestrado.

E em especial ao meu marido e aos meus filhos pela motivação, pela compreensão, pelo apoio incondicional com que me acompanharam ao longo desta longa caminhada.

A todos Muito Obrigada

*“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar
novas paisagens, mas em ter novos olhos”.*

Marcel Proust

RESUMO

Este relatório final de Estágio de Natureza Profissional (ENP) tem por objetivo desenvolver um relato fundamentado e reflexivo, que permita espelhar as atividades desenvolvidas no contexto de estágio, que levaram à aquisição e desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais especificamente, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

O ENP surge como complemento da formação académica decorrente da componente de especialização, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Este ENP foi realizado numa Unidade de Cirurgia Ambulatória pertencente a um Centro Hospitalar do Norte de Portugal.

O contexto em que este decorreu contribuiu com um vasto leque de experiências, que propiciaram a concretização dos objetivos propostos, nomeadamente a aquisição das competências nos diferentes domínios da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Estas incluem o desenvolvimento da componente de investigação, inerente também ao percurso académico do Curso de Mestrado. Nesta área, foi desenvolvido o estudo sobre a informação a transmitir ao utente na Consulta Pré-Cirúrgica de Enfermagem (CPCE) para preparação do utente submetido a Cirurgia Ambulatória (CA).

A CPCE deve ser fundamentada na melhor evidência científica e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, possuir metodologia própria, proporcionar uma visão holística e personalizar os cuidados de enfermagem, na resposta às necessidades de informação e objetivos do utente (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Neste sentido, foi realizado um estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL), com o objetivo de descrever a evidência científica sobre que informação transmitir ao utente na CPCE, com a finalidade de obter resultados aplicáveis ao contexto de CA.

Os resultados da RIL evidenciaram a informação a proporcionar ao utente na CPCE, possibilitando a definição das necessidades informativas do utente.

Esta evidência será útil para incorporar num modelo de CPCE e preparação do utente submetido a CA.

Palavras-chave: consulta de enfermagem, pré-operatório, cirurgia ambulatória, informação.

ABSTRACT

This final report of Professional Internship (PI) aims to develop a reasoned and reflective report, which allows to mirror the activities developed in the internship context, which led to the acquisition and development of Competencies in Medical-Surgical Nursing, more specifically, in the area of nursing to the person in critical situation.

The PI comes as a complement to the academic training resulting from the specialization component, within the scope of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing, at the Escola Superior de Saúde of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo. This PI was carried out in an Ambulatory Surgery Unit belonging to a Hospital Center in the North of Portugal.

The context in which it took place contributed with a wide range of experiences, which enabled the achievement of the proposed objectives, namely the acquisition of skills in the different fields of the specialty in Medical-Surgical Nursing. These include the development of the research component, which is also inherent to the academic path of the Master's Course. In this area, a study was carried out on the information to be transmitted to the patient in the Pre-Surgical Nursing Consultation (PSNC) to prepare the patient undergoing Ambulatory Surgery (AS).

The PSNC must be based on the best scientific evidence and the quality standards of nursing care, have its own methodology, provide a holistic view and personalize nursing care, in response to the patient's information needs and objectives (Order of Nurses, 2006). In this sense, an Integrative Literature Review (ILR) study was carried out, with the aim of describing the scientific evidence on what information to transmit to the patient in PSNC, with the aim of obtaining results applicable to the context of AS.

The results of the ILR highlighted the information to be provided to the patient in the PSNC, enabling the definition of the patient's information needs.

This evidence will be useful to incorporate into a PSNC model and preparation of the patient undergoing AS.

Keywords: nursing consultation, preoperative, ambulatory surgery, information.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APCA: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
AS: Ambulatory Surgery
ASA: *American Society of Anesthesiologists*
BNP: Bloqueio de Nervos Periféricos
CA: Cirurgia Ambulatória
CEMC: Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica
CNADCA: Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório
CPCE: Consulta Pré-Cirúrgica de Enfermagem
CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
DGS: Direção Geral da Saúde
EEEMC: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
ENP: Estágio de Natureza Profissional
ERAS: *Enhanced Recovery After Surgery*
GC: Grupo de Controlo
GE: Grupo Experimental
IACS: Infecções Associadas a Cuidados de Saúde
ILC: Infecção do Local Cirúrgico
ILR: Integrative Literature Review
LVSC: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
MEDLINE: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MeSH: *Medical Subject Headings*
Nº ou nº: número
OE: Ordem dos Enfermeiros
PBE: Prática Baseada na Evidência
p.: página
PI: Professional Internship
PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*
PSNC: Pre-Surgical Nursing Consultation
RCAAP: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RIL: Revisão Integrativa da Literatura
SciELO: *Scientific Electronic Library Online*
UCA: Unidade de Cirurgia de Ambulatório
UCPA: Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| AGRADECIMENTOS | ii |
| PENSAMENTO | iii |
| RESUMO | iv |
| ABSTRACT | v |
| ABREVIATURAS E SIGLAS | vi |
| SUMÁRIO | vii |
| ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS | ix |
| INTRODUÇÃO | 10 |
| CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL | 14 |
| 1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO | 16 |
| 2. AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA | 23 |
| 2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL..... | 24 |
| 2.2. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS..... | 28 |
| 2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS..... | 40 |
| 2.4. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO..... | 43 |
| 2.5. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO..... | 46 |
| CAPÍTULO II – CONSULTA PRÉ-CIRÚRGICA DE ENFERMAGEM: A INFORMAÇÃO A TRANSMITIR AO UTENTE SUBMETIDO A CIRURGIA AMBULATÓRIA | 52 |
| 1. MATERIAIS E MÉTODOS | 56 |
| 1.1. PROTOCOLO DO ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA..... | 57 |
| 1.2. SELEÇÃO DOS ESTUDOS..... | 59 |
| 2. RESULTADOS DO ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA | 61 |
| 2.1. EXTRAÇÃO DOS DADOS..... | 61 |
| 2.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS..... | 68 |
| 2.3. SÍNTESE E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA EVIDÊNCIA..... | 68 |
| 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 73 |
| 4. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS | 77 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 79 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 84 |
| ANEXOS | 90 |
| Anexo 1 – CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE A CIRURGIA EM REGIME DE AMBULATÓRIO..... | 91 |

| | |
|--|----|
| Anexo 2 – CLASSIFICAÇÃO ASA..... | 93 |
| Anexo 3 – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA..... | 95 |
| Anexo 4 – LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SALA DE OPERAÇÕES E LISTA DE VERIFICAÇÃO DO MATERIAL DE ANESTESIA..... | 97 |
| Anexo 5 – FORMAÇÃO “ANESTESIA REGIONAL EM CIRURGIA AMBULATORIA”..... | 99 |

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Processo de filtragem dos estudos – Diagrama PRISMA..... | 60 |
| Quadro 1 – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura..... | 58 |
| Quadro 2 – Níveis de evidências de acordo com o tipo de estudo..... | 59 |
| Quadro 3 – Formulário de Extração de Dados..... | 62 |
| Quadro 4 – Resumo dos Resultados..... | 72 |

INTRODUÇÃO

A diferenciação e especialização dos enfermeiros assume hoje uma grande importância, com a crescente exigência técnica e científica na prestação de cuidados de enfermagem, sendo uma realidade que começa a abranger a generalidade dos profissionais de saúde. No sentido de acompanhar esta exigência, a Ordem dos Enfermeiros (OE) determina, no Regulamento n.º 140/2019, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, definindo como enfermeiro especialista “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744).

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe a aquisição de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, assim como competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção. No caso da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando a abrangência da mesma e as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em diferentes contextos, a OE definiu quatro áreas de enfermagem: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Este relatório reporta-se às competências desenvolvidas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

No âmbito do VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, optei pela unidade curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP) no 2º ano.

O ENP tem como objetivo complementar a formação académica já decorrida no 1º ano do ciclo de estudos, integrando o mestrando no exercício da atividade profissional, e pressupõe a realização de um relatório final, onde se descrevem as atividades desenvolvidas e competências adquiridas em contexto de estágio, desenvolvendo uma análise e reflexão crítica. O Relatório de Estágio de Natureza Profissional que se segue integra o processo de avaliação desta unidade curricular.

Desta forma, defini as metas, os objetivos e delinee a metodologia que facilitou a aquisição de competências na minha formação como Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) ao longo do ENP.

Neste relatório de ENP é referenciada apenas a área de enfermagem à pessoa em situação crítica, visto ser o contexto alvo deste Curso e, conseqüentemente, deste estágio.

O ENP decorreu numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), pertencente a um Centro Hospitalar do Norte de Portugal. O contexto de Cirurgia Ambulatória (CA) é a minha área de atuação profissional atual, pelo que procurei preparar o meu percurso profissional como EEEMC, com o objetivo de ser uma mais-valia no meu local de trabalho. A escolha do local de estágio foi condicionada pela pandemia SarsCov2. Iniciei o ENP numa UCA de uma Unidade hospitalar que depois cancelou todos os estágios por tempo indeterminado, pelo que foi necessário procurar uma alternativa. Apesar deste contratempo, foi possível realizar o ENP numa UCA, como inicialmente previsto.

O contexto de uma UCA difere de outros, pelo facto de a prestação de cuidados de saúde abranger utentes com situações clínicas muito variadas, e incluir prestação de cuidados de enfermagem em contexto perioperatório, em que a permanência do utente é bastante reduzida em relação ao contexto de internamento. A prestação de cuidados de enfermagem numa UCA requer uma grande diversidade de conhecimentos e uma grande capacidade de adaptação e resposta imediata.

Consideradas as expectativas e necessidades profissionais e pessoais, e de forma a estabelecer um percurso orientador para o ENP, foram definidos os objetivos. Estes consideraram as Competências Específicas do EEEMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que se encontram agrupadas de acordo com quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Assim, os objetivos foram os seguintes:

- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos, a deontologia profissional. o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

- Prestar cuidados de enfermagem ao utente em situação crítica, utilizando meios de vigilância, monitorização e gestão terapêutica avançados, de forma a identificar precocemente focos de instabilidade, tomar decisões pronta e antecipadamente, numa atitude de relação/ comunicação terapêutica;

- Adquirir competências na organização e gestão dos serviços ao nível de recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem;

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos;

- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da dinamização da formação em serviço;

- Desenvolver o autoconhecimento e assertividade;

- Desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade;

- Desenvolver competências na prática de investigação em enfermagem.

Tanto as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, como o percurso académico inerente ao Mestrado, possuem uma componente de investigação subjacente. É fundamental que o enfermeiro especialista, independentemente da sua área de atuação, promova o espírito investigador e o pensamento crítico e adote uma filosofia de aprendizagem ao longo da vida. Nesta perspetiva, como parte do meu percurso formativo foi realizado um estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

A temática do estudo incidiu sobre a Consulta Pré-Cirúrgica de Enfermagem (CPCE): a Informação a transmitir ao Utente submetido a Cirurgia Ambulatória (CA) e teve como objetivo geral descrever a evidência científica sobre que informação transmitir ao utente na consulta pré-cirúrgica de enfermagem, com a finalidade de obter resultados aplicáveis ao contexto de CA. A seleção da temática esteve relacionada com o meu interesse pessoal e com a necessidade de investimento na CPCE identificada durante o ENP, que proporcionaram uma oportunidade de investigação válida e relevante para o contexto em que o mesmo decorreu.

Neste relatório final descrevo as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas durante o ENP sob forma de análise crítico-reflexiva, e apresento o estudo de investigação acima mencionado. Assim, estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos. Termina este relatório com as considerações finais, onde se procede à síntese de todo este percurso.

**CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM CONTEXTO DE
ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como objetivo o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC. Tendo em conta a abrangência da área de enfermagem médico-cirúrgica, todas as unidades curriculares, assim como os serviços onde decorrem os estágios, contribuem com um vasto leque de oportunidades de aprendizagem e experiências para a aquisição de competências.

O contexto em que decorreu este Estágio de Natureza Profissional (ENP) foi um fator determinante para o desenvolvimento da minha formação como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC). O local inicialmente escolhido suspendeu todos os estágios por tempo indeterminado devido à pandemia por Covid-19, e, apesar de já ter iniciado o meu percurso nessa Unidade, foi necessário procurar um local de estágio alternativo.

Apesar deste incidente, foi possível que o ENP decorresse numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), como seria previsto, sendo necessário alterar o local de estágio para um Centro Hospitalar que autorizasse a presença de estudantes naquele período.

Neste capítulo é descrito o contexto em que decorreu o ENP, as atividades desenvolvidas durante o mesmo, e como se desenvolveram competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O Centro Hospitalar onde decorreu o ENP situa-se no Norte de Portugal e é um dos principais hospitais universitários do país, abrangendo todas as áreas da saúde, de ensino e investigação, e cobre o atendimento a uma população superior a três milhões de habitantes.

Este Centro Hospitalar visa a excelência em todas as suas atividades numa perspetiva global e integrada da saúde. Tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e de referência, e promove a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino, da formação profissional, da investigação e o desenvolvimento científico na área da saúde.

Os valores defendidos pela Instituição incluem a saúde dos doentes e a qualidade do serviço, o orgulho e sentimento de pertença, a excelência em todas as atividades, privilegiando a qualidade e a segurança, o respeito pelas pessoas, o trabalho em equipa, a responsabilidade, a integridade e a ética.

Caraterização da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

A UCA onde decorreu o ENP é um centro cirúrgico totalmente dedicado à CA e pretende proporcionar aos utentes um melhor serviço, humanizado, de alta qualidade, simultaneamente com o menor custo operacional. Esta unidade privilegia a prestação de cuidados centrados no utente e na melhoria contínua da sua qualidade de vida.

Assim, tem como missão manter elevados níveis de excelência e rigor, respeitando o princípio da humanização, proporcionar o ambiente físico e os recursos humanos e materiais necessários à prestação de cuidados de saúde, promover o orgulho e sentimento de pertença de todos os profissionais, de forma a assegurar o empenho no cumprimento dos objetivos institucionais e a máxima rentabilização dos recursos.

A UCA onde decorreu o estágio dispõe de 4 pisos e inclui nas suas instalações:

- Central de Esterilização;

- Área de Consultas: com 14 gabinetes de consulta, onde se inclui o gabinete para a Consulta Pré-cirúrgica de Enfermagem, dois gabinetes para a Consulta pós-operatória de Enfermagem/ Sala de Tratamentos, gabinete de Consulta de Enfermagem Não presencial do Dia Anterior e gabinete para a Consulta de Enfermagem Não Presencial do Dia Seguinte;

- Salas Operatórias com circuito para o utente submetido a procedimento cirúrgico com presença de anestesista: 8 salas distribuídas por 2 pisos, sendo que duas destas permitem um circuito próprio para utentes submetidos a pequena cirurgia e que previsivelmente não necessitam de recobro após a cirurgia. Para isto existem anexos a estas duas salas vestiários e acesso direto dos mesmos às salas de espera, sendo que estes acessos apenas se encontram disponíveis quando as salas funcionam com Pequena Cirurgia. Nestas salas a equipa é composta por Enfermeiro Circulante, Enfermeiro de Anestesia, Enfermeiro Instrumentista, Médico Anestesista; dois Cirurgiões e frequentemente alunos do Curso de Enfermagem e Internos do Curso de Medicina;

- Salas Operatórias com circuito para o utente submetido a Pequena Cirurgia: estão disponíveis 3 salas exclusivamente utilizadas para este efeito, também distribuídas por dois pisos, onde a equipa é composta pelo Cirurgião e pela Enfermeira Circulante;

- Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA): existem duas unidades em pisos diferentes, uma UCPA com 5 unidades e outra UCPA com 7 unidades, sendo que a sétima unidade é utilizada exclusivamente para efetuar anestesia loco-regional;

- Salas de Admissão/ Recobro tardio: existem duas salas que funcionam como sala de admissão, mas que também serão as salas para Recobro tardio, pois o utente regressa da UCPA e permanece na mesma unidade até à alta da UCA. A sala de admissão/ Recobro tardio com maior capacidade tem 22 unidades com cama e uma sala anexa com 10 cadeirões onde o utente pode permanecer após o levante. A sala com menor capacidade tem 8 cadeirões para admissão dos utentes e 4 cadeirões para o utente permanecer após o levante, sendo que obriga a maior permanência do mesmo na UCPA.

- Pernoita: composta por 10 quartos individuais e respetivas instalações de apoio (sala de trabalho de enfermagem, salas de equipamentos, armazém de material clínico, ...), onde os utentes que têm alta no dia seguinte até às 8h permanecem, estando aqui alocados no turno da noite dois enfermeiros e uma assistente operacional;

- Gabinete do Enfermeiro Chefe;
- Instalações de apoio, como armazéns de material clínico, vestiários, áreas administrativas, salas de espera, sanitários.

Nesta UCA são prestados cuidados de enfermagem a utentes no âmbito das especialidades cirúrgicas: Neurocirurgia, Ortopedia Pediátrica e Adultos, Cirurgia Geral de Ambulatório, Cirurgia Hepato-biliar, Cirurgia Extra-digestiva, Cirurgia Esófago-gastro-duodenal, Oftalmologia Pediátrica e Adultos, Ginecologia, Urologia Pediátrica e Adultos, Cirurgia Pediátrica, Otorrinolaringologia Pediátrica e Adultos, Cirurgia Vasculard, Dermatologia, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial Pediátrica e Adultos, Cirurgia Plástica Pediátrica e Adultos e Transplante Córnea.

As equipas de assistentes técnicos, operacionais e de enfermagem exercem a sua atividade exclusivamente na UCA, enquanto a equipa médica circula por todo o Centro Hospitalar onde se insere esta Unidade.

O utente inicia o seu percurso na UCA na consulta pré-operatória, onde em conjunto com o cirurgião decide/ aceita ser submetido ao procedimento cirúrgico. Nesta UCA o cirurgião decide a necessidade de o utente comparecer a consulta de Anestesia previamente ao dia da cirurgia, mediante os critérios definidos pela instituição.

A equipa de enfermagem realiza a Consulta Pré-Cirúrgica de Enfermagem presencial aos utentes que frequentam a consulta médica pré-operatória na UCA, quando existe um parecer positivo do cirurgião e do utente para a realização do procedimento cirúrgico.

A estrutura física e funcional existente neste Centro Hospitalar não permite que todos os utentes tenham a sua consulta pré-operatória nas instalações desta UCA. Além disto, a pandemia impossibilitou-os de frequentarem consultas presenciais no período de confinamento, o que impulsionou a criação da Consulta de Enfermagem Não Presencial do Dia Anterior, efetuada nas 24 a 48h antes do dia da cirurgia, de forma a colmatar a inexistência da consulta presencial.

No dia da cirurgia o utente é admitido na UCA, sendo recebido pelo enfermeiro de acolhimento na sala de admissão onde posteriormente permanecerá até à alta. Chegada a hora da cirurgia, o assistente operacional desta sala acompanha o utente até à sala operatória.

Apesar da responsabilidade do transporte ser do assistente operacional, habitualmente o enfermeiro de anestesia ou o enfermeiro circulante apresentam-se ao

utente no início deste percurso, colaborando com o assistente operacional no transporte do utente. Na chegada à sala operatória a restante equipa apresenta-se e tem início a fase intraoperatória, que termina com a chegada à UCPA.

Inicia-se assim a fase pós-operatória, que culmina na recuperação do utente do processo cirúrgico/ anestésico. Após a alta no dia da cirurgia, o utente pode ser encaminhado para a consulta pós-operatória de enfermagem na UCA, ou para os cuidados de saúde primários. É avaliada a necessidade de o utente recorrer à UCA para esta consulta com data/ hora agendados.

Posteriormente à cirurgia é efetuada uma Consulta de Enfermagem Não Presencial do Dia Seguinte a todos os utentes intervencionados nesta UCA. Esta consulta tem como objetivo avaliar o estado do utente nas 24h após a cirurgia, verificar se existe necessidade de encaminhar o mesmo para cuidados de saúde, esclarecer dúvidas/ reforçar ensinamentos pós-operatórios e avaliar a qualidade dos cuidados prestados.

Toda a equipa de enfermagem presta cuidados nas diversas áreas da UCA: admissão, recobro, sala operatória, UCPA, consulta de enfermagem pré e pós-operatória. A atribuição do posto de trabalho é efetuada pelo Enfermeiro Chefe diariamente em Plano de Trabalho e tem em conta a função e as competências de cada enfermeiro.

Na admissão/ recobro tardio e pernoita a metodologia de trabalho utilizada é o método por enfermeiro responsável, em que o enfermeiro tem um número limitado de utentes atribuído pelos quais é responsável desde a admissão até à alta. Na sala operatória a metodologia de trabalho utilizada é o método funcional, tendo o enfermeiro atribuído um posto de trabalho que implica o desempenho das funções de enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante ou enfermeiro instrumentista.

O enquadramento teórico e metodologia científica aplicados no exercício de enfermagem nesta Instituição, nomeadamente o Processo de Enfermagem, têm uma filosofia de cuidados apoiada na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Pelas suas características únicas, torna-se importante caracterizar a CA para compreendermos melhor o contexto em que decorreu o ENP.

Segundo a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório ([CNADCA], 2008), a cirurgia em regime de ambulatório consiste na realização de uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco regional ou local, em que a permanência do utente é inferior a 24 horas.

De acordo com a CNADCA (2008), a CA permite a centralização no utente, trazendo também alterações organizacionais com múltiplas vantagens:

- diminui a taxa de complicações pós-operatórias, como, por exemplo, dor, tromboembolismo, infeção associada a cuidados de saúde, complicações cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais;

“A CA associa-se a uma menor taxa de complicações pós-operatórias, apresentando uma incidência de regressos ao hospital não superior àquela encontrada no pós-operatório da cirurgia clássica com internamento. A dor pós-operatória é em geral mais reduzida, sendo assinalada uma diminuição do risco de tromboembolismo, em virtude da deambulação precoce, sendo que a hospitalização aumenta o risco de exposição a infeções nosocomiais” (Despacho nº1380/2018, p.4511).

- gera menor stress no utente, pois possibilita a recuperação em meio familiar, com o regresso precoce às suas atividades diárias, à vida familiar e profissional, comparativamente com os utentes que ficam internados. Isto permite uma menor alteração da vida quotidiana dos utentes, reduzindo o tempo de afastamento destes do seu ambiente familiar e social;

- aumenta a acessibilidade dos utentes à cirurgia, pois permite a redução das listas de espera para cirurgia;

- permite a racionalização da despesa em saúde, com a correta reorientação dos recursos económicos da instituição, pois tem menor custo quando comparada com a mesma intervenção efetuada em regime de internamento.

Desta forma, o impacto social e económico deste modelo organizacional traz benefícios a todos os seus intervenientes: ao utente, pela qualidade, acessibilidade e humanização; ao profissional, pela satisfação que daí advém; e ao Estado, pela redução dos custos.

De acordo com o Despacho nº1380/2018, publicado em Diário da República: “A cirurgia de ambulatório representa um importante instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com múltiplas vantagens associadas, reconhecidas internacionalmente” (p.4511).

Além de possibilitar uma reorganização hospitalar, de forma a reservar o internamento a situações de que dele necessitem, racionalizando assim os recursos hospitalares, permite uma redução considerável do tempo de espera cirúrgica.

A CA é um modelo organizativo centrado no utente, que está associado a um aumento significativo da qualidade, com aumento da personalização e da humanização dos cuidados de saúde. Engloba uma equipa multidisciplinar, com elevado grau de responsabilidade, sendo um fator imprescindível para o sucesso que a equipa de enfermagem, assistentes técnicos e operacionais, e equipa médica estejam dedicadas à CA.

A CNADCA (2008) considera que o êxito, face à complexidade inerente à organização e funcionamento de uma UCA, depende fundamentalmente de uma equipa de enfermagem que assente devidamente a sua prática no rigor e competência.

De acordo com a CNADCA (2008), os Enfermeiros são o *core* da cirurgia de ambulatório (humanização, segurança, qualidade), daí a necessidade de seleção, profissionalização e motivação cuidadas.

A diferenciação e especialização dos enfermeiros assume uma grande importância na CA, com a crescente exigência técnica e científica neste contexto. Desta forma, o EEEMC desempenha um papel preponderante na prestação de cuidados especializados, baseados na evidência científica, de forma contínua, holística, como resposta às necessidades do utente e da sua família.

Neste contexto, a prática de enfermagem tende a ser organizada/ programada, de acordo com a condição prévia do utente. Os cuidados de enfermagem em contexto de CA são individualizados e integram no planeamento dos cuidados as dimensões física, psicológica, social e espiritual do utente (Lima, citado por Marques, 2011). A intervenção do enfermeiro é essencial em todo o percurso, iniciando-se na preparação do utente na consulta pré-cirúrgica de enfermagem, onde a colheita de dados junto do utente possibilita a identificação das necessidades pré-existentes e antecipa necessidades futuras decorrentes da cirurgia, e os ensinamentos pré e pós-operatórios desmistificam o desconhecido, sendo as informações proporcionadas transmitidas tendo em conta o passado, o nível de interesse e o stresse do utente (Long, citado por Marques, 2011).

Sendo assim, as intervenções de enfermagem com vista ao planeamento da alta do utente mantêm-se e/ou vão sendo ajustadas às suas necessidades durante

todo o seu percurso, sem descurar as necessidades que vão surgindo de acordo com cada fase, pré, intra e pós-operatório.

A complexidade crescente e a evolução são constantes no contexto de CA e as áreas de atuação na UCA variadas, o que obriga os enfermeiros a uma constante atualização de conhecimentos.

2. AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1998), o enfermeiro especialista possui um curso de especialização em enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, sendo-lhe atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, além dos cuidados de enfermagem gerais.

Todos os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências, independentemente da sua área de especialidade, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem. Estas competências envolvem as dimensões da educação dos utentes e dos pares, de liderança, orientação, e ainda a responsabilidade de basear o seu exercício profissional especializado na investigação, e promover a formação. Estas são as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

As Competências Específicas são definidas em função de cada área de especialidade, adequando os cuidados às necessidades de saúde das pessoas, tendo em consideração as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde que se enquadram naquele campo de intervenção.

Como já foi mencionado, o ENP tem por objetivo a aquisição de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais concretamente na área de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. É neste capítulo que descrevo as atividades desenvolvidas e competências adquiridas durante o ENP e realizo uma análise e reflexão crítica sobre as mesmas.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) são agrupadas em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Estes mesmos domínios e as competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica proporcionam uma linha orientadora para a descrição das atividades desenvolvidas durante o ENP e a análise crítico-reflexiva que se segue.

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Na prestação de cuidados de enfermagem o Enfermeiro Especialista desenvolve uma prática profissional de acordo com os princípios éticos, legais e deontológicos. Este domínio, explanado nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, foi sempre uma preocupação constante durante o meu exercício profissional e alvo de reflexão durante o ENP.

Assim, o *domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal* remete-nos para um exercício profissional ético e seguro, assente em conhecimento ético-deontológico e na avaliação sistemática das melhores práticas, baseadas nas preferências do utente.

A profissão de Enfermagem tem como objetivo

“prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei n.º 161/96, p. 2960).

De acordo com o mesmo Decreto-Lei, o exercício profissional dos enfermeiros assenta numa “conduta responsável e ética” e atua no “respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

Desta forma, os padrões éticos da profissão de enfermagem assentam na preocupação com o bem-estar de outros seres humanos, não bastando para a prestação de cuidados a qualidade técnico-científica. Na perspetiva ética, a relação entre o enfermeiro e quem recebe cuidados rege-se por princípios e valores, assentes na Dignidade Humana, da qual decorrem todos os outros princípios (Nunes et al., 2005).

A Dignidade Humana é assim o pilar de todas as intervenções, estando presente de forma inequívoca. Para Savater, citado por Nunes et al. (2005), esta implica a “inviolabilidade de cada pessoa”; o “reconhecimento da autonomia” para decidir os planos da sua vida, as suas normas, sem limites, exceto o limite imposto pelo direito semelhante de outros; o reconhecimento de que cada um deve ser tratado de acordo com a sua conduta e não segundo outros fatores, como a raça, sexo, classe social, entre outros; e a exigência de solidariedade para com outros seres humanos.

A Dignidade Humana é o núcleo dos direitos humanos fundamentais, uma vez que caracteriza a Pessoa como “um fim em si mesmo e nunca um meio ou um instrumento de outra vontade” (Kant, citado por Nunes et al., 2005, p. 62), dotada de individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia – “o ser humano, como sujeito moral, possui uma dignidade absoluta” (Nunes et al., 2005, p. 62).

Respeitando este princípio, procurei integrar na minha prática, este conceito, de forma a reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade individual de cada utente e de todos os profissionais com quem contactei ao longo do ENP. Construí estratégias de resolução de problemas com o utente e a equipa, procurando a resposta mais apropriada à pessoa e à sua situação.

No contexto de prestação de cuidados de saúde surge a necessidade de intervenção da Bioética, como a ciência, ou disciplina, que se ocupa do agir, da ética e da nossa responsabilidade humana, de dever entre homens e de todos para com a humanidade e o meio ambiente que nos rodeia (Azevedo, 2010). De acordo com este autor, esta assenta em quatro princípios fundamentais: o respeito pela autonomia das pessoas, a beneficência, a justiça e o da não-maleficência, diferente de beneficência, que orientam a decisão em questões de ética médica.

A Bioética como disciplina tem crescido nas últimas décadas, tendo sido reforçada pela *Convenção para os Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina*, publicada em Diário da República em 2001.

Esta Convenção tem como finalidade proteger “o ser humano na sua dignidade e na sua identidade e garantem a toda a pessoa, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da biologia e da medicina” (p.27).

Sendo assim, o interesse e o bem-estar da Pessoa são preservados sobre o interesse da sociedade ou da ciência. Para isto, esta Convenção visa assegurar o acesso equitativo aos cuidados de saúde, e dá ênfase ao Consentimento, instituindo como regra geral que a pessoa alvo da intervenção deve ser informada previamente quanto ao objetivo, natureza, consequências e riscos que a intervenção acarreta, podendo a qualquer momento negar o seu consentimento, definindo assim o consentimento livre e esclarecido.

No que toca ao direito à informação, esta Convenção preconiza que qualquer pessoa tem direito a conhecer toda a informação sobre a sua saúde, a não ser que se exprima em contrário.

Na área de CA, naturalmente existe preocupação com o consentimento livre e esclarecido e com o direito à informação. No ENP, durante o acolhimento do utente, alvo da intervenção, assegurei que este se encontrava previamente informado quanto ao objetivo, natureza, consequências e riscos que a intervenção acarreta. Para isso, necessitei verificar se o consentimento se encontrava previamente preenchido, garantindo o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o mesmo, e assegurei que o utente compreendia a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão, sendo por vezes necessário providenciar também a presença do cirurgião ou do médico anestesista.

Sendo a Enfermagem uma profissão na área da saúde, cujo conceito moral básico assenta na preocupação com o bem-estar de outros seres humanos, diz-nos o artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro, considerado o “artigo ético”, que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Nunes et al., 2005, p.61).

A Deontologia profissional, como expressão das normas e deveres inerentes à profissão, faz a ligação entre a moral profissional e o direito, chamando a atenção para a necessidade de ditar um conjunto de regras que corrigem a ação, entrecruzando-se com a Ética e a Moral. Tem como características o dever, o apropriado, mas atua sobre os membros de uma profissão, para a manutenção da ordem e a harmonia da sociedade. É o dever ser profissional. Define um conjunto de normas assentes nos princípios morais e do direito, com vista a definir as boas práticas de uma profissão (Nunes et al., 2005).

No contexto em que decorreu o ENP foi notório que o utente se encontrava frequentemente fragilizado, numa situação vulnerável, decorrente da sua situação clínica, da iminência da realização de um procedimento cirúrgico/ anestésico, da impossibilidade de agir em sua própria defesa enquanto se encontra sedado ou sob anestesia geral. O utente aceita expor-se aos riscos inerentes a esse procedimento, submeter-se a um estado de consciência alterado e fica numa situação de vulnerabilidade física e emocional, onde tem de gerir as suas expectativas relativas ao procedimento e aos resultados do mesmo. Desta forma, ainda que sejam conceitos mais utilizados na área dos cuidados de enfermagem perioperatórios, é inevitável referir a vulnerabilidade e a consciência cirúrgica, visto serem também aplicáveis no contexto dos cuidados à pessoa em situação crítica.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, a vulnerabilidade traduz-se na incapacidade de a pessoa gerir os riscos a que é exposta, desprotegida e incapacitada de se defender, necessitando de alguém que a substitua, enquanto que a consciência cirúrgica é definida como

“um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável” (Regulamento n.º 429/2018, p.19366).

Durante o ENP, acompanhada pelo enfermeiro tutor, procurei prestar cuidados de enfermagem garantindo a segurança congruente com a consciência cirúrgica, agindo sempre em benefício do utente, das suas necessidades individuais. Foi crucial a gestão dos riscos e das consequências possíveis e prováveis de cada decisão, atuar com prudência e precaução, dar atenção ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude antecipatória, com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial ao utente ou à equipa. Assim, procurei desenvolver a minha atividade assente nas boas práticas, garantindo cuidados seguros, de qualidade, proporcionando ao utente a proteção devida enquanto este se encontrava vulnerável.

Como já foi referido, é competência do enfermeiro especialista demonstrar um exercício profissional que utiliza habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A prestação de cuidados de enfermagem especializados deverá assentar num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do utente.

Desta forma, o enfermeiro especialista deverá suportar a tomada de decisão num juízo baseado no conhecimento e na experiência, construindo a tomada de decisão em equipa e em parceria com o utente, sem descurar a deontologia profissional.

No decorrer do ENP demonstrei tomada de decisão respeitando os princípios, valores e normas deontológicas, promovi a proteção dos direitos humanos, assegurando a sua defesa e o respeito pelos direitos do utente. Assim, assegurei a confidencialidade e a segurança da informação, respeitei o direito à privacidade do

utente e o direito à escolha no âmbito dos cuidados prestados, de acordo com os seus valores, costumes e crenças espirituais.

2.2. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Os cuidados de enfermagem especializados exigem observação contínua da pessoa de uma forma holística. Sendo a UCA um serviço dinâmico, em constante mudança, devido à sua estrutura, à grande afluência de utentes, à necessidade de vigilância rigorosa, nem sempre é fácil atender a todos os aspetos, além das necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do utente de forma antecipada. Pode observar nesta unidade uma preocupação constante com o bem-estar do utente como Pessoa.

O utente é um ser único, complexo, capaz de desenvolver conhecimento e autoconsciência. Desta forma, cabe ao enfermeiro especialista estabelecer uma relação interpessoal e em conjunto definirem um plano de cuidados, tendo em consideração a liberdade de escolha da pessoa, a sua autonomia e a promoção de comportamentos ajustados à situação, fomentando, assim, a sua capacitação.

Ao longo do ENP, mobilizei conhecimentos, de forma a promover a compreensão do utente de todo o processo e capacitar o mesmo para a vivência da experiência cirúrgica, para o autocuidado e reintegração familiar e social. Para isso, foi necessário intervir nas diversas fases do perioperatório.

Relativamente ao início do percurso do utente na UCA, destaco a realização da consulta pré-cirúrgica de enfermagem (CPCE) presencial, que poderá influenciar, pelas suas características, todo o percurso do utente.

Na CPCE presencial realizei a colheita de dados (avaliação inicial) de forma a conhecer o utente e a sua condição prévia à cirurgia: o nome preferencial, profissão, antecedentes médicos/ cirúrgicos, experiências prévias negativas, suporte familiar para a recuperação após a cirurgia, se o utente ficou esclarecido quanto à cirurgia, aos sinais e sintomas esperados após a mesma, cuidados pós-operatórios, complicações decorrentes e organização do seu regresso à vida ativa. Além disso, foi necessário verificar se o utente cumpria os Critérios de Admissibilidade a Cirurgia em regime Ambulatório (Anexo 1), se existiam sinais/ sintomas e/ou condição prévia que pudesse inviabilizar a mesma neste regime. Procurei informar o utente e esclarecer todas as

dúvidas relativas à preparação pré-operatória, ao circuito perioperatório, aos cuidados pós-operatórios, dando início também à preparação para a alta, para assim reduzir o nível de ansiedade do utente.

A verificação do cumprimento dos critérios de admissibilidade para cirurgia em regime ambulatorio definidos pela instituição, envolve critérios sociais e critérios clínicos, nomeadamente: transporte assegurado em veículo automóvel; área de residência ou local de pernoita a 60 minutos ou menos de distância do hospital; condições de adequada habitabilidade do local de pernoita; acesso a comunicações (telefone); assegurada a companhia de um adulto responsável (24 horas); classificação do estado físico; estabilidade psíquica; desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação por via oral; intervenção que se prevê de curta duração (inferior a 120 min). A avaliação do estado físico diz respeito à classificação ASA (*American Society of Anesthesiologists*) (Anexo 2) e o critério será: idealmente utente com classificação ASA I ou ASA II, ASA III se clinicamente compensado, ASA IV se anestesia local. O incumprimento de algum destes critérios pode levar ao adiamento da cirurgia até que todas as condições se verifiquem ou implicar o encaminhamento da pessoa para cirurgia em regime de internamento.

Na realização destas consultas a maior dificuldade sentida foi a limitação de tempo, reduzido, para o que deveria ser uma consulta tranquila, sem interrupções, não apenas para colher/ fornecer informação, mas com maior disponibilidade para o utente expor as suas dúvidas. No momento em que se realizou o ENP, a consulta presencial era assegurada por apenas um enfermeiro, independentemente do número de utentes previsto, sendo frequente o enfermeiro ter vários utentes em espera, que vinham em simultâneo de consultas médicas diferentes para a CPCE. Além disto, as restrições impostas pela pandemia impediam que o acompanhante estivesse presente na consulta, salvo algumas exceções, como, por exemplo, utentes com dificuldade de mobilidade ou com necessidades especiais, implicando que o utente fosse o único responsável pela transmissão da informação ao acompanhante, e conseqüentemente levando a falhas na replicação da informação.

Para a prestação de cuidados de enfermagem é essencial identificar necessidades, planear, executar e avaliar os resultados obtidos, antes, durante e após o procedimento cirúrgico/ anestésico. É a atitude antecipatória dos riscos inerentes a esta situação e a atuação com responsabilidade profissional e prudência que caracterizam o exercício profissional do EEEMC.

Como já foi referido, o Centro Hospitalar, onde foi realizado o ENP, preconiza a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A aplicabilidade da Teoria das Transições inicia-se logo na fase pré-operatória, na qual é frequente o utente manifestar crenças facilitadoras/ dificultadoras face à cirurgia, havendo necessidade de intervenção do enfermeiro para que o utente experiencie a sua transição ou transições de uma forma saudável. Procurei ao longo do ENP identificar estes fatores durante todo o percurso do utente na UCA, de forma a encontrar estratégias facilitadoras do processo de transição e atuar sobre fatores inibidores do processo, para que se proporcionasse uma adaptação/ transição positiva.

Na CA a fase pré-operatória é fulcral na preparação do utente para o dia da cirurgia, para a recuperação após a cirurgia e o regresso ao domicílio, que acontecem num curto espaço de tempo. Foi muito gratificante sentir o efeito positivo que a CPCE conduzida pelos enfermeiros da UCA tem ao longo do percurso do utente, apesar de se encontrarem limitações na realização da mesma.

O ambiente de uma UCA é de elevada complexidade, pela atividade profissional em equipas pluridisciplinares, pelo circuito operatório em que ocorrem múltiplas transferências de cuidados, com fluxos de comunicação intensos, pela exigência de procedimentos complexos, com utilização de alta tecnologia, inúmeros dispositivos médicos e pela necessidade de controlo ambiental rigoroso. Podem ocorrer neste ambiente vários eventos adversos como utente errado, lado errado, procedimento errado, incidentes por falha de equipamentos, lesão por posicionamento cirúrgico, quebra de técnica asséptica, infeção do local cirúrgico, entre outros.

O EEEMC na prestação de cuidados promove um ambiente terapêutico e seguro, centrado no utente como fator imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, criando a envolvência adequada ao bem-estar, gerindo o risco. Assim, deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que crie segurança e proteção da pessoa, bem como participar na gestão do risco ao nível institucional.

No que diz respeito à Qualidade, a instituição em que se insere a UCA tem como missão dar especial atenção à melhoria da qualidade dos cuidados e dos resultados para os utentes. Assim, procura elevados níveis de qualidade através da acreditação e certificação por entidades externas nacionais e internacionais, estimula a melhoria da efetividade e decisão clínica de acordo com a evidência científica, procura a melhoria da segurança das pessoas e bens, da humanização e da eficiência.

Na procura da melhoria contínua da qualidade, definem-se indicadores, métodos de medição e avaliação, atualizam-se e simplificam-se procedimentos com base na evidência científica, garantindo assim cuidados efetivos, seguros, orientados para o utente, equitativos e atempados. Torna-se necessário a implementação de um plano específico destinado a estruturar o cumprimento destas exigências. Além dos procedimentos, identificam-se riscos profissionais e introduzem-se medidas corretivas nas situações de risco identificadas. Assim, fomenta-se a prática baseada na evidência, realizam-se auditorias clínicas e divulgam-se os resultados, assegurando que os profissionais se regulem pelas boas práticas. A sensibilização e formação dos profissionais em métodos e técnicas de melhoria da qualidade, na segurança, humanização e eficiência é essencial.

Considerando o risco associado ao procedimento cirúrgico/ anestésico, incluindo eventos adversos decorrentes da vulnerabilidade do utente, dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos realizados e da complexidade do ambiente, procurei maximizar a segurança do utente, cumprindo os pressupostos das boas práticas.

No período em que decorreu o ENP, houve oportunidade de participar em auditorias no âmbito do Departamento da Qualidade, da Gestão do Risco Clínico, da Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos com os enfermeiros especialistas interlocutores do serviço para estas áreas, e de conhecer os resultados da Auditoria à atividade cirúrgica na UCA durante a pandemia.

As auditorias têm o objetivo de identificar, analisar e hierarquizar os riscos presentes na instituição, tendo em vista a prevenção de erros, a melhoria dos resultados, a normalização de práticas e procedimentos e identificação das necessidades de formação da equipa, como parte do programa de melhoria contínua da Qualidade da UCA. Como elemento externo à equipa em funções, estas auditorias proporcionaram-me uma observação cuidada e sistemática das atividades desenvolvidas dentro da UCA. Foi possível uma maior disponibilidade para observar pormenores, para refletir sobre as normas e procedimentos do Centro Hospitalar, a prática desenvolvida na UCA, constituindo para mim uma oportunidade de melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar como enfermeira especialista.

Numa UCA o recurso mais importante para garantir a qualidade e minimizar os riscos é a própria equipa. Como parte da equipa, o enfermeiro especialista tem de utilizar os seus conhecimentos e capacidades em prol do utente, de forma a evitar complicações, garantir a segurança do utente e da própria equipa.

Ao longo do ENP tive oportunidade de aprofundar conhecimentos e aplicar os diversos procedimentos existentes na UCA, que orientam, estruturam o trabalho da equipa e minimizam o risco para a segurança cirúrgica, incluindo os procedimentos em que a responsabilidade do registo e verificação é da responsabilidade do enfermeiro.

Aquando da admissão do utente na UCA, o enfermeiro procede ao preenchimento da Lista de Verificação Pré-Operatória, que inclui parâmetros como a identidade do utente, confirmação da cirurgia a realizar, do local da cirurgia, do jejum, a presença de acompanhante para a alta, entre outros essenciais à segurança do utente.

No que diz respeito à melhoria da segurança cirúrgica no período intraoperatório, pude participar ativamente no devido preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) (Anexo 3), comumente conhecida como Cirurgia Segura. A LVSC é de registo obrigatório em todos os blocos operatórios e é sujeita a auditoria interna e externa para avaliação da efetividade de implementação da mesma, sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clínica pela Direção Geral da Saúde (DGS), como referido na Norma da DGS “Cirurgia Segura, Salva Vidas” (Portugal, 2013).

A LVSC divide o seu registo em três momentos: antes da indução de anestesia ou *sign in*, antes da incisão da pele ou *time out* e antes do utente sair da sala de operações ou *sign out*. Para cada um destes momentos foram identificados riscos específicos que podem ser atenuados pela implementação adequada da LVSC. Assim, o preenchimento da LVSC deverá ser um momento em que todos os elementos da equipa confirmam verbalmente a identidade do utente, o local da cirurgia, o procedimento a ser realizado, detalhes da intervenção a ser realizada, como a administração de profilaxia antibiótica, o risco anestésico, entre outros. É um meio de garantir a comunicação clara entre os membros da equipa e evitar erros, envolvendo uma sequência de atividades de rotina essenciais à segurança do utente.

De acordo com a Norma nº2 da DGS (Portugal, 2013), a utilização da LVSC é simples, não implica custos adicionais, melhora a segurança cirúrgica, evitando mortes e complicações, e permite a medição do seu impacto na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos.

Além do já referido, é também da responsabilidade do enfermeiro a verificação da sala operatória, dos equipamentos, material de anestesia. Relativamente a estes procedimentos encontram-se a Lista de Verificação da Sala de Operações e a Lista de Verificação do Material de Anestesia (Anexo 4), em que após a verificação pelos

enfermeiros destacados para a sala operatória das condições necessárias da mesma, equipamentos, material e sua funcionalidade, o enfermeiro circulante responsabiliza-se pelo registo dos itens dessas mesmas listas em suporte informático.

A utilização de uma lista de verificação diminui a probabilidade de erro, pois obriga à averiguação do cumprimento dos requisitos da mesma e num segundo momento à confirmação da correta execução dessa mesma verificação aquando do registo em suporte informático. Neste segundo momento é particularmente importante a comunicação clara entre os membros da equipa de enfermagem, sendo o enfermeiro circulante responsável por enumerar os itens de cada lista, obter confirmação da restante equipa e proceder ao seu registo.

Existem, ainda, nesta UCA outros procedimentos que contribuem para a melhoria contínua da segurança e qualidade em que o enfermeiro é responsável e nas quais pode participar, como o Teste de verificação do desfibrilhador, efetuado diariamente, a Verificação do Carro de Emergência aquando da sua utilização e, em cada turno, a verificação da integridade do selo de segurança do mesmo, a verificação do material, sistema de aspiração, monitores, monitor de transporte e ventilador de transporte da UCPA e a verificação dos ventiladores das salas operatórias, com recurso ao teste de verificação do aparelho que os ventiladores possuem no seu software.

O preenchimento destas Listas de Verificação não se prende com a necessidade de cumprir obrigações burocráticas, mas visam a promoção da cultura de segurança, sistematizando as questões de segurança, garantindo a prevenção de eventos adversos. A necessidade de se colocarem estas questões sistematicamente desperta nos profissionais de saúde a máxima atenção à segurança, realça a importância desta intervenção e a responsabilidade que esta acarreta.

Os procedimentos em vigor na Instituição são revistos de três em três anos, e, se necessário, atualizados de acordo com as evidências científicas mais recentes.

Ao longo do ENP procurei a prática baseada na evidência científica, através da pesquisa bibliográfica e da procura dos protocolos existentes na instituição, nomeadamente no que diz respeito à **prevenção e controlo de infeção** e de resistência a antimicrobianos. Assim, aprofundei conhecimento relativamente ao Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas da Comissão de Controlo da Infeção do Centro Hospitalar onde decorreu o estágio.

Desta forma, procurei ter sempre presentes as precauções básicas de controlo de infeção e precauções baseadas nas vias de transmissão de microrganismos na

prestação de cuidados de enfermagem. Cumpridos os princípios de assepsia, incluindo a manutenção da técnica asséptica cirúrgica; adequados os métodos de cuidados à pele antes da intervenção cirúrgica, considerando as particularidades de cada situação; verifiquei se foram cumpridos os princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos e da utilização de barreiras protetoras. São precauções que se consideram fáceis de aplicar, mas essenciais no controlo dos fatores que desencadeiam as infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) e obrigam ao esforço de toda a equipa multidisciplinar.

Neste período em particular, em que trabalhamos durante uma pandemia, a responsabilização dos profissionais foi ainda mais acentuada na prevenção das IACS e em particular da disseminação da Covid-19. Tive em consideração os riscos e os benefícios inerentes ao cuidar, sendo essencial o controlo dos fatores que podiam colocar em risco quer profissionais, quer utentes que recorreram à UCA.

Esta UCA encontra-se perfeitamente adaptada a esta realidade, com a criação de novos circuitos no início da pandemia, disponibilizando aos profissionais o equipamento de proteção individual adequado, existindo preocupação com a sua correta utilização.

Além disso, cooperei no cumprimento dos princípios da gestão da profilaxia cirúrgica antibiótica; assegurei o cumprimento da manutenção da qualidade e higienização do ambiente; geri as medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação; verifiquei o cumprimento do processo de esterilização dos dispositivos médicos antes da sua utilização e adequuei a gestão dos mesmos a cada situação.

Procurei promover a segurança e eficiência dos cuidados prestados, utilizando estratégias para prevenir complicações decorrentes da administração de terapêutica complexa, dos procedimentos cirúrgicos/ anestésicos, da mobilização do utente e do posicionamento cirúrgico, garantindo conforto, com recurso a dispositivos adequados a cada situação.

Na minha opinião, o EEEMC tem a responsabilidade de assegurar cuidados de excelência, de potenciar o melhor nível de função e bem-estar da pessoa, responder pelas suas decisões, atos e consequências, influenciando positivamente a equipa.

Para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao utente da UCA foi necessário identificar, planear, implementar e avaliar cuidados de

enfermagem, utilizando meios de vigilância, monitorização e gestão terapêutica avançados, numa atitude de relação/ comunicação terapêutica.

Procurei ao longo do ENP identificar as necessidades do utente e acompanhante em todas as fases do perioperatório, podendo assim gerir a minha intervenção em todo o percurso do utente na UCA em função das necessidades identificadas. Capacitei o utente e o acompanhante para a gestão da experiência cirúrgica, promovi cuidados especializados e desenvolvi uma intervenção numa perspetiva interprofissional.

Desta forma, foi essencial estabelecer uma relação terapêutica com o utente, assegurando que o mesmo compreendeu a informação fornecida para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão. Foi também necessário mobilizar estratégias facilitadoras da comunicação com a pessoa afetada por barreiras à comunicação e alteração da consciência.

Durante a permanência na UCA, os utentes revelam-se muitas vezes ansiosos, inquietos, preocupados com o procedimento, com os familiares que devido à pandemia não os poderiam acompanhar, o que por si só aumentava a ansiedade, podendo dificultar a prestação de cuidados e a disponibilidade do utente para seguir as orientações dentro da UCA. Adequando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa, procurei durante o estágio encontrar estratégias apropriadas a cada situação, como, por exemplo, dar oportunidade ao utente de expressar os seus sentimentos, abordar o utente de forma calma, explicar os procedimentos a realizar. Procurei, ainda, proporcionar conforto, por exemplo, garantindo que o utente estava numa posição confortável e proporcionando um ambiente calmo.

De forma a gerir a ansiedade da pessoa e da família, e na impossibilidade de esta estar presente, foram efetuados contactos telefónicos aos familiares/ contactos de referência dos utentes. Isto no sentido de transmitir informação e, se possível, tranquilizar a família, sendo providenciado o telemóvel ao utente para contactar com a mesma aquando da chegada ao recobro tardio.

Nesta UCA foi possível assegurar o suporte e acompanhamento do utente em situação de vulnerabilidade, de menores e de pessoas com necessidades especiais no dia da cirurgia, incluindo o acompanhamento pelo familiar até à sala de operações e indução anestésica. Foi garantida a permanência de um elemento da família ou pessoa significativa junto destes utentes, condição que anteriormente à pandemia era aplicável a todos os utentes intervencionados nesta unidade.

Ainda que não enquadrados no critério definido pela instituição, houve por vezes necessidade da minha intervenção no sentido de providenciar acompanhante, por exemplo, quando na realização da consulta pré-operatória de enfermagem não presencial, uma utente deu conhecimento de que sofria de fobia sempre que se dirigia a um hospital, referia ataques de pânico, com sensação de morte iminente seguidos de lipotímia, mesmo que o motivo da ida ao hospital fosse uma consulta para outrem. Esta utente já era acompanhada por este motivo há vários anos, devidamente medicada e com autorização médica para efetuar a medicação habitual no dia da cirurgia. No entanto, referiu que não conseguiria ultrapassar este momento sem a presença do marido. Foi por isto pedida autorização ao Enfermeiro Chefe e à Diretora do serviço para o marido permanecer junto da utente durante a estadia na UCA, que foi concedida. Providenciou-se a marcação do teste à Covid-19 para o marido, obrigatório na altura do ENP também para os acompanhantes. No dia da cirurgia pude acompanhar esta utente e, com os cuidados prestados pela equipa e o auxílio do marido, a utente pôde ultrapassar as suas dificuldades com sucesso.

Além disto, neste contexto, foi essencial preparar o utente para as potenciais alterações da autoimagem e diminuição de capacidades, decorrentes do processo cirúrgico. Foi necessário planear, instruir, e por vezes treinar, promovendo a capacitação, autogestão e recuperação. Assim, foi imperativo aprofundar/ consolidar conhecimentos específicos no que diz respeito aos cuidados perioperatórios relativos aos procedimentos cirúrgicos/ anestésicos realizados na UCA, de forma a proporcionar informação baseada em conhecimento científico ao utente e acompanhante.

De acordo com Fernandes e Pereira (2019), a lista de procedimentos elegíveis para CA tem vindo a crescer, incluindo procedimentos cirúrgicos cada vez mais complexos, com critérios clínicos de seleção de utentes progressivamente mais abrangentes. A idade, o índice de massa corporal, a previsibilidade de via aérea difícil, patologia moderada a severa, como por exemplo a síndrome de apneia obstrutiva do sono, a diabetes ou a insuficiência renal crónica já não constituem isoladamente critério de inclusão/exclusão neste regime. O desenvolvimento da tecnologia cirúrgica, o aparecimento de dispositivos menos invasivos, fármacos de metabolização mais rápida e monitorização mais rigorosa das diferentes componentes anestésicas permitiu dar resposta aos desafios da CA.

Assim, a UCA inclui procedimentos cirúrgicos/ anestésicos programados com complexidade crescente, assim como abrangência de utentes com risco anestésico mais elevado, o que leva a que esta unidade seja dotada de enfermeiros qualificados e treinados de forma a garantir um nível especializado de cuidados de enfermagem.

Desta forma, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a utentes com uma grande variedade de patologias e diferentes graus de gravidade. Esta diversidade obrigou-me, ao longo deste estágio, a uma procura constante de conhecimento geral e especializado. Na minha opinião, o enfermeiro especialista deve assumir uma posição de relevo, como enfermeiro qualificado, de forma a garantir um nível especializado de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica.

O cuidar do utente que vivencia **processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica** assumiu para mim uma importância máxima, assim como a avaliação e a monitorização contínuas, que garantiram o conhecimento adequado da situação do utente e a antecipação e prevenção de complicações. Possibilitou-me a aquisição e melhoria de características como rapidez de intervenção, agilidade de pensamento e assertividade no domínio das situações. Só assim foi possível garantir uma intervenção atempada, eficiente e precisa, e a observação contínua do utente de uma forma holística.

Ao prestar cuidados de enfermagem em colaboração com o enfermeiro tutor e restante equipa senti necessidade e obrigatoriedade de uma contínua avaliação da situação do utente, de forma sistemática, interpretativa, reconhecendo situações reais ou potenciais de deterioração do estado do mesmo, sempre com vista à implementação precoce de intervenções eficazes.

Na UCA foi proporcionado um vasto leque de experiências, tais como a prestação de cuidados ao utente com necessidade de ventilação invasiva e não invasiva, ao utente sedado, a monitorização do Índice Bispectral, a monitorização da transmissão neuromuscular para avaliação do grau de bloqueio neuromuscular, a escolha da escala de monitorização da Dor conforme o estado do utente, sedado, analgesiado, confuso ou orientado no tempo e no espaço, a utilização de escala de avaliação da sedação, entre outros. Assim, foi possível a identificação precoce de focos de instabilidade e uma resposta pronta e antecipada aos mesmos.

Neste contexto, preparei e administrei uma grande variedade de fármacos, incluindo a aplicação de diferentes protocolos, com ajuste do enfermeiro conforme a evolução do utente, em que é necessário um diagnóstico precoce de complicações. Estão definidos vários protocolos na instituição com vista ao tratamento de

complicações durante a permanência do utente na UCA, como por exemplo, os protocolos a utilizar em caso de alergia ou intoxicação por anestésicos locais, de anafilaxia, de hipertermia maligna, entre outros, que se encontram disponíveis em suporte informático, e em suporte de papel juntamente com os fármacos e dispositivos a serem utilizados nestes casos. Por serem de utilização pouco frequente, foi necessário consultar os mesmos e verificar periodicamente a validade dos fármacos.

Entre os sinais e sintomas prováveis é importante referir a **Dor** associada aos procedimentos cirúrgicos, a sua gestão farmacológica e não farmacológica, e o ensino/preparação do utente no pré-operatório para utilização do instrumento que se considere mais adequado para uma avaliação correta da Dor no pós-operatório.

Idealmente, o utente conheceria na fase pré-operatória o instrumento utilizado para avaliação da sua Dor no dia da cirurgia, o que poderia ser providenciado na consulta médica e/ou de enfermagem. De acordo com as características do utente, seria escolhida a escala mais adequada para avaliação da Dor e o conhecimento desta pelo utente garantiria uma correta avaliação. Habitualmente isto não acontece, o que pode dificultar a aplicação da escala escolhida ou obrigar ao ajuste da mesma, pois a perceção do utente poderá estar alterada no período pós-operatório imediato e irá influenciar a sua aplicação.

Na UCA onde decorreu o ENP é dada preferência à Escala de Avaliação da Dor numérica, mas se esta não for adequada é aplicada a qualitativa. Se não for possível utilizar nenhuma das duas existem várias escalas que o enfermeiro pode utilizar, de acordo com a pessoa, para uma correta avaliação da Dor. Verifiquei durante o ENP que os utentes à chegada à UCPA têm dificuldade em utilizar a escala numérica, de zero a dez valores, para avaliar a sua Dor, sendo mais frequente a utilização da escala qualitativa, por ser mais simples de aplicar e ser percecionada pelo utente nesta fase.

A avaliação da dor deve ser efetuada de forma contínua, podendo ser um sinal de agravamento do estado de saúde do utente. Além disto, é importante uma adequada escala de avaliação da Dor, pois é muito frequente o utente não conseguir verbalizar a mesma no pós-operatório imediato. O Centro Hospitalar tem sistematizados protocolos de avaliação da Dor, existindo normas e procedimentos standardizados para facilitar a escolha da escala adequada.

Uma **comunicação** adaptada ao estado de saúde da pessoa em situação crítica é essencial, não só para a gestão da dor, mas para garantir o bem-estar da pessoa. Foi possível implementar ao longo do estágio medidas farmacológicas

eficazes e também não farmacológicas, tão simples e eficazes como, por exemplo, a mudança de posicionamento, massagem com creme para alívio das zonas de pressão.

A comunicação reveste-se de extrema importância no contexto da prestação de cuidados de saúde, pelo que procurei utilizar estratégias facilitadoras da comunicação de forma a assegurar a documentação precisa e a continuidade de cuidados, que contribuem para o aumento da segurança dos procedimentos cirúrgicos. Como exemplos posso referir a utilização de linguagem clara e concisa, a dupla verificação aquando da administração de fármacos no intraoperatório, informando o médico anestesista do nome do fármaco e dose antes da administração, e a transmissão da informação pertinente nas diferentes fases do perioperatório de forma clara.

Assim, procurei garantir a articulação entre os membros da equipa interdisciplinar no planeamento e implementação de cuidados, baseada nas melhores evidências científicas, contribuindo para a complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar em benefício do utente.

O enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica possui também competência para intervir na conceção dos planos institucionais e na liderança de **resposta em situações de catástrofe e/ou em resposta a multivítimas**, diante da complexidade decorrente da situação, no sentido de garantir uma resposta pronta, eficácia e eficiência. Neste Centro Hospitalar existe um plano pré-definido para atuação em situações de catástrofe e/ou multivítimas, e em cada Serviço existe afixado o plano de evacuação em caso de emergência, como é o caso da UCA, pelo que tive oportunidade conhecer e consultar o mesmo, incluindo em suporte informático disponibilizado pela instituição.

O enfermeiro especialista assume um papel importante, quer na colaboração aquando da elaboração do Plano de intervenção em catástrofe e/ou emergência multivítimas, quer na atuação em caso de ativação do mesmo, uma vez que deverá ajudar a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão baseado em evidência científica e ser um agente facilitador na gestão de recursos e prestação de cuidados adequados a esta situação.

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) define, no domínio da gestão dos cuidados, que o enfermeiro especialista deve apresentar como competências: a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, em articulação com a restante equipa de saúde, e ainda a adaptação do estilo de liderança e a gestão dos recursos humanos e materiais às diversas situações e contextos, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados.

Durante o ENP tive a oportunidade de observar o exercício de funções do Enfermeiro Chefe na gestão dos cuidados de enfermagem, o estilo de liderança utilizado de acordo com a situação e a gestão de recursos humanos e materiais.

De acordo com o Regulamento nº 101/2015 da OE (2015), o Enfermeiro Gestor tem conhecimento efetivo da disciplina de enfermagem, da profissão e da área da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde.

Cabe ao Enfermeiro Gestor garantir o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, ser percursor do desenvolvimento profissional da sua equipa, promover um ambiente favorável à prática clínica e a qualidade do serviço prestado ao utente. O Enfermeiro Chefe é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais e interdisciplinares (Regulamento nº101/2015).

Assim, pude observar que o Enfermeiro Chefe desta UCA garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera, demonstrando capacidade de tomada de decisão assente no domínio ético-deontológico, o que se verifica pela procura do seu auxílio, quando necessário, pelos profissionais do serviço.

Nesta UCA, é valorizada pelo mesmo a melhoria contínua da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, providenciando oportunidades de formação contínua e de desenvolvimento profissional e pessoal. Pude observar o feedback construtivo com que gere a sua equipa, a procura do trabalho em equipa, e a fomentação da prática profissional baseada na evidência, incentivando a formação e a realização de estudos científicos pelos enfermeiros da unidade. Desde que iniciou funções como Gestor na unidade, que, com o seu incentivo e encorajamento, um número considerável de enfermeiros iniciou o seu percurso académico em cursos de Especialização, Mestrados e Pós-Graduações, e aumentou a produção de trabalhos

como artigos científicos, apresentação de comunicações livres e póster em congressos na área de CA.

Desta forma, demonstra domínio na gestão de pessoas e na gestão da equipa orientada para a qualidade e valor dos cuidados oferecidos ao utente, de forma a responder às suas necessidades.

O Enfermeiro Chefe da UCA gere o trabalho em equipa, fomentando a partilha e reflexão sobre o processo de cuidados e eventual instituição de medidas corretivas, gere situações de stress e conflito fomentando um ambiente harmonioso, tendo sido para mim um exemplo no exercício das suas funções. A equipa reconhece a sua competência científica, técnica e humana e tende a cumprir as expectativas colocadas pelo seu desempenho na área de gestão e na área de prestação de cuidados.

As dimensões desta UCA implicam que necessite de delegar tarefas na área da gestão, embora sempre sob a sua supervisão. O enfermeiro responsável é designado pelo Enfermeiro Chefe e aprovado pelo Enfermeiro Diretor para colaborar na gestão da UCA e o substituir na sua ausência. Além disto, existe a figura do enfermeiro responsável de turno nos turnos da tarde e noite, definidos no plano de trabalho diário.

Desta forma, ao longo do ENP, tive oportunidade de colaborar com a enfermeira responsável em vários turnos, na gestão dos cuidados e dos recursos humanos e materiais do serviço. Pude observar a capacidade de liderança da enfermeira especialista em questão, gerindo os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e fazendo a articulação com a restante equipa de saúde, fomentando um ambiente positivo e favorável às boas práticas.

A estrutura da UCA é complexa, inclui os postos de trabalho relativos à consulta pré e pós-operatória, admissão, recobro tardio, UCPA, a pernoita, as áreas de anestesia, instrumentação e circulação, esterilização. Foi essencial o conhecimento da equipa, das competências de cada elemento para gerir eficazmente os recursos humanos, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Assim, participei na realização do plano diário de distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho, tendo em consideração as competências de cada enfermeiro.

A enfermeira responsável coordena também a equipa na prestação de cuidados, disponibiliza assessoria aos enfermeiros, colabora nas decisões da equipa de saúde, orienta as tarefas a delegar e avalia a execução das mesmas, verifica a aplicação das políticas e procedimentos adotados pela instituição, auxilia no processo de tomada de decisão no processo de cuidar sempre que solicitado.

No que diz respeito à gestão de recursos materiais, consolidei a perceção das necessidades de consumo do serviço, das diferentes formas de reposição de materiais, como os dispositivos médicos, fármacos, o reprocessamento dos diferentes materiais, e como a sua gestão eficiente é uma garantia de qualidade.

Nesta UCA existe o sistema de reposição por níveis para material clínico, material hoteleiro e fármacos, existindo um stock fixo no serviço, que vai sendo repostado pelo serviço de Aprovisionamento e pelo serviço de Farmácia de acordo com os gastos. Além disto, a enfermeira responsável tem a função de efetuar pedidos de material de consumo clínico, dispositivos médicos e outros que não repostos por níveis, fármacos em falta, incluindo a gestão dos estupefacientes do serviço.

A enfermeira responsável garante o controlo de Qualidade de equipamentos e consumíveis sempre que necessário, efetua também pedidos de intervenção de reparações às várias oficinas, incluindo pedidos de reparação de equipamentos, ou delega esta última função ao enfermeiro gestor de equipamentos local, definido pelo Enfermeiro Chefe. Os equipamentos existentes na UCA são complexos e em grande número e variedade, incluindo torres de laparoscopia, ecógrafos, ventiladores, microscópios, monitores, e muitos outros, o que levou à necessidade da nomeação de um enfermeiro do serviço para colaboração na gestão destes equipamentos.

O enfermeiro gestor de equipamentos local garante o controlo de Qualidade dos equipamentos, incluindo a sua manutenção, revisão ou o seu pedido de substituição, e intervém junto com o Enfermeiro Chefe, dando parecer sobre instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem.

No decorrer do ENP, foi necessário compreender os recursos e as necessidades de cuidados, o estilo de liderança observado de forma a otimizar os recursos, o trabalho da equipa e reconhecer os distintos e interdependentes papéis e funções dos seus membros. Observar a gestão dos cuidados, a resposta da equipa de enfermagem, a articulação com a restante equipa de saúde, a segurança e qualidade dos cuidados prestados, foi gratificante e contribuiu para o meu desenvolvimento como enfermeira especialista.

2.4. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

Ao longo do ENP procurei basear a tomada de decisão e as intervenções realizadas em evidência científica, válida, atual e pertinente, responsabilizando-me também por ser um elemento facilitador da aprendizagem, participando **como formadora em contexto de trabalho**. Desde que iniciei o meu percurso como enfermeira participo ativamente na área da formação em serviço, por considerar ser fundamental para consolidar e adquirir competências essenciais ao meu exercício profissional. Penso ser um dever inerente a todos os elementos da equipa participar ativamente no desenvolvimento da mesma.

Na UCA, a área da formação encontra-se devidamente organizada e orientada para a melhoria contínua da qualidade. Assim, foi necessário diagnosticar necessidades formativas, colaborando com a enfermeira especialista responsável pela formação.

No decorrer do estágio verificou-se um incremento da utilização do bloqueio de nervos periféricos como técnica anestésica na UCA, frequentemente associado a cirurgias da especialidade Ortopedia, como, por exemplo, cirurgia do ombro.

De acordo com as Recomendações da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória ([APCA], 2021), a Anestesia Regional, que inclui o Bloqueio de Nervos Periféricos (BNP), permite uma gestão mais eficiente dos programas cirúrgicos, com consequente redução de custos, proporciona anestesia e analgesia profunda no intraoperatório e a possibilidade de a prolongar para o pós-operatório, reduz a incidência de náuseas e vômitos e permite alta mais precoce, possuindo assim muitas das características da anestesia ideal para CA.

Assim, é indispensável que os enfermeiros da UCA tenham formação no cuidar do utente submetido a anestesia regional, no que diz respeito à preparação do utente, à anatomia e fisiologia do BNP e do Neuroeixo, à técnica, material necessário, à vigilância necessária, complicações possíveis e o seu tratamento, e a preparação para alta do utente. O sucesso da anestesia regional está diretamente relacionado com a compreensão e colaboração do utente, pelo que o papel do enfermeiro é fundamental na realização deste tipo de anestesia.

Desta forma, considerou-se oportuna e pertinente a realização de uma formação com o tema “Anestesia Regional em CA” (Anexo 5), direcionada aos enfermeiros, de forma a favorecer o desenvolvimento de habilidades e competências da equipa de enfermagem. Esta formação teve como objetivo refletir sobre os

cuidados de enfermagem ao utente submetido a anestesia regional. Após o enquadramento geral, foram abordados os tipos mais frequentes de BNP nesta UCA, as indicações dos mesmos, farmacologia e material utilizado, complicações e seu tratamento, e o ensino ao utente submetido a este procedimento.

No período em decorreu o ENP, não eram permitidas na instituição formações em formato presencial, pelo que a mesma foi realizada via plataforma zoom. Para a elaboração desta formação foi necessário recorrer a pesquisa bibliográfica, de forma a consolidar conhecimentos sobre o tema, o que contribuiu para o meu enriquecimento pessoal e profissional. A formação realizada foi bem acolhida pela equipa de enfermagem e considerada pertinente pelos seus intervenientes.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), a capacidade de autoconhecimento é fundamental na prática de enfermagem, pois interfere no estabelecimento da relação terapêutica e das relações profissionais. Inclui a consciência de si mesmo, como pessoa e como enfermeiro, e a capacidade de identificar os fatores e as idiosincrasias capazes de interferir na construção da relação de ajuda e nas relações profissionais, desenvolvendo a assertividade.

Na minha opinião, a assertividade é uma habilidade social, de comunicação, que me permite defender os meus pontos de vista ou de outros de forma clara e positiva, e da mesma forma expressar a minha opinião quando não estou de acordo, considerando sempre as necessidades dos demais, sendo capaz de respeitar os sentimentos e os pensamentos de outras pessoas, sem deixar os meus de lado.

Desta forma, penso que a assertividade favorece a qualidade das relações interpessoais, a empatia, a resolução de conflitos pacificamente e a adaptação a diferentes situações. Cria uma dinâmica baseada no respeito e na empatia, em que todas as partes intervenientes têm as suas necessidades e limites tidos em consideração. Assim, de forma a consolidar a assertividade na minha forma de estar, procurei trabalhar o autoconhecimento e equilíbrio emocional, comunicar de forma adequada, usar corretamente a linguagem não verbal, aprender a ser mais flexível, saber escutar, analisar, ser clara e concisa.

O autoconhecimento implica saber identificar fatores que podem interferir na construção das relações interpessoais, quer com o utente, quer com a equipa, reconhecer os meus recursos e limites pessoais e profissionais, interiorizando que estes influenciam o exercício profissional. A forma como me comporto e respondo a

situações externas é condicionada pelo processo mental interno, e é necessário conseguir identificar padrões de pensamento para compreender/ melhorar as respostas comportamentais e tomadas de decisão.

De forma a facilitar o autoconhecimento procurei exercitar a reflexão, criar algum distanciamento emocional de uma situação, perceber os motivos para a minha resposta e determinar se são razoáveis, relevantes, e a resposta adequada. Reavaliar a resposta às situações, de forma objetiva e racional, e então agir, o que ajuda a aumentar a percepção que temos sobre nós mesmos, criando um espelho interior e prevenindo comportamentos inadequados. Devemos estar cientes das nossas falhas, aceitar a responsabilidade sobre as mesmas e então dedicarmo-nos a melhorar. Por exemplo, no que diz respeito à linguagem corporal, o nosso discurso/ atitude deve estar refletido na linguagem não verbal. Devemos perceber como as pessoas reagem quando estão connosco e o impacto por nós causado, que poderá não ser o desejado.

O autoconhecimento começa dentro da mente e reflete-se no exterior, mudando positivamente a forma como percebemos o que nos rodeia e reagimos a diferentes situações. Quando nos compreendemos melhor, poderemos também entender melhor os outros, o que levará à diminuição de conflitos e estimula as relações sociais.

Durante o ENP procurei comunicar de forma clara, transmitir informação e emitir opiniões de forma equilibrada, procurei ser capaz de expressar ideias, tomar e assumir decisões de maneira firme e resolutiva, mas com profundo respeito pelos demais. A antecipação de situações que poderiam levar ao conflito foi importante, pois permitiu-me gerir a situação, antes de o conflito ser inevitável e por isso de mais difícil resolução. O stress inerente à realização de uma cirurgia é um fator que muitas vezes poderá propiciar o desenvolvimento de conflitos, pois o estado de espírito do utente ou do acompanhante pode por vezes alterar a percepção do que acontece ou do que é comunicado. O que pode parecer simples e habitual para os profissionais de saúde pode não o ser para o utente. Posso dar como exemplo uma situação que ocorreu com dois utentes, mas que gerou respostas muito diferentes. Habitualmente, os utentes admitidos para cirurgia no piso três, realizam o procedimento no piso um e depois regressam ao piso três para o recobro tardio e posterior alta. Excecionalmente, no dia a que me refiro, o piso três iria encerrar às 14 horas e os procedimentos cirúrgicos sofreram um atraso, o que levou a que os utentes não tivessem alta até às 14 horas como habitualmente. Assim, o percurso de dois utentes foi alterado, o que implicou a permanência dos mesmos no piso um até ao momento da alta. Esta situação não constituiu um problema para um dos utentes, mas a outra utente

mostrou-se bastante nervosa com a situação, tornando-se até um pouco hostil. Não compreendia o porquê da situação e insinuava que “tinha ficado esquecida”, pelo que expliquei novamente, mas a utente parecia demasiado nervosa para compreender. Então, sentei-me junto da utente, para não me encontrar numa postura que poderia ser considerada de superioridade, e de forma calma procurei perceber o porquê da reação da mesma. A utente manifestou que estava muito incomodada pela alteração do “plano” inicial: sentiu-se desvalorizada, como se “estivesse à mercê do hospital”, desconfortável com a mudança, com o imprevisto, e teve receio que essa mesma mudança pudesse provocar também desconforto na acompanhante, que poderia não se orientar dentro do edifício. Procurei escutar, mostrar empatia e de forma assertiva expliquei o porquê da alteração, o que motivou a mesma, explicando que já tinha sido contactada a acompanhante, o que tranquilizou a utente. Mostrei disponibilidade para ajudar no que fosse necessário e o restante percurso da utente decorreu sem incidentes.

Naturalmente, o exercício da assertividade, da empatia, a resolução de conflitos pacificamente é mais difícil sob pressão, mas penso que me adaptei às diferentes situações, atuei adequadamente, em prol da qualidade das relações interpessoais. Esta reflexão durante o ENP favoreceu o autoconhecimento, a qualidade da relação terapêutica com o utente e acompanhante e as relações profissionais.

2.5. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista incluem, no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, o dever de o enfermeiro basear a sua prática clínica especializada em evidência científica. Esta competência diz-nos que a tomada de decisão e a intervenção do enfermeiro especialista encontra-se alicerçada em conhecimento científico válido, pertinente e atual (Regulamento nº140/2019).

O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem desenvolve a prática baseada na evidência, melhora a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde (OE, 2006).

Considera-se a Prática Baseada na Evidência (PBE) uma abordagem de resolução de problemas para a tomada de decisão, que integra a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica, valores e preferências do utente, no contexto de prestação de cuidados. Tendo como preocupação a PBE, o enfermeiro disciplina o pensamento e a ação, torna-se capaz de avaliar, refletir e modificar a sua prática. A PBE pressupõe a utilização de resultados de investigação e reforça a importância desta no contexto dos cuidados de enfermagem especializados. Desta forma, o enfermeiro especialista é desafiado a procurar conhecimento científico, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, assumindo-se como agente facilitador da aprendizagem e ativo no campo de investigação (Sousa et al., 2017).

A investigação em Enfermagem como processo científico, sistemático e rigoroso, proporciona o desenvolvimento de conhecimento, responde a questões ou problemas em benefício do utente, englobando os cuidados à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, a promoção da saúde e a prevenção da doença. Além disso, a produção e renovação do corpo de conhecimentos da Enfermagem, como disciplina e como profissão, apenas pode ser assegurado com recurso à investigação. Esta oferece consistência científica, identifica e valida saberes, e possibilita a incorporação dos resultados na prática clínica de Enfermagem (OE, 2006).

Para desenvolver competências na prática de investigação em Enfermagem procurei encontrar uma área de intervenção que me proporcionasse uma oportunidade de investigação, e que fosse pertinente para o serviço em que decorreu o ENP. Assim, em reunião com o enfermeiro chefe da UCA considerou-se que a consulta pré-cirúrgica de enfermagem é uma área em que seria necessário investir, constituindo uma oportunidade de intervenção na área da Qualidade dos cuidados de enfermagem.

De acordo com a OE (2021), a intervenção do enfermeiro na consulta de enfermagem deve ser fundamentada na melhor evidência científica e nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim, o trabalho desenvolvido fundamenta-se nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais especificamente a procura do mais elevado nível de satisfação do utente, do máximo potencial de saúde do mesmo, e o desenvolvimento de processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e gestão da doença.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados definidos pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica ([CEMC], 2017) constituem um referencial para a prática especializada, com vista a estimular a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade. Dizem respeito a diversas áreas de

atuação do enfermeiro especialista e visam essencialmente a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem, a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos e a segurança nos cuidados especializados.

No que se refere ao utente e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, o CEMC (2017) define que o EEEMC deve procurar permanentemente a excelência em todas as áreas referidas, assegurando:

- o elevado nível de satisfação do utente e família/ cuidador;
- que o utente alcance o máximo potencial de saúde;
- a prevenção de complicações nos diversos contextos de atuação;
- o bem-estar do utente e a complementação das atividades de vida nas quais o utente é dependente;
- o desenvolvimento de processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e gestão da doença, juntamente com o utente e família/ cuidador;
- a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados;
- maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos nos diversos contextos de atuação e na utilização de medidas invasivas;
- a gestão do risco e do ambiente adequado aos cuidados especializados e adapta a sua resposta, de forma a salvaguardar a segurança de todos no processo de cuidar.

Ao longo da minha experiência profissional pude observar como a CPCE contribui de forma positiva para a redução da ansiedade do utente no dia da cirurgia, para a promoção da satisfação do mesmo e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A preocupação com o direito à informação, com a satisfação das necessidades informativas do utente e a capacitação do utente de forma a promover a sua autonomia, a sua consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde foi constante e condicionou o meu percurso formativo como especialista. Desta forma, o meu interesse pessoal, aliado à necessidade de investimento nesta área, identificada durante o ENP, constituiu uma oportunidade de investigação

relevante para a prática de enfermagem nesta UCA e culminou na realização do estudo de revisão integrativa da literatura descrito no capítulo dois.

A temática do estudo de investigação incidiu sobre a Consulta Pré-Cirúrgica de Enfermagem (CPCE): a Informação a transmitir ao Utente submetido a Cirurgia Ambulatória (CA) e teve como objetivo descrever a evidência científica sobre que informação transmitir ao utente na consulta pré-cirúrgica de enfermagem, com a finalidade de obter resultados aplicáveis ao contexto de CA.

Como síntese deste capítulo, posso referir que foi uma preocupação constante durante este estágio adquirir e mobilizar conhecimentos com vista ao desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados na área da enfermagem à pessoa em situação crítica. Tive oportunidade de trabalhar com profissionais com um grande domínio de conhecimentos e de vivenciar experiências únicas do contexto de CA. Durante o meu percurso senti necessidade de atualizar constantemente os meus conhecimentos, através da pesquisa, da consulta da documentação existente no Centro Hospitalar, como normas e protocolos, de forma a desenvolver uma prática baseada na evidência científica. O ENP proporcionou-me a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos à prática, e o sentimento de obrigatoriedade de refletir sobre a mesma, de forma a prestar cuidados especializados adequados às necessidades de cada utente.

Como as necessidades do utente estão em constante mudança, quer pela complexidade do processo em que o mesmo se encontra, quer pelas suas características individuais, foi essencial assegurar a deteção precoce das necessidades, com o objetivo de facilitar os processos de transição do utente, a estabilização, manutenção e recuperação decorrentes do procedimento cirúrgico/anestésico. Recorri a vigilância, monitorização, terapêutica, a prevenção de complicações e eventos adversos, muitas vezes em contexto de grande pressão, nunca esquecendo a avaliação dos resultados com base nas respostas do utente.

Penso ter desenvolvido a capacidade de adaptação necessária para responder a estas necessidades de forma adequada. Além disto, os momentos de reflexão sobre a prática proporcionados pelo ENP, e também pela elaboração deste relatório, permitiram-me desenvolver o pensamento crítico, fundamental para a tomada de decisão em enfermagem.

Tendo em consideração o anteriormente exposto e o meu percurso no ENP, considero ter desenvolvido atividades que me proporcionaram a aquisição e consolidação das competências comuns e específicas inerentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

**CAPÍTULO II – CONSULTA PRÉ-CIRÚRGICA DE
ENFERMAGEM: A INFORMAÇÃO A TRANSMITIR AO UTENTE
SUBMETIDO A CIRURGIA AMBULATORIA**

O suporte da prática clínica em evidência científica é fundamental, visa identificar lacunas do conhecimento como oportunidades relevantes de investigação, de forma a contribuir para conhecimento novo, e/ou incorporar na prática clínica conhecimento válido, atual e pertinente para a prestação de cuidados especializados.

No contexto do Curso de Mestrado e do ENP, foi fundamental desenvolver competências na prática de investigação. Como referido anteriormente, a escolha da temática recaiu para Consulta Pré-Cirúrgica de Enfermagem (CPCE): a Informação a transmitir ao Utente submetido a Cirurgia Ambulatória (CA). A seleção da temática está relacionada com o meu interesse pessoal e com a necessidade de investimento na CPCE, o que proporcionou uma oportunidade de investigação válida e relevante para a UCA.

Como foi referido no capítulo anterior, o contexto de CA tem a particularidade de a permanência do utente na UCA ser inferior a 24 horas, o que limita o tempo de intervenção do enfermeiro e pressupõe a necessidade da realização dos cuidados pós-operatórios do utente mais precocemente no domicílio. A CPCE corresponde ao início do percurso do utente em CA, e proporciona oportunidade de preparação e conhecimentos adequados que permitem antecipar e preparar a alta e recuperação no domicílio.

De acordo com a OE (2021), na consulta de enfermagem, o enfermeiro intervém no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença e de complicações, promove a capacitação do utente na gestão do processo de saúde, de forma a proporcionar melhoria da qualidade de vida.

A consulta de enfermagem proporciona uma visão holística do utente, pois é um espaço onde se obtêm dados, que possibilitam a identificação de necessidades, onde se desenvolve a relação de ajuda, onde é preservada a privacidade, se cria empatia, confiança, segurança e se definem, em conjunto, as estratégias para obtenção de ganhos em saúde (Barcelos, 2005, citado por Carvalho & Cristão, 2012).

De acordo com Carvalho e Cristão (2012), a relação de ajuda pressupõe uma comunicação adequada, o espaço para o utente exprimir os seus sentimentos, medos, proporcionando apoio emocional, estabelecendo-se uma interação positiva e um ambiente adequado. Aliado ao papel de ajuda, considerado um aspeto essencial ao desenvolvimento da confiança, encontra-se o papel de educador.

O enfermeiro na CPCE deverá providenciar informação ao utente que permita a consciencialização, a perceção adequada e o reconhecimento das alterações no seu estado de saúde inerentes à cirurgia, como, por exemplo, a recuperação e quais os

comportamentos esperados. O envolvimento do utente é fundamental, pois promove a integração dos cuidados necessários, o autocontrolo e a adesão ao regime terapêutico. Desta forma, a consciencialização e o envolvimento do utente condicionam o desenvolvimento de processos eficazes de adaptação/ transição (Meleis et al., citado por Santos, 2015).

Em CA, a intervenção do enfermeiro é crucial, pois os ensinamentos realizados ao utente e à família promovem a continuidade dos cuidados após a alta e proporcionam uma recuperação adequada, confortável e sem complicações (Long et al., citado por Marques, 2011). Segundo Carvalho e Cristão (2012), a informação fornecida pelo enfermeiro na CPCE influencia desde a preparação pré-operatória até às estratégias adaptativas para o pós-operatório.

Neste contexto, a informação a considerar deverá estar de acordo com as necessidades do utente, e facilitar um ambiente terapêutico (Patrão, 2005, citado por Carvalho & Cristão, 2012). A informação tem um carácter decisivo, compreende a individualidade, desenvolve conhecimento e a capacitação do utente, e conseqüentemente proporciona melhoria da qualidade de vida. Os utentes esperam um suporte informativo dos profissionais de saúde, pelo que esta função de educação deverá estar integrada no cuidar em Enfermagem (Carvalho & Cristão, 2012).

A transmissão de informação no período pré-operatório, prende-se com a necessidade de desenvolvimento de respostas adequadas às situações vividas pelo utente submetido a cirurgia. Esta possibilita a sua participação ativa na tomada de decisão, bem como a dissipação de medos e dúvidas (Gonçalves et al., 2017, citado por Breda, 2019). Os estudos de Coppetti et al. (2015), Mitchell (2014) e de Rocha e Ivo (2015), citados por Breda (2019), consideram que os enfermeiros devem incluir no seu plano de intervenção as informações sobre o procedimento cirúrgico/ anestésico, as questões relacionadas com a preparação pré-operatória, a recuperação pós-operatória, o controlo da dor e da ansiedade e o suporte do cuidador no domicílio.

Assim, o estudo foi orientado para responder à questão de investigação: **Qual a informação a transmitir ao utente na consulta pré-cirúrgica de enfermagem em cirurgia ambulatória?**

A resposta a este inquietamento teve como objetivo geral **descrever a evidência científica sobre que informação transmitir ao utente na consulta pré-cirúrgica de enfermagem**, com a finalidade de obter resultados aplicáveis ao contexto de CA.

De seguida, são apresentados os materiais e métodos definidos de forma a obter resposta à questão de investigação e alcançar o objetivo proposto, os resultados, a análise e discussão e as conclusões do estudo realizado.

1. MATERIAIS E MÉTODOS

Como já referenciado, a questão de investigação orientadora do estudo foi: **Qual a informação a transmitir ao utente na consulta pré-cirúrgica de enfermagem em cirurgia ambulatória?**

Para responder a esta inquietação foi realizado um estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

De acordo com Vilelas (2022, p. 124) a RIL “consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de investigações, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos”. Segue padrões de rigor metodológico, inclui diferentes tipos de estudos, dados da literatura teórica e empírica, e pode ser orientada para a definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos incluídos. A síntese do conhecimento proporcionada pela RIL reduz a incerteza sobre recomendações práticas, permite a generalização e simplifica a tomada de decisão em relação às intervenções que podem contribuir para o cuidado mais efetivo (Vilelas, 2022).

Segundo Vilelas (2022), na RIL mantêm-se as fases de elaboração utilizadas na revisão sistemática:

1. Formular uma questão de investigação;
2. Definir o protocolo de investigação e efetuar o seu registo;
3. Definir os critérios de inclusão e de exclusão;
4. Desenvolver uma estratégia de pesquisa e pesquisar a literatura – encontrar os estudos;
5. Seleção dos estudos;
6. Avaliação da qualidade dos estudos;
7. Extração dos dados;
8. Síntese dos dados e avaliação da qualidade da evidência;
9. Disseminação dos resultados.

1.1. PROTOCOLO DO ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A redação do protocolo de investigação aumenta a transparência da revisão e torna-a cientificamente mais sólida, proporciona visibilidade e acessibilidade (Vilelas, 2022). Desta forma, foi fundamental definir a estratégia de pesquisa e os critérios de inclusão e de exclusão a seguir na RIL.

A estratégia de procura e seleção dos artigos passou pela pesquisa na web em bases indexadas:

- *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Complete*;
- *Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (MEDLINE) Complete*;
- *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*;
- *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)*.

O acesso às bases de dados foi realizado através do link disponibilizado pela Ordem dos Enfermeiros no endereço eletrónico <https://www.ordemenfermeiros.pt/area-do-enfermeiro/investigacao/>, utilizando a EBSCOhost – *Research Databases*.

A frase booleana utilizada na pesquisa incluiu o conetor booleano OR e o conetor booleano AND. Os termos utilizados foram definidos após pesquisa na literatura, e foram utilizadas técnicas adicionais, como a truncagem (preop*), para aumentar a abrangência da pesquisa. O **descriptor MeSH** (*Medical Subject Headings*) validado foi *Nursing consultation*, e utilizaram-se as palavras-chave *preop** e *information*. Deste modo, a **frase booleana** pesquisada foi: *nursing consultation AND (preop* OR information)*.

No que diz respeito aos **Critérios de Inclusão** foram considerados: estudos publicados entre 2018-2023, disponíveis na íntegra (texto integral), com resumo disponível, acesso gratuito, nos idiomas português ou inglês, que abordassem a CPCE. Os **Critérios de Exclusão** foram artigos de opinião ou estudos em fase de projeto ou serem estudos repetidos. Deste modo, os artigos duplicados em diferentes bases de dados foram considerados apenas uma vez.

Conforme o protocolo descrito por Vilelas (2022), o protocolo de pesquisa é apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

| Informação a transmitir ao utente na consulta pré-cirúrgica de enfermagem – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura | |
|---|--|
| Justificativa para a RIL | Descrever a evidência científica sobre que informação transmitir ao utente na consulta pré-cirúrgica de enfermagem, com a finalidade de obter resultados aplicáveis ao contexto de Cirurgia Ambulatória |
| Objetivo geral | Descrever a evidência científica sobre que informação transmitir ao utente na consulta pré-cirúrgica de enfermagem |
| Objetivo específico | - descrever a informação a providenciar pelo enfermeiro na CPCE |
| Questão de Investigação | Qual a informação a transmitir ao utente na consulta pré-cirúrgica de enfermagem em cirurgia ambulatória? |
| Frase booleana | nursing consultation AND (preop* OR information) |
| Bases de Dados Utilizadas | CINAHL <i>Complete</i> , MEDLINE <i>Complete</i> , SciELO e RCAAP. |
| CrITÉRIOS de Inclusão | Estudos publicados entre 2018-2023, Texto integral, com resumo disponível, acesso gratuito, nos idiomas português ou inglês, que abordassem a CPCE |
| CrITÉRIOS de Exclusão | Artigos de opinião; Estudos em fase de projeto; Estudos repetidos. |
| Estratégia de pesquisa | Frase booleana: nursing consultation AND (preop* OR information), e seleção dos critérios de inclusão: - idiomas: português, inglês; - texto integral; - resumo disponível; - datas: 1 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2023. |
| Processo de seleção | Processo de triagem e elegibilidade, considerando os critérios de inclusão, de exclusão e a questão de investigação definida na RIL: 1ª fase: exclusão de estudos duplicados; 2ª fase: leitura criteriosa dos títulos e palavras-chave; 3ª fase: leitura criteriosa de resumos das publicações resultantes da 2ª fase; 4ª fase: leitura do texto integral dos estudos resultantes da 3ª fase e consequente seleção dos estudos a incluir na RIL; 5ª fase: elaborar diagrama de fluxo e organizar os estudos pré-selecionados. |
| Processo de colheita de dados | Utilização de formulário de extração de dados que integra: - título; - autor; - ano de publicação; - publicação; - tipo de estudo; - questão de investigação/ objetivos; - população/ amostra; |

| | |
|---------------------------------|---|
| | - métodos; - síntese dos resultados; - nível de evidência de acordo com o tipo de estudo. |
| Resultados e priorização | Priorização de resultados de acordo com resposta à pergunta de investigação e o nível de evidência. |
| Síntese | Apresentação dos resultados e Resumo. |

Quanto à avaliação do nível de evidência foi utilizada a proposta de hierarquia das evidências de acordo com o tipo de estudo, de Vilelas (2022) (Quadro 2).

Quadro 2 – Níveis de evidências de acordo com o tipo de estudo

| Níveis de Evidência de acordo com o tipo de estudo | |
|---|--|
| Nível I | Evidência obtida a estudos experimentais randomizados e metanálise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados |
| Nível II | Evidência obtida de ensaios clínicos controlados bem delineados, sem randomização, Revisões sistemáticas. |
| Nível III | Evidência obtida de estudos de coorte bem delineados ou caso-controlo, estudos analíticos, preferencialmente de mais de um centro ou grupo de pesquisa, estudos quase experimentais. |
| Nível IV | Evidência obtida a partir de estudos descritivos não-experimentais, estudos de caso, correlacionais ou com abordagem qualitativa. |
| Nível V | Parecer de autoridades respeitadas, baseadas em critérios clínicos e experiência, estudos descritivos ou relatórios de comités de especialistas. |

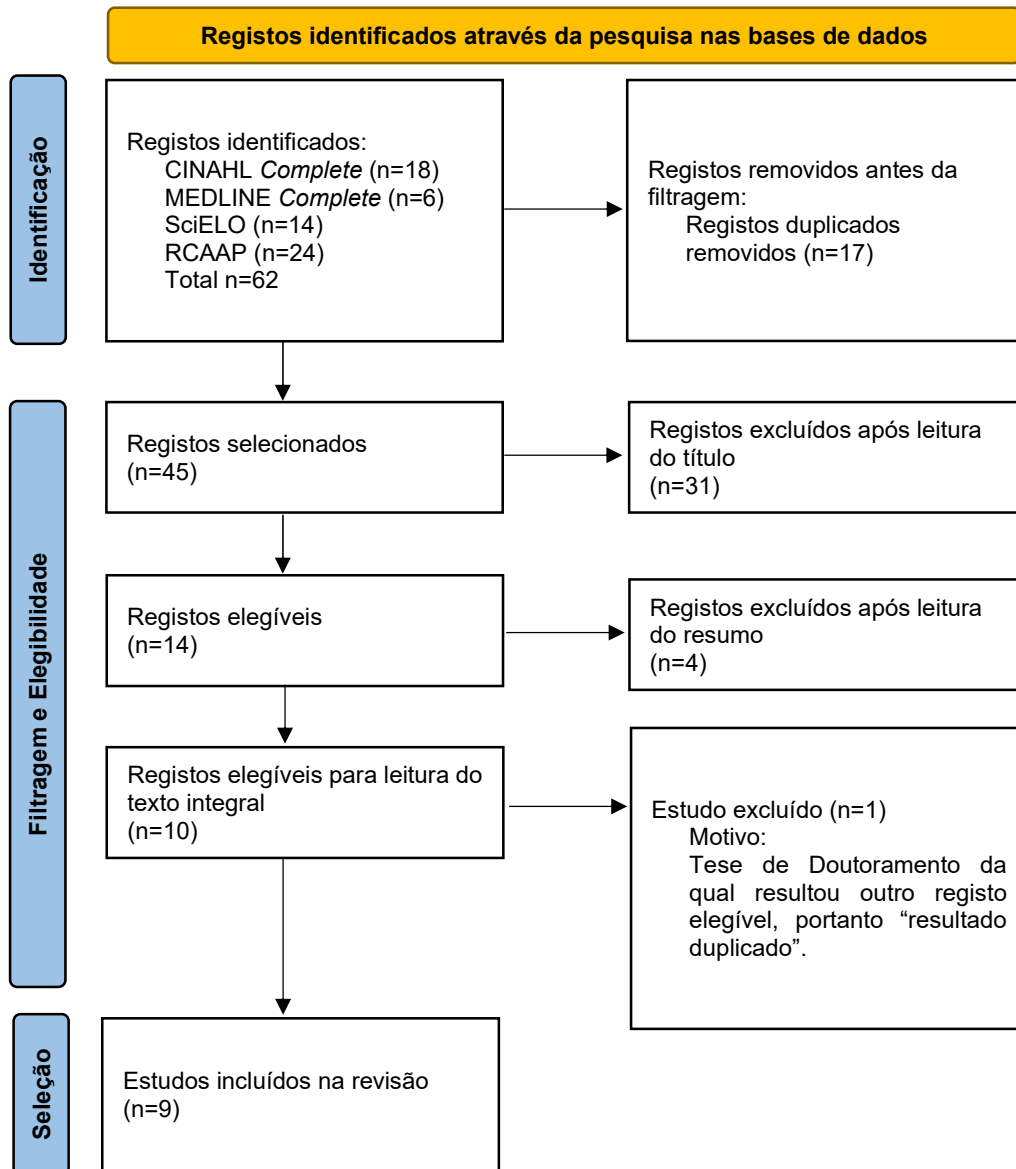
1.2. SELEÇÃO DOS ESTUDOS

O processo de filtragem e seleção dos estudos deve ser apresentado sob a forma de diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA), onde se descrevem os resultados da busca e seleção dos estudos, de acordo com Vilelas (2022).

Os resultados referentes ao total de artigos a que tive acesso nas diferentes bases de dados, e a sua seleção, são apresentados no diagrama PRISMA que corresponde à Figura 1.

Figura 1 – Processo de filtragem dos estudos – Diagrama PRISMA

Diagrama PRISMA da RIL



2. RESULTADOS DO ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Após a cuidadosa seleção dos estudos a incluir na RIL, procedeu-se à extração dos dados e resumo dos mesmos, o que permitiu a avaliação da qualidade dos estudos e a síntese e avaliação da qualidade da evidência. Segue-se a descrição destas mesmas etapas.

2.1. EXTRAÇÃO DOS DADOS

Após a seleção dos estudos, foram extraídos e resumidos os dados de cada estudo, apresentados no Quadro 3, com a identificação atribuída a cada estudo, como por exemplo: E1.

Quadro 3 – Formulário de Extração de Dados

| FORMULÁRIO DE EXTRAÇÃO DE DADOS | |
|--|--|
| E1 | |
| Título | Satisfaction with the preoperative outpatient cataract surgery nursing consultation |
| Autor | Ferreira et al. |
| Ano de publicação | 2022 |
| Publicação | Artigo da Revista Millenium – Jornal de Educação, Tecnologia e Saúde, publicado na web, na base indexada RCAAP |
| Tipo de Estudo | Estudo quantitativo, descritivo e exploratório |
| Questão de investigação/ Objetivos | Objetivo: identificar a satisfação do utente com a consulta de enfermagem pré-operatória ambulatorial de cirurgia de catarata |
| População/ Amostra | Amostra não probabilística por conveniência composta por utentes que realizaram CPCE e foram submetidos a cirurgia de catarata no ano de 2019 (n=348) |
| Métodos | Estudo desenvolvido num hospital do centro de Portugal, em 2019. A colheita de dados foi realizada por preenchimento de um formulário, escala tipo Likert, via telefone. |
| Síntese dos resultados | Formulário incluiu questões sobre a informação transmitida na CPCE, nomeadamente: cirurgia proposta, jejum, medicação, necessidade de acompanhante para alta, necessidade de acompanhante nas primeiras 24 horas após a cirurgia, cuidados pré e pós-operatórios, tratamento/ medicação após cirurgia, atividade física após a cirurgia. Os utentes consideraram a informação fornecida na CPCE relativamente à preparação para a cirurgia e aos cuidados pós-operatórios de elevada relevância e extremamente pertinente. |
| Nível de evidência de acordo com o tipo de estudo | Nível IV |
| E2 | |
| Título | Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação |
| Autor | Mendes e Ferrito |
| Ano de publicação | 2021 |
| Publicação | Artigo da Revista de Enfermagem Referência, publicado na web na base indexada SciELO |
| Tipo de Estudo | Estudo quantitativo, descritivo |
| Questão de investigação/ Objetivos | Objetivos: Planear, implementar e avaliar a consulta de enfermagem pré-operatória inserida no programa <i>Enhanced Recovery After Surgery</i> (ERAS) |
| População/ Amostra | Utentes propostos a cirurgia colorretal. Duas amostras não probabilísticas por conveniência: 1ª amostra: utentes sem CPCE e temporalmente anterior ao programa ERAS (n=65) 2ª amostra: utentes com CPCE (n=93) |

| | |
|--|---|
| Métodos | Estudo desenvolvido numa instituição hospitalar privada em Portugal, com três fases: planeamento (elaborados documentos orientadores); implementação (realizadas as consultas); avaliação (através questionário e plataforma de auditoria). |
| Síntese dos resultados | - temas abordados na consulta: “salientam-se a ingestão de bebida energética antes do procedimento cirúrgico, utilização de pastilha elástica/rebuçado para estimulação gastrointestinal, dor e gestão da dor, e mobilização precoce no pós-operatório”; - a informação transmitida sobre os cuidados pós-operatórios influenciou a colaboração do utente nos mesmos; - salienta a importância do esclarecimento de dúvidas durante o ensino pré-operatório. |
| Nível de evidência de acordo com o tipo de estudo | Nível III |
| E3 | |
| Título | Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente |
| Autor | Breda e Cerejo |
| Ano de publicação | 2021 |
| Publicação | Artigo da Revista de Enfermagem Referência, publicado na web na base indexada SciELO |
| Tipo de Estudo | Estudo descritivo, correlacional, quase-experimental |
| Questão de investigação/ Objetivos | Qual a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente? Objetivos: Avaliar, no pós-operatório, a satisfação do utente com a informação recebida; analisar a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do utente. |
| População/ Amostra | Grupo experimental (GE): utentes com CPCE (n=40) Grupo controlo (GC): utentes sem CPCE, com informação habitualmente dispensada no hospital (n=50) Amostra não probabilística acidental |
| Métodos | Estudo desenvolvido numa instituição hospitalar em Portugal. Os dados foram colhidos no pós-operatório, através de um questionário aos dois grupos de utentes (GE e GC), com escala tipo Likert, entre agosto e outubro de 2019. |
| Síntese dos resultados | Os utentes do GE receberam mais informação sobre o processo cirúrgico. Elevada percentagem de satisfação com panfleto informativo fornecido, que incluía informação sobre prevenção da infeção do local cirúrgico. Valores mais elevados de satisfação sobre as informações transmitidas acerca da preparação para a cirurgia e o percurso a efetuar no hospital. Níveis mais elevados de satisfação no GE relativamente ao esclarecimento de dúvidas associadas ao pós-operatório imediato e cuidados pós-operatórios no domicílio. |
| Nível de evidência de acordo com o tipo de estudo | Nível III |

| E4 | |
|--|--|
| Título | Orthognathic surgery: doubts from patients with orofacial fissures regarding the immediate postoperative period |
| Autor | Henrique et al. |
| Ano de publicação | 2021 |
| Publicação | Artigo da Revista Brasileira de Enfermagem, publicado na web nas bases indexadas CINAHL Complete e MEDLINE Complete |
| Tipo de Estudo | Estudo transversal, quantitativo |
| Questão de investigação/ Objetivos | Quais são as principais dúvidas, referentes ao pós-operatório imediato da cirurgia ortognática, dos utentes com fissura de lábio e/ou palato? Objetivo: identificar as principais dúvidas, referentes aos cuidados do pós-operatório imediato, de utentes com fissuras orofaciais submetidos à cirurgia ortognática. |
| População/ Amostra | Amostra não probabilística composta por utentes com fissuras orofaciais, no período pré-operatório de cirurgia ortognática (n=48) |
| Métodos | Estudo desenvolvido num hospital público em São Paulo, Brasil, entre novembro de 2017 e maio de 2018. A recolha de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada durante a CPCE, após fornecimento de informação referente ao procedimento cirúrgico. Os utentes foram questionados sobre as suas dúvidas, que, posteriormente, foram agrupadas conforme o assunto. |
| Síntese dos resultados | Agrupamento das dúvidas por similaridade resultou nas temáticas: alimentação, cuidados com a ferida operatória, complicações pós-operatórias, período de convalescença e medicações. |
| Nível de evidência de acordo com o tipo de estudo | Nível IV |
| E5 | |
| Título | Patients and informal caregivers' questions about alveolar bone graft post-operative care |
| Autor | Silva et al. |
| Ano de publicação | 2020 |
| Publicação | Artigo da Revista Brasileira de Enfermagem, publicado na web na base indexada SciELO |
| Tipo de Estudo | Estudo analítico e transversal |
| Questão de investigação/ Objetivos | Quais são as principais dúvidas de utentes e cuidadores informais relativas aos cuidados pós-operatórios de enxerto ósseo alveolar? Objetivos: identificar as dúvidas de utentes e cuidadores informais relativas aos cuidados pós-operatórios de enxerto ósseo alveolar. |
| População/ Amostra | Amostra não probabilística composta por cuidadores informais e utentes no período pré-operatório de enxerto ósseo |

| | |
|--|---|
| | alveolar (n=46) |
| Métodos | Estudo desenvolvido num hospital público em São Paulo, Brasil, entre outubro de 2017 e fevereiro de 2018. A recolha de dados ocorreu durante a CPCE por meio de entrevista. As dúvidas foram descritas em impresso elaborado pelos investigadores e, posteriormente, agrupadas por similaridade de assunto. |
| Síntese dos resultados | Dúvidas predominantes entre os utentes: alimentação (60%), higiene oral e sangramento (ambos com 36%); Dúvidas predominantes dos cuidadores: sangramento (48%), alimentação e higiene oral (ambos com 38%); Soma das dúvidas entre cuidadores e utentes: alimentação (50%), seguida do sangramento (41%) e higiene oral (37%); As dúvidas dos cuidadores e utentes relativas ao pós-operatório relacionaram-se com alimentação, cuidados com a ferida operatória, complicações pós-operatórias, período de convalescença e medicações. |
| Nível de evidência de acordo com o tipo de estudo | Nível IV |
| E6 | |
| Título | Needs of Women with Breast Cancer in the Pre-Operative Period |
| Autor | Trescher et al. |
| Ano de publicação | 2019 |
| Publicação | Artigo da Revista de Enfermagem UFPE, publicado na web na base indexada CINAHL Complete |
| Tipo de Estudo | estudo qualitativo, descritivo |
| Questão de investigação/Objetivos | Objetivo: conhecer as necessidades de cuidados no período pré-operatório para a ressecção tumoral na perceção de mulheres com cancro de mama e enfermeiros. |
| População/ Amostra | Amostra não probabilística composta por mulheres com cancro da mama em período pós-operatório (n=18) e enfermeiros da instituição oncológica (n=13). |
| Métodos | Estudo desenvolvido numa instituição oncológica no Sul do Brasil, nos meses de abril e maio de 2018. Utilizou-se para a recolha de dados a entrevista semiestruturada, composta por três perguntas abertas. Utilizou-se a Análise Temática para a organização e análise dos dados. |
| Síntese dos resultados | Resultados refletem necessidade de esclarecimento de dúvidas, destacando-se o que podem ou não fazer durante o pós-operatório. Destacam-se na educação em saúde: o processo cirúrgico, cuidados no pré e no pós-operatório. Citaram que seria relevante ter material educativo impresso, permitindo consulta a qualquer momento. |
| Nível de evidência de acordo com o tipo de estudo | Nível IV |
| E7 | |
| Título | Questions of informal caregivers of children regarding the postoperative period of cochlear implant |
| Autor | Almeida et al. |
| Ano de publicação | 2019 |

| | |
|--|---|
| Publicação | Artigo da Revista Brasileira de Enfermagem, publicado na web nas bases indexadas CINAHL Complete e MEDLINE Complete |
| Tipo de Estudo | Estudo descritivo, transversal, quantitativo |
| Questão de investigação/ Objetivos | Objetivo: Identificar as principais dúvidas de cuidadores informais de crianças com deficiência auditiva sobre os cuidados pós-operatórios de implante coclear |
| População/ Amostra | Amostra não probabilística composta por cuidadores informais acompanhando crianças submetidas a implante coclear (n=48) |
| Métodos | Estudo desenvolvido num hospital público de São Paulo, Brasil. A colheita de dados ocorreu durante a CPCE, por meio de entrevista estruturada, entre setembro de 2016 e julho de 2017. As dúvidas identificadas foram categorizadas por similaridade. |
| Síntese dos resultados | As dúvidas referentes ao pós-operatório relacionaram-se com: repouso, dor, perda sanguínea, infecção, medicação utilizada, alimentação, tratamento da ferida e remoção de pontos, tempo de internamento, intervalo de tempo para ativação e presença de estímulo sonoro imediato. As categorias de dúvidas dos cuidadores definidas no estudo que foram prevalentes relacionaram-se com: repouso (78%), tratamento da ferida (56%), alimentação (38%), tempo de internamento (38%) e tempo de ativação do sistema (38%). |
| Nível de evidência de acordo com o tipo de estudo | Nível IV |
| E8 | |
| Título | A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente |
| Autor | Mendes et al. |
| Ano de publicação | 2020 |
| Publicação | Artigo da revista Cadernos de Saúde, publicado na web, na base indexada RCAAP |
| Tipo de Estudo | Estudo descritivo, quantitativo |
| Questão de investigação/ Objetivos | Objetivos: identificar a importância da informação transmitida na consulta para o utente; identificar o contributo da informação pré-operatória para a participação do utente nos cuidados pós-operatórios. |
| População/ Amostra | Amostra por conveniência, constituída por utentes submetidos a cirurgia colorretal com consulta de enfermagem pré-operatória (n=45). |
| Métodos | Estudo desenvolvido num hospital da área de Lisboa, em Portugal. Colheita de dados por meio de questionário, entre junho e dezembro de 2018, aplicado no serviço de internamento, no dia da alta, após a cirurgia. |
| Síntese dos resultados | A informação transmitida na consulta sobre a preparação para a cirurgia, o percurso cirúrgico do utente na instituição, o plano de cuidados pós-operatório e a preparação para a alta, foram considerados pela maioria dos utentes como "muito importante/importante", com 91,1% (n=41) |
| Nível de evidência de acordo com o tipo de estudo | Nível IV |

| E9 | |
|--|---|
| Título | Consulta de enfermagem pré-procedimento de cateterismo cardíaco: avaliação da satisfação do paciente |
| Autor | Nascimento et al. |
| Ano de publicação | 2021 |
| Publicação | Artigo da Revista Enfermagem UERJ, publicado na web na base indexada CINAHL Complete |
| Tipo de Estudo | Estudo descritivo, quantitativo |
| Questão de investigação/ Objetivos | Objetivo: avaliar a satisfação dos utentes em relação à consulta de enfermagem prévia ao procedimento de cateterismo cardíaco |
| População/ Amostra | Amostra não probabilística por conveniência composta por utentes que realizaram consulta de enfermagem prévia ao procedimento de cateterismo cardíaco (n=38). |
| Métodos | Estudo desenvolvido no serviço de hemodinâmica de um hospital universitário do Rio de Janeiro, Brasil. A colheita de dados foi realizada entre março e setembro de 2018, por meio de um questionário com escala do tipo Likert, elaborado pelas investigadoras. |
| Síntese dos resultados | No que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas, e às orientações sobre o procedimento, os cuidados pré, intra e pós-procedimento, os utentes manifestaram grau de satisfação elevado (87-92%), exceto relativamente aos cuidados após o procedimento (38%), o que foi considerado pelas investigadoras como um ponto de fragilidade da consulta, constituindo uma oportunidade de melhoria. |
| Nível de evidência de acordo com o tipo de estudo | Nível IV |

2.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS

Os diferentes resultados dos trabalhos foram publicados em revistas científicas que estão indexadas em diferentes bases de dados e as suas referências bibliográficas são de fonte confiável. São publicações recentes, resultantes de trabalhos de investigação, e os artigos respeitavam as diferentes fases do processo de investigação (informação organizada), sendo redigidos com linguagem científica.

2.3. SÍNTESE E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

Como já foi referido, após a leitura do texto integral dos estudos incluídos na RIL e efetuada a síntese dos resultados no formulário de extração de dados, podemos verificar que todos são artigos científicos resultantes de trabalhos de investigação, publicados em revistas científicas, indexadas nas bases de dados selecionadas para este estudo.

Dos estudos incluídos na RIL, cinco são provenientes do Brasil e quatro foram desenvolvidos em Portugal.

Quanto ao tipo de estudo, a maioria foram considerados pelos seus autores como estudos descritivos, quantitativos (n=6). Além destes, o estudo E3 é do tipo descritivo, correlacional, quase-experimental; o estudo E6 é do tipo qualitativo e descritivo; e o estudo E5 é classificado como analítico e transversal pelos seus autores.

Quanto ao ano de publicação, a maioria dos estudos foi publicada em 2021 (n=4) e, após a filtragem dos estudos, nenhum estudo de 2018 ou 2023 foi considerado elegível, pelo que os estudos incluídos na RIL compreendem publicações entre 2019 e 2022.

Sistematizando os objetivos dos estudos incluídos, verificaram-se os seguintes:

- estudo E1: identificar a satisfação do utente com a consulta de enfermagem pré-operatória ambulatorial de cirurgia de catarata;
- estudo E2: planear, implementar e avaliar a consulta de enfermagem pré-operatória inserida no programa ERAS;

- estudo E3: avaliar, no pós-operatório, a satisfação do utente com a informação recebida; e analisar a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do utente;

- estudo E4: identificar as principais dúvidas, referentes aos cuidados do pós-operatório imediato, de utentes com fissuras orofaciais submetidos à cirurgia ortognática;

- estudo E5: identificar as dúvidas de utentes e cuidadores informais relativas aos cuidados pós-operatórios de enxerto ósseo alveolar;

- estudo E6: conhecer as necessidades de cuidados no período pré-operatório para a ressecção tumoral na percepção de mulheres com cancro de mama e enfermeiros;

- estudo E7: identificar as principais dúvidas de cuidadores informais de crianças com deficiência auditiva sobre os cuidados pós-operatórios de implante coclear;

- estudo E8: identificar a importância da informação transmitida na consulta para o utente;

- estudo E9: avaliar a satisfação dos utentes em relação à consulta de enfermagem prévia ao procedimento de cateterismo cardíaco.

Assim, três estudos tiveram como objetivo identificar as dúvidas relativas aos cuidados pós-operatórios (estudos E4, E5 e E7), e dois estudos pretenderam identificar/ avaliar a satisfação em relação à CPCE (estudos E1 e E9). Os estudos E3 e E8 focaram-se na importância da informação transmitida e à satisfação das necessidades informativas dos utentes, enquanto que os restantes estudos procuraram identificar as necessidades de cuidados no período pré-operatório (estudo E6) e ao planeamento, implementação e avaliação da CPCE (estudo E2).

É de salientar que todos os estudos se referem à CPCE, e incluem populações de diferentes especialidades cirúrgicas, mas apenas o estudo E1 se refere especificamente a cirurgia em regime ambulatorio. As amostras dos estudos incluídos variam entre n=31 e n=348 e todas são amostras não probabilísticas.

Nos estudos E2, E3, E6 e E8 a colheita de dados ocorreu no período pós-operatório (n=4), enquanto nos restantes estudos aconteceu no período pré-operatório (n=5). Além disto, os estudos E1, E2, E3, E6, E8 e E9 não se referem a uma área específica da CPCE, mas os estudos E4, E5 e E7 têm como objetivo identificar as principais dúvidas sobre os cuidados pós-operatórios, como já foi referido.

Quanto ao instrumento de colheita de dados, foram utilizados questionários (n=5) e entrevistas (n=4).

Assim, sistematizando a síntese dos resultados dos estudos, verificou-se que:

- no estudo E1, os utentes consideraram a informação fornecida na CPCE relativa à preparação para a cirurgia e aos cuidados pós-operatórios como muito relevante e pertinente, nomeadamente: cirurgia proposta, jejum, medicação, necessidade de acompanhante para alta, necessidade de acompanhante nas primeiras 24 horas após a cirurgia, tratamento/ medicação após cirurgia, atividade física após a cirurgia;

- no estudo E2, salienta-se a importância da informação sobre a gestão do jejum, a dor e a gestão da dor, a mobilização precoce no pós-operatório, e os cuidados pós-operatórios;

- no estudo E3, é valorizada a informação transmitida sobre o processo cirúrgico, a prevenção da infeção do local cirúrgico, a preparação para a cirurgia, o percurso a efetuar no hospital, o pós-operatório imediato e os cuidados pós-operatórios no domicílio;

- nos estudos E4 e E5, foram agrupadas as dúvidas por similaridade, sendo mais prevalentes as dúvidas sobre alimentação, cuidados com a ferida operatória, complicações pós-operatórias, período de convalescença e medicação;

- no estudo E6, destaca-se a informação relativa ao processo cirúrgico, aos cuidados pré e pós-operatórios;

- no estudo E7, os resultados incluem dúvidas sobre repouso, dor, perda sanguínea, infeção, medicação utilizada, alimentação, tratamento da ferida e remoção de pontos, tempo de internamento, e cuidados com o dispositivo implantado. As categorias de dúvidas prevalentes relacionaram-se com: repouso (78%), tratamento da ferida (56%), alimentação (38%), tempo de internamento (38%) e cuidados com o dispositivo implantado (38%);

- o estudo E8 salienta a importância da informação transmitida na consulta sobre a preparação para a cirurgia, o percurso cirúrgico do utente na instituição, o plano de cuidados pós-operatório e a preparação para a alta;

- no estudo E9, salientam-se as orientações sobre o procedimento, os cuidados pré, intra e pós-procedimento.

Assim, quanto à informação a transmitir na CPCE, foram encontradas as seguintes categorias: preparação para a cirurgia/ cuidados pré-operatórios (n=6), o dia da cirurgia (n=5) e recuperação/ cuidados pós-operatórios (n=9).

Em alguns estudos, as categorias de informação a transmitir na CPCE identificadas são apresentadas de forma geral, sendo referidas apenas como informação sobre cuidados pré, intra e/ou pós-operatórios. No entanto, vários estudos incluídos na RIL referem algumas especificidades relativamente a cada uma das categorias.

Assim, quanto à informação sobre **preparação para a cirurgia/ cuidados pré-operatórios**, são referidas especificamente: a gestão do jejum (E1 e E2), e a prevenção da infeção do local cirúrgico (E3).

Relativamente à informação sobre o **dia da cirurgia**, é referido o percurso a efetuar no hospital (E3 e E8); o processo cirúrgico (E1, E3, E6 e E9); a necessidade de acompanhante para a alta e nas primeiras 24 horas após a cirurgia (E1).

A informação respeitante à **recuperação/ cuidados pós-operatórios**, incluiu: a alimentação, os cuidados com a ferida operatória e as complicações pós-operatórias (E4, E5 e E7); o período de convalescença/ repouso/ atividade física após a cirurgia e a medicação utilizada (E1, E4, E5 e E7); a dor e a gestão da dor (E2 e E7); os cuidados pós-operatórios no domicílio/ preparação para alta (E3 e E8); o pós-operatório imediato (E2 e E3); o plano de cuidados pós-operatório (E8); e os cuidados com o dispositivo implantado (E7).

Quanto ao nível de evidência, de acordo com o tipo de estudo, verificou-se que a maioria dos estudos incluídos na RIL se encontra no nível IV (n=7), existindo estudos que se situam no nível III (n=2).

De seguida, é apresentado no quadro 4 o resumo dos resultados obtidos no estudo de RIL.

Quadro 4 – Resumo dos Resultados

| RESULTADOS | |
|-------------------------------------|--|
| PAÍS | Brasil (n=5) Portugal (n=4) |
| ANO DE PUBLICAÇÃO | 2019 (n=2) 2020 (n=2) 2021 (n=4) 2022 (n=1) |
| TIPO DE ESTUDO | Descritivo, quantitativo (n=6) Descritivo, correlacional, quase-experimental (n=1) Descritivo qualitativo (n=1) Analítico, transversal (n=1) |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar/ avaliar a satisfação em relação à CPCE (n=4) ▪ Identificar as dúvidas relativas aos cuidados pós-operatórios (n=3) ▪ Conhecer as necessidades de cuidados no período pré-operatório (n=1) ▪ Planear, implementar e avaliar a CPCE (n=1) |
| POPULAÇÃO/ AMOSTRA | Amostras não probabilísticas (n=9) n ≥ 31 e n ≤ 348 |
| MÉTODO | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumento de colheita de dados: questionário (n=5) e entrevista (n=4) ▪ Momento em que decorreu a colheita de dados: período pré-operatório (n=5) e período pós-operatório (n=4) |
| SÍNTESE DE RESULTADOS POR CATEGORIA | <p>Informação sobre preparação para a cirurgia/ cuidados pré-operatórios (n=6)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestão do jejum (n=2) ▪ Prevenção da infeção do local cirúrgico (n=1) <p>Informação sobre o dia da cirurgia (n=5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessidade de acompanhante para a alta e nas primeiras 24 horas após a cirurgia (n=1) ▪ Percurso a efetuar na instituição (n=2) ▪ Processo cirúrgico (n=4) <p>Informação sobre recuperação/ cuidados pós-operatórios (n=9)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados com dispositivo implantado (n=1) ▪ Plano de cuidados pós-operatório (n=1) ▪ Cuidados no pós-operatório imediato (n=2) ▪ Cuidados pós-operatórios no domicílio/ Preparação para alta (n=2) ▪ Dor e gestão da Dor (n=2) ▪ Alimentação (n=3) ▪ Cuidados com a ferida operatória (n=3) ▪ Complicações pós-operatórias (n=3) ▪ Medicação utilizada (n=4) ▪ Período de convalescença/ repouso/ atividade física após a cirurgia (n=4) |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA | Nível IV (n=7) Nível III (n=2) |

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos elegíveis para o estudo de RIL são oriundos de países de língua portuguesa e não se observou diferença expressiva no que diz respeito ao número de estudos por país. Quatro dos estudos foram desenvolvidos em Portugal, e todos são estudos recentes, publicados entre 2019 e 2022, com maior incidência no ano 2021 (n=4).

Maioritariamente, os estudos incluídos na RIL, são do tipo descritivo, quantitativo (n=6), com nível de evidência IV (n=7), encontrando-se dois estudos de nível III. As amostras foram do tipo não probabilística, incluíram 31 a 348 participantes, e utentes de diferentes especialidades, como é característica da CA. Evidenciar-se que apenas um estudo foi realizado em contexto específico para a CA, e centrou-se essencialmente no nível de satisfação dos utentes com a CPCE, o que revela necessidade de investimento na produção de trabalhos científicos relativos às especificidades da CPCE no contexto de CA.

De acordo com Breda (2019), alguns autores referem que ainda existe desvalorização da importância do ensino pré-operatório por parte das instituições de saúde, e, por isso, considera fundamental o contributo dos enfermeiros na produção de conhecimento com base em evidência científica, que demonstre a necessidade de trabalho interdisciplinar, com o objetivo de aumentar a qualidade da prestação de cuidados ao utente submetido a cirurgia, através da educação pré-operatória.

Os objetivos dos estudos da RIL deram ênfase à satisfação do utente com a CPCE e ao esclarecimento das suas dúvidas na mesma, e apenas um estudo incluiu também o cuidador. Breda (2019) refere que a qualidade da informação transmitida na CPCE é essencial para o utente e para o cuidador no período pós-operatório. Os objetivos dos estudos evidenciaram preocupação dos investigadores com a satisfação do utente, preconizada nos Padrões de Qualidade de Enfermagem.

Os instrumentos de colheita de dados utilizados nestes estudos foram o questionário e a entrevista, e a colheita de dados ocorreu tanto no período pré como pós-operatório.

Quanto à informação a transmitir ao utente na CPCE, todos os estudos incluídos evidenciaram a importância da informação sobre a recuperação/ cuidados pós-operatórios e a maioria dos estudos incluiu a informação sobre preparação para a cirurgia/ cuidados pré-operatórios (E1, E2, E3, E6, E8 e E9). Os resultados que

abordaram a informação sobre o dia da cirurgia são significativos, mas menos expressivos (E1, E3, E6, E8 e E9).

O que mais se evidenciou nos resultados da RIL foi a informação sobre a recuperação/ cuidados pós-operatórios, pois além de ser mencionada em todos os estudos, foi o tema que mais resultados obteve sobre qual a informação específica a transmitir (E1, E2, E3, E4, E5, E7 e E8).

De acordo com Breda (2019), a intervenção da enfermagem na preparação para a alta deve ser uma prioridade. O enfermeiro assume o papel de educador, de agente promotor da capacitação do utente, e, juntamente com o mesmo, define o plano adequado de cuidados pós-operatórios, de forma a dar resposta às suas necessidades. Segundo o mesmo autor, prevalece a informação sobre as estratégias para controlo da dor, os dispositivos médicos, o retorno às atividades de vida diária, desde o primeiro levante e alimentação até ao regresso à vida profissional, o que vai de encontro aos resultados da RIL.

Quando se particulariza a informação sobre preparação para a cirurgia/ cuidados pré-operatórios, evidenciaram-se a gestão do jejum e a prevenção da infeção do local cirúrgico (E1, E2 e E3), mas verificou-se que é um tema pouco especificado nos estudos incluídos. Em CA, é essencial que o utente tome conhecimento dos cuidados a ter na preparação para a cirurgia atempadamente, visto a execução dos mesmos ser realizada no domicílio, e, por isso, da responsabilidade do utente.

O estudo que aborda a prevenção da infeção do local cirúrgico, refere-se à Norma 020/2015 da DGS, (Portugal, 2022), que define o Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (ILC). De acordo com esta Norma, para capacitar o utente neste processo e garantir a sua adequada recuperação, o enfermeiro deve transmitir informação relativa aos cuidados a realizar no domicílio, para prevenção da ILC. Inclui informação sobre o banho a realizar na noite anterior e no dia da cirurgia, a tricotomia, a vigilância necessária até à completa recuperação, nomeadamente os cuidados com a ferida operatória, o tratamento, o penso, a glicemia.

Relativamente à informação sobre o dia da cirurgia, evidenciaram-se nos resultados da RIL, a necessidade de acompanhante para a alta e nas primeiras 24 horas após a cirurgia, o percurso a efetuar na instituição e o processo cirúrgico (E1, E3, E6, E8 e E9).

O facto de três dos estudos abordarem apenas os cuidados pós-operatórios, e de em cinco dos estudos ter sido utilizado o questionário, pode significar que a

informação sobre o dia da cirurgia e os cuidados pré-operatórios não foi contemplada da mesma forma neste instrumento de colheita de dados e assim condicionar os resultados. Portanto, não se pode afirmar que os cuidados pré-operatórios ou a informação sobre o dia da cirurgia são considerados menos relevantes ou pertinentes pelos utentes, pois sempre que foram abordados o resultado foi oposto, mas não se conseguiu especificar, de forma mais detalhada, a informação a transmitir ao utente relativamente a estes temas.

Estrela (2012) citado por Gonçalves (2016) identifica a informação a ser transmitida na CPCE, comum a todos os utentes cirúrgicos, enquanto que Gonçalves e Cerejo (2020) construíram uma escala de avaliação de informação pré-operatória, na qual se encontram incluídas afirmações ou itens baseados em revisão de literatura e na experiência dos investigadores, que incluem a informação considerada essencial para o utente no perioperatório.

Os itens relevantes para o contexto de CA mencionados por estes autores incluem: a necessidade de jejum; a avaliação pré-operatória; a preparação física; o acompanhamento no dia da cirurgia; hora de comparência na UCA/ hora prevista da cirurgia; percurso na UCA; ambiente da sala operatória; dispositivos médicos e sensações associadas; controlo da dor; métodos de controlo da ansiedade; como se processa a anestesia; sensação do primeiro levante; e preparação da alta.

Assim, os resultados deste estudo evidenciaram a importância de transmitir informação ao utente sobre a preparação para a cirurgia/ cuidados pré-operatórios, o dia da cirurgia e a recuperação/ cuidados pós-operatórios na CPCE, e, quando se pretendeu descrever especificamente a informação a providenciar pelo enfermeiro na CPCE sobre estes temas, obtiveram-se os seguintes resultados:

- gestão do jejum;
- prevenção da infeção do local cirúrgico;
- necessidade de acompanhante para a alta e nas primeiras 24 horas após a cirurgia;
- percurso a efetuar na instituição;
- processo cirúrgico;
- cuidados com dispositivo implantado;
- plano de cuidados pós-operatório;
- cuidados no pós-operatório imediato;
- cuidados pós-operatórios no domicílio/ Preparação para alta;

- dor e gestão da dor;
- alimentação;
- cuidados com a ferida operatória;
- complicações pós-operatórias;
- medicação utilizada;
- período de convalescença/ repouso/ atividade física após a cirurgia.

Face aos resultados obtidos neste estudo, podemos considerar que foram coerentes com o encontrado anteriormente na literatura.

Desta forma, foi descrita a evidência científica encontrada sobre a informação a transmitir ao utente na CPCE e foi possível descrever a informação a providenciar pelo enfermeiro na CPCE, embora de forma menos detalhada relativamente à informação sobre a preparação para a cirurgia/ cuidados pré-operatórios e o dia da cirurgia.

O estudo de RIL desenvolvido providenciou uma resposta objetiva à questão de partida “Qual a informação a transmitir ao utente na consulta pré-cirúrgica de enfermagem em cirurgia ambulatória?”.

As limitações ao estudo incluíram as dificuldades pela pesquisa ampla necessária, pela inexperiência no campo de investigação, que foram ultrapassadas com a orientação pedagógica das Professoras orientadoras deste trabalho e através de pesquisa bibliográfica.

4. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

A PBE pressupõe a procura da melhor e mais recente evidência científica, competência clínica, valores e preferências do utente, no contexto de prestação de cuidados. Desta forma, é fundamental a prática de investigação em enfermagem, a favor da consistência científica, da identificação e validação de saberes, que possibilite a aplicabilidade de resultados à prática clínica.

Como menciona a OE (2006), a CPCE deve ser fundamentada na melhor evidência científica e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, de forma a assegurar a PBE. A procura do elevado nível de satisfação do utente, do seu máximo potencial de saúde e bem-estar e da prevenção de complicações, proporciona melhores ganhos em saúde e a melhoria contínua da qualidade.

Os estudos incluídos na RIL salientam o nível de satisfação elevado do utente proporcionado pela CPCE e a relevância da informação transmitida durante a mesma. Quanto à informação a transmitir ao utente na CPCE em CA, a evidência resultante da RIL demonstra a importância da informação sobre a preparação para a cirurgia/ cuidados pré-operatórios, sobre o dia da cirurgia e sobre os cuidados pós-operatórios. Deste modo, a evidência científica resultante deste estudo de RIL confirma o descrito pelos autores.

A CPCE representa o início do processo dos cuidados perioperatórios, pressupondo a definição de estratégias para obtenção de melhores ganhos em saúde e melhoria contínua da qualidade. Concomitantemente, possibilita melhor organização dos cuidados de enfermagem, pois providencia informação sobre o utente, as suas necessidades e objetivos, permitindo definir um plano de cuidados transversal a todo o perioperatório. O estudo de RIL desenvolvido contribui com evidência científica que poderá integrar posteriormente um modelo que providencie estrutura à CPCE no contexto de CA, assegure a PBE e a prática de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Além disto, a quantidade de estudos elegíveis para a RIL revelou a necessidade de produção de conhecimento científico na área da CPCE, não apenas relativo à satisfação do utente, mas a todas as suas vertentes, com o objetivo de aumentar a qualidade da prestação de cuidados ao utente submetido a cirurgia e demonstrar o contributo do enfermeiro para a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar do utente, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de saúde, a segurança, a prevenção e controlo da infeção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente exigência técnica e científica na prestação de cuidados de enfermagem reflete-se também no contexto de CA. A diferenciação e especialização dos enfermeiros assume uma grande importância, face à prestação de cuidados em contexto perioperatório, à crescente complexidade dos procedimentos realizados em CA, aos critérios clínicos de seleção de utentes progressivamente mais abrangentes, e à exigência inerente ao curto tempo de permanência do utente na UCA.

O presente relatório constituiu uma oportunidade de reflexão e análise das atividades desenvolvidas durante o ENP, que conduziram à aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e, mais especificamente, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Esta reflexão foi construtiva, enriquecedora e produtiva, permitindo a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo deste percurso, quer a nível profissional, quer a nível académico.

Durante o percurso realizado foi uma preocupação constante o desenvolvimento de uma prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos, a deontologia profissional, a responsabilidade profissional e o respeito pelos direitos humanos. Tendo sempre presentes estes pressupostos, foram prestados cuidados de enfermagem adequados às necessidades de cada utente, procurando uma atitude antecipatória dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico/anestésico, com a responsabilidade e a prudência que caracterizam o exercício do enfermeiro especialista.

O ambiente perioperatório é de elevada complexidade, com fluxos de comunicação intensos, a exigência inerente a procedimentos complexos e a necessidade de controlo ambiental rigoroso. Como parte da equipa de uma UCA e futura enfermeira especialista, foi essencial promover um ambiente terapêutico seguro, centrado no utente, assegurando uma cultura de segurança, de humanização, eficiência, na procura da melhoria contínua da qualidade. Foram utilizados meios de vigilância, monitorização e gestão terapêutica avançados, de forma a identificar precocemente focos de instabilidade, tomar decisões pronta e antecipadamente, sem nunca descurar a importância da relação terapêutica com o utente e o acompanhante.

Deste modo, foi fundamental aprofundar conhecimentos, garantindo a prática baseada na evidência científica, recorrendo a pesquisa bibliográfica, à procura das normas e protocolos existentes na instituição, nomeadamente no que diz respeito à

prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, tendo sempre presentes os princípios descritos na literatura científica na prestação de cuidados.

No decorrer do ENP, a oportunidade de observar a gestão dos cuidados e o estilo de liderança utilizado pelo Enfermeiro Chefe, de forma a otimizar os recursos humanos e materiais, contribuiu para o enriquecimento profissional como EEEMC, no domínio da gestão. Foi necessário compreender estes recursos, e as necessidades na organização da UCA, na procura da segurança e qualidade dos cuidados prestados. O Enfermeiro Gestor assume uma importância vital no cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, promovendo um ambiente favorável às boas práticas e à formação e desenvolvimento profissional da equipa.

O EEEMC representa também um elemento facilitador da aprendizagem, atuando como formador em contexto de trabalho. Relativamente ao domínio da formação, foi possível participar ativamente no diagnóstico de necessidades formativas com a enfermeira especialista responsável por esta área, e posteriormente desenvolver uma formação sobre Anestesia Regional em CA, especificamente direcionada aos BNP, como técnica cada vez mais utilizada nesta UCA.

Ao longo do ENP, de forma a favorecer a comunicação, as relações interpessoais e o estabelecimento da relação terapêutica, foi fundamental desenvolver o autoconhecimento e assertividade. Enquanto o autoconhecimento assegura que reconhecemos os nossos recursos e limites na construção das relações interpessoais, a assertividade baseia-se no respeito e na empatia, e cria uma dinâmica em que as necessidades, os sentimentos e os pensamentos de todos os intervenientes são considerados. Antecipar situações que podem levar ao conflito, utilizar estratégias facilitadoras da comunicação, transmitir informação e emitir opiniões de forma equilibrada, tomar e assumir decisões de maneira firme, resolutive, mas com respeito pelos demais, foram habilidades desenvolvidas que motivaram a reflexão durante a elaboração deste relatório final.

A preocupação com a melhoria contínua da qualidade foi uma constante durante o ENP, o que se refletiu também no percurso investigativo realizado. A área de intervenção escolhida, a CPCE, proporcionou uma oportunidade de investigação válida e pertinente para o contexto em que se desenvolveu o ENP, mas também permitiu intervir ativamente na melhoria da qualidade, pelas características inerentes a esta consulta.

A CPCE é uma atividade autónoma do enfermeiro, representa o início do processo dos cuidados perioperatórios e permite a definição de estratégias para

obtenção de melhores ganhos em saúde e melhoria da qualidade. Providencia informação sobre o utente, as suas necessidades e objetivos, permitindo definir um plano de cuidados transversal a todo o perioperatório.

O desenvolvimento de uma relação de confiança entre o utente e o enfermeiro na CPCE é essencial para a transmissão de informação. A CPCE proporciona o momento adequado para transmitir informação ao utente, essencial para a preparação para a cirurgia, para o dia da cirurgia e para a sua recuperação no domicílio, promovendo desta forma o desenvolvimento de processos de adaptação adequados.

No contexto de CA encontramos limitações de tempo, nomeadamente pelo curto tempo de permanência do utente na UCA, inferior a 24 horas. A ansiedade e o medo gerados no dia da cirurgia, pelo desconhecido contexto da UCA, tornam-se o foco do utente, que inadvertidamente negligencia tudo o resto à sua volta, incluindo informação pertinente para a sua recuperação.

O desenvolvimento da CPCE em CA reveste-se assim de extrema importância, pois multiplica os momentos disponíveis para a identificação clara de necessidades, para o ensino e aprendizagem, e transfere o foco de atenção do utente, ao remover o estímulo do ambiente do dia da cirurgia.

A realização deste estudo foi indispensável para refletir sobre a prática e sobre a importância da Enfermagem como ciência e profissão e permitiu o desenvolvimento de competências na área da investigação em Enfermagem. Foi um desafio a procura de conhecimento científico nesta área, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, tendo sido necessário disciplinar o pensamento e a ação, de forma a avaliar, refletir e modificar a prática, na busca pela melhor evidência científica e pela competência no contexto de prestação de cuidados.

A pesquisa ampla necessária, a exigência fundamental na aplicação da metodologia científica, bem como a inexperiência no campo de investigação, foram condicionantes durante a realização deste estudo, ultrapassadas com a orientação pedagógica das Professoras orientadoras e através de pesquisa bibliográfica.

No final deste percurso, acreditamos que o estudo iniciado pode ter continuidade, nomeadamente na construção de um modelo de CPCE para o contexto de CA, com vista à implementação do mesmo. Futuramente, poderá ser uma mais-valia a validação do modelo como instrumento de melhoria contínua da qualidade, orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado, e a sua aplicação em contexto profissional como complemento do percurso formativo,

providenciaram a aquisição e desenvolvimento das competências especializadas, necessárias à obtenção do grau de Mestre, e ao reconhecimento do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica pela Ordem dos Enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R., Cunha, G., Santos, E., Bom, G., Mendonça, J., & Trettene, A. (2019). Questions of informal caregivers of children regarding the postoperative period of cochlear implant. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1043-1048. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0667>.
- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2021). *Recomendações para anestesia regional em cirurgia ambulatória*. <https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional.pdf>.
- Azevedo, M. A. (2010). Origens da bioética. *Nascer e Crescer – Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, XIX(4), 255-259. <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1069/1/v19n4a05.pdf>.
- Breda, L. (2019). *Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=83722&codigo=466.
- Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), 1-8. <https://doi.org/10.12707/rv20088>.
- Carvalho, J. M., & Cristão, A. S. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(7), 103-112. <https://doi.org/10.12707/RIII11120>.
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros.

Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (2008). *Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no utente*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 161/1996 – *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Diário da República. I Série A, n.º 205 (1996/09/04), pp. 2959-2962. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>.

Decreto-Lei nº 104/1998 – *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Diário da República. I Série, n.º 93 (1998/04/21), pp. 1739-1757. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-175784>.

Despacho nº 1380/2018 – *Grupo de trabalho para o acompanhamento do desenvolvimento da cirurgia de ambulatório*. Diário da República. II Série, n.º 28 (2018/02/08), p. 4511. <https://dre.pt/web/quest/home/-/dre/114654436/details/3/maximized?serie=II&parte=filter=31&day=2018-02-08&date=2018-02-01&drelid=114641066>.

Fernandes, N., & Pereira, S. (2019). *Recomendações portuguesas para a gestão do bloqueio neuromuscular em cirurgia de ambulatório*. Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_BNM.pdf.

Ferreira, A., Marques, F., Príncipe, F., Mota, L., Cardoso, M., & Vieira, R. (2022). Satisfaction with the preoperative outpatient cataract surgery nursing consultation. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(19), 55-61. <https://doi.org/10.29352/mill0219.25839>.

Gonçalves, M. (2016). *Influência da informação de enfermagem na ansiedade pré-operatória* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=40598&codigo=876.

- Gonçalves, M., & Cerejo, M. (2020). Construção e validação de uma escala de avaliação de informação pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20067. <https://doi.org/10.12707/RV20067>.
- Henrique, T., Banhara, F., Silva, N., Farinha, F., Manso, M., & Trettene, A. (2021). Orthognathic surgery: Doubts from patients with orofacial fissures regarding the immediate postoperative period. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20200089. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0089>.
- Marques, A. (2011) – *Cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios em cirurgia ambulatória: Perceção dos doentes*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=24199&codigo=924.
- Mendes, D., Ferrito, C., & Gonçalves, M. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: Perceção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 47-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>.
- Mendes, D., & Ferrito, C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20216. <https://doi.org/10.12707/rv20216>.
- Nascimento, R., Andrade, K., Camerini, F., Franco, A., Marins, A., & Naves, C. (2021). Consulta de enfermagem pré-procedimento de cateterismo cardíaco: Avaliação da satisfação do paciente. *Revista Enfermagem UERJ*, 29, e49970. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.49970>.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem nº 53/2021: Consulta de enfermagem e teleconsulta de enfermagem*. Conselho de Enfermagem 2020-2023. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf.

Portugal. Ministério da Saúde (2013). *Norma 002/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013: Cirurgia segura, salva vidas*. Direção Geral da Saúde. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>.

Portugal. Ministério da Saúde (2022). *Norma Clínica 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção do local cirúrgico*. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>.

Regulamento nº 101/2015 – *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor*. Diário da República. II Série, n.º 48 (2015/03/10), pp. 5948-5952. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>.

Regulamento nº 429/2018 – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica*. Diário da República. II Série, n.º 135 (2018/07/16), pp. 19359-19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.

Regulamento nº 140/2019 – *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República. II Série, n.º 26 (2019/02/06), pp. 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 – *Convenção para os direitos do Homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: Convenção sobre os direitos do Homem e a biomedicina*. Diário da República. I Série A, n.º 2 (2001/01/03), pp. 26-36.

<https://files.dre.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>.

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O Cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem de classificação CIPE. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 49, 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083/5685>.

Silva, N., Beluci, M., Banhara, F., Henrique, T., Manso, M., & Trettene, A. (2020). Patients and informal caregivers' questions about alveolar bone graft post-operative care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190403. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0403>.

Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Pestana, H. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2ª série(21), 17-26. <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>.

Trescher, G., Amante, L., Rosa, L., Girondi, J., Varela, A., Oro, J., Rolim, J., & Santos, M. (2019). Needs of women with breast cancer in the pre-operative period. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13(5), 1288-1294. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i5a239229p1288-1294-2019>.

Vilelas, J. (2022). *Investigação – O processo de construção do conhecimento* (3.ª ed.). Edições Sílabo.

ANEXOS

**ANEXO 1 – CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE A CIRURGIA EM REGIME DE
AMBULATÓRIO**

| CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE A CIRURGIA EM REGIME AMBULATORIO – CRITÉRIOS SOCIAIS E CRITÉRIOS CLÍNICOS |
|---|
| Transporte assegurado em veículo automóvel |
| Área de residência ou local de pernoita a 60 minutos ou menos de distância do Hospital |
| Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita |
| Acesso a comunicações (telefone) |
| Assegurada a companhia de um adulto responsável (24 horas) |
| Classificação do estado físico |
| Estabilidade psíquica |
| Desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação por via oral |
| Intervenção que se prevê de curta duração (inferior a 120 min) |

ANEXO 2 – CLASSIFICAÇÃO ASA

CLASSIFICAÇÃO DA SOCIEDADE AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA (ASA)

| ASA | CARACTERIZAÇÃO |
|-----|--|
| I | Saúde normal. |
| II | Doença sistêmica leve. Ex.: Hipertensão Arterial Sistêmica |
| III | Doença sistêmica grave, não incapacitante. |
| IV | Doença sistêmica grave, incapacitante, com ameaça grave à vida. |
| V | Paciente moribundo, com expectativa de sobrevida mínima, independente da cirurgia. |
| VI | Doador de órgãos (cadáver). |

Obs.: Cirurgia de emergência acrescenta-se a letra "E" após cada classificação do estado físico.

ANEXO 3 – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

| Antes da Indução da Anestesia (Sign in) | Antes da incisão da pele (Time out) | Antes do doente sair da sala de operação (Sign out) |
|--|---|--|
| (Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista) | (Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião) | (Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião) |
| <p>O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento ?</p> <input type="checkbox"/> Sim <p>O local está marcado?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável <p>A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?</p> <input type="checkbox"/> Sim <p>O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <p>O doente possui:</p> <p>Alergia conhecida?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <p>Via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e equipamento/assistência acessível <p>Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e : 2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada Tipagem e sangue disponível | <p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão</p> <p>A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável <p>A profilaxia tromboembólica foi administrada?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável <p>Antecipação de eventos críticos</p> <p>O cirurgião enuncia em voz alta</p> <input type="checkbox"/> Quais são os passos críticos ou fora da rotina <input type="checkbox"/> O tempo planeado para o caso <input type="checkbox"/> Qual a perda de sangue prevista <p>O Anestesista enuncia em voz alta</p> <input type="checkbox"/> Há alguma preocupação específica com o doente? <p>A equipa de enfermagem enuncia em voz alta</p> <input type="checkbox"/> A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada? <input type="checkbox"/> Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação? <p>Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Aplicável | <p>O enfermeiro confirma verbalmente</p> <input type="checkbox"/> O nome do procedimento <input type="checkbox"/> As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes <input type="checkbox"/> A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente) <input type="checkbox"/> Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver <p>O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam</p> <input type="checkbox"/> Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/ necessidades do doente |

ANEXO 4 – LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SALA DE OPERAÇÕES E LISTA DE VERIFICAÇÃO DO MATERIAL DE ANESTESIA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SALA DE OPERAÇÕES

- Bala de CO2 com >1/4
- Bisturi elétrico a funcionar
- Câmara de vídeo campo cirúrgico
- Carros de circulante conforme
- Cialítica a funcionar
- Equipamento endoscópico
- Dispositivos de posicionamento
- 5 elétrodos dispersíveis
- Aquecedor de cama
- Duas mesas de instrumentação
- Higienização da sala conforme
- Mesa operatória funcionante
- Stock bata/ luvas esterilizadas
- Stock material consumo clínico
- Stock de fios
- Observações

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE MATERIAL DE ANESTESIA

Gases medicinais

- Ar 4 atmosferas
- Bala de oxigénio suplementar
- Oxigénio 4 atmosferas
- Protóxido 4 atmosferas

Dispositivos

- Bougie
- Cabo de laringoscópio com luz
- Estetoscópio
- Insuflador manual adulto
- Insuflador manual pediátrico
- Lâmina laringoscópio nº4
- Lâmina laringoscópio nº3
- Lâmina laringoscópio nº2
- Lâmina laringoscópio nº1
- Mandril de intubação
- Máscara facial
- Máscara laríngea
- Tubos traqueais de adulto
- Monitorização standard
- Pinça Maguil
- Prolongador de oxigénio
- Sistema de aspiração conforme
- Sistema de exaustão ativo
- Vaporizador cheio a 75%
- Ventilador testado
- Consumíveis de apoio
- Tubos de Guedel
- Lâmina McCoy
- Tubos traqueais pediátricos

ANEXO 5 – FORMAÇÃO “ANESTESIA REGIONAL EM CA”

ANESTESIA REGIONAL EM CIRURGIA AMBULATÓRIA (CA)

ANESTESIA REGIONAL

Perda de nocicepção, propriocepção e de função motora de uma parte do corpo (**bloqueio de nervos periféricos – BNP**), como por exemplo, do membro superior,
ou da metade inferior do corpo (**bloqueio do neuroeixo – BNE**), através da administração de anestésicos locais (AL).

BLOQUEIO DO NEUROEIXO EM CA

Bloqueio subaracnoideu (BSA)

início rápido, elevada taxa de satisfação do doente

Desvantagens: possibilidade de retenção urinária e, em caso de prolongamento cirúrgico inesperado, pode ser necessário converter para anestesia geral

Bloqueio epidural – raro em CA

início lento, mas permite a suplementação do bloqueio se prolongamento cirúrgico. *Desvantagens:*

- < bloqueio motor com exigências de adaptação ao cirurgião
- > risco de cefaleia pós-punção da dura
- > doses de AL, com > possibilidade de toxicidade sistémica e de tempo de recobro
- > taxa de insucesso
- > número de complicações graves do neuroeixo versus o BSA

BSA

técnica anestésica para procedimentos cirúrgicos infra umbilicais

Fatores a considerar: dose, concentração, volume, propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos AL, utilização de adjuvantes, posição e orientação da agulha, velocidade de administração e posição do doente

Controlo da duração do bloqueio de forma a permitir o agilizar da alta para o domicílio: dose de AL menor possível, para prevenir eventuais falhas/insuficiências de bloqueio poderá adicionar-se um adjuvante

ANESTÉSICOS LOCAIS (AL) PARA BSA

- **AL de curta duração** (bloqueio motor -sensitivo de 60-90 min.):
Cloroprocaína, Articaina hiperbárica
- **AL de média duração** (bloqueio motor -sensitivo de 90-150 min.):
Prilocaina – (o mais utilizado na UCA) bloqueio de instalação mais lento do que a articaina, mas com > estabilidade hemodinâmica e < risco neurológico
> bloqueio sensitivo do que os AL de curta duração, permite retomo rápido à deambulação sem ajuda
Lidocaina (em desuso)
- **AL de longa duração** (bloqueio motor -sensitivo > 150 min.):
Bupivacaína, levobupivacaína e ropivacaína

FÁRMACOS ADJUVANTES NO BSA

Quando adicionados ao AL, podem aumentar a rapidez do início de ação, a qualidade e/ou a duração da analgesia

Opióides: são os adjuvantes mais utilizados. Permitem reduzir a dose de AL utilizada; Fentanil e **Sufentanil** são os mais utilizados

α -2 Agonistas: a sua utilização necessita mais evidência científica

Outros: ketamina, adrenalina, pouco utilizados

RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA BSA EM CA

- **Monitorização** standard do utente, **oxigenoterapia** por cânula nasal e **acesso venoso periférico permeável**
- **Prilocaina** como AL de primeira escolha: < tempo de instalação, > qualidade e mais rápida recuperação do bloqueio
- Deletar e tratar adequadamente as **complicações** dos BNE em CA: bloqueio insuficiente, hipotensão, prurido e intoxicação por AL
- A hipotensão é rara; usar preferencialmente **inotrópicos** para a correção em alternativa à fluidoterapia
- **Avaliar bloqueio** estabelecido: sensação de calor e formiguento na área envolvida e ligeira diminuição da pressão diastólica

RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA BSA EM CA

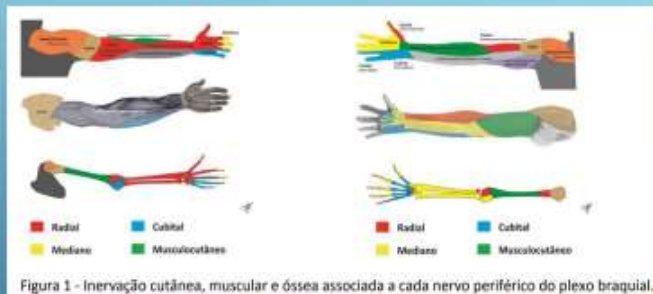
- Em caso de **bloqueio ineficaz**: repetir o bloqueio ou optar por anestesia geral
- Monitorizar **reversão de bloqueio** motor e sensitivo
- Primeiro **levante** gradual
- Critérios de **deambulação segura**: sensibilidade perianal normal, capacidade de dorsiflexão do pé e propriocepção do 1º dedo do pé
- Vigiar **eliminação urinária**
- O utente deve cumprir todos os **critérios de alta** utilizados na UCA
- Fornecer **informação oral e escrita** a todos os utentes submetidos a BNE, bem como aos acompanhantes

BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS

Bloqueio de plexos (rede de estruturas nervosas, como por exemplo, o plexo lombar ou braquial)

Bloqueio de nervos periféricos individuais
(por exemplo, o nervo femoral)

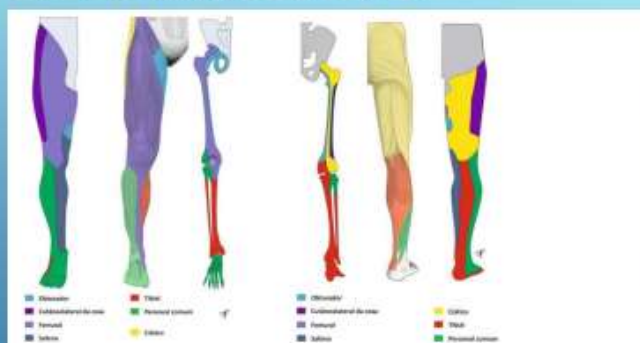
BNP DO MEMBRO SUPERIOR



TIPOS DE BNP NO MEMBRO SUPERIOR

- **Bloqueio do plexo braquial por via interescalênica:** cirurgia do ombro e úmero proximal
- **Bloqueio do nervo supraescapular em associação com o bloqueio do nervo axilar:** analgesia para cirurgia do ombro em doentes com contraindicação para bloqueio interescalênico
- **Bloqueio do plexo braquial por via supraclavicular:** cirurgia do ombro distal, braço, antebraço e mão, deverá ser realizado sob controlo ecográfico. Ponderar o risco de pneumotórax
- **Bloqueio do plexo braquial por via infraclavicular:** procedimentos distais do ombro e úmero proximal
- **Bloqueio do plexo braquial via axilar:** cirurgia do cotovelo, antebraço e mão
- **Anestesia regional endovenosa:** cirurgia distal do membro superior que não esteja associada a componente dígito importante

BNP DO MEMBRO INFERIOR



TIPOS DE BNP NO MEMBRO INFERIOR

- **Bloqueio do nervo femoral:** cirurgia do joelho como adjuvante de outros bloqueios periféricos ou do neuroeixo
- **Bloqueio do nervo safeno:** analgesia de cirurgia do joelho e como adjuvante para cirurgias mais distais
- **Bloqueio do nervo obturador:** analgesia em cirurgia coxofemoral e do joelho
- **Bloqueio do nervo cutâneo lateral da coxa:** analgesia em cirurgias da face lateral da coxa
- **Bloqueio do nervo ciático por abordagem poplítea:** cirurgia do joelho e distal a essa região, devendo ser complementado com bloqueio do safeno ou do neuroeixo
- **Bloqueio do tornozelo:** cirurgia do pé quando não é necessário garrote

AL E ADJUVANTES NO BNP

As **doses de AL** devem ser adequadas à duração de analgesia pretendida, por sua vez adaptadas ao nível de dor do procedimento.

Adicionar **adjuvantes** aos AL altera a dinâmica de instalação e a duração do bloqueio, podendo aumentar a taxa de **complicações**.

Mais frequentes: adrenalina, clonidina e dexametasona.

| Região (descrição) | Anestésico Local | Duração de analgesia (horas) |
|--------------------|---|------------------------------|
| Intraarticular | Lidocaína 1,5%, Mepivacaína 1,5% | 4-6 |
| | Ropivacaína 0,5-0,75%, Levobupivacaína 0,5% | 12-18 |
| Superficial | Lidocaína 1,5%, Mepivacaína 1,5% | 3-4 |
| | Ropivacaína 0,5-0,75%, Levobupivacaína 0,5% | 10-16 |
| Infiltração | Lidocaína 1,5%, Mepivacaína 1,5% | 3-4 |
| | Ropivacaína 0,5-0,75%, Levobupivacaína 0,5% | 10-20 |
| Knee | Lidocaína 1,5%, Mepivacaína 1,5% | 2-6 |
| | Ropivacaína 0,5-0,75%, Levobupivacaína 0,5% | 10-20 |
| Pain Control | Lidocaína 1,5%, Mepivacaína 1,5% | 2-4 |
| | Ropivacaína 0,5-0,75%, Levobupivacaína 0,5% | 8-10 |
| Femoral | Lidocaína 1,5%, Mepivacaína 1,5% | 2-3 |
| | Ropivacaína 0,5-0,75%, Levobupivacaína 0,5% | 10-24 |
| Catheter Infused | Lidocaína 1,5%, Mepivacaína 1,5% | 3-5 |
| | Ropivacaína 0,5-0,75%, Levobupivacaína 0,5% | 18-28 |
| Tornozelo | Ropivacaína 0,5-0,75%, Levobupivacaína 0,5% | 12-24 |

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO BNP

- Lesão nervosa (estiramento, compressão, trauma axonal, secção completa)
- Risco de queda/ lesão secundária a membro anestesiado
- Paralisia diafragmática unilateral
- Pneumotórax
- Infecção (cuidados de assepsia na execução)
- Hematoma (punção inadvertida de vaso)
- Intoxicação sistêmica provocada por anestésicos locais (*Local Anesthetic Systemic Toxicity, LAST*)

LAST

Podem surgir por **injeção intravascular inadvertida** de AL ou por **reabsorção** do mesmo acumulado nos tecidos

DIAGNÓSTICO (descrição clássica)

sintomas subjetivos de excitação do SNC (tinitus, agitação, tonturas, confusão, sabor metálico ou início abrupto de sintomas psiquiátricos)

↓
convulsões ou depressão do SNC (tonturas, coma ou depressão respiratória)

↓
sinis iniciais de toxicidade cardíaca (hipertensão, taquicardia, arritmias ventriculares)

↓
depressão cardíaca (bradicardia, bloqueio de condução, asistolia, depressão da contratilidade)

ATUAÇÃO PERANTE LAST

LAST – pode apresentar grande variabilidade na apresentação e no timing de instalação, e por vezes estar associada a patologia subjacente

- Chamar **ajuda** quando suspeita de LAST
- Assegurar a **via aérea e ventilação** com O₂ a 100% (hipoxia e acidose potenciam LAST)
- **Protocolo institucional de atuação perante LAST** – solução lipídica a 20% (Intralipid®)
- Poderá ser necessária utilização de **bypass cardiopulmonar** (circulação extracorpórea)

O ENFERMEIRO E O BNP

- Ensino ao utente sobre o procedimento, a recuperação e os cuidados após
- Monitorização standard contínua, oxigenoterapia por cânula nasal, acesso venoso permeável, proximidade do carro de emergência
- Monitorização de sinais e sintomas sugestivos de complicações
- Proteger o membro anestesiado
- Providenciar material necessário ao BNP (ecógrafo, agulha de neuroestimulação de 50, 80 ou 100 mm, neuroestimulador, fármaco, ...)
- Assegurar cuidados de assepsia
- Conhecer o Protocolo Institucional de atuação perante LAST, e a localização do fármaco/material/protocolo (caixa identificada na UCPA)

Apresentação desenvolvida de acordo com as

RECOMENDAÇÕES PARA ANESTESIA REGIONAL EM CIRURGIA AMBULATÓRIA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIRURGIA AMBULATÓRIA – **Recomendações para Anestesia Regional em Cirurgia Ambulatória**. [Em linha] Porto: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória [2021]. [Consultado em 7 abr. 2021]. Disponível na [www: URL http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional.pdf](http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional.pdf)

OBRIGADA