



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A Consulta de Enfermagem Pré-Operatória de Cirurgia

Ambulatória:

Uma área de intervenção do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Médico-Cirúrgica

José Cândido Benedito Lopes Nunes



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

José Cândido Benedito Lopes Nunes

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

A Consulta de Enfermagem Pré-Operatória de Cirurgia Ambulatória.

**Uma área de intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria Albertina Álvaro Marques

Julho de 2024

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora doutora Maria Albertina Álvaro Marques, pela orientação, apoio e pela paciência;

À minha família, que me apoiou e aturou a minha falta de paciência e a minha falta de presença;

Aos meus tutores, por tudo o que me ensinaram e pelos caminhos novos que mostraram;

A todos os colegas, que me apoiaram e me estimularam, e facilitaram os meus horários de trabalho.

A todas as pessoas do IPVC, que nos “bastidores do palco”, com a sua simpatia e disponibilidade, me apoiaram e ajudaram.

DEDICATÓRIA

A todos os que colocam na comunicação e na relação com a pessoa, a ênfase do seu cuidar.

PENSAMENTO

“A que havemos de comparar (...)? Em que parábola o havemos de apresentar? (...) com muitas parábolas como estas, conforme eram capazes de entender. E não lhes falava senão em parábolas; mas, em particular, tudo explicava aos seus (...).”

EVANGELHO Mc 4, 26-34

A Consulta de Enfermagem da Unidade de Cirurgia Ambulatória, é uma fase crítica no processo de cuidados à pessoa submetida a cirurgia ambulatória, por ser a primeira fase do processo de transição saúde-doença, onde é evidente a autonomia do enfermeiro nas suas intervenções e onde é evidente a importância desta consulta para o sucesso do processo da Cirurgia Ambulatória.

Refletindo sobre o assunto, aliado ao facto de exercer funções em Bloco Ambulatório há muitos anos, foram o mote para dar continuidade do processo de ensino/aprendizagem. Assim, decidimos realizar o estágio de natureza profissional numa unidade de Cirurgia Ambulatória num hospital do norte de Portugal, com o objetivo geral de desenvolver competências especializadas no âmbito da Enfermagem Médico-cirúrgica na área de cuidados à pessoa submetida a cirurgia ambulatória.

O relatório consiste na apresentação analítica e critico-reflexiva do processo de aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista recorrendo a metodologias ativas, participativas, sustentadas em referenciais teóricos e na melhor evidência disponível.

No que diz respeito às competências desenvolvidas, destacamos a conceção de cuidados à pessoa em situação de perioperatório, a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, a gestão de cuidados e melhoria contínua, a em formação em serviço, que permitem a intervenção diferenciada do enfermeiro especialista.

No âmbito das inúmeras atividades desenvolvidas, realizou-se um estudo relativo à perceção dos enfermeiros de uma unidade de cirurgia ambulatória sobre a consulta pré-operatória à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório. Os principais resultados encontrados revelam que os enfermeiros imputam grande importância à consulta pré-operatória de enfermagem, na medida em que esta aumenta a literacia em saúde da pessoa em situação perioperatória, facilita o desenvolvimento da relação terapêutica enfermeiro- pessoa, otimiza as intervenções de enfermagem repercutindo-se na redução do nível de ansiedade da pessoa em situação perioperatória. Os enfermeiros identificaram, fatores facilitadores e dificultadores na realização da consulta pré-operatória. As estratégias utilizadas, vão desde a avaliação das necessidades da pessoa, gestão do tempo de duração da consulta, avaliação da compreensão do conteúdo da consulta pela pessoa em situação perioperatória.

Em conclusão, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, apresenta competências especializadas que lhe permite uma intervenção técnico-científica, ética e holística, capaz de responder às necessidades da pessoa submetida a cirurgia de ambulatório.

Palavras-chave: cirurgia ambulatória; consulta pré-operatória de enfermagem; comunicação em saúde; perioperatório; relação terapêutica.

Abstract

The Nursing Consultation of the Day Surgery Unit is a critical phase in the care process for the person undergoing outpatient surgery, as it is the first phase of the healthy transition process, where the autonomy of the nurse's interventions is evident and where the importance of this consultation for the success of the Day Surgery process.

Reflecting on the subject, combined with the fact of my professional experience for a long time, in the Day Surgery Unit, were the motivation to continue the teaching/learning process. Therefore, we decided to carry out the professional internship in a Day Surgery Unit, in a hospital in the north of Portugal, with the general objective of developing specialized skills within the scope of Medical-Surgical Nursing, in the area of care for outpatient undergoing day surgery.

The report consists of an analytical and critical-reflective presentation of the process of acquiring common and specific skills for specialist nurses using active, participatory methodologies, supported by theoretical references and the best available evidence.

With regard to the skills developed, we would highlight the conception of care for the person undergoing perioperative, the prevention and control of healthcare-associated infections, care management and continuous improvement, in-service training, which allow specialised nurse intervention.

As part of the numerous activities carried out, a study was carried out on the perception of nurses of a day surgery unit about the nursing's preoperative consultation with the outpatient's day surgery. The main results show that nurses attach great importance to the nursing's preoperative consultation, as it increases the health literacy of the person undergoing perioperative surgery, facilitates the development of the nurse-person therapeutic relationship, optimises nursing interventions and has repercussions on reducing the level of anxiety of the person undergoing perioperative surgery. The nurses identified facilitating and hindering factors in carrying out the nursing's preoperative consultation. The strategies used range from assessing the outpatient's needs, managing the duration of the consultation and assessing outpatients' understanding of the consultation's information.

As conclusion, the nurse specialist in medical-surgical nursing, have specialised skills that enable him to intervene in a technical-scientific, ethical and holistic approach, capable of responding to the outpatient care's needs, in a day surgery unity.

Keywords: Day Surgery; preoperative nursing consultation; health communication; perioperative period; therapeutic relationship.

Abreviaturas, acrónimos e siglas

ASRA - American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine

APA - American Psychological Association

CA – Cirurgia Ambulatória

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CNDACA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

EE – Enfermeiro especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ESS-IPVC – Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viana do Castelo

IAAS - International Association for Ambulatory Surgery

LAST – Toxicidade sistémica por anestésicos locais

MPADSS - Modified Post-Anaesthetic Discharge Scoring System

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. - página

PADSS - Post-Anaesthetic Discharge Scoring System

PQCEEEMC - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica

SPO – Situação Perioperatória

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da SaúdeUCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ur – unidade de registo

VAD – Via Aérea Difícil

AGRADECIMENTOS	III
DEDICATÓRIA	V
PENSAMENTO	VII
RESUMO	IX
ABSTRACT	XI
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	XIII
SUMÁRIO	XV
ÍNDICE DE QUADROS	XVII
APÊNDICES	XIX
INTRODUÇÃO	1
1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	5
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	5
1.1.1 Caracterização da estrutura física e organizativa da Unidade de Cirurgia Ambulatória	5
1.1.2 Caracterização sociodemográfica da equipa de enfermagem	7
1.1.3 Caracterização sociodemográfica da comunidade abrangida pela Unidade de Cirurgia Ambulatória.....	8
1.2 CIRURGIA AMBULATÓRIA: A PESSOA COMO FOCO DO PROCESSO DE CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS.....	9
2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM CONTEXTO DE CUIDADOS EM CIRURGIA AMBULATÓRIA.....	15
2.1 DESCRIÇÃO CRÍTICO-REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	15
2.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	16
2.3 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ...	20
2.3.1 Gestão de cuidados – otimização das respostas da equipa de enfermagem.....	21
2.3.2 Delegação de áreas de responsabilidade como estratégia de desenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados	22
2.3.3 Melhoria contínua e conceptualização/Desenvolvimento de aprendizagens	23
2.3.4 Ética /deontologia (à pessoa em situação perioperatória e profissionais)	32
3 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM – A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATÓRIA SOBRE A CONSULTA PRÉ-OPERATORIA DE ENFERMAGEM	35
3.1 JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	36
3.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL.....	37

3.2.1 Cirurgia Ambulatória.....	37
3.2.2 Enfermagem Perioperatória	41
3.2.3 Consulta de enfermagem de avaliação pré-operatória no âmbito da cirurgia de ambulatório	44
3.2.4 Comunicação no contexto da consulta pré-operatória de enfermagem	48
3.3 METODOLOGIA DO ESTUDO/OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	57
3.3.1 Tipo de estudo	57
3.3.2 Contexto e população.....	61
3.3.3 Colheita de dados	63
3.3.4 Tratamento de dados	66
3.3.5 Descrição dos procedimentos efetuados	67
3.3.6 Considerações éticas	70
3.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS - A CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO, PERCECIONADA PELOS ENFERMEIROS	72
3.4.1 A Importância da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório, percecionada pelos enfermeiros	76
3.4.2 Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório.....	80
3.4.3 Informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório.....	94
3.4.4 Fatores que interferem na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório	99
3.4.5 Sugestões de melhoria para a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório.....	120
3.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	124
3.6 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	147
4 CONCLUSÃO DO RELATÓRIO	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151
APÊNDICES	167

Índice de quadros

Quadro 1 - Idade dos participantes no estudo em anos	63
Quadro 2 - Tempo de exercício profissional como enfermeiro dos participantes no estudo	63
Quadro 3 - Tempo de exercício profissional na UCA dos participantes no estudo	63
Quadro 4 - Distribuição dos enfermeiros participantes no estudo conforme o grau de formação profissional.....	63
Quadro 5 - Áreas temáticas.....	74
Quadro 6 - Árvore das áreas temáticas, respetivas categorias e subcategorias	74
Quadro 7 – Categorias da área temática 1 - A Importância da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório, percecionada pelos enfermeiros	76
Quadro 8 – Categorias e respetivas unidades de registo da área temática 1 - A Importância da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório, percecionada pelos enfermeiros.....	76
Quadro 9 – Categorias e respetivas unidades de registo da área temática 2 - Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório.....	81
Quadro 10 Categorias e respetivas unidades de registo da área temática 3 - Informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório	95
Quadro 11 – Categorias, subcategorias e respetivas unidades de registo da área temática 4 - Fatores que interferem na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório	100
Quadro 12 – Categorias e respetivas unidades de registo da área temática 5 - Sugestões de melhoria para a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório.....	120
Quadro 13 -Temáticas emergentes das necessidades expressas no DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL	172
Quadro 14 - Temáticas emergentes das necessidades expressas no DOMÍNIO DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS	174
Quadro 15 - Temas expressos no DOMÍNIO DA DISPONIBILIDADE PARA DESENVOLVER FORMAÇÃO EM SERVIÇO	176

Quadro 16 – Sugestões de formação/reflexões/debate expressas no âmbito do
DOMÍNIO DO AUMENTO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO UTENTE/PESSOA SIGNIFICATIVA 178

Apêndices

Apêndice 1 - Questionário de Diagnóstico de necessidades em formação da UCA....	168
Apêndice 2 - Quadro 13 - Temáticas emergentes das necessidades expressas no DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL.....	171
Apêndice 3 - Quadro 14 - Temáticas emergentes das necessidades expressas no DOMÍNIO DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS	173
Apêndice 4 - Quadro 15 - Temas expressos no DOMÍNIO DA DISPONIBILIDADE PARA DESENVOLVER FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....	175
Apêndice 5 - Quadro 16 – Sugestões de formação/reflexões/debate expressas no âmbito do DOMÍNIO DO AUMENTO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO UTENTE/PESSOA SIGNIFICATIVA	177
Apêndice 6 – Plano de Ação de Formação - Apresentação do resultado do Diagnóstico de Necessidade de Formação UCA	179
Apêndice 7 – Diapositivos da Apresentação do resultado do Diagnóstico de Necessidade de Formação UCA.....	182
Apêndice 8 – Questionário de Avaliação da ação de formação.....	188
Apêndice 9 - Documento de revisão da literatura sobre anestésicos locais e LAST com os algoritmos adaptados à intervenção em LAST.....	190
Apêndice 10 - Adaptação do fluxograma do algoritmo de atuação em caso de LAST da American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (ASRA) do ano de 2020	188
Apêndice 11 – Fluxograma do algoritmo de atuação em caso de LAST, criado com base nas “European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances”	191
Apêndice 12 - KIT de intervenção construído de acordo com as recomendações da ASRA adaptado ao contexto da UCA	193
Apêndice 13 – Diapositivos da Formação em Serviço: Toxicidade sistémica por anestésicos locais – intervenções de enfermagem.....	195
Apêndice 14 – Plano de Ação de Formação: Toxicidade sistémica por anestésicos locais – intervenções de enfermagem	202
Apêndice 15 - Diapositivos da formação em Serviço -Via Aérea Difícil – conceitos e algoritmos de atuação.....	204
Apêndice 16 - Plano de Formação: Via Aérea Difícil – conceitos e algoritmos de atuação	188

Apêndice 17 – Instrumento de colheita de dados – Guião da entrevista do projeto de investigação.....	190
Apêndice 18 – Pedido de Autorização para a realização do projeto de investigação .	194
Apêndice 19 – Consentimento Informado para a realização de entrevistas para o projeto de investigação.....	197

O presente Relatório Final realizou-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP), inserido no plano curricular do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC). A carga horária tem um total de 810 horas, sendo 390 horas presenciais em contexto clínico. O estágio decorreu no período de 5 de Janeiro de 2023 a 30 de Junho de 2023, numa Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) num Centro Hospitalar da Região Norte.

No decurso do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizei 3 campos de estágio fora do contexto de prática profissional habitual, sendo dois fora da nossa organização de trabalho. A opção pela saída da zona de conforto, fruto de contingências organizativas e pessoais, permitiram confrontar-nos com vivências e práticas, que pela diversidade de situações clínicas, contextos e culturas organizacionais, formas de organização e estruturação funcional, modos de interação profissional e multidisciplinar, foram em si mesmas, uma mais-valia pelo contributo para alargar conhecimentos e pela reflexão que proporcionaram e implicaram, fruto da experimentação de diferentes formas de avaliar, planejar e intervir em situações análoga. A diversidade de abordagens à pessoa foco da atenção de enfermagem, observadas e praticadas, revelaram-se não só um desafio, mas acima de tudo, uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional. Estes campos de estágio externos à nossa prática diária, apesar das dificuldades e constrangimentos pela distância geográfica, foram em si mesmos, uma opção profícua e vantajosa.

Pelo exposto e sendo a nossa área de exercício profissional de enfermeiro generalista numa unidade de cirurgia ambulatória, contexto de cuidados onde pretendemos futuramente exercer funções como enfermeiro especialista (EE. Esta opção, permitiu vivências heterogéneas sobre realidades similares, promovendo uma visão mais abrangente e indutora de reflexão e geradora de contributos para o estagiário e para o nosso contexto de exercício profissional habitual, pois permite vislumbrar a plasticidade de intervenções e de abordagens à pessoa foco da atenção de enfermagem. A reflexão sobre os contextos e as práticas e sem as perceções pré-estabelecidas inerentes a um contexto habitual, permite observar, analisar e refletir sem o viés da envolvimento diária no contexto.

Tendo em consideração todos os aspetos mencionados, definimos como objetivo geral deste Estágio de Natureza Profissional (ENP):

- Desenvolver competências especializadas no âmbito da Enfermagem Médico-cirúrgica na área de cuidados à pessoa em situação perioperatória SPO), submetida a cirurgia ambulatória.

Do objetivo geral, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na conceção e prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa;
- Desenvolver competências comunicacionais com a pessoa/família em situação perioperatória;
- Desenvolver competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação perioperatória;
- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Desenvolver competências na gestão e supervisão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde em contexto de cirurgia ambulatória;
- Desenvolver competências como facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho;
- Desenvolver competências na melhoria contínua da qualidade de cuidados.

A Cirurgia Ambulatória (CA), consiste na realização de intervenções cirúrgicas programadas, isto é, não urgentes, sob técnicas anestésicas diversas, em que as pessoas são admitidas na organização de saúde no próprio dia da cirurgia e têm alta para o domicílio nesse mesmo dia, ou na manhã do dia seguinte.

A Cirurgia Ambulatória, é um processo de organização da prestação de cuidados de saúde, que tem a centralidade da sua intervenção na pessoa e na sua rede social de apoio (familiares, amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas), e que visa envolver e capacitar a pessoa e a pessoa significativa, de modo a assegurar segurança e a garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados ao longo de todo o processo. A Cirurgia Ambulatória é um processo constituído por várias fases sequenciais, interdependentes, que se iniciam na consulta da especialidade cirúrgica com o diagnóstico médico e inscrição para cirurgia em regime de CA e conclui-se após terminar a recuperação da pessoa no domicílio. Cada fase é realizada num momento próprio e único, mas todas formam uma sequência coerente e interdependente, em que a fase anterior assegura os critérios e as condições para que todo o processo possa realizar-

se cumprindo os requisitos de segurança e garantindo a qualidade e a continuidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória (SPO) e colocando-a como centro de todo o processo.

Uma das fases do processo da CA é a Consulta Presencial de Enfermagem onde os enfermeiros realizam a avaliação da pessoa e das suas necessidades e, em função dessa avaliação, formulam o diagnóstico das necessidades, planificam e implementam as intervenções de enfermagem, com a subsequente avaliação, com o objetivo de melhorar conhecimento da pessoa sobre o processo de CA. Deste modo, permitem à pessoa em SPO, consciencializar-se das implicações da CA na sua vida familiar/social e laboral, perceber a necessidade do seu envolvimento e capacitação para iniciar o processo de transição saúde-doença com as adaptações e alterações imprescindíveis para sucesso do mesmo.

A Consulta Presencial Pré-operatória de Enfermagem da Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA), é uma fase crítica no processo da CA, por ser a primeira fase do processo de transição saúde-doença, onde é evidente a autonomia do enfermeiro nas suas intervenções e onde é manifesta, a importância desta consulta para o sucesso do processo da CA. Ter participado e realizado esta Consulta, permitiu observar as diferentes formas de realizar a mesma, seja pelas diversas abordagens à pessoa em SPO, seja por cada situação/problemas que se colocam aos enfermeiros, seja pela perceção de cada enfermeiro sobre a mesma e a valorização e ênfase de cada profissional sobre aspetos particulares. Conhecer esta realidade através das perceções dos profissionais que a praticam, analisá-la à luz das evidências dos autores que a estudaram, permitirá compreender melhor esta realidade e gerar contributos para mais conhecimento da prática de enfermagem, e assim contribuir para um desenvolvimento da disciplina.

Daqui emerge a opção por realizar um estudo de metodologia qualitativa, com carácter exploratório e descritivo, por forma a conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as suas práticas na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa em SPO, a ser sujeita a CA.

Ao elaborar este relatório, apresentamos na primeira parte, contextualização do Estágio de Natureza Profissional, o enquadramento e fundamentação da opção sobre o mesmo. Na segunda parte, explanamos o desenvolvimento de competências e as atividades desenvolvidas ao longo de estágio de Natureza Profissional. Na terceira parte, apresentamos o projeto de investigação em resposta ao desenvolvimento das competências na área da investigação em enfermagem, com a justificação da temática e com explanação da opção metodológica, o percurso das etapas metodológicas, e a apresentação dos resultados. Por último, realizamos uma reflexão sobre o relatório e o percurso realizado.

Este relatório utiliza as normas da American Psychological Association (APA), 7ª Edição, seguindo as orientações em vigor no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, para a apresentação de trabalhos académicos.

1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O Estágio de Natureza Profissional (ENP) tem por finalidade, complementar a formação académica realizada no decorrer da componente teórica da especialidade, pela integração do mestrando no contexto do exercício da atividade profissional e no desenvolvimento de atividades em contexto de contacto direto com a prática profissional e que propiciem o desenvolvimento de competências especializadas.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

1.1.1 Caracterização da estrutura física e organizativa da Unidade de Cirurgia Ambulatória

A Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) escolhida como campo de estágio, está integrada num Centro Hospitalar do Norte. Está localizada num edifício antigo, tendo o espaço existente, sido adaptado às necessidades de funcionamento e de desenvolvimento da UCA. Tem um corredor dividido em 3 segmentos com ângulos de 90º, ao longo do qual se situam salas de apoio. Numa das extremidades do corredor, tem a Sala Cirúrgica e em frente a esta, tem uma Sala Polivalente que funciona como Sala de Indução de Anestesia loco-regional, assim como Sala de Recobro Imediato (Fase de Recuperação I), indo de encontro às recomendações da CNDACA, que indica que *“esta sala ficará em zona imediatamente a seguir à sala de operações e deverá estar equipada no mínimo com 2 camas por cada uma destas salas e respetivo equipamento de monitorização”* (Ministério da Saúde, 2008a), para além de parque de apoio à anestesia. Ao longo do corredor, existem salas laterais de apoio à atividade cirúrgica, como sala de armazém de material de instrumentação cirúrgica, de consumíveis cirúrgicos, desde compressas, batas esterilizadas, trouxas de acordo com o procedimento cirúrgico e a especialidade cirúrgica, fármacos de anestesia, e outros materiais necessários à prestação de cuidados de saúde no período intraoperatório, a sala de apoio aos médicos (consulta do processo do doente, prescrições médicas, registos cirúrgicos, cartas de alta, marcações de consulta, etc.), instalações sanitárias. Fruto da antiguidade do edifício e da necessidade de rentabilização dos espaços disponíveis, ao longo do corredor existem armários embutidos na parede que funcionam como espaço de armazenamento de outro tipo de materiais necessários ao funcionamento da UCA, em outras áreas que não a prestação direta de cuidados, como seja a desinfeção e higienização das instalações e equipamentos, gestão dos resíduos dos vários níveis. No 2º segmento do corredor, que faz um ângulo de 90º com o primeiro segmento e com o 3º segmento, como se fosse um Z, existe a porta de admissão dos utentes, com o gabinete do Assistente Técnico, a Sala de Vestiário dos utentes, a Sala de Admissão e ainda uma sala de armazenamento/parque de

variados equipamentos médicos de apoio à atividade cirúrgica. Durante o ENP, a Sala de realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica sofreu alterações estruturais, no âmbito das especialidades de Gastroenterologia e Pneumologia e a Cirurgia sob anestesia local. Esta Sala tem acesso direto pelo exterior da UCA, assim como acesso pelo 2º segmento do corredor que permite encaminhar o doente para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), que fica contígua. O Gabinete da Enfermeira Gestora, fica neste 2º segmento do corredor, em frente à porta de acesso à UCPA, e é partilhado com outros enfermeiros em atividades no âmbito da governação clínica, assim como na realização de reuniões de serviço e de atividades formativas. Contíguo ao Gabinete da Enfermeira Gestora, existe uma Sala Polivalente que tem a função de espaço de preparação de fármacos e fluidos para o pré-operatório e para a fase posterior ao Recobro Fase I, sendo igualmente o local onde se realizam as teleconsultas de enfermagem das 24 horas pré-operatórias, teleconsultas das 24 horas pós-operatórias e Teleconsulta dos 30 dias de pós-operatório. Assim como inclui ainda uma área interna que tem a função de copa para os funcionários. No 3º segmento do corredor fica localizada a UCPA do Recobro Fase II e do Recobro Fase III, que está dividido em 2 por uma parede, formando duas áreas amplas, uma com 5 unidades/camas e instalação sanitária e outra com 4 unidades/camas. Cada unidade é individualizada por cortinas e contem uma cama, um monitor de pressões não invasivas, e de saturação periférica de oxigénio, assim como traçado eletrocardiográfico contínuo, assim como uma rampa de saída de oxigénio, uma rampa de ar medicinal e uma de aspiração. Cada unidade da pessoa em SPO, tem em frente a cada cama, um cadeirão para a Fase III do recobro.

Na UCA, realizam-se procedimentos cirúrgicos das especialidades médicas de Cirurgia Geral, Ginecologia e Ortopedia. As técnicas anestésicas mais frequentemente realizadas são a anestesia loco-regional, anestesia do neuro-eixo, a sedação e diversas técnicas de anestesia geral.

Num espaço externo ao edifício, tem uma instalação destinada à realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, no âmbito das especialidades de Gastroenterologia e Pneumologia, nomeadamente com a realização de fibrobroncoscopias e endoscopias digestivas alta e baixas com recurso a anestesia, assim como toracocenteses diagnósticas e terapêuticas, sendo que, para além dos doentes em regime de ambulatório, também recebe utentes dos serviços de internamentos do Centro Hospitalar. Neste espaço, também se realizam procedimentos cirúrgicos sob anestesia local em regime de Cirurgia Ambulatória nas especialidades de Ginecologia e Cirurgia Geral. No final do período de ENP, estas instalações foram desmanteladas e foram alocadas numa sala reestruturada para o efeito,

dentro do espaço físico da UCA, havendo assim uma otimização de recursos materiais e humanos.

1.1.2 Caracterização sociodemográfica da equipa de enfermagem

A Unidade de Cirurgia Ambulatória, é constituída por uma equipa multidisciplinar, de cirurgiões, anestesiológicos, de assistentes operacionais, de enfermeiros e assistentes técnicos. As equipas de cirurgiões e de anestesiológicos, não estão adstritos em exclusivo à UCA, sendo afetos em dias específicos, consoante as especialidades cirúrgicas programadas. A equipa de enfermagem, de assistentes operacionais e de assistentes técnicos, são elementos adstritos em exclusivo à UCA, indo de encontro às diretivas da IAAS (2014) que recomenda a existências de equipas exclusivas e dedicadas na CA. A equipa de enfermagem é constituída por uma Enfermeira Gestora, por 14 enfermeiros. Os enfermeiros especialistas distribuem-se pelas especialidades em Enfermagem Médico-Cirúrgica (quatro) e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (uma enfermeira). Os enfermeiros desta UCA, à semelhança de qualquer bloco cirúrgico e em função do posto de trabalho que ocupam, tem funções atribuídas que exigem competências e conhecimentos específicos, como é o caso do enfermeiro instrumentista, enfermeiro circulante e enfermeiro de anestesia, enfermeiro recobro imediato e enfermeiro recobro tardio. No contexto desta UCA, a filosofia de organização e desenvolvimento de competências privilegia, a não compartimentação em áreas específicas, estando instituído um modelo de desenvolvimento global de competências em todas as áreas e especialidades cirúrgicas, assim como a cooperação entre o enfermeiro circulante e o enfermeiro de anestesia na sala, sendo a partilha de funções e tarefas uma realidade. Esta estratégia de gestão organizativa, permite o desenvolvimento de competências nas diversas áreas da prestação de cuidados, uma maior flexibilidade na gestão dos recursos humanos e maior flexibilidade na alocação de elementos conforme as necessidades do serviço. Implica uma maior curva de aprendizagem e um maior esforço individual do enfermeiro no desenvolvimento de conhecimentos e de competências e na procura de cada vez mais experiência em cada área.

A CNDACA, realça que devido à atividade específica que os enfermeiros desempenham na UCA e pelas especificidades do processo da cirurgia ambulatória, existe a necessidade de exclusividade e dedicação profissional.(Ministério da Saúde, 2008a)

Segundo a CNDACA, os enfermeiros que constituem a equipa de uma UCA devem estar alocados à mesma dedicando o seu *“(...) tempo inteiro, porquanto o sucesso, face à complexidade subjacente à organização e funcionamento de uma UCA, depende fundamentalmente de uma equipa de enfermagem devidamente capacitada e sobretudo muito*

habituada aos procedimentos diários” de modo a realizar com rigor e competência os cuidados que os doentes necessitam. (Saúde, 2008, p. 202)

Devido às especificidades da Cirurgia Ambulatória, os enfermeiros estão organizados por postos de trabalho que, visam dar uma resposta global às necessidades de cuidados de enfermagem dos utentes nas diversas fases do processo de CA, desde o período pré-operatório, passando pelo período intraoperatório, no período pós-operatório e o período pós-alta.

A percepção de *“que os Enfermeiros são o “core” dos programas de cirurgia de ambulatória (humanização, segurança, qualidade)”*, é essencial para a sua motivação, desenvolvimento profissional dedicado e critério para uma seleção cuidada dos elementos da equipa de enfermagem (Saúde, 2008, p.11).

1.1.3 Caracterização sociodemográfica da comunidade abrangida pela Unidade de Cirurgia Ambulatória

A Unidade de Cirurgia Ambulatória é parte integrante de um Centro Hospitalar, abrange uma área geográfica de influência de 231,41Km² e dá resposta em cuidados de saúde a uma população residente de 145080 habitantes segundo os Censos de 2021. Na população abrangida pela UCA, a percentagem de pessoas que vivem sozinhas é de 6,77%, o que corresponde a 9815 habitantes de acordo com dados do Censo de 2021. A população analfabeta é de 2972, segundo os Censos de 2021, o que representa 2,05% da população da área servida pelo Centro Hospitalar. A ausência de apoio familiar ou de pessoa significativa e o analfabetismo são fatores que têm influência na CA. Um dos critérios de exclusão na CA é a ausência de apoio de um adulto responsável nas 24 horas pós-operatórias e a capacitação para a continuidade dos cuidados de vigilância após a alta para o domicílio e a utilização de contacto telefónico pré e pós-operatório. A população com 65 ou mais anos é de 29652 habitantes, representando 20,4% da população residente, quando a nível continental os idosos representam 23,7% da população residente. A população em idade ativa é de 95785, representando um total de 66,0% da população residente, quando a nível de Portugal continental a população em idade ativa representa 62,5% da população residente.

Trata-se de uma região geográfica heterógena no seu tecido económico e social. Tem dois núcleos urbanos, com os inerentes sectores de serviços e comércio, circundados na periferia por zonas industriais e zonas de atividades do sector primário, como zonas rurais e sector das pescas. A diversidade cultural, socio-laboral e etária dos utentes, implica uma abordagem do utente, pelos profissionais da UCA, que tenha em consideração as características socioculturais e socio-laborais, quer do utente, quer da sua envolvente social e laboral.

Para a comunidade abrangida, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na UCA, assegura que através da mobilização de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades na avaliação das necessidades de saúde da pessoa/pessoa significativa, garante uma resposta adequada e personalizada à pessoa, evidenciando a sua formação diferenciada nas diversas dimensões de competências, seja na responsabilidade profissional, ética e legal, seja na melhoria contínua da qualidade, seja na gestão dos cuidados ou no desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.2 CIRURGIA AMBULATÓRIA: A PESSOA COMO FOCO DO PROCESSO DE CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS

A Cirurgia Ambulatória, é um processo de cuidados estruturado de forma sequencial em que cada fase se desenvolve de forma a assegurar as condições de segurança e qualidade para as fases seguintes e para todo o processo da CA. Em cada um destes períodos, o foco das intervenções dos enfermeiros, visa atingir objetivos que são encadeados uns nos outros e interdependentes, de modo a assegurar que a pessoa em SPO, desenvolve as competências necessárias, cumpre os critérios para assegurar o sucesso e o melhor resultado e satisfação.

A International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), no seu documento base, Ambulatory Surgery Handbook, 2nd Edition, preconiza que o enfermeiro desempenha um papel relevante em várias áreas do processo da CA, nomeadamente na **avaliação e educação pré-operatória**; na **admissão da pessoa no dia da cirurgia**; nos cuidados intraoperatórios, na **sala cirúrgica**; nos cuidados pós-operatórios, no **recobro**; na **alta para o domicílio**; na **orientação e vigilância no domicílio** (IAAS, 2014). Estas áreas de intervenção nomeadas pela IAAS, refletem de forma genérica, a estratégia das organizações na estruturação dos postos de trabalho de enfermagem e das práticas de prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da CA. Na **avaliação e educação pré-operatória**, a IAAS reconhece a importância do papel do enfermeiro no suporte aos profissionais de saúde, através da colheita e registo de dados relevantes e fiáveis, realça que o enfermeiro colhe informação que a pessoa em SPO pode não ter referido anteriormente, sobre antecedentes de saúde, familiares e condições sociais de suporte, e confirma a informação fornecida aos médicos pela pessoa em SPO. Na avaliação, destaca o papel do enfermeiro na avaliação dos critérios sociais e consequentemente na orientação da pessoa em SPO na procura de soluções alternativas à ausência de critérios para inclusão no regime de CA. No âmbito da educação, a IAAS, realça o papel do enfermeiro em fornecer informação que permita à pessoa consciencializar-se, capacitar-se para o autocuidado relacionado com a preparação para o procedimento cirúrgico, na melhoria do conhecimento sobre todo o processo de CA, nomeadamente o que pode esperar encontrar no período intraoperatório, no período

pós-operatório e no período pós-alta no domicílio, promovendo uma sensação de segurança e de previsibilidade para a pessoa em SPO, e assim assegurando a realização de todo o processo sem imprevistos relacionados com a falta de informação da pessoa em SPO; Na **Admissão**, o enfermeiro tem um papel importante na verificação e validação da informação colhida na consulta pré-operatória, verificação do cumprimento da preparação pré-operatória e a existência das condições de segurança para a realização dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos e a existências das mesma condições para o período pós-alta no domicílio, realiza igualmente avaliação dos sinais vitais para registo dos parâmetros base de referência da pessoa em SPO; na **Sala cirúrgica** (o enfermeiro desempenha as funções de enfermeiro instrumentista, enfermeiro circulante e enfermeiro de anestesia, tendo um papel de ensino sobre este período e as sensações que a pessoa em SPO pode experienciar); no **Recobro** Fase I ou Recobro Imediato, o papel do enfermeiro está relacionado com a vigilância e monitorização do estado de consciência, dos sinais vitais, estabilização hemodinâmica, controlo da dor, e de náuseas e vómitos; o enfermeiro recobro Fase II ou Recobro Intermédio, tem o papel de para além das funções de vigilância e monitorização do recobro fase I, o enfermeiro assegura a existência de condições físicas e intelectuais, que permitam o início da preparação da alta para o domicílio, como o fornecimento de líquidos orais, levante do leito, e início de ensinos com o objetivos da alta para o domicílio. A IAAS, não considera na suas definições o recobro Fase III mas realça o papel do enfermeiro na preparação e capacitação da pessoa em SPO para a **Alta para o domicílio** (que é sobreponível ao recobro tardio, Fase III), assegurando que a pessoa em SPO e a pessoa significativa tem toda a informação e confirmando a existência das condições necessárias para a continuidade dos cuidados no domicílio; no âmbito do **seguimento após alta**, o enfermeiro tem um papel crucial na avaliação e vigilância da recuperação da pessoa em SPO, por contacto telefónico e de acordo uma um formulário pré-definido, de modo a identificar complicações, esclarecer, orientar e reforçar a informação segundo as necessidades detetadas (IAAS, 2014).

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth, citados por (Mafetoni et al., 2011), identificam 3 fases no processo de uma cirurgia, o período pré-operatório, que se inicia após o a tomada de decisão para cirurgia e a inscrição da pessoa em SPO até à sua entrada na Sala Cirúrgica; O período intraoperatório, que se inicia com a entrada da pessoa em SPO na Sala Cirúrgica e termina com a entrada na UCPA (Recobro Fase I); E o período pós-operatório, que se Inicia com a entrada da pessoa na UCPA e termina com a evolução e acompanhamento no domicílio.

No contexto desta UCA, a estruturação das áreas de intervenção do enfermeiro baseia-se nas recomendações da IAAS, com as adaptações própria do contexto socioprofissional. No período pré-operatório, os enfermeiros da UCA, realizam a consulta presencial de enfermagem

de avaliação, educação e capacitação do doente/pessoa significativa/família para a cirurgia (designada neste contexto como “**Consulta de Enfermagem UCA Presencial**”). Nesta consulta de enfermagem, o enfermeiro realiza a avaliação inicial e recolhe a informação relevante para a CA, muitas vezes em complementaridade com as consultas do cirurgião e do anestesiológista, outras com carácter substitutivo da consulta de anestesiologia. Após a avaliação inicial e em função dos diagnósticos de enfermagem formulados, realiza as intervenções necessárias para suprir as necessidades da pessoa, nomeadamente através do fornecimento de informação, ensinamentos, instruções e treinos, para consciencialização da pessoa sobre o procedimento cirúrgico e sobre as implicações do processo de cirurgia ambulatória na sua vida e das pessoas significativas, desde o período pré-operatório até ao período pós-operatório, na adaptação e procura de soluções para eventuais situações para que a pessoa não esteja preparada.

Igualmente no período pré-operatório, a **Consulta de Enfermagem não presencial pré-operatória 24h** com o objetivo da validação da existência de condições prévias para a realização da cirurgia em condições de segurança e qualidade, validação dos conhecimentos sobre o regime terapêutico, com retificação e orientação da pessoa no processo de preparação pré-operatório, garante a adaptação do plano cirúrgico, no caso de utentes impossibilitados de comparecer no dia da cirurgia.

Ainda no período pré-operatório, no dia da cirurgia, o processo de acolhimento/admissão é realizado pelo enfermeiro que o irá preparar para o procedimento cirúrgico e acolher posteriormente no Recobro Fase I. No momento da admissão, e através de uma lista de verificação, o enfermeiro, validará a existência dos critérios clínicos e sociais e o cumprimento dos procedimentos necessários para a realização do procedimento cirúrgico e anestésico em segurança, assim como a ausência de alterações do estado da pessoa em SPO, assegurando igualmente a existência de condições de rede significativa de apoio para a alta para o domicílio.

No período pós-operatório, o recobro é assegurado por dois enfermeiros, um para o Recobro Imediato ou Fase 1, outro para o Recobro intermédio ou Fase 2 e para o Recobro Tardio ou Fase 3. A cooperação entre os 2 elementos é frequente, não existe rigidez de atribuição de posto, mas antes flexibilidade em função da dinâmica do serviço e das necessidades de colaboração.

De acordo com Coutinho, (2009), a Unidade Funcional de Gestão de Projetos e Instalações da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, preconiza a existência de 3 fases de recobro designadas por Recobro fase I, Recobro fase II e Recobro fases III. A Fase I de Recobro, é “(...) o recobro anestésico, equivalente a uma unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) de um bloco convencional”, A estadia da pessoa no Fase I de Recobro, está diretamente ligada à

complexidade e ao tipo de intervenção a que foi submetido,(Coutinho, 2009, p.61), indo de encontro à definição da CNDACA que considera o Recobro Fase I como "*período desde o término da intervenção cirúrgica ao recobro imediato e “corresponde à zona de recobro anestésico”*" (Ministério da Saúde, 2008a).

De acordo com a *American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care*, citada por (Vieira et al., 2017), o Recobro Imediato está considerado como o período que compreende a recuperação do estado de vigília e estabilização dos sinais vitais. Considera que não existe um período mínimo ou máximo de tempo para a permanência na UCPA, sendo a transição para o Recobro Intermédio ou Fase de Recuperação II, determinado caso a caso, recomendando o recurso à Escada de Aldrete para uma avaliação sistematizada da condição da pessoa. No “Manual de Boas Práticas da CA”, do Centro hospitalar Universitário de Lisboa Norte, (J. Coutinho & Neves, 2019) refere igualmente que a alta do Recobro Fase I para o Recobro Fase II, deverá ser ter como base os critérios da Escala de Aldrete (2019).

Na estruturação das fases de recobro, há autores que consideram 3 fases, outros 2 fases. A IAAS, (2014), preconiza que o processo de recuperação se estruture em duas fases. De acordo com a IAAS, a primeira fase de recobro, constitui o período inicial de recuperação após a anestesia e inicia-se com a transferência da pessoa da sala cirúrgica para a UCPA, até que a pessoa tenha alta para a fase seguinte. Estabelece que os objetivos do Recobro Fase I são que a pessoa acorde sem dores, sem náuseas e orientada, de modo a diminuir o tempo que o doente está nesta fase e assim possibilitar uma passagem suave para a segunda fase de recuperação. Também consideram que a Escala de Aldrete é adequada à alta para a Fase II de recobro.

A fase seguinte de recobro é o “(...) *recobro II ou recobro em cama. Uma vez que esta é a fase mais prolongada de recuperação(...)*”, segundo Coutinho (2009, p. 61). A CNDACA, define que o Recobro Fase II corresponde à recuperação cirúrgica e limita como sendo o período desde a admissão no recobro tardio até a alta para o domicílio, sugerindo que nesta fase “*os utentes poderão ter a presença dos acompanhantes, se assim o desejarem e caso não haja indicação médica em contrário*” (Saúde, 2008, p. 82).

O Recobro Intermédio, ou Recobro Fase II, é a fase mais prolongada de recuperação e inclui todo o processo até à recuperação do estado clínico que permita o regresso a casa. Os ensinamentos, instruções e os treinos para o período pós-alta, assim como a avaliação da capacidade e condições do utente ou da pessoa significativa para esse período. Na avaliação dos critérios de alta para o domicílio, o uso da escala Modified Post-Anaesthetic Discharge Scoring System (MPADSS) tem em consideração a avaliação dos sinais vitais, a existência de náuseas e vômitos, dor, hemorragia, a atividade funcional do doente, excluindo a avaliação da ingestão oral e a micção espontânea que é avaliada na *Post-Anaesthetic Discharge Scoring System* (PADSS). A

utilização da escala MPADSS propicia uma avaliação uniforme e racional e assegura existência de condições de segurança para o doente no regresso ao domicílio. segundo (Vieira et al., 2017).

A segunda fase de recobro, segundo a (IAAS, 2014), é de relevante importância no processo da CA, pois é nesta fase que o enfermeiro realiza a educação e gestão do processo de preparação da alta para o domicílio, considerando que estas intervenções são cruciais para o sucesso de todo o processo que é a CA. Segundo a IAAS, é na segunda fase do recobro que a qualidade dos cuidados de enfermagem pode marcar a diferença entre um serviço com qualidade e uma mera linha de produção. A IAAS, recomenda que a alta entre a fase II de recobro e a alta para o domicílio sejam realizadas com o recurso a escalas de avaliação sistematizada da condição do doente como a Escala de Chung ou Escala Post-Anaesthetic Discharge Scoring System (PADSS), ou com base em critérios de alta definidos como forma de realizar a alta de forma interdependente por enfermeiros. Considera que a Escala Post-Anaesthetic Discharge Scoring System (PADSS) tem os requisitos de fiabilidade e de facilidade de aplicação necessários.

Na Cirurgia Ambulatória, a Recuperação Fase III, também designado como Recobro Tardio, segundo (Vieira et al., 2017), é considerado o período de preparação, capacitação e confirmação da existência de condições do utente e pessoa significativa para a alta da UCA e onde é assegurada a continuidade dos cuidados após a alta, pois esta é uma das condições exigidas no processo de CA. O *“(...) recobro III é a sala de adaptação ao meio em cadeirões, onde os utentes deverão ter, de preferência, a presença dos acompanhantes.” O recobro fase III, é “(...) onde são efetuadas as ações que permitem dar alta ao utente, incluindo o esclarecimento de dúvidas e as recomendações para a recuperação em casa que deverão ser do conhecimento do utente e do acompanhante”*(Coutinho, 2009, p.6). No recobro fase III, que deverá ser um espaço onde os utentes devem estar sentados em cadeirões e preferencialmente acompanhados por familiares. No recobro fase III, os utentes *“são submetidos ao processo de verificação dos designados requisitos pré-alta, designadamente: Movimentos/deambulação; Ingestão de líquidos e alimentos sólidos; capacidade miccional”* (S. Coutinho, 2009, p. 61).

O processo de Alta deve iniciar-se no período pré-operatório e deve ser confirmado no dia da cirurgia e devidamente assegurado no momento da alta. Esta fase prepara a vigilância após a alta no doente, estando alicerçada quer no doente, quer na pessoa significativa, quer na total disponibilidade da equipa de enfermagem para assegurar o contacto ao utente/pessoa significativa, assim como através do telefonema obrigatório às 24 horas.

No período pós-operatório, a continuidade dos cuidados, a sua avaliação e orientação é realizada pelo enfermeiro da UCA através de ferramentas como a Teleconsulta de Enfermagem das 24 horas pós-operatórias e a Teleconsulta de Enfermagem dos 30 dias de pós-operatório.

A comunicação e a relação terapêutica com a pessoa em SPO/pessoa significativa, um dos eixos para o sucesso da CA, pois sendo parte do percurso da pessoa realizado fora da UCA, como acontece no pré-operatório e no período pós-alta da UCA, a capacitação e envolvimento da pessoa em SPO no processo, é essencial para a garantia de segurança e concretização de todo o processo com sucesso e com elevada satisfação.

O enfermeiro no perioperatório dirige o seu foco de intervenção à pessoa/pessoa significativa, assegurando as condições necessárias à concretização do projeto de saúde num ambiente perioperatório, que se pretende seguro, prevenindo eventos adversos, promovendo o tratamento da doença e a promoção da saúde.

A pessoa em situação de perioperatório, na busca de melhorar o seu estado de saúde ou de melhorar a sua qualidade de vida, aceita submeter-se a um estado de vulnerabilidade física e emocional, em resultado da indução da alteração do seu estado de consciência, e sujeitando-se aos riscos intrínsecos à realização dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos.

O enfermeiro perioperatório, assume a responsabilidade de desenvolver a Consciência Cirúrgica em benefício da pessoa em SPO, através da orientação da sua prática profissional pelos princípios éticos, morais e deontológicos, garantindo que a vulnerabilidade da pessoa, que se traduz por uma exposição a riscos, desprotegida e impossibilidade de se defender pelos seus próprios meios, não terá efeitos deletérios. É pelo seu comportamento e práticas profissionais baseadas na melhor evidência científica, no respeito pela aplicação das normas da prática cirúrgica e alicerçada nos princípios éticos e deontológicos, da beneficência e da não-maleficência para com a pessoa, para com cada profissional e equipa, que se evidencia a consciência cirúrgica do enfermeiro perioperatório.

2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM CONTEXTO DE CUIDADOS EM CIRURGIA AMBULATORIAL

O desenvolvimento científico e tecnológico, assumem nos nossos dias uma preponderância que se estende aos cuidados de saúde e consequentemente nos cuidados de enfermagem, tendo associado um aumento da exigência técnica e científica e como resposta a essa maior exigência e à importância dos cuidados de saúde na nossa sociedade, emerge a necessidade da “(...) *diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde*”

O Enfermeiro Especialista deve evidenciar a sua relevância, não pelo título que a Ordem dos Enfermeiros lhe reconhece, mas pela diferenciação positiva nas diversas áreas da prestação. A aquisição e desenvolvimento das competências de especialista devem ser demonstradas através da prática, na sua “(...) *capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional (...)*” com sustentação na prática baseada em evidência e na aplicação da mesma através da formação e colaborando e desenvolvendo a investigação e assessoria; (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

O “*enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem*”. (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O mesmo regulamento, define que o EE, independentemente da sua área de especialidade e do seu contexto da prática, partilha competências comuns que orientam o seu exercício profissional e estabelecem o esperado da sua atitude e comportamento como EE, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1 DESCRIÇÃO CRÍTICO-REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Os documentos regulamentadores das competências comuns e das competências específicas de cada área de especialidade, visam igualmente “(...) *comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745), ou seja, evidenciam a diferenciação e as mais-valias para a comunidade que se pode esperar obter face a um enfermeiro generalista à prática de um enfermeiro generalista.

2.2 Os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019). **DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Na minha experiência como aluno da especialidade, observei diferentes contextos com praxis clínicas diversas, desde o Serviço de Medicina Intensiva Polivalente até ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. O percurso realizado e as vivências permitiram desenvolver uma visão mais abrangente, profunda e enriquecedora da multiplicidade de situações que a prática diária coloca aos profissionais e os desafios a que é necessário dar resposta. Desafios da ordem técnica e científica, mas também relacionais e de comunicação, de atitude profissional, éticos e deontológicos. A atitude e comportamento do EE deve estar presente em todas as áreas de intervenção, diferenciadoras do EE face ao enfermeiro generalista. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, as competências especializadas decorrem “(...) do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Cuidados à pessoa em situação perioperatória em cirurgia ambulatória

A conceção de cuidados à pessoa em situação perioperatória (SPO) em cirurgia ambulatória, tem uma grande abrangência que se reflete nas diversas fases porque passa a pessoa, desde o pré-operatório, dia da cirurgia, intraoperatório, pós-operatório e pós-alta da UCA. Em todas as diferentes fases do processo de CA, o objetivo axial dos cuidados de enfermagem é a segurança do doente, com foco na diminuição dos fatores de risco de complicações ou de eventos adversos e na gestão de um ambiente seguro para o doente e para a equipa multidisciplinar, sem descuidar as vivências da pessoa significativa/família (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Na Cirurgia Ambulatória, todas as fases do perioperatório, são competência de uma só equipa de enfermagem, que assume todo o processo pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório e de acompanhamento após alta para o domicílio. O foco dos enfermeiros está orientado para a pessoa em situação perioperatória, para a avaliação das suas necessidades e consequentes intervenções.

Na etapa pré-operatória da CA, é evidente o foco do enfermeiro na concretização do descritivo da competência específica do EEEMC à pessoa em situação perioperatória em o “(...) enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar,

capacitando-os para o auto cuidado e reintegração familiar e social” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19366).

Perante estes pressupostos definimos o objetivo: Desenvolver competências de enfermagem especializada na identificação de necessidades, planeamento, intervenção à pessoa em situação perioperatória em cirurgia ambulatória. E desenvolver competências comunicacionais com a pessoa/família em situação perioperatória;

A capacitação da pessoa em situação perioperatória é um dos eixos para o sucesso da CA, pois é através das intervenções no âmbito do Informar (ensinar, instruir, treinar) que o enfermeiro capacita e prepara o doente para todas as vivências do processo de transição saúde-doença pelo qual vai passar e antecipando os processos adaptativos que a pessoa vai ter de realizar, quer na fase pré-operatória, quer na fase pós-operatória e pós-alta. O enfermeiro pela sua proximidade com a pessoa/pessoa significativa, tem o dever de assegurar a compreensão pela pessoa da informação fornecida e dos ensinamentos feitos, pois só assim assegura a autodeterminação e capacidade para a tomada de decisão pela pessoa, garantindo as recomendações éticas e legais do código deontológico de enfermagem. Nas consultas de enfermagem no âmbito da CA, o estabelecimento da relação de ajuda é essencial para a comunicação de emoções, medos e redução da ansiedade, para desenvolver um ambiente que seja acolhedor e amenizar fatores de ansiedade. Na CA, o enfermeiro no pós-operatório, terá intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa em SPO/pessoa significativa, focadas na capacitação e no processo de adaptação à alta da UCA para o domicílio.

No âmbito do intraoperatório, (período compreendido desde o momento em que a pessoa é transferida para a mesa operatória, até ao momento em que a pessoa é transferida para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos) (Regulamento n.º 429/2018, 2018), é quando a pessoa atinge o seu maior nível de vulnerabilidade devido à alteração do seu estado de consciência.

Segundo Mota et al. (2021, p. 1), *“O bloco operatório (BO) constitui-se como um dos locais mais complexos de prestação de cuidados e onde ocorre o maior número de eventos adversos”*

É nesta fase que a pessoa está impossibilitada de responder com os seus próprios recursos aos riscos que está sujeita, que se traduzem na *“(…) exposição aos riscos, a desproteção e impossibilidade de defesa que requer que seja assegurada por outra pessoa, em sua substituição”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19366).

Cuidados à pessoa submetida a anestesia geral

É neste momento que a Consciência Cirúrgica se impõe e manifesta em benefício do doente e 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, 2018, p. 19366).

A fase do intraoperatório, é a de maior probabilidade de ocorrência de situações de imprevisibilidade, de complexidade e maior vulnerabilidade; sendo um momento em que o enfermeiro, executa intervenções de enfermagem em resposta às mesmas, analisando os resultados e intervindo com base no conhecimento especializado, evidência científica e experiência profissional. É competência do EEEMC, garantir a verificação da lista de procedimentos com vista à segurança da cirurgia, pois só planificando e estabelecendo estratégias de intervenção é que é possível reduzir o risco e minimizar eventos adversos que possam emergir

A nocicepção, é um foco de atenção constante do EEEMC, durante o procedimento cirúrgico, e inclusive, durante procedimentos de indução anestésica. A gestão da dor associada aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, a sua monitorização indireta por avaliação instrumental e através das evidências de alteração de sinais e sintomas analisados com base no conhecimento e na experiência acumulada, permitem ao EE interpretar, avaliar e intervir. A gestão da dor durante o período intraoperatório ou pós-operatório é uma intervenção que deve utilizar o recurso a medidas farmacológicas, mas igualmente utilizar medidas não-farmacológicas que tem a particularidade de ser intervenções autónomas e como tal relevantes para a profissão.

“A tomada de decisão, baseada na informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determina a intervenção especializada do enfermeiro.” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19360). A informação fornecida pela tecnologia deve auxiliar na tomada de decisão, nunca de forma isolada, mas em articulação com a observação e valorização de outros atributos e aspetos que se adquirem com o desenvolvimento de competências. É essencial que o EE, perante uma pessoa em situação perioperatória, seja capaz de determinar os atributos e aspetos da situação presente ou previsível que devem ser consideradas os mais importantes e os que podem ser ignorados. A utilização destes critérios na análise da pessoa em situação perioperatória é o que define a enfermeira competente segundo Benner (2001) e que consideramos ser a estrutura de pensamento e de intervenção do enfermeiro especialista.

Um doente sob anestesia geral, apresenta uma total incapacidade de regular a homeostasia do seu organismo, seja na regulação da temperatura corporal, seja na manutenção da homeostasia interna, com alterações do equilíbrio hemodinâmico e endócrino em resposta ao stress cirúrgico e metabólico. O doente que vai ser submetido a anestesia geral, requer do

enfermeiro a preparação para a antecipação de qualquer evento adverso que possa ocorrer, seja na indução com reações adversas a fármacos ou alterações hemodinâmicas súbitas, seja na abordagem da via aérea difícil não previsível ou possíveis complicações associadas ao procedimento. O enfermeiro deverá ter na sua planificação todas as possibilidades de atuação, e antecipar os passos e necessidades de instrumentos/equipamentos, assim como manobras que possam ser necessárias.

Em qualquer técnica anestésica, podem surgir complicações, sendo a prevenção, a utilização de técnicas seguras e a antecipação de todas as potenciais complicações, a estratégia indicada.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem definido como competência, que *“implementa as intervenções planeadas, tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações de eventos adversos decorrentes (...) dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19361).

A verificação da sala, do funcionamento dos equipamentos, do material necessário e na quantidade precisa, facilita a atuação em situações críticas, promovendo as condições para uma intervenção sem intercorrências.

Numa Unidade de Cirurgia Ambulatória, para além de procedimentos cirúrgicos, são realizados procedimentos de diagnóstico e terapêutica que necessitam de procedimentos anestésicos para a sua realização, nomeadamente sedação, no âmbito da especialidade médica de Pneumologia e especialidade médica de Gastroenterologia. Na realização de fibrobroncoscopias, a oxigenação é uma preocupação ao longo de todo o procedimento. A necessidade de uma pré-oxigenação num doente com alterações da ventilação ou da hematose, é uma preocupação que requer uma vigilância da saturação periférica de oxigénio e o balanço entre as doses necessárias para a realização do procedimento e compensação do seu efeito depressor da ventilação. A necessidade de manter o fluxo de oxigénio por uma árvore brônquica com redução dos ramos brônquicos disponíveis para ventilação e a oxigenação dos tecidos do organismo é um compromisso que se tenta alcançar de modo a possibilitar o exame/tratamento. Conhecer a fisiopatologia de cada doente e as possibilidades de intervenção, antecipando potenciais complicações é essencial na monitorização e vigilância de doentes com alterações da ventilação e da oxigenação, assim como no seu conforto e bem-estar após o procedimento. É competência do EE otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.

MAXIMIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A monitorização da temperatura e da glicemia, são, de acordo com as normas do Feixe de Intervenções de Prevenção da Infecção no Local Cirúrgico, medidas que complementam outras intervenções neste âmbito, como a tricotomia sem lâmina quando indicada, o banho com cloroheixidina a 4% no pré-operatório e a antibioterapia profilática no pré-operatório. A publicação em Novembro de 2022 pela DGS (2022), da atualização das normas da Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, promoveu a revisão e reflexão sobre as normas anteriores e a sua atualização.

A lavagem das mãos é uma prática instituída e cumprida na UCA, para facilitar a prática, o serviço disponibiliza dispositivos doseadores e Solução Asséptica de Base, o que simplifica e promove a prática dos 5 momentos de lavagem das mãos definidos pela OMS e pela DGS para prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. O facto de cada cama e pontos estratégicos de entrada e passagem, terem distribuídos cartazes com infografias e instruções de fácil consulta sobre a utilização do produto ou produtos disponíveis naquele ponto e a forma correta de realizar a técnica específica para aquele produto. Deste modo, sempre que qualquer profissional se desloca a um doente ou unidade, de imediato tem disponível a SABA e assim pode realizar de imediato a desinfeção das mãos, sendo mais um fator de promoção da prática da lavagem das mãos e revelador da importância que a UCA coloca na implementação desta medida de prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, assim cumprindo igualmente, a conformidade com o processo de Acreditação da organização em curso.

A existência de uma enfermeira responsável pela prevenção de Infecções Associadas a Cuidados de Saúde e a implementação e operacionalização das normas do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, favoreceu a reflexão e a análise da atualização das normas da DGS, que durante o período deste estágio foram atualizadas e publicadas. Realizei um trabalho de destaque das alterações da norma de 2022 em relação à norma de 2015, de modo a destacar as mesmas e possibilitar uma noção mais rápida e facilitada dessas alterações.

Em suma foram desenvolvidas competências no melhoria do autoconhecimento e a assertividade e na pesquisa da melhor evidência científica para basear o exercício da praxis clínica especializada.

2.3 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns dos EE, tem por base, um conjunto de competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Estas competência comuns envolvem as dimensões da educação da pessoa e da rede de pessoas significativas, e evidenciam-se, através da orientação,

aconselhamento, liderança, nos contextos de exercício profissional, e implicando a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, de modo a permitir que a disciplina de enfermagem evolua e se desenvolva na melhoria contínua das suas práticas. O EE, deve ser elemento diferenciador no suporte ao exercício profissional, demonstrando a sua capacidade na conceção, gestão e supervisão de cuidados de enfermagem, através sua intervenção no âmbito da formação e assessoria.

2.3.1 Gestão de cuidados – otimização das respostas da equipa de enfermagem

O desenvolvimento de competências dos enfermeiros nas 3 áreas de prestação na sala cirúrgica em todas as especialidades cirúrgicas permite ter uma visão da globalidade das cirurgias e assim responder às necessidades de gestão de materiais e instrumentais cirúrgicos de acordo com o plano cirúrgico do dia.

A gestão de cuidados de enfermagem e a melhoria continua da qualidade envolve a avaliação das práticas, e em função dos seus resultados a eventual revisão das mesmas e implementação de programas de melhoria da qualidade.

A gestão dos cuidados, tem por base a gestão dos recursos humanos, materiais e estratégias de gestão dos fluxos de trabalho e planeamento desse fluxo em função da capacidade de resposta das várias áreas.

A adequação dos recursos às necessidades de fluxo de cuidados e produção cirúrgica é essencial para a satisfação da pessoa, para a realização pessoal do profissional e para satisfação do utente. A organização do fluxo de trabalho na UCA, obriga à adaptação dos recursos às especificidades de cada posto e à capacidade de resposta do profissional.

A estratégia de desenvolvimento das competências dos enfermeiros em todas as áreas de prestação de cuidados da UCA, tem por base o princípio da integração do enfermeiro em todas as fases do processo da CA, para desse modo vivenciar as exigências e as especificidades de cada posto e assim ter uma percepção global de todo o processo, ter capacidade de antecipação e resposta em tempo útil às necessidades de cada situação. Na Sala Cirúrgica, os postos de Enfermeiro de Anestesia, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista, são exercidos por todos os enfermeiros, havendo a preocupação de todos desenvolverem competências nessas 3 áreas de prestação de cuidados de enfermagem do período intraoperatório.

Alguns procedimentos cirúrgicos menos frequentes, limitam o desenvolvimento uniforme de competências técnicas em todos os profissionais nessas técnicas cirúrgicas. A gestão dos recursos humanos, tem em consideração esse condicionamento, e de forma a

garantir a máxima segurança e a qualidade dos cuidados, na alocação dos enfermeiros, há necessidade de ponderação dos elementos em circunstâncias particulares.

2.3.2 Delegação de áreas de responsabilidade como estratégia de desenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados

A estratégia de delegação de áreas de responsabilidade, promove o envolvimento dos profissionais no processo de gestão de recursos, na gestão da melhoria contínua da qualidade, visando o desenvolvimento e melhoria dos processos, e na obtenção dos melhores resultados. A atribuição de áreas de responsabilidade, estimula a que o profissional invista na atualização e aprofundamento de conhecimentos específicos, promova a reflexão em equipa sobre os problemas e a construção de soluções, através do envolvimento de outros profissionais, de modo que o seu trabalho se reflita na melhoria da prestação dos cuidados e melhoria na organização/gestão da UCA.

Na Unidade de Cirurgia de Ambulatória, a necessidade de recorrer diariamente a material cirúrgico externo à UCA, com recurso a fornecedores internos (Bloco Operatório Central e Serviço de Esterilização) é essencial para uma gestão eficiente das necessidades de materiais, sejam consumíveis ou instrumentais reutilizáveis ou equipamentos cirúrgicos específicos. Todos os pedidos de material têm de ser efetuados de acordo com os procedimentos cirúrgicos a realizar no dia seguinte e em alguns casos de acordo com o plano cirúrgico da semana seguinte de modo a assegurar o cumprimento do plano cirúrgico. A estratégia passa pela articulação do enfermeiro que realiza a Consulta de Enfermagem do dia anterior à cirurgia, que através do plano de agendamento de cirurgias para o dia seguinte, planifica e requisita o material via email aos referidos fornecedores internos para o dia seguinte. Tal planificação permite que haja uma resposta efetiva na manhã seguinte, com o material requisitado, a ser entregue na UCA às 8h00'. Esta estratégia vai de encontro ao definido no âmbito das competências comuns de EE, no âmbito da gestão de cuidados, em que a delegação de tarefas e a supervisão das mesmas, permite um desenvolvimento e empoderamento da equipa, reconhecendo os diferentes papéis e funções de todos os membros da equipa, adaptando o estilo de liderança, à maturidade dos colaboradores e às eventuais contingências. A delegação de tarefas e a sua supervisão no âmbito da gestão, são uma competência que o EE desenvolve e dessa forma propicia o desenvolvimento da motivação da equipa para um desempenho diferenciado, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática e autodesenvolvimento e capacitação dos elementos da equipa (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Equidade e igualdade como princípio orientador na gestão de equipa

A articulação da gestão dos recursos de enfermagem com a gestão dos objetivos da UCA, em resposta à dinâmica e fluxo de planos cirúrgicos, requer a adoção de métodos de organização do trabalho e a coordenação da equipa na prestação de cuidados. O tipo de liderança participativa que envolve os elementos da equipa na tomada de decisões, a negociação dos recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade e a utilização dos recursos de forma eficiente visa a promoção da qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa em situação perioperatória e dos profissionais.

A equidade e igualdade na distribuição do esforço da carga horária é outra das preocupações da Enfermeira Gestora, para desse modo evitar a fadiga física e psicológica dos enfermeiros, de forma a dar resposta às necessidades pessoais, familiares e sociais dos mesmos. O cuidado em garantir o tempo de descanso e evitar uma sobrecarga de turnos seguidos é um dos princípios orientadores na elaboração dos horários.

O princípio da rotatividade dos enfermeiros pelos diversos postos de trabalho ao longo do plano semanal e a minimização da repetição de postos de trabalho, melhora a satisfação dos profissionais pela diminuição da rotina.

A existência de uma estratégia de comunicação e de transparência, sobre situações especiais de horários ou alocação mais frequente de determinados profissionais a determinadas áreas, melhora a perceção e a satisfação dos profissionais, melhora o clima de colaboração e promove o sentimento de justiça. O princípio da equidade na distribuição das cirurgias em regime de adicional, pelo impacto financeiro que têm nos profissionais, é crítico em qualquer serviço deste tipo, para manutenção de um clima social e laboral salutar. A necessidade de equilíbrio na resposta, tem de ter em consideração as competências em determinadas especialidades e procedimentos cirúrgicos, e tal obriga a uma maior transparência e critérios claros nessa distribuição. A ética e o princípio da não-maleficência, aplica-se na gestão, como se aplica na prestação de cuidados. A manutenção desse equilíbrio, é um esforço acrescido na elaboração dos horários e na resposta a todas as premissas que orientam a sua construção e ajustes. A elaboração dos horários e a resposta às necessidades da UCA e dos enfermeiros, obriga a um elevado investimento de tempo e a uma destreza mental complexa e implica um profundo conhecimento do contexto socio-laboral da equipa, nunca descurando o fluxo de trabalho da UCA e as necessidades da organização e outros grupos profissionais.

2.3.3 Melhoria contínua e conceptualização/Desenvolvimento de aprendizagens

Os estágios que realizei neste percurso académico, fizeram todo o sentido por terem sido realizados fora do contexto da minha prática profissional diária. A oportunidade de vivenciar situações complexas e críticas muito diversas, em contextos de elevada exigência

técnica e científica, originou desafios que vão muito além dos conhecimentos adquiridos no contexto letivo e teórico. A necessidade de pesquisa para a compreensão das situações e assim assegurar a melhor qualidade na prestação dos cuidados, foi uma constante e uma marca ao longo destes estágios. A atualização de conhecimentos e a procura da melhor e mais sólida evidência, que oriente a prática e a fundamente, é a base para a afirmação do EE no seu contexto de prática profissional, sendo sua competência desenvolver “(...) *práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua.*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747)

O enfermeiro, na sua prática de cuidados à pessoa, no âmbito da melhoria continua da qualidade, no âmbito da gestão de cuidados e na gestão de recursos humanos, materiais ou instalações, deve exercer a tomada de decisão com base na melhor evidência científica no momento. A busca dessa evidência é nos dias de hoje uma constante face à elevada inovação científica e tecnológica que é produzida.

Na prática baseada na evidência, o enfermeiro ao elaborar a tomada de decisão tem em consideração os seguintes pressupostos: utilização da melhor evidência científica, a experiência e habilidade clínica dos profissionais, as preferências do utente, os recursos disponíveis no contexto (Barbieri et al., 2016). Desenvolver a prática baseada na evidência é imprescindível para a obtenção dos melhores resultados e ganhos em saúde, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados e menor risco para o doente e profissional (Reichembach Danski et al., 2017). Responder às expectativas do doente, com eficiência e efetividade e máxima eficácia dos cuidados, é o objetivo da prática baseada na evidência, mas a mesma tem um efeito de empoderamento dos enfermeiros no seu contexto de prática e revela-se determinante para o desenvolvimento da profissão e consequentemente com ganhos em saúde (Barbieri et al., 2016).

“O avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, P.19360).

A dinâmica da formação em serviço promove a atualização de conhecimentos e motiva à pesquisa e à investigação na procura da melhor evidência científica. Contribui ainda, para o desenvolvimento de competências, uma vez que permite a partilha de saberes entre os diversos elementos da equipa, ao promover a reflexão e o debate acerca dos problemas sentidos, dá resposta às necessidades de formação e transforma-se numa ferramenta útil quando contribui para a resolução de problemas do contexto (Tojal, 2011).

Com base nestes pressupostos definimos para estágio os seguintes objetivos:

- Compreender os programas de melhoria continua de qualidade em implementação na UCA;
- Desenvolver competências na realização de formação em contexto de trabalho;
- Desenvolver competências comunicacionais na realização de sessões de formação.

A formação em serviço deverá responder às necessidades de atualização e aquisição de conhecimentos e ao desenvolvimento de competências nos contextos e para os contextos de prática de cuidados.

A formação em serviço permite a partilha de experiências e conhecimentos no contexto e é um modelo de formação que emerge do contexto e visa dar resposta às necessidades existentes. Num modelo ideal, a formação em serviço deveria assentar em trabalhos de reflexão e serem momentos de partilha de sentimentos, dificuldades sentidas na prática, problemas relacionais e da forma de estar dos enfermeiros (E. M. C. P. dos Santos, 2008).

Segundo Dias citado por Santos, *“(...) A formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem)”* (Santos, 2008, p.22). A conjugação destes saberes é crucial para que a pessoa desenvolva o saber-transformar, que consiste na integração de todos estes saberes e a sua aplicação na mudança e melhoria do contexto da prática de cuidados (E. M. C. P. dos Santos, 2008).

O diagnóstico das necessidades formativas e de desenvolvimento é a primeira etapa do processo. *“O diagnóstico de necessidades de formação consiste na deteção de carências a nível individual e/ou coletivo referentes a conhecimentos, capacidades e comportamentos (...) com a finalidade de elaborar um plano de formação que dê resposta”* (IEFP, 2021).

O diagnóstico de necessidades de formação deverá inserir-se numa estratégia de melhoria continua da qualidade e desenvolvimento da organização.

Durante o estágio uma das nossas atividades consistiu em realizar o diagnóstico de necessidades de formação da equipa de enfermagem. A fase de diagnóstico pode considerar-se uma das mais importantes do ciclo de formação em serviço, ela determina as áreas de intervenção mais pertinentes e/ou prioritárias, e permite estabelecer uma orientação estratégica para a formação em serviço. Com este objetivo, planeamos e desenvolvemos esta atividade diagnostica de necessidades de formação.

São vários os instrumentos possíveis de utilizar para a realização de um diagnóstico das necessidades de formação: o Inquérito de Satisfação dos Utentes, que evidencia as necessidades expressas do ponto de vista dos utilizadores; a Avaliação de Desempenho, é uma ferramenta privilegiada para a identificação das necessidades individuais de desenvolvimento de

competências, de reflexão sobre comportamentos e atitudes, funcionando como estímulo ao desenvolvimento individual através estabelecimento de objetivos pelo avaliador; seja pela emergência de problemas do contexto, que estimulam a reflexão e debates para a sua resolução; seja através de auditorias internas e externas do serviço, que numa fase anterior à sua realização, são fonte de reflexão e debate para a melhoria da qualidade e para o desenvolvimento da organização através da atualização e implementação de normas e regulamentos e pelo desenvolvimento e aperfeiçoamento das práticas e, após a realização das auditorias, pela correção das desconformidades identificadas; seja ainda através de uma entrevista ou questionário dirigido aos profissionais, onde possam expressar as necessidades sentidas, quer a nível individual, quer a nível coletivo ou organizacional.

A nossa opção recaiu na realização de questionário como ferramenta de recolha de dados para análise. Tratando-se de um instrumento de “(...) *registo escrito e planeado para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos*”(Vilelas, 2020, p. 359). As razões de escolha deste instrumento estiveram relacionadas com o facto de ser de fácil aplicação e com exigências de tempo menores para o tratamento dos dados; permitir colher a perceção dos elementos da equipa de enfermagem sobre as opiniões, motivações e necessidades de conhecimento sentidas a nível individual e coletivo (Vilelas, 2020). O questionário assegura que a informação seja anónima e confidencial e assim permite uma maior abertura e sinceridade na resposta às questões colocadas.

Elaboramos um questionário com finalidade de identificar as necessidades de formação individuais e coletivas expressas pelos enfermeiros da UCA. O guião do “Questionário de Diagnóstico de Necessidades em Formação da UCA”, continha perguntas abertas (**Apêndice 1**) de modo a permitir um maior espaço de expressão de ideias e opiniões e assim, permitir obter mais dados. Os questionários foram entregues em formato papel pela enfermeira orientadora e recolhidos pela mesma. O questionário foi respondido por 11 enfermeiros (numa equipa de 14 enfermeiros), que representam 91,6% da equipa.

As respostas foram transcritas para o aplicativo Word e o tratamento da informação obtida foi realizado através de análise do conteúdo, e da mesma, emergiram temas que foram agrupados em áreas temáticas mais abrangentes.

Assim, após a análise da informação dos questionários, elaboramos quadros para cada questão, sendo que de cada questão emergiu um domínio das necessidades de formação expressas a tratar.

Da pergunta 1, emergiu o DOMÍNIO DO **DESENVOLVIMENTO PESSOAL**, e as necessidades de formação expressas foram agrupadas e foi elaborado um quadro com as áreas temáticas são as apresentadas no Quadro 1 - TEMÁTICAS EMERGENTES DAS NECESSIDADES

EXPRESSAS NO DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL (**Apêndice 2**), podemos conhecer as necessidades de formação sentida como individuais e que foram agrupadas em áreas temáticas: Prevenção de complicações na pessoa em situação perioperatória; Relacionadas com técnicas anestésicas; Relacionadas com a instrumentação cirúrgica; Atuação em situações de emergência; Gestão de stress; Comunicação e novas tecnologias. As necessidades abrangem o aprofundamento dos conhecimentos teórico-científico em relação a situações do contexto da prática; desenvolvimento de competências técnicas específicas relacionadas com situações emergentes da prática, desenvolvimento de técnicas e estratégias de gestão de stress e estratégias e técnicas de comunicação no âmbito das novas tecnologias. A formação em serviço é uma das formas de responder a estas necessidades expressas, pois segundo Tojal (2011), os enfermeiros entendem que a formação em serviço contribui para a atualização de conhecimentos e permite criar consensos que conduzem à uniformização dos procedimentos e das práticas, e proporciona a correção de lacunas de conhecimentos relacionadas com as práticas diárias promovendo uma evolução conjunta e resolução de problemas. Segundo Santos, *“(...) contribui para o aprofundamento e desenvolvimento de competências dos enfermeiros da instituição”* (2008, p.133).

Da pergunta 2, emergiu o DOMÍNIO DA **MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS**, cuja áreas temáticas se podem observar no Quadro 2 - TEMÁTICAS EMERGENTES DAS NECESSIDADES EXPRESSAS NO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS (**Apêndice 3**). Os enfermeiros expressaram as necessidades de melhoria continua da qualidade dos cuidados, expressaram as necessidades coletivas e do serviço, que se repetem em muitos casos nas suas necessidades individuais expressas, como podemos constatar nas áreas temáticas que emergiram das respostas.

Da pergunta 3, emergiu o DOMÍNIO DA **DISPONIBILIDADE PARA DESENVOLVER FORMAÇÃO EM SERVIÇO**, apresentado no Quadro 3 - TEMAS EXPRESSOS NO DOMÍNIO DA DISPONIBILIDADE PARA DESENVOLVER FORMAÇÃO EM SERVIÇO, (**Apêndice 4**), no qual constam os temas que os enfermeiros se disponibilizaram a realizar momentos de formação em serviço à equipa.

A disponibilidade para colaborar na formação em serviço, é um fator positivo e revelador de uma dinâmica existente de melhoria continua da qualidade dos cuidados. Esta disponibilidade é uma força interna que facilita e promove a inovação e o desenvolvimento de competências e vai de encontro aos Domínios das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, que no Artigo 6º garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua de modo a garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Os temas expressos pelos enfermeiros vão de encontro às recomendações feitas por Santos, que sugere que através da *“(...) reflexão das práticas desenvolvam por exemplo, projetos de melhoria da prestação de cuidados em determinada área considerada pertinente, para se desenvolver ao longo do ano e com a colaboração de todos os elementos da equipa.”* (2008, p. 135). Santos, recomenda ainda que *“(...) se privilegie o debate de ideias, a partilha do saber, a reflexão da prática como métodos de eleição nas sessões de formação em serviço”* (2008, p. 136).

O DOMÍNIO DO AUMENTO DE SATISFAÇÃO DO UTENTE/PESSOA SIGNIFICATIVA, emergiu da pergunta 4, que deu origem às áreas temáticas no quadro 4 - SUGESTÃO DE FORMAÇÃO/REFLEXÕES/DEBATE EXPRESSAS NO ÂMBITO DO DOMÍNIO DO AUMENTO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO UTENTE/PESSOA SIGNIFICATIVA, (**Apêndice 5**), apresentamos os temas que os enfermeiros consideram como oportunos para reflexão e debate, com o objetivo do aumento do grau de satisfação dos utentes/pessoa significativa. As opiniões expressas, orientam para a necessidade de trabalhos de pesquisa e reuniões de reflexão e debate de modo a conhecer as situações e a criar consensos que guiem e uniformizem as intervenções dos enfermeiros, assim como para a procura de soluções consensuais para as situações expostas.

A Análise das Necessidades de Formação expressas pela equipa de enfermagem é o ponto de partida para a tomada de consciência das necessidades individuais e da equipa no âmbito do aprofundamento de conhecimentos, desenvolvimento de competências e de reflexão sobre situações da prática, que suscitem dúvidas ou necessidades de melhoria. Segundo Santos, os enfermeiros *“(...) reconhecem a importância da formação em serviço, que a mesma é geradora de consensos que conduzem à uniformização de procedimentos que irão ter visibilidade na prática, que permite a partilha entre os colegas (...)”* assim como *“(...) contribui para o aprofundamento e desenvolvimento de competências dos enfermeiros da instituição”* (2008, p. 133).

Santos (2008), realça igualmente que da reflexão sobre as práticas, emergem projetos de melhoria da prestação de cuidados em áreas pertinentes para intervenção.

Esta análise de necessidades de formação responde às recomendações feitas por Santos, (2008, p.134), onde sugere que *“(...) formação em serviço seja feita em contexto de trabalho para que dê resposta às reais necessidades dos profissionais (...) se privilegie o debate de ideias, a partilha do saber, a reflexão da prática como métodos de eleição nas sessões de formação em serviço”*.

Após realizar o diagnóstico de necessidades de formação expressas pelos enfermeiros e apresentar os resultados à Enfermeira Responsável pela Formação da UCA, sugeri que no âmbito do meu ENP, selecionar dois temas que se encontram nas áreas temáticas expressas e trabalhar os mesmos em resposta às necessidades evidenciadas no questionário.

A apresentação dos resultados do questionário de diagnóstico das necessidades de formação (**Apêndice 6**), cumpre a premissa da devolução dos resultados aos participantes, mas é também um momento muito importante do processo de formação em serviço, pois permite a consciencialização sobre a perceção das necessidades manifestadas individualmente, permite uma reflexão e partilha de ideias mais abrangente e enriquecedora sobre os sentimentos e as opiniões da equipa como um todo, sendo o ponto de partida para a construção de um plano de formação para a UCA. A formação foi apresentada com recurso a meios multimédia e está em anexo o conjunto dos slides (**Apêndice 7**).

O diagnóstico de necessidades realizado foi utilizado como instrumento de avaliação da UCA na auditoria realizada no âmbito do processo de acreditação do serviço.

O questionário de análise de necessidades de formação e o tratamento dos dados apresentado, foi considerado como evidência de boas práticas na área da formação em serviço no âmbito da identificação das necessidades de formação individual e coletiva dos elementos da equipa de enfermagem e como um instrumento para a elaboração de um plano de formação para a UCA, sendo essencial no processo em curso de Acreditação do serviço e organização pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*.

O resultado da análise de dados do diagnóstico de necessidades de formação da UCA, será utilizado pela enfermeira formadora para a estratificação de prioridades em conjunto com a equipa e para a elaboração do plano de formação da UCA para o biénio 2023-2024.

A avaliação das ações de formação, são relevantes para a melhoria da atividade formativa. A avaliação pode incidir sobre a ação formativa e o formador ou sobre a aquisição de conteúdos pelos formandos. Numa abordagem andragógica, em que a formação é sentida como uma necessidade pelo adulto, vocacionada para a resolução de problemas, promotora do envolvimento para a mudança e para a melhoria da qualidade, o formador tem um papel de “mediador” ou “facilitador” de acesso à informação, indutor da reflexão e da partilha de responsabilidades na condução e construção do processo formativo e na implementação do mesmo. Como tal, o documento desenvolvido para a avaliação das ações de formação, visa a avaliação dos indicadores de processo e de estrutura em detrimento da avaliação de indicadores de resultados em relação à aquisição de conhecimentos.

O documento construído para avaliação consta no **Apêndice 8**, e pretende ser uma ferramenta para futuro desenvolvimento e posterior transformação em processo informatizado através do Google Forms, para evitar a utilização do papel e o tratamento mais facilitado dos dados. Este instrumento de avaliação, foi aplicado nas avaliações realizadas.

FORMAÇÃO SOBRE AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA TOXICIDADE SISTÉMICA POR ANESTÉSICOS LOCAIS

Das necessidades evidenciadas na análise de dados, após reunião com a enfermeira orientadora e a enfermeira formadora, optei por dois temas que vão de encontro às necessidades expressas pelos enfermeiros: “*A TOXICIDADE SISTÉMICA POR ANESTÉSICOS LOCAIS – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM*” e “*ABORDAGEM DA VIA AÉREA DIFÍCIL – PAPEL DO ENFERMEIRO*”.

Na UCA, a técnica de anestesia loco-regional é realizada com elevada frequência, havendo turnos em que é realizada em 10 utentes. Pelo facto de ser uma necessidade de formação expressa no questionário, e por ser uma técnica anestésica habitual no contexto da UCA, e da qual não tinha experiência prática, consideramos ser oportuno desenvolver um trabalho de pesquisa bibliográfica no âmbito da Toxicidade Sistémica por Anestésicos Locais (LAST), que é uma das potenciais complicações que podem surgir. Em resultado da pesquisa bibliográfica realizada, foi elaborado um documento de consulta para a UCA (**Apêndice 9**), onde são abordados os mecanismos de atuação dos AL, técnica de administração segura e potenciais complicações, nomeadamente a LAST, que embora seja um evento adverso raro, pode ser de elevada gravidade. Foi também abordada a sintomatologia e a sua relação com a gravidade da situação, assim como explicado o tratamento atualmente preconizado pelas entidades científicas relevantes na área.

Como resultado da pesquisa bibliográfica e após reflexão com a enfermeira orientadora sobre as práticas do contexto, foi considerado oportuno elaborar dois algoritmos de atuação na LAST, segundo as recomendações das entidades de referência na área. Um dos algoritmos foi uma adaptação do fluxograma do algoritmo da American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (ASRA) do ano de 2020 (**Apêndice10**). Outro foi o desenvolvimento de um fluxograma a partir do texto de orientação do documento “European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances” (**Apêndice 11**). Foi também construído um KIT de intervenção de acordo com as recomendações da ASRA adaptado ao contexto da UCA (**Apêndice 12**). O documento elaborado com base na revisão da literatura sobre anestésicos locais e LAST com os fluxogramas dos algoritmos adaptados e o modelo de KIT de Intervenção em LAST, foram enviados para avaliação para o anesthesiologista responsável pelo processo de acreditação no âmbito da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*, tendo sido o documento de revisão bibliográfica e o projeto validado e autorizada a sua implementação. Foi elaborada uma lista de verificação do conteúdo e data de validade dos componentes do KIT e definido o calendário da verificação indexado à verificação do carro de emergência.

Sendo a LAST uma situação crítica e de abordagem complexa, vai de encontro a um dos objetivos deste Estágio de Natureza Profissional.

ABORDAGEM À VIA AÉREA DIFÍCIL NÃO PREVISIVEL – desenvolvimento de um saco de via aérea difícil, organização dos materiais, estrutura física e protocolos de intervenção e organização

A gestão da Via Aérea Difícil (VAD) é um dos temas mencionado no diagnóstico de necessidades de formação como sendo uma das necessidades sentidas pelos enfermeiros e vai de encontro aos objetivos deste ENP. Nesse âmbito, e dando resposta às necessidades de melhoria continua da qualidade e segurança dos cuidados e da segurança da pessoa em situação de perioperatório, e indo de encontro às necessidades da UCA relacionadas com o processo de acreditação do âmbito da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, foi construído um saco de apoio à VAD segundo as recomendações do documento orientador da SPA, *“Consensos Na Gestão Clínica Da Via Aérea Em Anestesiologia”* (Órfão et al., 2016).

A construção do sistema de apoio à VAD, foi adaptada das recomendações da SPA para o contexto da UCA. A UCA enquadra-se na classificação da SPA como uma UNIDADE DE VIA AÉREA DE ROTINA e como tal tem a sala cirúrgica com o material necessário para essa classificação. Sendo a UCA um serviço que na sua tipologia de utentes, exclui doentes com previsível VAD na avaliação da consulta de anestesiologia, terá uma baixa incidência de VAD mas não se pode excluir a sua ocorrência de VAD não previsíveis. Como tal, deve ter o equipamento e materiais específicos de uma UNIDADE DE VIA AÉREA DIFÍCIL. Assim o equipamento de apoio foi construído teve em consideração as recomendações da SPA para UNIDADE DE VIA AÉREA DIFÍCIL e a elaboração da documentação de suporte segue as recomendações do documento *“Consensos Na Gestão Clínica Da Via Aérea Em Anestesiologia”* (Órfão et al., 2016) e do documento com os fluxogramas de atuação em cada situação específica.

Considerando as contingências do espaço do serviço e do material existente, em articulação com a equipa de anestesiolistas, optou-se por construir um saco de VAD, que contém o material definido pela SPA, considerando a realidade da UCA e estruturou-se a distribuição dos elementos, seguindo a lógica do algoritmo da VAD NÃO PREVISÍVEL.

Foi adquirido pela Enfermeira Gestora o material em falta, após o que elaboramos a documentação de consulta, de “Folha de registo de utilização” e “Folha de registo verificação do conteúdo, validade e operacionalidade” do mesmo. O saco de VAD ficou selado com fecho de segurança com número de registo único.

Como forma de operacionalizar a implementação do saco de apoio à VAD, foi elaborada uma formação em serviço para conhecimento da equipa e uniformização dos procedimentos.

A identificação de potenciais problemas que possam condicionar dificuldade na abordagem da via aérea e a adoção de uma estratégia segura que permita identificar e responder em crescendo de intervenção às dificuldades encontradas é essencial para que as

situações clínicas de exceção, possam ter uma resposta com planos simples, conhecidos por todos e regularmente treinados de modo a assegurar o melhor resultado.

Numa UCA, a triagem na consulta de Anestesiologia reduz o risco da existência de uma VAD mas não o elimina pelo que é pertinente conhecer os fatores preditores de risco para a existência de uma VAD.

É fundamental antecipar e construir um modelo de abordagem da via aérea que se revele seguro, adequado e eficaz para assegurar patência, estabilidade e proteção da via aérea.

Na formação (**Apêndice 13**) foram apresentadas as várias definições de VAD, os conceitos associados a cada situação de VAD, assim como os fatores preditores da ocorrência da mesma. Será foi e explicado o algoritmo de atuação na situação de VAD NÃO PREVISÍVEL, com a sequência dos 4 planos alternativos de atuação e explicado cada plano. Temos planeada a apresentação (**Apêndice 14**) do algoritmo de extubação na VAD.

O saco de apoio à VAD e o seu conteúdo, foi explicado, assim como a sua articulação com o carro de apoio à anestesia da sala cirúrgica e o vídeo laringoscópio portátil.

Com o objetivo de melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados, os algoritmos de intervenção foram impressos, plastificados e colocados no Saco de Apoio à VAD, assim como na Sala Cirúrgica para fácil acesso e consulta.

2.3.4 Ética /deontologia (à pessoa em situação perioperatória e profissionais)

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade

A autoperceção e a heteroperceção são essenciais na relação com o outro e centrais na prática de enfermagem, seja com a pessoa em situação perioperatória, seja os profissionais com quem se interage e colabora, sendo uma competência comuns dos EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

É competência comum aos EE, independente da área de especialidade, gerir situações de pressão e conflito, fomentando um ambiente harmonioso, pois a tomada de decisão em situações de tensão emocional, obriga ao recurso a mecanismos autoperceção e heteroperceção, que pode implicar o recurso a apoios externos na avaliação da prática, para uma evolução e desenvolvimento pessoal de competências nesses contextos, para gerir sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. A competência do autoconhecimento e da assertividade, é essencial para que a prática sob pressão, seja eficaz, para que consiga reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade de modo a planear intervenções assertivas e conducentes à redução ou prevenção do conflito, utilizando técnicas apropriadas de resolução de conflitos. Estas competências, não se adquirem, antes se

desenvolvem e treinam em articulação com os outros atores do contexto e tendo uma consciência de abertura às opiniões e a avaliações externas. O EE deve reconhecer os seus recursos, os seus limites pessoais e profissionais, procurando gerir as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda, de forma a otimizar o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa em situação perioperatória e ou a equipa multidisciplinar. A humildade do reconhecimento dos limites pessoais, da dimensão de Si e o primado da relação com o outro, seja em contexto singular, profissional ou organizacional, é central na prática da enfermagem e é essencial o reconhecimento da sua interferência no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Desta forma, é possível promover ambientes de práticas profissionais seguros, salutareis e promotores do desenvolvimento pessoal e coletivo e respeitadores da dignidade da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Consideramos que, pelo acima refletido, o **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade**, é o primeiro passo para uma postura ética, e deontológica, que abarca a relação para com o próprio e para com o outro, na busca constante dos nossos limites técnicos, sociais em respeito pela dignidade de si e do outro, seja pessoa em situação perioperatória ou profissional.

Na Cirurgia Ambulatória, a ética coloca-se no âmbito da procura da resposta às necessidades da pessoa que necessita de cuidados. A preocupação no fornecimento de informação e capacitação do utente/pessoa significativa para o processo de cirurgia ambulatória, o envolvimento na busca de soluções, o envolvimento na resolução de problemas emergentes na consulta de enfermagem, de modo a que a pessoa possa ter a sua situação resolvida, com a garantia de segurança ao longo de todo o período perioperatório, com um foco especial no período em que a pessoa está fora do espaço físico da UCA, demonstra não só uma preocupação deontológica mas a valorização da ética na prestação de cuidados de enfermagem. A consulta de enfermagem, como intervenção autónoma, revela-se um local de primado dos cuidados de enfermagem com foco na pessoa e na sua situação.

No período intraoperatório, a deontologia e ética pela dignidade e segurança da pessoa, revestem-se de um carácter de especial premência, pois o estado de vulnerabilidade em que a pessoa em situação perioperatória se encontra, não só pela situação de dependência de outros para a sua melhoria de saúde, mas também pela sensação de fragilidade num ambiente que considera ameaçador à sua integridade e constrangedor pela exposição corporal, assim como com a diminuição do nível de consciência ou a total ausência dele, coloca no enfermeiro perioperatório, uma responsabilidade acrescida, na salvaguarda da sua integridade biológica, física, emocional e no assegurar do conforto e da dignidade da pessoa.

Nos atuais modelos de gestão hospitalar, é evidenciada a necessidade de aumentar a produção cirúrgica, não só como forma de financiar as organizações, mas igualmente aumentar os rendimentos dos profissionais e dar resposta às exigências políticas de redução de listas de espera para cirurgias. O EE terá de evidenciar a sua diferença pela ética na prática e na gestão dos cuidados, na preservação da dignidade da pessoa e no assegurar da essência dos cuidados de enfermagem, que considere holisticamente a pessoa e preservem a dignidade da profissão. Divergir o foco de atenção da enfermagem da pessoa para a organização, foco na área técnica e produtiva de atos cirúrgicos em detrimento do cuidar holístico, será um dilema constante e atual que se coloca e colocará, e que requer do enfermeiro perioperatório fortaleza, prudência e temperança. Tendo o EE competências acrescidas no âmbito da deontologia e da ética, deverá ser um elemento esclarecedor e difusor dos princípios que emanam do Código Deontológico Profissional de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

3 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM – A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIA SOBRE A CONSULTA PRÉ-OPERATORIA DE ENFERMAGEM

A investigação em enfermagem, tem por objetivo produzir pesquisa relevante e adequada para as práticas, e assim contribuir para a melhoria da qualidade e da eficácia dos cuidados de enfermagem nas várias áreas de exercício profissional. A investigação em enfermagem visa contribuir para a afirmação profissional através da construção de conhecimento disciplinar, que sustente e desenvolva a autonomia da profissão, garantindo a qualidade das práticas.

O Enfermeiro Especialista, independentemente da sua área de especialidade, deverá desenvolver uma prática baseada nas mais recentes evidências, no melhor conhecimento, válido, atual e pertinente, seja na conceção, gestão e supervisão de cuidados, ou através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado e orientado para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Desta forma, afirma-se como o líder ideal para desenvolver a investigação em enfermagem, assumindo o seu papel de agente ativo no campo da investigação, seja pela promoção, seja no desenvolvimento da investigação no domínio da Enfermagem (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Cada contexto da prática profissional, tem uma abordagem à pessoa foco dos cuidados de saúde que reflete a cultura organizacional e implica uma adaptação e integração do enfermeiro nesse contexto. Os aspetos organizacionais e de interação multidisciplinar na construção da tomada de decisão, a cultura da comunidade que utiliza o serviço, a estrutura física das instalações, equipamentos e recursos humanos, financeiros e tecnológicos, leva ao desenvolvimento uma praxis organizacional em que a interpretação, avaliação, abordagem à pessoa foco dos cuidados, em situação semelhante, tenha especificidades do contexto. Estas experiências abrem o leque de leituras e interpretações sobre uma situação e potenciam o desenvolvimento do EE na sua intervenção nos contextos da prática e indo de encontro às competências comuns aos EE no âmbito da “(...) *educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem*” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 4744). O EE deve ter um papel de “(...) *agente ativo no campo da investigação*”. O EEEMC é o líder ideal para desenvolver projetos de “(...) *investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização*” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19360).

No âmbito do ENP, um dos objetivos é desenvolver competências de investigação em enfermagem.

3.1 JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A finalidade deste estudo é conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia ambulatória, de modo a organizar e sistematizar os dados colhidos e relacioná-los com a teoria e o conhecimento existente de modo a interpretar a realidade de forma objetiva e assim, compreender e apreender o objeto de estudo (Vilelas, 2020).

O tema escolhido emergiu da prática do campo do ENP e do contexto de prática diária do investigador. É uma temática atual e relevante para a UCA, para os enfermeiros e para o investigador. A Consulta Pré-operatória de Enfermagem, é uma área de intervenção autónoma dos enfermeiros e esta investigação vai permitir desenvolver com profundidade e de forma alargada, os conhecimentos sobre a temática, conhecer as perceções dos enfermeiros sobre a mesma e ao organizá-las e a sistematizá-las, poder elaborar sobre o objeto de estudo.

A pergunta de partida é: “Qual é a perceção dos enfermeiros da UCA, sobre a consulta pré-operatória de enfermagem e sobre as suas práticas na mesma à pessoa em situação perioperatória, submetida a cirurgia ambulatória”.

Assim a temática escolhida foi: A perceção dos enfermeiros sobre a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa em situação perioperatória submetida a Cirurgia Ambulatória.

Como objetivo geral, definimos: Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia ambulatória.

Como objetivos específicos, definimos:

- Identificar qual a opinião dos enfermeiros sobre a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia ambulatório
- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia ambulatória
- Identificar a informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia ambulatória
- Identificar os fatores que interferem na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia ambulatória
- Identificar sugestões de melhoria da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia ambulatória

3.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL

3.2.1 Cirurgia Ambulatória

A primeira prática cirúrgica identificável como Cirurgia Ambulatório (CA) é relativa ao início do século XX com o trabalho desenvolvido pelo cirurgião pediátrico escocês, James Nicoll, em que operava crianças no Sick Children's Hospital and Dispensary em Glasgow (Lemos, 2009)

O conceito de Cirurgia Ambulatória surgiu no início dos anos 60, nos EUA, com David Cohen e John Dillon, que introduziram um princípio que preside a toda a Cirurgia Ambulatório, que é a “Segurança” (Ministério da Saúde, 2001). No entanto, só com a evolução tecnológica e científica nos anos 70, com o desenvolvimento de novos fármacos anestésicos e de novos modelos organizacionais multidisciplinares é que o atual modelo de cirurgia ambulatória emergiu e se consolidou como a melhor abordagem a cirurgia eletivas elegíveis para este modelo (Lemos, 2009).

Em Portugal, a prática da cirurgia em regime de ambulatório, tem uma história curta, remontando ao início da década de 90 quando algumas instituições hospitalares procuraram desenvolver programas organizados neste regime cirúrgico.

Em Portugal, no ano de 2014, “(...) 55,5% da produção cirúrgica é realizada em ambulatório” (ACSS, 2015). Em Portugal no ano de 2011 a 2021 a Cirurgia em regime de Ambulatório tem aumentado todos os anos seja em valor absoluto, seja em percentagem em relação à cirurgia em regime convencional, com exceção do ano de 2020 em consequência da pandemia de COVID 19. Em 2021 as cirurgias em ambulatório aumentaram em 30,2% em relação a 2020 (ano da pandemia COVID-19) e aumentaram 5,3% em relação a 2019 (ano pré-pandemia COVID 19, conforme consta do Relatório Anual do Acesso (Ministério da Saúde, 2021).

A Cirurgia Ambulatória (CA) é definida como “ (...) a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *leges artis*, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia” (AESOP, 2006), sendo que numa definição da ERS a estadia da pessoa em situação perioperatória pode ir “(...)ou até um máximo de 23 horas após a admissão(...)” (Ministério da Saúde, 2008b).

A Portaria nº 45/2008 de 15 de janeiro, especifica que a alta poderá ser “(...) no período máximo de vinte e quatro horas e não inclui a pequena cirurgia” (Portaria n.º 45/2008, 2008, p. 528).

Quando o utente tem necessidade de permanecer a primeira noite pós-operatória no hospital, tendo alta até 24 horas após a cirurgia, então designa-se por **cirurgia ambulatória com**

pernoita hospitalar. (PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento, 2001)

A relevância que a CA adquiriu, é resultado das vantagens da mesma em relação às cirurgias com internamento, nomeadamente:

No âmbito **Clínico** – baixa incidência de complicações, por menor probabilidade de contraírem infeções nasocomiais, recuperação mais rápida dos doentes, evita que estes fiquem tempos prolongados retidos no seu leito, reduzindo a incidência de complicações cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais, etc.;

No âmbito **Organizativo** – melhoria do acesso dos doentes à cirurgia, ao possibilitar uma maior rotatividade de doentes, com maior produção cirúrgica, com consequente redução das listas de espera cirúrgica, e com grande impacto político, facilitando o processo de agendamento e permitindo o aumento significativo da eficiência hospitalar relativamente à cirurgia de internamento; permite ainda disponibilizar camas hospitalares para doentes com necessidade de cuidados mais complexos e prolongados ou em situação crítica;

No âmbito **Social** – promove uma mais rápida recuperação pós-operatória, menos tempo afastado do seu ambiente familiar. Ao estar no seu meio familiar, mais facilmente inicia as suas atividades de vida diária, tendo uma recuperação mais rápida, comparativamente com os doentes internados em meio hospitalar. Nas crianças, o regresso a casa precocemente, reduz o impacto de um ambiente estranho e por vezes ansiogénio e potencialmente traumatizante, que é o ambiente hospitalar;

No âmbito **Económico** – permite uma forte racionalização da despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares, em especial quando em presença de elevados índices de substituição da cirurgia convencional, dita de internamento, pela CA (Ministério da Saúde, 2008a) (AESOP, 2006).

Em resumo, a CA permite um *“(...) aumento da qualidade, da eficácia e eficiência na prestação dos cuidados de saúde aos doentes, a redução da lista de espera cirúrgica e ainda uma racionalização da despesa em saúde”*. O processo organizacional e dinâmico da CA permite que *“(...) todos os elementos retirem benefícios: o utente (qualidade, acessibilidade, humanização), o profissional (satisfação) e o estado (custos); possuindo por isso um potencial que deve ser rentabilizado”* (Lemos, 2009).

O documento *“Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente. Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório - Relatório Final”*, considera paradigma referencial para a CA, ter subjacente, a centralidade da pessoa no processo da CA. Esta centralidade na pessoa, reflete-se no aumento da personalização e da humanização dos cuidados de saúde, a existência de um circuito independente do internamento, alcançando

níveis de maior satisfação da pessoa e familiares, promovendo uma atitude pró-ativa da pessoa em situação perioperatória, como forma de facilitar a sua própria recuperação, e de maior proximidade, na medida em que pode beneficiar de um acompanhamento mais personalizado, a pessoa conta com o suporte de uma equipa fixa de profissionais, desde o período pré-operatório até às consultas de acompanhamento posteriores à cirurgia (Ministério da Saúde, 2008a).

Um modelo centrado na pessoa, visa ir além do tratamento da doença e visa promover a autonomia da pessoa e a sua participação consciente e informada, na tomada de decisões em partilha e com a colaboração dos profissionais de saúde. Nessa medida, este modelo centrado na pessoa, tem por objeto o(s) problemas da pessoa e não a doença. Tem como agentes envolvidos a equipa de saúde e a pessoa em situação perioperatória e a sua rede social significativa. Tem como método de intervenção, conhecer a pessoa e as suas circunstâncias, a sua condição clínica e avaliação do conhecimento da pessoa sobre os seus problemas e a sua experiência na doença, utilizando como estratégia a comunicação para o estabelecimento do vínculo, escuta qualificada, acolhimento, humanitarismo; empatia de modo a melhorar a sua autonomia e empoderamento no seu processo de transição saúde-doença (A. C. D. Oliveira & Santos, 2013).

A especificidade da Cirurgia Ambulatória, obriga a uma criteriosa seleção dos doentes de modo a garantir a segurança e o sucesso deste processo. O facto de o doente ter alta no próprio dia ou no dia seguinte à cirurgia, implica a seleção dos doentes com base em critérios de natureza clínica e sociais de modo a reduzir o risco de complicações no pós-operatório, reduzir a incidência de eventos adversos, diminuir os internamentos não planeados, e assegurar condições de segurança após a alta da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), aumentando a confiança dos profissionais, o grau de satisfação do doente e ganhos financeiros para a organização, a sociedade e para o sistema de saúde (Caseiro, 2009).

Os critérios de avaliação e triagem dos utentes inscritos para CA, estabelecem as condições mínimas de segurança para que o processo se realize com o risco mínimo de complicações e esteja assegurada a continuidade dos cuidados após a alta da UCA. A avaliação dos critérios passa por várias fases, começando pela consulta da especialidade cirúrgica, seguida pela consulta de anestesiologia e pela consulta de enfermagem. No caso de não cumprir os critérios ou será excluído do regime de CA e enviado para cirurgia com internamento ou será reavaliado para resolução do critério não cumprido (clínico ou social).

Os critérios clínicos agrupam os critérios cirúrgicos e critérios médicos. Os critérios clínicos não são enunciados normativos, mas orientadores da avaliação, sendo a avaliação médica baseada numa atitude de prudência e bom senso com a experiência do clínico

acumulada. São considerados elegíveis para CA, os doentes com classificação ASA I e II (American Society of Anesthesiologists) e doentes ASA III estabilizados; doentes com estabilidade clínica e emocional e psíquica; intervenção de duração previsível inferior a 120 minutos; previsibilidade de perdas sanguíneas mínimas, inferiores a 500 ml; prescindibilidade de cuidados pós-operatórios especializados, probabilidade reduzida de ocorrência de complicações pós-operatórias. O doente deverá ter condições previsíveis de no momento da alta se poder alimentar via oral, poder controlar a dor com medicação oral.

Mesmo um doente com presença de fatores de risco para uma anestesia geral, poderá ser incluído no regime de CA, com o recurso a técnicas anestésicas alternativas (Caseiro, 2009).

O cumprimento dos critérios sociais assegura a existência de condições para a continuidade de cuidados com segurança após a alta da UCA. Os critérios sociais são: ter transporte assegurado da UCA para o domicílio em viatura individual; área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital; condições de habitabilidade do local de pernoita; acesso a telefone 24 horas por dia; garantido o acompanhamento por um adulto responsável que compreenda a necessidade de vigilância e como atuar em caso de complicações, pelo menos nas primeiras 24 horas após a cirurgia (AESOP, 2006; Caseiro, 2009).

A Cirurgia Ambulatória, é um processo centrado na pessoa, nas suas capacidades e na sua rede familiar/social de apoio e tem em consideração estas duas dimensões na avaliação de cada situação. No momento da alta para o domicílio, é essencial que quer o doente quer o acompanhante estejam capacitados para a continuidade da vigilância e continuidade dos cuidados no domicílio.

Por **pessoa significativa**, adotamos a definição utilizada pelo Centro Hospitalar do Montijo, que no seu Folheto Informativo define como a pessoa “(...) *que está emocionalmente ligada ao utente, com quem este tem laços afetivos ou estabeleceu relações que fazem com que a sua presença seja muito importante e útil (...)*, podendo ser familiar ou não (Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE, 2002).

Sendo um dos critérios sociais para inclusão no processo de CA, o suporte social após a alta, este depende da rede de pessoas significativas. A **rede social**, segundo More, (2005), é constituída por um grupo de pessoas significativas e que integram as relações que um indivíduo percebe como significativas, ou diferenciadas das restantes. A diferenciação das pessoas significativas em relação à restantes, está relacionada com a capacidade de estas aportarem uma ajuda e um apoio tão reais como duradouros ao indivíduo e/ou família. O grupo de pessoas que constitui a rede social de pessoas significativas, pode ser constituída por membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas. O intercâmbio entre o elementos de uma rede social de pessoas significativas, pode ter as funções de: companhia social; apoio emocional; guia

cognitivo; regulação social; ajuda material ou de serviços; acesso a novos contatos, segundo Sluzki, mencionado por More (2005).

A importância da qualidade da rede social interfere diretamente na qualidade da resposta à situação de transição saúde-doença. Uma rede social de pessoas significativas, entre várias vantagens, *“(...) atua como um agente de ajuda e derivação, afeta a pertinência e a rapidez da utilização dos serviços de saúde, acelera os processos de cura e aumenta a sobrevivência”, segundo Sluzki citado por More (2005, p. 289).*

A Cirurgia de Ambulatório é um processo organizado em fases definidas e integradas entre si, numa sequência lógica que permitem assegurar que o doente só será operado neste regime, quando tem salvaguardadas as condições que permitem garantir a segurança e a continuidade dos cuidados no período perioperatório e no período pós-alta da UCA.

A fase pré-operatória é crucial para que a avaliação, preparação e capacitação do doente, sendo alicerçada nas consultas da especialidade cirúrgica, posteriormente na consulta de anestesiologia e por fim na consulta pré-operatória de enfermagem.

3.2.2 Enfermagem Perioperatória

O enfermeiro, no âmbito de uma UCA, independente do posto de trabalho, tem a especificidade de ter as competências do enfermeiro perioperatório, devendo o seu foco de atenção ter por base os cuidados específicos da pessoa em situação perioperatória.

Como tal deverá: cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, assim como, maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, conforme descrito no (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O período perioperatório comporta as fases pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

- *“A fase pré-operatória [de forma genérica], tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória.”* No contexto da CA, após a consulta com o cirurgião e da tomada de decisão para a realização do procedimento cirúrgico, é realizada uma consulta de anestesiologia, a Consulta de Enfermagem UCA; a Consulta de Enfermagem das 24 horas pré-operatória; o processo de admissão e preparação no dia da cirurgia. Tudo áreas de intervenção relevantes e essenciais para o desenvolvimento do processo de CA.

- “A fase intraoperatória inicia aquando a transferência da pessoa, para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA)”.
- “A fase pós-operatória, tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico”, sendo que em contexto de CA, o pós-operatório tem a especificidade de ter um recobro fase III na UCA com os ensinamentos/instruções e treinos à pessoa e à pessoa significativa para a capacitação da continuidade de cuidados no domicílio, tem considerada a Consulta de Enfermagem das 24 horas de pós-operatório e a Consulta de Enfermagem de Avaliação dos 30 dias de Pós-operatório (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19366).

A Ordem, dos E no documento dos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, definiu o período perioperatório como sendo “(...) desde a enfermeiros, consulta pré-operatória, até à consulta pós-operatória ” (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No Regulamento nº429/2018 na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, especifica que o enfermeiro de perioperatório, desenvolve o seu exercício em 5 áreas de intervenção: “consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos.”(2018, p. 19366),. Considero que este regulamento desvaloriza a especificidade da CA e as intervenções de vigilância, avaliação e orientação e capacitação que os enfermeiros no contexto de uma UCA, desenvolvem no pós-operatório.

O objetivo do enfermeiro perioperatório é cuidar da pessoa em situação perioperatória “(...) com qualidade e segurança de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (...), (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Uma das características específicas do contexto intraoperatório, é a consciência cirúrgica, que deve ser o eixo que orienta o profissional na prática de cuidar da pessoa em situação perioperatória. A CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, que consequência da situação de vulnerabilidade em que se encontra, devido à impossibilidade de responder pelos seus próprios meios às situações de risco biológico, ambiental, físico, químico e psicológico, e como tal “(...) agindo em benefício da pessoa em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado.” É através de uma prática baseada nas evidências, alicerçada na compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e orientada pelas “(...) responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa (...)” que se evidencia a consciência cirúrgica. (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19366).

Neste trabalho, tivemos como base para o conceito de “pessoa”, a definição da Ordem dos Enfermeiros, que considera que é “(...) um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.” É com base neste conceito de pessoa, que será estruturado projeto de investigação e todo o seu desenvolvimento. A pessoa, influencia e é influenciada pelo meio onde intervém, onde se desenvolve e vive. E toda a sua interação é resultado de processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual. Consideramos a pessoa como um sistema complexo em que processos fisiológicos influenciam a sua condição psicológica e o seu bem-estar e conforto físico e social, sendo estes igualmente fatores que influenciam os processos fisiológicos, de forma recíproca. Por tal razão, há pela pessoa um constante processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A Pessoa em Situação Perioperatória (SPO) tem especificidades que resultam dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos que a colocam numa situação de vulnerabilidade em que há perda da capacidade da própria pessoa de forma consciente ou do seu organismo de forma autónoma, “(...) responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a que está sujeita. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e impossibilidade de defesa que requer que seja assegurada por outra pessoa, em sua substituição”(Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19366).

A Pessoa em Situação Perioperatória, é a pessoa que necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos anestésicos e cirúrgicos complexos, inerentemente aceita os riscos que este ambiente de elevada complexidade tecnológica, com equipamentos complexos com riscos associados à sua utilização, acrescido da necessidade de comunicação intensa entre equipas multidisciplinares e a exposição ambiental em várias áreas, requer o controlo constante e rigoroso de todos os fatores de risco potencial de modo a evitar a ocorrência de eventos adversos.(Ordem dos Enfermeiros, 2017).

As boas práticas e a padronização das intervenções de enfermagem no perioperatório “visam proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde.”(Ordem dos Enfermeiros, 2017). A Cirurgia Ambulatória, pela especificidade de parte do período pós-operatório ser realizado no domicílio, o foco das intervenções de enfermagem têm também o objetivo da capacitação e empoderamento da pessoa em situação perioperatória e da pessoa significativa, para a continuidade dos cuidados de saúde após a alta da UCA para o domicílio e em assegurar a existência das condições intrínsecas e extrínsecas e de condições de segurança para a pessoa em situação perioperatória. A capacitação da pessoa em SPO e pessoa

significativa, é um foco da intervenção dos enfermeiros e é realizada de forma contínua nos diferentes momentos do percurso na CA, desde a fase pré-operatória, na admissão no dia da cirurgia, na preparação e no recobro, e no pós-operatório através das consultas telefónicas e da disponibilização de contactos à pessoa para a avaliar e orientar na resposta às necessidades da pessoa/pessoa significativa.

3.2.3 Consulta de enfermagem de avaliação pré-operatória no âmbito da cirurgia de ambulatório

Para que o processo de cirurgia de ambulatório tenha o seu normal desenvolvimento há várias fases bem definidas e integradas entre si numa sequência lógica e dependentes umas das outras para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados. A fase pré-operatória é crucial para a avaliação, seleção e preparação da pessoa em SPO, sendo o processo inicial através das consultas da especialidade cirúrgica, com posterior consulta de anestesiologia e a consulta pré-operatória de enfermagem. A avaliação e consequente seleção da pessoa para inclusão na CA, é determinante para o sucesso da mesma (AESOP, 2006).

Na área da saúde, era considerada um ato exclusivo médico, mas com a evolução e a necessidade de outras perspetivas de abordagem complementares à pessoa, e da complexificação da vida social e do processo saúde-doença, é um ato que se dissemina e expande na saúde. Ultrapassando o modelo predominante de uma visão cartesiana e biomédica, em que a pessoa é reduzida ao corpo que é visto como uma máquina e que é traduzido pela predominância do modelo assistencial, a evolução para um modelo de consulta que privilegie o acolhimento, a escuta qualificada, a aceitação da pessoa como um ser singular e parte de uma rede social, com uma visão holística, integradora de todos os elementos que constituem a pessoa e as suas circunstâncias, o foco do enfermeiro é a pessoa e os seus problemas, onde a doença, é uma das variáveis. As práticas educativas na consulta de enfermagem, devem considerar as necessidades da pessoa, tendo como eixo, a sua autonomia, os valores culturais, o contexto socioeconómico da pessoa; o seu saber; os determinantes dos processos por ele vivenciados; a linguagem e o significado das expressões próprias; a dimensão simbólica e emocional da sua condição de saúde; a relação de poder presente na interação; tendo presente os princípios éticos e deontológicos; e aceitando a negociação e a participação da pessoa nas tomadas de decisão (Vasconcelos et al., 2018).

A Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho apresenta no Artigo 3º, definições que permitem não só entender o documento, mas também estabelecem o enquadramento legal que delimita, clarifica e explicita o significado do termo “consulta”. Na Portaria nº 207/2017, “**CONSULTA**” é definida de forma genérica “(...) *ato em saúde no qual um profissional de saúde avalia a situação*

clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde”, acrescentado que a **“CONSULTA DE ENFERMAGEM”**, tem por base a definição genérica de consulta, mas sendo *“(…) a consulta realizada por enfermeiro”* (p.3552). Determina igualmente os parâmetros mínimos que deve conter nos seus registos, como a identificação da pessoa, a data e a hora da consulta, identificação dos profissionais envolvidos e as ações tomadas pelos mesmos. A Ordem dos Enfermeiros, no seu Parecer nº53/2021, recomenda que a primeira consulta de enfermagem seja, preferencialmente, presencial. No Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Regulamento n.º 743/2019, a Ordem dos Enfermeiros, estabelece as orientações e regras necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem em segurança, qualidade e adequação, considera que a “consulta de enfermagem perioperatória” deve ter a duração de 30 minutos. Define que a consulta pode ser de dois tipos, presencial e/ou mediada por tecnologias de informação, ou não presencial

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), no seu documento estruturante dos indicadores, métricas específicos da “consulta”, definem a mesma como *“(…) a atividade de um profissional de saúde relacionada com um utente, de onde resulta pelo menos um diagnóstico e um plano de intervenções decorrente.”* No mesmo documento define que as “consultas de enfermagem”, são *“(…) usadas preferencialmente para uma intervenção junto do cliente visando a realização de uma avaliação e diagnóstico, ou estabelecimento de um plano de cuidados ou intervenção de enfermagem (ou procedimento)”* (República Portuguesa, 2020).

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, no referido documento, estabelecem as métricas para validação da consulta, como consulta de enfermagem, referindo que a mesma deve *“(…) conter pelo menos dados de avaliação e um novo [diagnóstico de enfermagem] e o registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem].”* No caso de não existir novo diagnóstico de enfermagem, deverá ter pelo *“(…) menos um [diagnóstico de enfermagem] ativo e pelo menos um novo registo de [intervenção de enfermagem].”* Só cumprindo estes critérios de métricas, a mesma terá validade como consulta de enfermagem (República Portuguesa, 2020).

A parametrização dos sistemas de informação, nomeadamente o SClínico, permitirá que a informação criada, seja possível o seu tratamento para a produção de indicadores, nomeadamente, indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros, emitiu um parecer com os princípios orientadores para a Consulta de Enfermagem, considerando os normativos legais da Portaria nº207/2017, determina que o enfermeiro ao realizar a consulta de enfermagem deve recorrer a metodologia científica (processo de enfermagem), especificando as etapas do mesmo, *“(…) a colheita de dados, a formulação de diagnóstico(s) de enfermagem, o planeamento e a implementação de*

intervenções de enfermagem, a avaliação de resultados e, consequente, reformulação do planeamento” (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p.5). A Ordem dos Enfermeiros, nas suas orientações, considera que a consulta de enfermagem tem por base a avaliação da pessoa, e os diagnósticos de enfermagem decorrentes dessa avaliação, que sustentarão a planificação e atualização das intervenções de enfermagem, seguindo a metodologia do Processo de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Desta forma, está em conformidade com as normas de métricas e de indicadores emanadas pelos SPMS no seu documento normativo.

A Consulta de Enfermagem, segundo a OE, tem por objetivo a intervenção do enfermeiro em vários âmbitos, e especificamente no contexto da CA, visa a prevenção de *“(…) complicações e/ou de incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, a sua capacitação na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado(…)”*, promovendo o processo de transição saúde-doença que vai ocorrer *“(…) de modo a impactar de forma positiva na sua qualidade de vida”* (2021, p.5).

A consulta pré-operatória de enfermagem, segundo a AESOP (2006) tem como objetivos:

- uma avaliação do utente em relação às suas necessidades físicas e psicológicas;
- informar o utente sobre os procedimentos cirúrgicos, desde a admissão até à alta;
- envolver a pessoa significativa responsável nos cuidados de assistência;
- fornecer documentação existente (manual do utente, indicações pré-operatórias);
- preparação do utente para a alta e pós-operatório no domicílio.

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006), realça a necessidade da capacitação da pessoa e da pessoa significativa para o autocuidado através da informação e da validação da apreensão da mesma. Realça a importância da relação de ajuda entre o enfermeiro e o utente/pessoa significativa.

O conhecimento adquirido na consulta pré-operatória de enfermagem pela pessoa em SPO, tem o seu momento de validação no momento de admissão (AESOP, 2006). No âmbito do processo de CA, o conhecimento adquirido é avaliado e validado na Consulta de Enfermagem do dia anterior à cirurgia, sendo igualmente melhorado, se tal diagnóstico for realizado, estando o módulo do SClínico para tal parametrizado, com formulário específico com o objetivo de avaliar vários itens de conhecimento considerados como necessários na pessoa em SPO.

A Consulta Pré-operatória de Enfermagem no contexto da CA, deverá utilizar a metodologia científica do processo de enfermagem, inicialmente através de atividades diagnósticas, avaliando a capacidade da pessoa em SPO em adquirir conhecimento, após o que se avalia o conhecimento sobre várias áreas do processo de CA, nomeadamente conhecimento sobre a cirurgia, conhecimento sobre o jejum, e conhecimento sobre a preparação pré-

operatória, de acordo com a parametrização do processo de enfermagem no aplicativo SClínico para o contexto da Consulta de Enfermagem de Avaliação Pré-operatória. Com base na Avaliação Inicial realizada por entrevista à pessoa em SPO e/ou da pessoa significativa, serão elaborados o(s) diagnóstico(s) de enfermagem, que irão orientar e fundamentar a elaboração de um plano de intervenção de enfermagem, passível de atualização em função das avaliações posteriores realizadas pelos enfermeiros, nomeadamente na Consulta de Enfermagem do dia anterior à cirurgia.

A Consulta Pré-operatória de Enfermagem, no âmbito da CA, é uma intervenção autónoma e complexa que contempla um conjunto de atividades de avaliação e intervenções com a finalidade major de conhecer a pessoa em SPO e melhorar o seu conhecimento sobre o processo da cirurgia de ambulatório e o seu percurso neste contexto. O foco da consulta de enfermagem, deve atender às necessidades e expectativas do doente e promover a sua capacidade para o autocuidado num plano de cuidados que é multidisciplinar e é crucial para a preparação pré-operatória, com impacto na recuperação cirúrgica (Arriaga, 2019), (Breda & Cerejo, 2021), (Mendes & Ferrito, 2021).

Nas intervenções de avaliação da pessoa em SPO, na consulta pré-operatória de Enfermagem no contexto da UCA, os enfermeiros integram na sua prática um conjunto de *“(...) ações e cuidados amplos que permitem estabelecer uma relação que favoreça um ambiente propício a manifestação das preocupações e medos do doente”*, segundo Gomes citado por (Breda & Cerejo, 2021, p. 2)

Mendes et al.,(2020), consideram que a informação transmitida na consulta de enfermagem, tem igualmente o objetivo de diminuir o stresse provocado pela cirurgia e obter melhores resultados cirúrgicos para a pessoa, através um um envolvimento mais ativo e com mais informação por parte da pessoa sobre todo o processo da cirurgia.

A consulta de enfermagem é um momento em que o enfermeiro pode desenvolver uma relação terapêutica que facilitará a comunicação centrada na pessoa em SPO e no diagnóstico das necessidades de conhecimento que serão supridas pela intervenção do enfermeiro, segundo Breda & Cerejo, (2021).

A consulta pré-operatória de enfermagem é, segundo Mendes et al., *“(...) um momento privilegiado para a transmissão de informação ao cliente, visando melhor prepará-lo para a cirurgia e promovendo a sua colaboração nos cuidados pós-operatórios”* (2020, p.47).

A informação fornecida ao doente durante a consulta pré-operatória de enfermagem *“(...) permite ao doente desenvolver respostas adequadas as diferentes situações que vivencia.”*(Breda & Cerejo, 2021, p.2). A especificidade da CA, com a recuperação imediata no

domicílio, reforça a necessidade da pessoa em SPO e da sua rede social de suporte, estar capacitada de modo a assegurar as condições de segurança e a continuidade dos cuidados.

Segundo Mendes et al., (2020), os doentes valorizam como importante a informação fornecida durante a consulta pré-operatória de enfermagem e a mesma tem impacto nos resultados com ganhos em saúde. Os *“(...) resultados sugerem que clientes mais informados percebem melhor a sua responsabilidade na recuperação e colaboram mais nos cuidados pós-operatórios, o que favorece o processo cirúrgico e a melhoria dos outcomes”*(2020, p.47).

Num estudo realizado por (Mendes & Ferrito, 2021) a consulta pré-operatória de enfermagem, os enfermeiros dividem-na em 3 momentos. No primeiro momento, recolhiam a informação sobre o doente e o contexto do mesmo, num segundo momento realizavam a avaliação física e num terceiro momento realizavam o ensino sobre o pré-operatório fornecendo informação e esclarecendo dúvidas. Neste estudo evidenciou-se que a consulta pré-operatória tem impacto na melhoria dos processos e dos resultados através de uma melhor preparação do doente, através de mais informação e maior colaboração.

Podemos considerar que a Consulta pré-operatória de Enfermagem no contexto do processo da Cirurgia Ambulatória, é uma consulta autónoma, programada, presencial, que visa avaliar a pessoa em Situação Perioperatória, atender às necessidades em cuidados de enfermagem, capacitar a pessoa para o processo de CA, garantindo a continuidade dos cuidados, no respeito dos limites impostos pela área de competência de cada um e em complementaridade funcional e multidisciplinar.

3.2.4 Comunicação no contexto da consulta pré-operatória de enfermagem

“A comunicação é fundamental nas profissões relacionadas com a área da saúde (...)”, pois são na sua essência, profissões de relação, de interação seja com profissionais da área, seja com pessoas e suas rede social de suporte. (Sequeira et al., 2016, p. 3).

A comunicação, seja pelo contacto visual, seja pela voz ou a sua ausência, seja através do contacto físico, expressão das emoções, do medo, receio, angustia, alegria, tristeza, incerteza, existem lado a lado com necessidades conscientes e inconscientes, com necessidades ocultas ou manifestas que é necessário explicitar e atender. A comunicação é o processo através do qual, o enfermeiro desenvolve essa interação, que permite a construção de uma relação de ajuda que caracteriza a profissão e as suas intervenções.

A comunicação, é uma competência que se desenvolve naturalmente no processo de socialização primária do ser humano, que no dia-a-dia, a realiza de forma inconsciente e espontânea. A comunicação é inerente à natureza humana e é uma constante *“(...) condição sine qua non da vida humana e da origem social”*, como refere Waltyzlawick, citado por (Sequeira et

al., 2016, p. 2). Toda e qualquer interação entre humanos, desde o silêncio, à palavra e ao corpo, tudo é comunicação. Segundo Waltyzlawick, para o ser humano é impossível não comunicar (Sequeira et al., 2016).

A qualidade do processo de comunicação em saúde, tem impacto sobre a evolução do estado de saúde da(s) pessoa(s), no funcionamento dos serviços, com reflexos socioeconômicos nas organizações e na sociedade. Uma comunicação eficaz, considerando as singularidades da pessoa, adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural, educacional e às crenças de saúde de cada pessoa, melhora a satisfação da pessoa, com ganhos em saúde ao melhorar a adesão aos cuidados de saúde (Brás & Ferreira, 2016).

A comunicação em saúde, é o meio privilegiado do processo informativo e educativo, e é através da comunicação que se estabelece a confiança do utente com o profissional, e a ligação da pessoa à equipa e ao serviço. É através da comunicação verbal e não-verbal que a pessoa se revela nas suas várias dimensões (sentimentos, expectativas; anseios; problemas; capacidade de intervenção, necessidades). A interação clínica enfermeiro-utente, deve ser baseada e sustentada na comunicação terapêutica na qual segundo Haddad et al.,(2011), se destacam como elementos estruturantes, o pensamento terapêutico, a empatia, a escuta, a atenção às emoções da pessoa, o respeito; o acompanhamento da pessoa nas suas reflexões, a ajuda à pessoa para aumentar a sua dignidade, a autorreflexão e a auto-observação.

A consciencialização da influência da qualidade do processo de comunicação em saúde, evidencia a importância do desenvolvimento das competências nesta área. *“Um processo de comunicação desenvolvido de forma desajustada do contexto dos utentes, repercute-se negativamente nos seus comportamentos, promovendo a incompreensão e insatisfação”,* segundo Santos, et al., citados por Brás & Ferreira, (2016, p.574). Mafetoni et al., referem que as pessoas manifestam a sua insatisfação em relação à comunicação realizada na consulta (...) *devido às orientações impositivas, uso de linguagem técnica, a falta de individualidade com o paciente ou apontaram a falta de informação, mostrando que os profissionais tendem a ritualizar as suas funções em instituições onde não há atenção para esta questão”* (2011, p. 859).

Segundo Gonçalves citado por Mendes & Ferrito, (2021, p. 2), *“o enfermeiro é o profissional que se encontra melhor posicionado para informar o cliente através de uma linguagem adequada (...)”*, sendo por isso necessário que o enfermeiro durante a realização da consulta, tenha em consideração, na sua análise e na sua forma de interagir, as características e a situação da pessoa. Conhecer as ferramentas da comunicação e ir de encontro às necessidades dos doentes no pré-operatório, é um processo desafiante e exigente em termos técnicos. Segundo (Campos, 2017), os enfermeiros, na interação com a pessoa, devem promover emoções positivas na prestação dos cuidados, desenvolver vínculos emocionais de suporte e

promover um ambiente construtivo nas equipas, sendo tudo isto concretizado através da comunicação.

O conhecimento sobre a comunicação humana, comunicação terapêutica e a avaliação da sua prática, são essenciais para o desenvolvimento do relacionamento entre o enfermeiro e a pessoa. É na prática que os enfermeiros mais devem desenvolver as competências da comunicação, ao mesmo nível das competências técnicas e clínicas, para proporcionar à pessoa a mais elevada qualidade científica e humanitária nos cuidados (Stefanelli & Carvalho, 2005). Stefanelli & Carvalho, definem as premissas da competência de comunicação em enfermagem:

- “A comunicação como eixo integrador entre a assistência, ensino e pesquisa em enfermagem;
- A comunicação como ferramenta de exercício da enfermagem como ciência e arte, de forma integrada;
- A comunicação como favorecedora da integração do ser pessoa com o ser profissional;
- A comunicação como essência do cuidado humanitário;
- A comunicação como fundamental na educação em saúde;
- A comunicação como essencial à saúde da pessoa” (Stefanelli & Carvalho, 2005).

Segundo Coelho & Sequeira, *“(...) a comunicação terapêutica é um processo consciente que, de forma intencional, permite identificar e responder às necessidades de cada pessoa contribuindo simultaneamente para a melhoria da prática de enfermagem”* (2014, p. 31).

Comunicação terapêutica, é a *“(...) utilização da competência interpessoal, com vistas a atender às necessidades do paciente em todas as dimensões, considerando a sua cultura, o ambiente e o seu ser”* segundo (M. C. L. Santos et al., 2010, p. 676).

“A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional permite ao profissional e às equipas de saúde compreender as necessidades do utente, frequentemente vulnerabilizado pela doença e suas limitações” (Campos, 2017, p. 91). É através do desenvolvimento da habilidade do profissional, com recurso ao conhecimento científico sobre o processo de comunicação, que permitirá estabelecer uma relação efetiva com a pessoa e desenvolver a relação de ajuda de modo a promover a adaptação á transição no processo saúde-doença. A comunicação terapêutica tem inerente uma interação que envolve a troca e partilha de informação, a colaboração e empenhamento no processo de aprendizagem, a compreensão e procurar soluções para cada pessoa e suas necessidades. É usando a comunicação terapêutica, que o enfermeiro, conhece a pessoa, compreende a sua forma de estar, agir e ver a realidade, e

dessa análise identificar as suas necessidades e o significado para a pessoa, para intervir de forma terapêutica.

A comunicação terapêutica ocorre quando o enfermeiro de forma consciente, cientificamente e tecnicamente preparado, na sua interação com a pessoa, transforma o processo de comunicação do mero social numa relação de ajuda terapêutica, sendo um instrumento do profissional de enfermagem realizar o seu papel terapêutico. O enfermeiro, através da comunicação terapêutica, compreende o doente e as suas circunstâncias, o significado que a pessoa atribui á sua situação como perceciona e sente as suas necessidades, e pode promover a pessoa a capacitar-se e a melhorar o autocuidado.

Na expressão verbal, o conhecimento das técnicas facilitadoras e estimuladoras da expressão da pessoa, são essenciais para a comunicação terapêutica: permanecer em silêncio; verbalizar a aceitação; repetir as últimas palavras; ouvir reflexivamente; verbalizar interesse. A clarificação do conteúdo, evita interpretações erradas e pode ser feita através da: estimulação de comparações; devolução de perguntas; solicitar esclarecimento de termos dúbios. Na validação da compreensão do conteúdo da informação transmitida: pedir para repetir a informação transmitida (teack-back); recapitular a informação transmitida. A linguagem não-verbal, tem uma função de complementar a comunicação verbal, avaliar a concordância entre a linguagem verbal e não verbal, avaliar a disponibilidade, empenho.

No nosso trabalho de investigação, optamos pelo modelo de estratégias proposto por Haddad et al., devido à sua fácil compreensão e aplicabilidade no contexto da consulta pré-operatória de enfermagem. As estratégias para a comunicação verbal são ser agregadas em 3 grupos: relacionadas com a **expressão**, que se utilizam para facilitar e promover a expressão verbal de sentimentos, emoções e vivências relevantes para a pessoa; estratégias relacionadas com a **clarificação**, utilizadas para esclarecer e ajudar na compreensão da mensagem e possibilitar a correção da informação; estratégias relacionadas com a **validação**, que permitem confirmar o significado idêntico para os interlocutores da mensagem e interpretação da mensagem de modo igual.

Relacionadas com a **expressão**, a escuta ativa ou ouvir reflexivamente, implica uma atenção intensa do enfermeiro aos pormenores do discurso e à leitura na entre linhas do que é dito, perscrutar o sentido do que muitas vezes não é dito. O silêncio usado criteriosamente, é uma técnica eficiente para criar espaço e tempo para a pessoa organizar os pensamentos e ter tempo para gerir as emoções e preocupações que dificultam o seu discurso. Durante o uso do silêncio como estratégia, o enfermeiro deve focar a sua atenção na linguagem não-verbal para compreender o que está a pessoa a expressar com o corpo e interromper o silêncio se notar desconforto na pessoa. A aceitação, da pessoa como ser singular, é a base de qualquer

interação, sendo a essência da enfermagem compreender o outro nas suas vivências, procurar o significado das suas respostas, comportamento e atitudes no seu percurso de vida e assim promover e facilitar o seu processo de adaptação e transição no processo de saúde-doença. Verbalizar o interesse pelo utente e a sua história de vida, valorizá-lo tratando-o pelo nome e valorizá-lo pelo que fez, motiva e envolve o utente no processo comunicacional e na efetividade do mesmo. O uso de frases com sentido aberto ou com reticentes de modo a promover a expressão, repetir os comentários ou últimas palavras ditas pelo utente, perguntas feitas com clareza e uso de linguagem clara e facilmente inteligível; devolver perguntas; usar frases declarativas, concisas, precisas, sem jargões técnicos; focar o doente no conhecimento sobre todo o processo da cirurgia ambulatoria; Demonstrar disponibilidade para esclarecer dúvidas tem um forte impacto na redução da ansiedade do utente/família e estimular a expressão de sentimentos e preocupações subjacentes; o humor como ferramenta terapêutica, pode estabelecer empatia e pontos de comunicação com o utente mas requer conhecimento do interlocutor e da situação em pormenor, para saber que assuntos abordar e os limites pois, pode ser interpretado de forma paradoxal e ser contraproducente no efeito desejado.

Relacionadas com a **CLARIFICAÇÃO**, de modo a tornar a mensagem clara e inequívoca pelos interlocutores, pode usar a estratégia de estimular a comparação; solicitar o esclarecimento de termos incomuns; solicitar a descrição dos eventos em sequência lógica.

Relacionadas com a **VALIDAÇÃO**, solicitar repetição da mensagem; utilizar a teach-back; realizar um resumo da informação fornecida.

Na realização da consulta pré-operatória de enfermagem, há várias estratégias para uma comunicação efetiva com a pessoa, conforme os autores consultados, no entanto, o uso eficaz das técnicas de comunicação terapêutica requer prática e consciência de que as habilidades comunicacionais são adquiridas e desenvolvidas ao longo da vida profissional, e só desse modo o enfermeiro obtém uma maior competência comunicativa (M. T. V. Coelho, 2015).

Na fase pré-operatória do processo de CA, o objetivo do enfermeiro é a redução da ansiedade, o autocontrole do medo e a capacitação da pessoa para a tomada de decisões com o objetivo de prevenir complicações e capacitar para o autocuidado. A comunicação terapêutica é assim uma estratégia terapêutica que visa a capacitar a pessoa e impondrá-la para se envolver, participar e tomar decisão na organização dos cuidados, com a perspetiva da sua adesão ao plano de cuidados (Santos et al., 2010).

A comunicação terapêutica é uma ferramenta eficaz, mas para a qual o enfermeiro deve ter conhecimentos científicos e técnicos sobre comunicação humana. Só desse modo pode atingir os objetivos que a comunicação terapêutica visa alcançar, que são ajudar o outro no seu desenvolvimento, capacitação e empoderamento para a resolução dos seus problemas, na

adaptação nos processos de transição saúde-doença, aceitação dos limites e a enfrentar os desafios à autorrealização.

Neste estudo, adotamos as premissas da comunicação terapêutica propostas por Coelho, por se responderem ao contexto da prática dos enfermeiros na Consulta Pré-operatória de enfermagem.

Assim, e de acordo com Coelho, consideramos que a comunicação terapêutica deve:

- *Ter intencionalidade terapêutica – visa dar resposta a um objetivo específico;*
- *Ter em conta a realidade específica de cada pessoa - moldada pela necessidade em cuidados de enfermagem do outro;*
- *Permitir identificar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas;*
- *Ter valor terapêutico autónomo (tranquilizar, capacitar,...) ou complementar (aumentar a eficácia de outra intervenção);*
- *Promover sentimentos de confiança nas pessoas.*” (Coelho, 2015, p. 96)

Mesmo utilizando a comunicação terapêutica como ferramenta, a realização de práticas educativas encontra obstáculos na sua efetividade, intervindo múltiplos fatores, nomeadamente os que podem afetar o indivíduo – biológicos, psicológicos, psicossociais ou fatores externos como o espaço físico, condicionamento tempo). Esteves, exemplifica, referindo idade como “É evidente, sobretudo na população (idosa) que não possui habilidades necessárias para entender e tomar decisões sobre cuidados de saúde ou seguir instruções (...)” (Esteves, 2022, p. 48).

“A implementação de estratégias educativas favorece a capacitação do utente no acesso à informação, compreensão e aplicação nas tomadas de decisão, uma adequada e segura adesão à terapêutica”.(Esteves, 2022, p. 46).

A promoção da Literacia em Saúde é especificamente relacionada com áreas como desenvolver capacidades pessoais. Melhorar a Literacia em Saúde, “(...) permite aumentar o controlo das pessoas sobre sua saúde, bem como a sua capacidade para procurarem informação e assumirem responsabilidades” Kickbusch citado pela (Ministério da Saúde, 2019). O aumento do nível de Literacia em Saúde da pessoa pode ser de diferentes formas, seja em formação por diversas plataformas, seja pela sua “(...) interação com os serviços e experiência adquirida na procura de resposta às exigências adaptativas dos problemas de saúde que surgem durante o ciclo de vida”, Zarcadoolas et al citado por Ministério da Saúde (2019, p. 21). O Ministério da Saúde, recomenda que mesmo no momento de consulta, quando e se for possível, deve ser feita a promoção da Literacia em Saúde à pessoa e no ambiente hospitalar, deve ser pelo trabalho em equipa multidisciplinar: envolvimento de todos os profissionais, otimizando a partilha de informação, nomeadamente na gestão das altas, na promoção da navegabilidade

nos serviços hospitalares e na promoção de um ambiente de Literacia em Saúde como filosofia da organização (Ministério da Saúde, 2019).

Literacia é a “(...) capacidade que cada pessoa tem de compreender, processar, assimilar e aplicar a informação à qual tem acesso, permitindo-lhe otimizar a utilização das suas competências, desenvolvendo um conjunto de aptidões que se traduzem em níveis de literacia distintos” segundo Gomes et al., citado por (Ministério da Saúde, 2019, p. 9)

A Literacia em Saúde, segundo a OMS “(...) está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o ciclo de vida” (Arriaga, 2019, p. 11).

Na consulta pré-operatória de enfermagem, interessa desenvolver os dois modelos iniciais de literacia na saúde, o Funcional e o Interativo. No Modelo Funcional interessa desenvolver as competências básicas em leitura e escrita necessárias para um funcionamento eficaz em contexto de saúde. No Modelo Interativo, interessa Literacia cognitiva mais avançada e competências sociais para uma participação ativa nos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2019).

Como fatores determinantes na Literacia em saúde, temos as características da pessoa: idade; sexo; problemas de saúde; competências; emocionais e cognitivas; literacia numérica. Em termos sociais e culturais, temos como fatores determinantes: conceções e crenças acerca da saúde de determinadas sensibilidades culturais. Num inquérito realizado em 2016, sobre Literacia em saúde em Portugal, “Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal 2016, (ILS-PT)”, tinha a menor percentagem de pessoas com nível “excelente” de Literacia em Saúde (8,6%) em comparação com estudo similar “Health Literacy Survey EU 2014 (HLS-EU)” realizado na Europa. No mesmo inquérito, Portugal apresenta uma percentagem de pessoas com um “nível problemático” de Literacia em Saúde, com um valor mais elevado (38,1%) que a média europeia que é de (35,2%), (Ministério da Saúde, 2018).

No mesmo inquérito, foi possível identificar grupos de pessoas muito vulneráveis na área da Literacia em Saúde, em que 60% das pessoas apresentam nível de literacia em saúde, “problemático” ou “Inadequado”. Como indicadores de risco para inclusão no Grupo das pessoas muito vulneráveis em literacia em saúde temos:

- Pessoas com 65 ou mais anos;
- Com baixos níveis de escolaridade;
- Com rendimentos até 500€ mensais;

- Com doenças crónicas;
- Com uma autoperceção de saúde “má”;
- Que frequentaram, no último ano, 6 ou mais vezes, os cuidados de saúde primários;
- Que se sentem limitados por terem alguma doença crónica.

Estes grupos muito vulneráveis e estes fatores e condicionantes, devem ser tidos em consideração pelo enfermeiro ao realizar a Consulta Pré-operatório de Enfermagem em Cirurgia de Ambulatório e é tendo em ponderação todos estes fatores que avalia as necessidades do doente e realiza o planeamento das suas práticas educativas na preparação e capacitação do doente para a cirurgia e para a alta. Na realização das práticas educativas, o enfermeiro pode adotar várias conceções pedagógicas. Bordenave, citado por Vasconcelos et al.,(2018) , propõe três tipos abordagens sobre a pedagogia aplicada à pessoa:

Pedagogia de Transmissão parte da premissa que a pessoa no processo de ensino/aprendizagem deve RECEBER o que o profissional lhe oferece, ocasionando distância entre teoria e prática, passividade da pessoa e falta de atitude crítica; em que o processo educativo está centrado em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe.

A lógica é a de transmissão de conhecimentos. Aquele que supostamente sabe mais assume funções como aconselhar, corrigir e vigiar quem deve aprender o conteúdo. O risco é o profissional se considerar a autoridade máxima e, portanto, o único responsável pelo processo educativo

Pedagogia do Condicionamento não considera como mais importante no processo educativo as ideias e os conhecimentos, mas sim os RESULTADOS COMPORTAMENTAIS, ou seja, a repetição da associação ESTÍMULO RESPOSTA- REFORÇO, na qual, a pessoa é condicionada a emitir respostas ou alterar comportamentos desejados;

inspirado nas teorias behavioristas da aprendizagem e na abordagem sistêmica do ensino. Essa pedagogia se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de “condicionar” o aprendiz a emitir as respostas desejadas. Já foi muito comum, nos serviços de saúde, condicionar a “troca” de uma receita de medicamentos pela presença do usuário hipertenso nas reuniões em grupo, nas quais deve aprender como se comportar em relação a hábitos de vida. Este é um exemplo da pedagogia por condicionamento.

Pedagogia da Problematização considera que a pessoa – participante e agente da transformação social – pode detetar os problemas reais e buscar soluções originais e criativas.

Numa perspetiva construtivista, o indivíduo constrói o conhecimento desde o nascimento até a morte e a finalidade da intervenção pedagógica é contribuir para que desenvolva a capacidade de realizar aprendizagens significativas por si mesmo.

A comunicação e a relação terapêutica com a pessoa em SPO/pessoa significativa é um dos eixos para o sucesso da CA, pois sendo parte do percurso das pessoa em SPO realizado fora da UCA, nomeadamente no período pré-operatório e no período pós-alta da UCA, o envolvimento e a capacitação dos utentes/pessoa significativa no processo, é essencial para a garantia de segurança e concretização de todo o processo com sucesso e minimização do risco de complicações. Pela importância que a Consulta Pré-operatória de Enfermagem tem no processo de CA e por ser um ato de Enfermagem, com intervenções interdependentes, mas na sua maioria intervenções autónomas, é pertinente conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a sua consulta e como a avaliam a consulta como ato de enfermagem.

É considerando toda este enquadramento e contextualização que considero pertinente conhecer a **perceção dos enfermeiros sobre a consulta pré-operatória de enfermagem na cirurgia de ambulatório.**

3.3 METODOLOGIA DO ESTUDO/OPÇÕES METODOLÓGICAS

Na abordagem à metodologia utilizada neste projeto de investigação, pretendo fazer referência às fases e aos procedimentos que seguimos, e a clarificar o modelo lógico que orientou a estruturação da investigação, de modo a evidenciar a coerência interna deste processo de desenvolvimento e descoberta. A utilização da metodologia científica utilizada tem por objetivo a validação dos procedimentos, termos e técnicas que utilizadas no processo de investigação permitem chegar ao conhecimento.

Para que o conhecimento seja considerado científico, têm de ser identificados todos procedimentos realizados e sua fundamentação. É *“(...) necessário identificar as operações mentais e as técnicas que permitem a sua verificação, ou seja, o método que possibilita chegar ao conhecimento”*(Vilelas, 2020, p.59).

3.3.1 Tipo de estudo

A opção por um estudo do tipo qualitativo está relacionada com a adequação e resposta deste tipo de estudo aos objetivos da investigação que proponho realizar. Segundo Vilelas, *“(...) os investigadores usam as abordagens qualitativas para explorar o comportamento, as perspetivas e as experiências das pessoas que eles estudam”* (2020, p. 199).

A investigação na área de enfermagem, tem inerente *“(...) uma conceção do processo de investigação centrado na pessoa, enquanto Ser consciente, que É e age intencionalmente no mundo. As suas ações são portadoras de significados cuja estrutura importa compreender, isto é, explicitar e interpretar”*, ficando evidente o paradigma qualitativo na investigação. (Oliveira & Rebelo Botelho, 2010, p 19)

Segundo Denzin e Lincon, citado (Amado, 2020, p.42) o termo qualitativo *“implica uma ênfase na qualidade das entidades estudadas e nos processos e significações que não são examináveis experimentalmente nem mensuráveis, em termos de quantidade, crescimento, intensidade ou frequência”*.(J. P. Oliveira & Rebelo Botelho, 2010)

Os princípios essenciais da investigação qualitativa são segundo Amado, (2020, p.75):

“- pessoa humana é criadora de significados que se tornam parte da própria realidade social;

- Os fenómenos sociais são considerados como resultado de um sistema complicado de interações das pessoas em sociedade;

- A investigação de realidades sociais centra-se no modo como elas são interpretadas, entendidas, experienciadas e produzidas pelos próprios atores /sujeitos.”

Um estudo do tipo qualitativo não aborda a pessoa como um ser isolado mas “(...) explora o mundo das pessoas na globalidade do seu contexto de vida”, “(...) centra-se no modo como os seres humanos interpretam e atribuem significado à sua realidade subjetiva” (Vilelas, 2020, p. 200). Nas vivências da pessoa no mundo real, existe “(...)um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito” que não é passível de quantificação ou tradução numérica. (2020, p. 199).

Tendo este estudo o objetivo de conhecer as percepções dos enfermeiros, a investigação qualitativa “(...) se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem” (p, 199). A opção pela metodologia de estudo qualitativo, permite ao investigador “(...) explorar o comportamento, as perspectivas e as experiências das pessoas que eles estudam”(p.199) assim como explorar “(...)os mundos das pessoas na globalidade do seu contexto de vida” (Vilelas, 2020, p. 200).

Segundo (Amado, 2020, p. 42) na investigação qualitativa “(...) é a compreensão das intenções e significações – crenças, opiniões, percepções, representações, perspectivas, concepções, etc. – que os seres humanos colocam nas suas próprias ações, em relação com os outros e com os contextos em que e com que interagem.” O investigador procura no contexto onde realiza a sua investigação, e em função dos participantes, o significado, a importância, os valores que os mesmos atribuem às suas vivências. O investigador procura os “(...) fenómenos tal como são percebidos e manifestados pela linguagem; e, ao mesmo tempo, reconhece-se que essa significação é contextual, isto é, constrói-se e estabelece-se em relação a outros significantes”(Amado, 2020, p. 43).

Esclarecer conceitos utilizados na linguagem da investigação qualitativa é importante para que a compreensão da comunicação seja inequívoca. Na investigação qualitativa, o conceito de **opinião** é concebido como “uma crença subjetiva mas que se considera como carecendo de confirmação objetiva.” **Percepção** é definido como um “processo psicológico através do qual formamos representações do mundo exterior.” O conceito de **Representação**, segundo Thines e Lempereur citado por (Amado, 2020, p. 43), é entendido como o “ato pelo qual um objeto do pensamento se torna presente no espírito, ou o próprio objeto enquanto se torna assim presente”. **Perspetiva** segundo Coulon, citado por (Amado, 2020, p. 43) é definido como “um conjunto de ideias e de ações coordenadas, que uma pessoa utiliza para resolver um problema numa situação determinada (...) e (...) um conjunto de perspectivas partilhadas por um determinado grupo constitui a cultura desse grupo.” **Concepção** é considerada como constituinte de “(...) uma estrutura mental geral (que abrange em boa medida todos os conceitos anteriores) e que proporciona uma compreensão coerente dos fenómenos quotidianos.”(Amado, 2017, p. 43)

Denzin e Lincoln, citados por (Amado, 2017, p. 42), referem que na investigação qualitativa, o investigador realça a “(...) *natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o investigador e o que é estudado, e os constrangimentos situacionais que dão forma à investigação.*”

A utilização do método qualitativo enquadra-se e dá resposta aos objetivos que estão definidos para este estudo, que ao definir conhecer a perceção dos enfermeiros, visa “(...) *trabalhar com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões*”, assim como com “(...) *as práticas, as lógicas de ação [...] e as normas culturais que asseguram aos membros de um grupo (...) a atuação no quotidiano*” e assim(...)” conseguir um entendimento mais profundo sobre o contexto de vida onde o fenómeno estudado ocorre. “*Entende-se, como **contexto de vida**, a matriz de relações pessoa-pessoa-ambiente que surgem ao longo do quotidiano.*” (Vilelas, 2020, p. 203). Segundo Morin citado por (Amado, 2017, p. 67), é necessário considerar o contexto porque “(...) *é preciso situar as informações e os dados em seu contexto para que adquiram sentido*”.

Para Marc e Picard, citados por (Amado, 2017, p. 88), o **contexto** é entendido como “(...) *o conjunto das circunstâncias nas quais se insere a atividade interativa, circunstâncias estas constituídas por um determinado meio físico e temporal (quadro), mas, sobretudo, por um conjunto de estruturas sociais (instituição), por práticas mais ou menos padronizadas e codificadas a executar em situações definidas (rituais), e por um sistema simbólico que concretiza e confere ordem e sentido à interação – os códigos da comunicação verbal e não verbal*”.

Segundo Goffman, citado por (Amado, 2017, p. 88), “(...) **interação social** é um processo de relações interpessoais em que os indivíduos, colocados frente a frente, agem em função de estimulações ou influências recíprocas; nos seus próprios termos”.

As vivências e a ação humana na realidade, são fenómenos complexos em que a abordagem hipotético-dedutiva não só não é apropriada, como não basta para estudar esses fenómenos. A abordagem qualitativa tem por base uma “(...) *visão holística da realidade (ou problema) a investigar, sem a isolar do contexto ‘natural’ (histórico, socioeconómico e cultural) em que se desenvolve(...)*” (Amado, 2017, p. 43)

Segundo (Henriques et al., 2021, p. 512) “*a experiência humana, assente numa história e numa cultura, perfaz a relação deste consigo próprio e com o mundo, em que a realidade pré-refletida faz com que o Homem tome consciência de si, situadamente*”.

Na área da saúde, os estudos qualitativos têm especificidades, que ultrapassam a investigação do fenómeno em si mesmo, mas também visam “(...) *compreender o seu significado individual ou coletivo, influenciando com isso a vida das pessoas*” (Vilelas, 2020, p. 202), para tal

e recorrendo a conceitos das ciências sociais e humanas., Nesta perspetiva, os estudos qualitativos são uma mais-valia para as investigações em contextos na área da saúde pelo impacto que têm nas pessoas e nos contextos.

A enfermagem, é uma profissão que envolve situações dicotómicas, como é o caso de tecnologia de ponta/relacionamento humano ou o a cura/cuidados de enfermagem. Esta dicotomia evidencia a *“(...) importância de se pensar a complexidade da sua realidade – teórica e prática, de modo crítico”* (Vilelas, 2020, p. 203).

Segundo (Henriques; & Velez, 2019, p. 10) *“(...)a experiência vivida, de um determinado fenómeno no processo de saúde-doença, fornece uma base importante para os cuidados de enfermagem e traz luz para os cuidados de saúde em geral.”*

Segundo Vilelas (2020, p.59), *“o método é a teoria da investigação que alcança os objetos de maneira científica”*.

A investigação fenomenológica tem por objeto do seu estudo as vivências das pessoas, tal como elas as descrevem sobre um fenómeno experienciado, e tem a finalidade de o compreender e extrair a sua essência na perspetiva das pessoas que experienciaram e vivenciaram esse fenómeno (Fortin, Marie-Fabienne; Côté, José; Fillion, 2006).

Numa perspetiva, tendo por base a fenomenologia segundo Laverty *citado por* (Amado, 2017, p. 79), *a investigação é “(...) essencialmente, o estudo da experiência vivida ou o mundo da vida. A sua ênfase está no mundo tal como vivido por uma pessoa, não o mundo ou a realidade como algo separado da pessoa”*.

Ao recorrer a uma perspetiva fenomenológica respeita e procura conhecer e interpretar a relação que existe entre a pessoa e a sua vivência do fenómeno e procura a *“compreensão direcionada para (...) expressões claras sobre as perceções que o sujeito tem daquilo que está ser investigado, as quais são expressas pelo próprio indivíduo que as percebe”* (Vilelas, 2020, p.64).

Na abordagem com a perspetiva fenomenológica *“a experiência vivida é tida como objeto de estudo, em que o conjunto complexo de dados num todo indivisível, cria um corpo de conhecimentos profundamente compreensivo e interpretativo”*(Henriques et al., 2021, p. 512).

Seguindo a teoria das transições saúde-doença, de Melleis, as *“interações entre o enfermeiro e o seu cliente (o Outro) organizam-se em torno de uma intenção (processo de enfermagem) e o enfermeiro utiliza intervenções (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde”* (Henriques et al., 2021, p. 513).

Se o ser humano só pode ser compreendido a partir da sua própria existência, a experiência vivida pelos utentes/pessoa significativa no âmbito do processo da CA, possibilita a exploração do vivido por estes e permite o conhecimento por parte dos enfermeiros dos

processos de ajustamento e de transição ao papel de pessoa profissional/familiar/socialmente ativa, para pessoa em situação de dependência para que posteriormente possam conceber processos de cuidados significativos para a pessoa em situação perioperatória.

~~Através do método fenomenológico, pretendemos revelar as vivências, os significados, as valorizações dos participantes neste estudo na Consulta de Enfermagem da Unidade de Cirurgia Ambulatória.~~

A opção por um estudo do tipo exploratório, tem como base o objetivo geral de conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a realidade em estudo, pois segundo Vilelas (2020), os estudos do tipo exploratório, têm a finalidade de proporcionar um maior contacto com o objeto de estudo e constituem a primeira etapa para posteriores investigações mais abrangentes, visando conhecer o fenómeno estudado, para torna-lo mais explicito, dando-lhe maior visibilidade racional, através da formação de conceitos e ideias. Ainda segundo Vilelas (2020, p. 213), indo de encontro aos objetivos específicos deste estudo do tipo exploratório, permite obter *“uma visão geral e aproximada dos objetivos do estudo”*, assim como permite *“identificar fatores intervenientes”* no fenómeno em estudo.

Este estudo é de natureza descritiva, pois procura descrever a realidade, documentar os fenómenos que nela acontecem. O investigador ao utilizar o método descritivo *“(…) tem o propósito de descrever uma situação e o modo como determinado fenómeno se manifesta.”* *“(…) os estudos descritivos procuram especificar as propriedades importantes das pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise.”* (Vilelas, 2020, p.215) A opção por um estudo descritivo, permite conhecer os variados aspetos e grandezas ou elementos do fenómeno a investigar. Assim a nossa opção por um estudo de natureza descritiva, responde aos objetivos gerais e específicos deste trabalho de investigação, sendo como tal, o mais indicado para atingir esses objetivos.

O estudo de natureza descritiva, tem a vantagem de ser barato, fácil de planear e de executar, tende a ser realista e amplia a compreensão do que é o mundo que nos rodeia.

3.3.2 Contexto e população

O estudo é realizado no âmbito do ENP, como tal, é realizado no contexto do referido campo de estágio e durante o período em que o mesmo se desenvolveu.

A população é constituída pelos elementos da equipa de enfermagem da UCA, que realizam a consulta de enfermagem UCA.

O tipo amostra é de conveniência e a seleção é aleatória, conforme as oportunidades de entrevista surgiam.

A amostra foi sendo contruída conforme a oportunidade de realizar a entrevista aos enfermeiros que se disponibilizaram para as mesmas e em função da disponibilidade de presença do investigador de realizar as referidas entrevistas imediatamente após o fim da jornada de consultas. Assim, os critérios de inclusão foram: serem enfermeiros da UCA do campo de ENP; serem voluntários para realizar a entrevista; terem disponibilidade para realizar a entrevista após o fim da jornada de consultas. Não foi considerado nenhum critério de exclusão na amostra. A mesma foi constituída por 9 entrevistados.

A seleção dos entrevistados teve como base a constituição de uma amostra de conveniência e o único critério utilizado para a entrevista, era que a mesma seria realizada no final da Consulta UCA, de modo que as vivências sobre a mesma fossem recentes, e assim mais fácil lembrar e de falar das mesmas. Segundo Vilelas, (2020, p.181) *“uma amostra de conveniência, também chamada de acidental, é aquela que se obtém sem nenhum plano preconcebido, resultando as unidades escolhidas do produto das circunstâncias fortuitas”*. A questão da representatividade da população não é um objetivo nem uma preocupação do investigador, *“porque corresponderão a circunstâncias peculiares do lugar e do momento em que foram abordados os vários elementos da amostra. (...) tais amostras são utilizadas em pesquisas exploratórias. Não permitem que se façam generalizações”* (2020, p. 181).

Amado, especifica que uma amostra com *“números relativamente baixos (10 ou menos), deverá evitar-se a designação de amostra e em seu lugar utilizar expressões como sujeitos ou unidades de investigação; ‘casos’ não são amostra”* (2020, p.120).

Neste estudo, tivemos 9 entrevistados, no entanto, como a bibliografia de *“amostra por conveniência”* enquadra as circunstâncias da ocorrência da mesma e a método de seleção dos participantes, e se enquadra na metodologia do estudo, optamos por essa designação. As entrevistas do nosso estudo, foram realizadas sempre que havia disponibilidade do entrevistado e presença física do investigador na UCA.

A limitação deste tipo de amostra, que se relaciona com a não representação da população em estudo, não afeta esta investigação porque o método qualitativo tem o foco na interpretação, ao invés da quantificação; coloca ênfase na subjetividade; orientação para o processo e não para o resultado; tem preocupação com o contexto, porque o comportamento das pessoas e a situação estão interligadas às vivências; reconhece-se que a investigação pode ter influência sobre a situação estudada e vice-versa.

Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo

Os entrevistados, são enfermeiros da UCA, a amostra contém um total de 9 entrevistados.

A idade dos participantes, varia entre os 40 anos e os 64 anos, sendo a mediana de idades de 50 anos.

Quadro 1 - Idade dos participantes no estudo em anos	
Idade dos participantes (anos)	
Mediana	50
Maior	64
Menor	40

O tempo de exercício profissional em Enfermagem dos entrevistados varia entre o mínimo de 19 anos e o máximos de 38 anos, sendo a mediana do tempo de exercício profissional como enfermeiro de 26 anos.

Quadro 2 - Tempo de exercício profissional como enfermeiro dos participantes no estudo	
Tempo de exercício profissional como enfermeiro (anos)	
Mediana	26
Maior	38
Menor	19

O tempo de exercício profissional na UCA dos entrevistados varia entre o mínimo de 6 anos e o máximos de 22 anos, sendo a mediana do tempo de exercício profissional na UCA de 14 anos.

Quadro 3 - Tempo de exercício profissional na UCA dos participantes no estudo	
Tempo de exercício profissional na Unidade de Cirurgia Ambulatória	
Mediana	14 anos
Maior	22 anos
Menor	5 anos

Dos entrevistados, 44,4% têm a licenciatura em Enfermagem, 33,3% têm a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 11,1% tem a Especialidade em Enfermagem Pediátrica.

Quadro 4 - Distribuição dos enfermeiros participantes no estudo conforme o grau de formação profissional		
	valor absoluto	frequência relativa
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	6	66,7%
Licenciatura em Enfermagem	3	50,0%
Especialidade em Enfermagem Pediátrica	1	16,7%
Licenciatura em Enfermagem e Pós-graduação em Instrumentação cirúrgica	1	16,7%

3.3.3 Colheita de dados

Para conhecer o fenómeno em estudo e ter a informação necessária a realizar a investigação, é necessário construir o instrumento que nos permita obter os dados necessários. A construção do instrumento de colheita de dados deve ter em consideração o tipo de estudo e

o método utilizado, para se adequar e enquadrar na correspondência entre a teoria e os factos. O instrumento deverá igualmente ser capaz de dar resposta aos objetivos do estudo.

No paradigma qualitativo que serve de base a este estudo, das ferramentas disponíveis a opção pela entrevista, permite responder aos objetivos do estudo e enquadra-se igualmente no método de investigação utilizado. A entrevista permite que sejam *“(...) os próprios atores sociais quem proporciona os dados relativos às suas condutas, opiniões, desejos, atitudes e expectativas, os quais pela sua natureza é quase impossível observar de fora”* (Vilelas, 2020, p.347).

“A entrevista é um dos mais poderosos meios para se chegar ao entendimento dos seres humanos e para a obtenção de informações nos mais diversos campos” (Amado, 2017, p. 209)

De forma genérica, Amado considera que a entrevista é: *“um meio potencial de transferência de uma pessoa (o informante), para outra (o entrevistador) de pura informação; é pois, um método, por excelência, de recolha de informação; (...) uma transação que possui inevitáveis pressupostos que devem ser reconhecidos e controlados a partir de um bom plano de investigação. (...)uma conversa intencional orientada por objetivos precisos”* (Amado, 2017, p. 209)

Segundo Quivy e Campenhoudt citados por Amado, a entrevista é o instrumento de colheita de dados adequado para *“a análise do sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se veem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das próprias experiências, etc.”* Como tal, é o instrumento adequado a este estudo, pois permite responder aos objetivos definidos para o estudo (2017, p. 209).

O uso da entrevista como instrumento de recolha de dados não está isento de desvantagens, nomeadamente o risco de enviesamento da informação fornecida pelo entrevistado *“(...) através de toda a sua carga subjetiva de interesses, preconceitos e estereótipos. A própria imagem que o entrevistado tem de si mesmo poderá ser radicalmente falsa(...)”* (Vilelas, 2020, p.347).

O investigador deverá ter algumas características que promovam e facilitem o diálogo e o desenvolvimento da entrevista, nomeadamente: *“(...) aparência exterior do entrevistador adequada ao meio social (...) cultura média, que compreenda o valor e a importância de cada dado recolhido e a função que o seu trabalho desempenha no conjunto da investigação (...) ser capaz de deixar falar livremente os outros (...)”* (Vilelas, 2020, p.348).

“A entrevista deverá ser realizada às horas mais adequadas para as pessoas responderem, tendo em conta que a sua possível duração não afeta a fiabilidade dos dados”(Vilelas, 2020, p.348). Por tal razão a entrevista foi realizada no final da consulta de

enfermagem, de modo a ser mais próxima temporalmente da mesma e não haver outras funções a desempenhar pelo enfermeiro e como tal estar mais disponível para a mesma.

A utilização da entrevista como ferramenta, tem como desvantagem o enorme esforço e a quantidade de tempo que é consumido na sua transcrição, organização e interpretação de cada uma das entrevistas realizadas (Vilelas, 2020).

Segundo vários autores citados por Amado, consideram a entrevista semiestruturada:

- *“(...) como um dos principais instrumentos da pesquisa de natureza qualitativa, sobretudo pelo facto de não haver uma imposição rígida de questões, o que permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto ‘respeitando os seus quadros de referência’, salientando o que para ele for mais relevante (...)”* (2017, p.211).

- É uma técnica que *“(...) permite um acesso aos discursos dos indivíduos, tal como estes se expressam, ao não-observável: opiniões, atitudes, representações, recordações, afetos, intenções, ideais e valores, que animam uma pessoa a comportar-se de determinado modo”* (Amado, 2017, p. 214) Assim sendo, a opção pela entrevista semiestruturada justifica, porque é o instrumento adequado a este estudo, que tem como objetivo geral conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o objeto de estudo.

A entrevista semiestruturada, como qualquer instrumento de colheita de dados tem vantagens: *“(...) a possibilidade de acesso a uma grande riqueza informativa (...) a possibilidade do investigador esclarecer alguns aspetos no decurso da entrevista, o que a entrevista mais estruturada ou questionário não permitem; é geradora, na fase inicial de qualquer estudo, pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação, definição de novas estratégias e seleção de outros instrumentos”* (Vilelas, 2020, p.354).

A opção pela entrevista semiestruturada também tem por base o facto de a mesma *“(...) combinar perguntas abertas e fechadas onde o entrevistado tem a possibilidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema proposto”* de modo a ir de encontro aos objetivos do estudo. A entrevista semiestruturada permite *“(...) delimitar o volume das informações, direcionando-se assim o tema, a fim de que os objetivos sejam alcançados”* Ainda segundo Vilelas, nesta ferramenta de colheita de dados, *“(...) existe a possibilidade de colocar algumas subquestões em formato de tópicos com o objetivo de direcionar ou ajudar o entrevistado a dar a sua resposta, conduzindo-a ao detalhe”* (Vilelas, 2020, p. 354). Assim, a elaboração das questões que vão constituir a entrevista *“(...) devem dar resposta aos objetivos do estudo”* e dos referidos objetivos devem emergir as questões (2020, p. 352).

Como desvantagens da entrevista semiestruturada temos: *“(...) falta de motivação dos entrevistados; a inadequada compreensão do significado das perguntas; o fornecimento de respostas falsas, determinadas por razões conscientes ou inconscientes; inabilidade, ou mesmo*

incapacidade , do entrevistado para responder adequadamente, em decorrência de insuficiência vocabular ou problemas psicológicos; a influência exercida pelo aspeto pessoal do entrevistador; a influencia das opiniões pessoais do entrevistador sobre as respostas do entrevistado” (Vilelas, 2020, p. 354).

Segundo Amado, (2017, p. 210), a entrevista semiestruturada tem como características *“as questões derivam de um plano prévio, um guião onde se define e regista, numa ordem lógica para o entrevistador, o essencial do que se pretende obter, embora, na interação se venha a dar uma grande liberdade de resposta ao entrevistado”*. Neste estudo, as questões que constituem o Guião da Entrevista (**Apêndice 15**), emergiram dos objetivos gerais e objetivos específicos do estudo, de modo a garantir a resposta aos mesmos.

3.3.4 Tratamento de dados

“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análises de comunicações” (Bardin, 2011, p. 37), que saliente que esta ferramenta, tem um vasto leque de técnicas, caracterizadas por uma grande adaptabilidade a contextos muito diversos no campo das comunicações.

A comunicação é uma condição sem a qual não há vida humana nem ordem social, e a comunicação é inerente ao ser humano, segundo Watzlawick citado por Costa & Jurado (2006). O ser humano, *“não pode, não comunicar”*, segundo Watzlawick citado por Nunes (2010, p. 13) e é pela comunicação, seja ela verbal ou não verbal, que o significado emerge do significante. O significado da mensagem, requer a análise do conteúdo, do contexto, das circunstâncias, do emissor, das competências do uso das técnicas comunicacionais de quem é escutado/observado. Segundo Moscovici citado por Bardin, *“tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo” (Bardin, 2011, p. 38).*

A técnica da análise de conteúdo, recorre a procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a dedução e inferência de conhecimentos sobre a realidade em estudo. A técnica da análise de conteúdo, tem por objetivo compreender *corpus* de análise, revelando o que está oculto ou dissimulado ou subentendido na mensagem dos sujeitos do estudo (Bardin, 2011; Vilelas, 2020).

A primeira etapa da técnica da análise de conteúdo, é a descrição analítica , que consiste no tratamento da informação contida nas mensagens e visa *“(…) pôr em evidência com objetividade a natureza e as forças relativas dos estímulos a que o sujeito é submetido” (Bardin, 2011, p. 41).*

Na análise qualitativa há preocupação de analisar o conteúdo da comunicação de forma indutiva, procura-se a compreensão dos fenómenos, procura-se essa compreensão considerando a realidade global. As palavras, as ações, a sua forma de expressar, as valorizações

dos sujeitos, são enquadrados no seu contexto para que esse fenómeno seja compreendido na sua realidade (Vilelas, 2020).

A análise de conteúdo, na investigação científica, oscila entre “(...) o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade(...)” (Vilelas, 2020, p. 432).

A metodologia qualitativa da análise de conteúdo proposta por Bardin, permite um conhecimento holístico do ser humano, tentando captar a essência da sua experiência comunicada e assim conhecer e compreender o significado do fenómeno no contexto onde os sujeitos do estudo as vivenciam. A técnica da análise proposta por Bardin, tem por objetivo efetuarem-se deduções lógicas e justificadas sobre as fontes das mensagens, nomeadamente sobre o sujeito, a sua envolvência e o significado das palavras, recorrendo à explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens (Vilelas, 2020).

Na análise de conteúdo, a inferência é uma etapa intermédia, que antecede a etapa da interpretação. Na fase da inferência, pretende-se deduzir pela lógica, considerando o emissor da mensagem e o contexto, e em resultado do tratamento das mensagens, realizar a interpretação através da significação deferida (Bardin, 2011). A inferência requer do investigador, uma grande dedicação na “escuta” e na compreensão do conteúdo implícito e/ou oculto do entrevistado, de forma a conhecer o verdadeiro significado.

A utilização da técnica da análise de conteúdo, responde ao tipo de estudo e ao método utilizado, mantendo a coerência interna da metodologia usada, sendo a técnica indicada para responder aos objetivos do estudo e ao fenómeno que se pretende conhecer, cumprindo a sua função heurística de exploração do fenómeno.

A transcrição das entrevistas permitiu uma leitura profunda e repetida dos textos e uma incorporação do discurso e interiorização no pensamento e sentimentos do entrevistado. A transcrição, é uma etapa de grande importância para “descobrir os núcleos de sentido” do discurso do entrevistado, permite a familiarização com as nuances da fala e apropriação dos significados implícitos ou ocultos de forma inconsciente.

3.3.5 Descrição dos procedimentos efetuados

Apresentaremos a descrição dos procedimentos realizados, tendo em consideração a metodologia utilizada e os pressupostos que orientam o estudo.

Relativamente aos procedimentos efetuados, numa primeira abordagem ao corpus de análise, as entrevistas foram copiadas para o computador por tecnologia Bluetooth, de modo a evitar o uso de armazenamento externo USB e assim, reduzir o risco de extravio dos ficheiros áudio. A cada ficheiro áudio, foi atribuída uma letra “E” de entrevista e o número de entrevistado, pela ordem sequencial de realização de entrevistas. Por uma questão de

confidencialidade e anonimato, não foi gravado nenhum nome, nem local, e a data na entrevista só aparece na informação da data de criação do ficheiro áudio. Numa primeira fase, foi realizada a transcrição automática de voz para texto, com recurso ao processador de texto, WORD da Microsoft. Devido ao elevado número de erros na transcrição automática, foi necessário ouvir várias vezes as entrevistas, para corrigir a transcrição, em alguns casos, houve a necessidade de ouvir o mesmo trecho da entrevista várias vezes, para perceber as palavras exatas e ter o máximo rigor na transcrição das mesmas. Todo este processo foi repetido várias vezes, até conseguirmos ouvir as entrevistas do início ao fim, sem necessidade de mais nenhuma retificação, só então, demos por concluída esta fase. O elevado número de horas despendido em escutas parciais e escutas integrais das entrevistas, as repetições múltiplas, permitiu interiorizar, assimilar e até, sermos tomados pelos sentimentos e sensações dos participantes, que numa primeira audição não é possível alcançarmos. Muito mais que a informação fornecida pelos entrevistados, as audições repetidas, permitiram compreender a ênfase colocada por cada entrevistados em alguns assuntos abordados e o significado para os mesmos do que é verbalizado.

O resultado desta primeira fase, para além da constituição do Corpus de Análise, é crucial para as fases seguintes da análise.

Na fase seguinte, iniciou-se a análise dos dados, fase muito exigente e crucial para o desenvolvimento do estudo, que requer do investigador um esforço prolongado de leitura e releitura do corpus de análise, de modo a abarcar todo o seu conteúdo, estabelecer relações e referências entre o discurso dos vários participantes. Procura-se estabelecer entre os discursos, pontos de referência que permitam a compreensão do fenómeno e a interpretação do sentido e sentir dos participantes. Foi pela transcrição das entrevistas, pela repetida audição das gravações e pelas múltiplas leituras que alcançamos esse objetivo.

Na análise qualitativa, há preocupação de analisar o conteúdo da comunicação de forma indutiva, procura-se a compreensão dos fenómenos, procura-se essa compreensão considerando a realidade global. As palavras, as ações, a sua forma de expressar, as valorizações dos sujeitos, são enquadrados no seu contexto para que esse fenómeno seja compreendido na sua realidade (Vilelas, 2020).

O facto de termos realizado a correção da transcrição automática das gravações, foi essencial para a compreensão profunda do instrumento de colheita de dados (entrevista) e permitiu o aprimoramento da técnica de realização da mesma, com o acumular de experiência de entrevistado para entrevistado, mas também pela reflexão constante que a transcrição propicia e promove. A transcrição das entrevistas, revelou-se um momento essencial e que é o

ponto onde se inicia a análise do conteúdo das entrevistas e se começa a compreender os trechos com significado e relevância para o estudo.

Ao usar a análise de conteúdo, visa-se a explicitação, a organização sistematizada e a expressão do conteúdo do discurso, para dessa forma realizar deduções lógicas e justificadas em relação ao participante e ao contexto do fenómeno. A leitura dos discurso dos participantes, pelo investigador, difere da do leigo, por o investigador ter o objetivo de revelar o que está oculto, subentendido ou dissimulado nessa mensagem (Vilelas, 2020).

O tratamento do dados em bruto, inicia-se com a codificação. A codificação é iniciada através da seleção de elementos para recorte, que se devem corresponder de forma pertinente e coerentemente em relação aos objetivos do estudo. Ou seja, a seleção de recortes e a codificação do material deve ter em consideração, a sua relação com as questões da investigação, sendo que deverá dar resposta às mesmas. Estes recortes poderão ter um padrão de significado comum a vários recortes ou ser só um recorte isolado, com um significado exclusivo.

Estes recortes, designados por Bardin, como Unidades de Registo (ur), podem ser frases, palavras, parágrafos ou partes de frases e as Unidades de Registo (ur) serão sempre de ordem semântica. Os recortes foram sendo selecionados e realçados com cores, que permitiram agrupá-los por temas em função do padrão de significado de cada recorte. Numa fase inicial, as unidade de registo, para além de serem realçadas pela cor da letra, era acrescido um sublinhado com cor diferente, pois em algumas, havia uma duplicidade no seu sentido e relevância semântica que necessitava clarificar. Os temas e respectivas ur, foram sendo aprimorados e agregados em função do objetivo ao qual davam resposta, e dessa agregação emergiram categorias. Que por sua vez se agregavam em temas. A fase de codificação, foi demorada porque a cada leitura, emergiam novas compreensões das ur, o que impunha, um alargamento e aprofundamento da análise com recurso a Unidades de Contexto de modo a clarificar e explicitar o significado expresso pelo entrevistado. A leitura global e a procura de padrões de semântica nos discursos e nos trechos de recorte, permitiu refinar e clarificar o significado exato da ur e assim, agregá-las e colocá-las em categorias. As categorias foram sendo definidas e ajustadas de forma gradual pela reorganização das ur em função dos conteúdos semânticos. Este ajuste, permitiu-nos uma consciencialização e uma antevisão global fenómeno em estudo e da percepção do mesmo pelos participantes.

Através da codificação, tratamos o material em bruto, recortamos as unidades de registo em função da sua semântica, sistematizamos a sua análise e aprimoramos a coerência do seu significado, para depois, agregá-las, se existir um padrão semântico comum, ou de forma isolada, se a relevância semântica o justificar. As categorias e subcategorias emergiram

coerentemente de forma a integrarem e a representarem as experiências dos participantes em relação ao fenómeno em estudo.

Em função da análise realizada, construímos quadros onde de forma lógica, foi desenvolvida uma matriz, onde foram sistematicamente organizadas por cada área temática, as categorias e subcategorias, e as respetivas unidade de registo que lhe deram origem. Os quadros matriciais, foram sendo ajustados, pela continua imersão no corpus de análise crítico-reflexiva, e implicou a realização pontual de apontamentos para ajudar na estruturação da coerência e da articulação lógica das categorias e subcategorias e sintetização e refinação das mesmas.

A constante reflexão e releitura das ur, evidenciou a necessidade de recurso a unidades de contexto. Foi através das Unidades de Contexto que se foi clarificando e explicitando as percepções dos entrevistados sobre o fenómeno em estudo e melhorando a nossa interpretação do significado das vivências expressas pelos participantes e a compreensão de uma realidade multifacetada, mas igualmente, uma realidade integradora de todas as vivências, que formam uma visão global, racional e lógica do fenómeno. Este percurso foi prolongado e ondulante, obrigando a um enorme investimento de tempo, até considerar como concluída esta fase.

Não podemos ignorar, que neste trabalho de reorganização, reconstrução dos recortes das ur, o recurso às unidades de contexto, esteve presente a leitura da literatura sobre o fenómeno e que tal influenciou o trabalho de categorização. O investigador, mesmo tendo a preocupação de se afastar do fenómeno, dos participantes e do contexto, foi parte integrante do contexto e sobre o fenómeno tem as sua vivências e reflexões pessoais que considerou, para evitar a sua interferência, de modo a evitar o enviesamento dos resultados do estudo de investigação.

Os resultados deste trabalho de investigação, sobre o fenómeno em estudo, são exclusivos do contexto onde o mesmo decorreu, do período temporal em que foi realizado e em função dos participantes e, pelo tipo de estudo e metodologia utilizada, não é passível de transferibilidade para nenhuma outra realidade, mesmo que similar nas circunstâncias.

3.3.6 Considerações éticas

Este estudo, foi desenvolvido tendo em consideração, as questões éticas e deontológicas exigidas aos enfermeiros especialistas, como é exposto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, onde é expresso que o mesmo desenvolva a sua prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Martins (2008), afirma que *“toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes”* e especifica que a

investigação em enfermagem deve ter como pressupostos “a competência, o respeito pela dignidade da pessoa humana e sentido de responsabilidade” (2008, p. 62). Esta responsabilidade, vai desde a definição da temática de partida até à apresentação dos resultados. Num estudo com uma amostra reduzida, os princípios éticos devem ter em consideração a salvaguarda do anonimato, devendo a colheita de dados sociodemográficos ter a finalidade da caracterização da amostra e não haver tratamento de dados/resultados com base em nenhuma dessas características. A salvaguarda do anonimato dos participantes, não se impõe só por motivos legais pelo respeito pelo RPDG, mas também por motivos éticos, da preservação da dignidade dos mesmos, e também para garantia de condições para futuros estudos. O anonimato da organização onde decorre o estudo e dignidade da mesma, são igualmente um princípio a salvaguardar, com iguais objetivos. O sentido de responsabilidade do investigador, no assumir dos princípios éticos, deontológicos e legais, assegura condições para uma colheita de dados isenta de receios de expressão pelo entrevistado, e atesta o rigoroso cumprimento da metodologia científica.

No âmbito de trabalhos de investigação, deve igualmente garantir o cumprimento desses princípios éticos, deontológicos e das normas legais, no respeito pela dignidade, autodeterminação, assegurando a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, assegurando a reserva da sua intimidade, direito à informação sobre os resultados, assim como assegurar a não-maleficência do trabalho de pesquisa (Vilelas, 2020).

Estes princípios éticos, deontológicos e legais, visam não só assegurar a dignidade dos participantes, mas também salvaguardar as condições de credibilidade para a realização de futuros estudos de investigação, quer para o próprio investigador, quer para outros investigadores. Deste modo, é possível promover a idoneidade da investigação em enfermagem e promover condições para mais projetos de investigação.

Todos estes princípios e normas legais foram cumpridos, tendo sido elaborado um documento (**Apêndice 16**) solicitando autorização à Comissão de Ética do Centro Hospitalar, para a realização do estudo. Neste documento, foi apresentado o estudo, especificando o tipo de estudo a realizar, os objetivos do estudo, o instrumento de colheita de dados, sendo assegurados os princípios da autodeterminação pela autonomia na participação e o princípio da mudança de opinião com recusa de participação, o princípio do anonimato, da confidencialidade da informação e a apresentação da estratégia do armazenamento e de segurança dos dados recolhidos.

Foi solicitado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar a elaboração de uma folha de Consentimento Informado onde, o Investigador apresenta a contextualização do estudo e os objetivos, informa sobre a forma de gravação da entrevista, a previsão da duração da mesma, a

técnica de tratamento de dados e assegura o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos e normas legais que orientam, nomeadamente, confidencialidade e anonimato e a autonomia, fornecendo o contacto que é apresentado no início da entrevista e é assinado pelos intervenientes (**Apêndice 17**).

A confiança no investigador é essencial para a abertura do entrevistado e essa confiança foi construída ao longo do estágio, pela proximidade e cordialidade nas relações e partilha de opiniões e ideias.

Deve igualmente ter em consideração que, no seu papel de investigador, deve salvaguardar o anonimato e a dignidade da organização onde realiza a sua investigação, não só por uma questão de cortesia, mas para promover o desenvolvimento de estudos posteriores por outros investigadores neste contexto.

3.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS - A CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO, PERCECIONADA PELOS ENFERMEIROS

Nesta parte do trabalho, abordaremos a fase do tratamento e análise dos dados obtidos nas entrevistas. O significado da mensagem, requer a análise do conteúdo, do contexto, das circunstâncias, do emissário, das competências do uso das técnicas comunicacionais de quem é escutado. Ao analisar o conteúdo da comunicação de forma indutiva, procura-se a compreensão dos fenómenos, procura-se essa compreensão considerando a realidade como um todo.

Neste subcapítulo do trabalho de investigação, iremos centramo-nos na análise das entrevistas de cada um dos participantes, perscrutando o seu discurso de forma a compreender e interpretar o mesmo, a sua perceção sobre a realidade do fenómeno em estudo.

Após termos realizado o enquadramento teórico e explanado as opções metodológicas que suportam o nosso estudo, focamo-nos na apresentação de resultados do estudo.

Entendemos que o participante não é uma pessoa isolada mas interage com as pessoas na globalidade do seu contexto, centra-se no modo como os seres humanos interpretam e atribuem significado à realidade subjetiva, pois, na dinâmica da pessoa com o mundo real, existe um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que implica uma análise não numérica. É com recurso à técnica da análise do conteúdo do seu discurso, que pretendemos revelar a realidade de cada um, os significados implícitos, as interpretações sobre a sua envolvência e os valores e princípios orientadores da sua intervenção, com a pessoa em Situação Perioperatória (SPO) na Consulta Pré-operatória de Enfermagem em Cirurgia Ambulatória.

Nesta parte do estudo, realizamos a análise estrutural das entrevistas e terminamos com uma interpretação compreensiva do fenómeno em estudo. Para simplificar a leitura e compreensão, construímos quadros com a matriz da análise de conteúdo, com a distribuição das unidades de registo pelas áreas temáticas e categorias que emergiram, fruto da referida análise de conteúdo. Para uma melhor compreensão dos resultados, realizamos uma descrição detalhada, reflexiva e analítica.

A consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa em SPO, é uma das etapas essenciais para a realização do processo de Cirurgia Ambulatória. Esta consulta está inserida num processo sequencial lógico que se inicia com o diagnóstico do cirurgião e inscrição para a cirurgia, seguido da consulta de anestesiologia e por fim consulta pré-operatória de enfermagem.

A relevância da consulta de enfermagem está relacionada com o papel do enfermeiro, na avaliação e educação pré-operatória, seja à pessoa em situação perioperatória, e/ou à pessoa significativa. O enfermeiro tem a competência de avaliar a pessoa em SPO e as sua situação pessoal, familiar e social, e profissional, avaliação dos critérios sociais assim como capacitar a pessoa em SPO e a pessoa significativa (se presente), para o autocuidado, relacionado com os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, fornecendo informações sobre o processo, o que esperar que aconteça antes, durante e após a cirurgia. As intervenções de enfermagem são realizadas em articulação com a equipa médica (Surgery, 2014)(IAAS, 2014).

A consulta de Enfermagem, preferencialmente, deverá ser realizada, com algum tempo de antecedência sobre a data de admissão, para permitir a avaliação do estado emocional, de necessidades especiais e permitir um planeamento ponderado e oportuno sobre as necessidades e estratégias de adaptação da pessoa em SPO e da rede social significativa, para permitir procurar soluções alternativas para promover e facilitar o processo de transição saúde-doença. Algumas UCA, realizam a consulta de enfermagem, logo após a consulta da especialidade cirúrgica, podendo ser realizada numa data posterior. Embora seja habitual a consulta de Enfermagem ser depois da consulta de Anestesiologia, pode ser realizada antes (IAAS, 2014).

Seguidamente, apresentamos a análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos enfermeiros, que realizam a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa em situação perioperatória no âmbito da cirurgia ambulatória. Tendo por base o guião das entrevistas e os objetivos definidos específicos do mesmo, assim como respondendo aos objetivos deste estudo, emergiram áreas temáticas, que refletem os temas mais relevantes das entrevistas, e que apresentamos no Quadro 5.

Quadro 5 - Áreas temáticas

Área temática 1. A Importância da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio, percebida pelos enfermeiros
Área temática 2. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio
Área temática 3. Informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio
Área temática 4. Fatores que interferem na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio
Área temática 5. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio
Área temática 6. sugestões de melhoria para a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio

No quadro 6 - Árvore das temáticas e respectivas categorias e subcategorias, apresentamos uma “árvore” com as áreas temáticas e as respectivas categorias e subcategorias, para uma mais fácil visualização dos “troncos” (áreas temáticas) e respectivos ramos (categorias e subcategorias).

Quadro 6 - Árvore das áreas temáticas, respectivas categorias e subcategorias

Área temática	Categorias	subcategorias
Área temática 1: A Importância da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio, percebida pelos enfermeiros	Reduz a ansiedade da pessoa	
	Aumenta o nível de literacia funcional da pessoa	
	Favorece a construção da relação terapêutica enfermeiro-pessoa	
	Otimiza a Intervenção de enfermagem	
	Diminui o cancelamento cirúrgico	
Área temática 2: Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio	Preparação do ambiente	
	Consulta prévia do processo clínico	
	Avaliação das necessidades da pessoa	
	Recurso a ferramentas	
	Comunicação Terapêutica	
	Ensino direcionado à pessoa significativa	
	Avaliação da compreensão do conteúdo da consulta	
	Documentação da consulta pré-operatória no processo clínico da pessoa em situação perioperatória	
	Gestão do tempo de duração da consulta	
Área Temática 3: Informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio	Informação sobre os cuidados pré-operatórios	
	Informação sobre os cuidados pós-operatórios	
	Informar sobre critérios sociais de inclusão na cirurgia ambulatoria	

	Informação sobre os procedimentos burocráticos do regime da cirurgia ambulatória	
Área Temática 4: Fatores que interferem na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório	Facilitadores	Consulta de enfermagem e de anestesiologia realizadas no mesmo dia
		Relação de confiança estabelecida entre enfermeiro-pessoa em situação perioperatória
		Experiência cirúrgica anterior da pessoa em cirurgia ambulatória
		Experiência anterior da pessoa como acompanhante em cirurgia ambulatória
		Informação escrita fornecida prévia à consulta
	Dificultadores	Sistema informático inadequado às práticas de enfermagem
		Ausência de pessoa significativa
		elevado número de consultas
		Pessoa em situação perioperatória com redução do potencial para melhorar conhecimento
		Baixo nível de literacia em saúde da pessoa da pessoa sem situação perioperatória
		Tempo limitado para cada consulta
		Ausência de critérios para inclusão no processo de CA
		Desajuste da organização institucional das consultas da multidisciplinares
		Inadequação da triagem de pessoas em situação perioperatória para a consulta pré-operatória autónoma de enfermagem
		Dificuldade na Abordagem da pessoa com ansiedade
		Dificuldade na abordagem da pessoa com doença complexa
		Cansaço
		Falta de autonomia para a tomada de decisão pelo enfermeiro
Área temática 5: Sugestões de melhoria para a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório	Aumento do tempo de duração da consulta pré-operatória	
	Desenvolvimento dos aplicativos informáticos	
	Cumprimento de horários das consultas	
	Redução do número de consultas por turno	

	Otimização da organização institucional das consultas	
	Otimização do formulário da avaliação inicial	
	Fornecimento de informação previamente à consulta	

Seguidamente, iremos apresentar cada área temática com as categorias que emergiram através das unidades de registo (ur) que resultaram da análise de conteúdo das entrevistas.

3.4.1 A Importância da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório, percecionada pelos enfermeiros

Da análise realizada às entrevistas, relacionadas com esta área temática, emergiram as categorias apresentadas no Quadro 7 - A Importância da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório, percecionada pelos enfermeiros.

No quadro 8, apresentamos a área temática 1, e as categorias emergiram análise das respetivas unidades de registo.

Quadro 8 – Categorias e respetivas unidades de registo da área temática 1 - A Importância da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório, percecionada pelos enfermeiros

Categorias	Unidades de registo	nº
		Participantes
Reduz a ansiedade da pessoa	Esse ensino pré-operatório, na minha opinião, tem a importância de diminuir drasticamente a ansiedade do doente, e dar-lhe conhecimento (...) “Pronto e entram na consulta, muitas vezes com uma ansiedade extrema (...) E com o nosso ensino é perfeitamente visível a diminuição desta ansiedade.” (E1; ur7)	
	“(…) porque muitas vezes a ansiedade, é mais extrema pela incerteza, o doente não fazer ideia para o que vem, o que vai ser feito, e muitas vezes basta dizer que vai ter um enfermeiro junto dele, é o suficiente para essa ansiedade diminuir, que o enfermeiro vai estar sempre desde, desde que entra até que sai é o suficiente para diminuir [a ansiedade].” (E1; ur24)	
Quadro 7 – Categorias da área temática 1 - A Importância da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório, percecionada pelos enfermeiros	“Positivamente, [a consulta pré-operatória] é o sítio onde eu acho que podemos dar o nosso melhor para que o doente no dia da cirurgia, venha com a maior tranquilidade e com o maior conhecimento daquilo que lhe vai ser feito.” (E1; ur37)	3
	Reduz a ansiedade da pessoa	
	Aumenta o nível de literacia funcional da pessoa	
	Favorece a construção da relação terapêutica enfermeiro-pessoa	
	Otimiza a intervenção de enfermagem	
	Diminui o cancelamento cirúrgico	
Aumenta o nível de literacia funcional da pessoa	“(…) a maior parte das vezes, os doentes não têm o mínimo conhecimento do procedimento cirúrgico que vai ser efetuado. (...) pois vêm da consulta médica, sem conhecimento adequado relativamente ao procedimento cirúrgico que vão fazer. Esta consulta serve exatamente para o enfermeiro poder efetuar o ensino adequado.” (E1; ur6) “(…) para aumentar ainda mais o conhecimento e diminuir ainda mais ansiedade, para o doente ter mais conhecimento do que ia acontecer.” (E1; ur53) “Acho que [a consulta] é importante (...) em relação aos ensinos, acho que são extremamente importantes, porque as pessoas precisam de saber exatamente aquilo que têm que fazer e aquilo que devem fazer. Antes, no pré-operatório, é importante,	8

	em termos de [ter] acompanhantes, que às vezes é um bocadinho complicado, porque há pessoas que pensam que podem vir a conduzir, ir a conduzir (...)” (E2; ur6) “Acho que é muito importante porque há muita coisa que nós avaliamos durante a consulta e vamos preparando todo o processo do doente, nomeadamente além de explicar-lhe toda a preparação (...) e tudo o que vai ter também no seu percurso pelo ambulatório (...)” (E3; ur3) É importante mesmo para adaptarem, depois também, em casa as coisas, orientarem. (E3, ur13) “(...) informamos sobre o que é necessário, o que não é necessário. Muitas vezes, [o doente pergunta], “mas eu vou fazer uma pequena cirurgia, é preciso estar em jejum?” Todas essas dúvidas, é importante esclarecer antes do dia (...)” (E4; ur4) “Acho que é importante para o doente (...) acho que o doente acaba por sair da consulta, já com uma perceção, com um contato com o serviço, em alguns aspetos (...) quem não tem informação acaba por sair da consulta [pré-operatória] já com uma antevisão do dia, do que vai acontecer, e eu acho que é de extrema importância para o doente. (...) E depois pela continuação dos cuidados, também.” (E5; ur6b) “Eu tenho notado que muita informação que é dada por nós, realmente é importante, é quase o conteúdo todo da informação quase toda.” (E6; ur7) “acho que é muito importante, eu, aliás, até tenho falado com colegas onde não existe esta consulta. E realmente são importantes, os dados que nós fornecemos na consulta.” (E6; ur12) Aqui [na consulta de enfermagem], o doente tira muitas dúvidas, acho extremamente importante. (...) Pelo menos é isso que nós esperamos que o doente esteja esclarecido. (E7; ur2) “Mas os doentes não têm noção do que é a cirurgia de ambulatório. Quando chegam aqui, que somos a última fase de todo este processo, a maior parte dos doentes de hoje, não tinham conhecimento do que era a cirurgia de ambulatório nem dos critérios que a definem.” (E7; ur22) “É uma mais-valia para, para doente uma vez que passa por nós para fazer o ensinamento do que é o ambulatório e do que ele precisa para ser operado no ambulatório. (...) Portanto, eu acho uma mais-valia para o utente.” (E8; ur1a) “[o enfermeiro] É o elo que faz a ponte das outras consultas. E muitas das vezes, somos nós que colmatamos essas falhas. O próprio utente, sente-se angustiado, de não saber o que é que vai fazer, como é que é a técnica.” (E8; ur162b)	
Favorece a construção da relação terapêutica a enfermeiro-pessoa	“(...) muitas vezes, eles esquecem-se de dizer ao Anestesiologista ou ao médico que com quem eles tiveram antes. Eu acho que é o à-vontade que eles têm mais com enfermagem, do que o médico. (...) a perceção que eu tenho. é que eles fazem aquelas perguntas muito sucintas e eu acho que se calhar, eles [utentes] têm às vezes um bocadinho de receio, porque é o senhor doutor e depois na enfermagem, falam, falam, falam da vida pessoal, falam de tudo e pronto, e acabam por se lembrar de mais coisas.” (E2; ur20) “Eu acho que é muito importante. Porque primeiro há um conhecimento do doente, do enfermeiro, da UCA. É com [o enfermeiro] que muitas vezes ele desabafa ou pergunta sobre ao que vai ser operado, como vai ser o tipo de anestesia (...) Há mais um aproximar entre doente e profissional e ao mesmo tempo, tirarmos as dúvidas.” (E4; UR3) “(...) ou então simplesmente [as pessoas em SPO] querem chorar, falar, o que seja. Às vezes temos estas pessoas, que necessitam que alguém as ouça. E claro, ficamos ali mais tempo, meia hora ou mais (...)” (E5; ur73) “Acho que é mesmo connosco que eles estão mais à vontade para colocar as questões. (...) e acho que nós temos essa capacidade de os colocar à vontade. (...) O médico é muito mais clínico e nós viramo-nos muito mais para as outras vertentes sociais, que é uma das funções da consulta.” (E6; ur9)	7

	“Cada consulta é uma consulta, pronto. Nós não podemos tratar os doentes sempre da mesma maneira, que eles são todos diferentes. Nós temos que tratar o doente com as diferenças que eles têm.” (E7; ur53) “Sim, [os enfermeiros têm mais disponibilidade]. Eu acho que tem a ver mesmo com a nossa maneira... Com a nossa prática clínica, com a nossa experiência. Provavelmente, nós damos mais abertura aos doentes do que dá a parte médica.” (E7; u4c). “Então eu ouço o utente, e tento ajudá-lo de alguma forma.” (E8; ur92a) “Ou seja, se ele tiver alguma pergunta a fazer, porque nós às vezes temos um tipo de conversa que é: “Teré, teré, tété tété, tété, tété...” E nem damos oportunidade para falar. Eu evito esse tipo de conversa. Eu ao falar, se a pessoa quiser perguntar alguma coisa, consegue.” (E9; ur84c)	
Otimiza a Intervenção de enfermagem	“(...) esta consulta é de extrema importância, imprescindível, na minha opinião. Uma vez que, é das poucas oportunidades que temos de efetuar o ensino pré-operatório.” (E1; ur1). “Positivamente, [a consulta pré-operatória] é o sítio onde eu acho que podemos dar o nosso melhor para que o doente, no dia da cirurgia, venha com a maior tranquilidade e com o maior conhecimento daquilo que lhe vai ser feito.” (E1; ur37) “(...) muito importante porque há muita coisa que nós avaliamos durante a consulta (...) E depois, ir de encontro ao que o doente precisa. Se fosse sempre tudo igual, não precisávamos da consulta” (E3; ur6) “Temos [dificuldade em consultar a informação no dia da cirurgia]. Por isso é que também recorro à avaliação inicial [feita na consulta de enfermagem], porque é o que realmente a pessoa mais facilmente tem acesso no dia da cirurgia” (E3; ur19) “[A consulta pré-operatória] é importante também, pois transcrevemos informação para os nossos registos [Avaliação de Inicial], porque, no dia da admissão do doente para a cirurgia, temos a nossa folha da Avaliação de Inicial e esta é que nos serve, como check-list da avaliação pré-operatória.” (E5; ur85) “Eu não tinha ideia da necessidade e da importância da consulta antes de realmente começar a trabalhar nela. Porque chegamos à conclusão que, aquilo que é dito na consulta médica, nem de perto, nem de longe é o suficiente para o doente estar preparado e informado da cirurgia.” (E6; ur2) “[o objetivo da consulta de enfermagem] É preparar o doente para a cirurgia e o posterior à cirurgia e preparar para os cuidados a ter após cirurgia. Nós já tentámos alargar um bocadinho mais.” (E7; ur3) “[o papel do enfermeiro na consulta é] de tentar perceber mais, uma consulta mais abrangente.” (E7; ur48) “(...) sempre que tenha critérios médicos, neste caso anestésicos, passa por nós, para fazer o ensinamento do que é o ambulatório e do que ele precisa para ser operado no ambulatório.” (E8; ur1b) [O enfermeiro é essencial para que a cirurgia de ambulatório] Fosse segura. Porque isto é para a segurança. Eu própria digo [à pessoa em SPO] (...) “e para nós termos segurança no que fazemos, requer que a Senhora siga estas indicações.” (E8; ur143) “(...) foi preciso as coisas entrarem “mas a responsabilidade é sua.” Tem que se responsabilizar [a pessoa], fazer com que eles adiram a todo o processo cirúrgico, porque depois temos que ter um utente que adira a tudo. A consulta de enfermagem é só o começo.” (E9; ur13) “Às vezes perde-se por aí. Se eu quero que ele me entenda, eu tenho que lhe explicar em palavras que ele me entenda. Se ele não me vai entender, não vai aderir, não vai fazer o que eu preciso que ele faça. Portanto, não vou ter dele o que eu preciso, nem o que ele precisa. (E9; ur38) “Mas no fundo, o principal objetivo da consulta é a colheita da informação. E depois é o que é que tem que fazer: os cuidados, como, quando.” (E9; ur98)	7

Diminui o cancelamento cirúrgico	“Outro dos pontos de extrema importância, é que diminui o cancelamento da cirurgia no dia em que está programado. Diminui o cancelamento por falta de cumprimento do regime terapêutico” (E1; ur1) “Acho que é importante porque (...) evita depois que haja cancelamentos (...)” (E3; ur4) “(...) porque o doente quando vem de casa, chega ao hospital e já tem que trazer uma série de coisas aferidas, nomeadamente jejum e alguma preparação que seja importante, cólica ou [outra].” (E5; ur6a) “Passou por várias fases, que ninguém, desde o administrativo que o convoca, desde o cirurgião que o consulta, desde o anestesista, esta parte social, ninguém, não foi trabalhada. Só é trabalhada quando ele chega à tua consulta [de enfermagem], és tu que vais explorar esse campo, e ele já tem a cirurgia marcada e não têm os critérios cumpridos.” (E6; ur56) “[Sem a consulta de enfermagem a preparação da pessoa] Ficaria incompleto ou muito mal. (...) [e como consequência] poder chegar aqui [à UCA] e a cirurgia ser cancelada. Eu acho que é importante e eu não fazia ideia da importância que a consulta tem.” (E6; ur114) “É fundamental, eu acho que é importante, porque o doente quando nos chega no dia da cirurgia, propriamente dito, vem preparado e vem orientado.” (E7; ur1b) “Imagina que nós dizemos que eles têm que fazer a tricotomia e ele [doente] diz assim: “mas eu vou ficar muito ansioso por fazer a tricotomia e aquilo vai me fazer confusão. Ainda por mais, está-me a dizer que eu não consigo fazer com a gilete, é a única coisa que eu tenho.” Nós assim: “Ok, não se preocupe, nós fazemos cá”. Isso não é [fator de exclusão] tentamos sempre arranjar soluções ao utente.” (E8; ur10) “Claro que, se não houver mesmo soluções, aí temos autonomia para o excluir. Mas tentamos arranjar sempre soluções com o utente para eles serem operados cá, em ambulatório. Mesmo critérios sociais, não sendo só a preparação pré-operatória.” (E8; ur12) “Sim, [ajudar a pessoa a encontrar] soluções para o problema. Sim, [De forma a poder enquadrar-se] No contexto da [cirurgia] de ambulatório, sim.” (E9; ur77)	7

No quadro 11, apresentamos a área temática, as categorias e as ur que estão na base da emergência das categorias, e número de participantes que as referiram.

Reduz a ansiedade da pessoa

A categoria “*Reduz a ansiedade da pessoa*”, emergiu base unidades de registo que referissem a importância da consulta pré-operatória de enfermagem na redução da ansiedade pré-operatória, como é evidente na ur transcrita de seguida: “*Esse ensino pré-operatório, na minha opinião, tem a importância de diminuir drasticamente a ansiedade do doente, e dar-lhe conhecimento (...) Pronto e entram na consulta, muitas vezes com uma ansiedade extrema. (...) E com o nosso ensino é perfeitamente visível a diminuição desta ansiedade*” (E1; ur7). Esta categoria foi focada por 3 enfermeiros.

Aumenta o nível de literacia funcional da pessoa

Outra das categorias que emergiu, “*Aumenta o nível de literacia funcional da pessoa*”, foi referida por 8 (oito) participantes do estudo. Nesta categoria, tivemos em consideração as

unidade de registo que explicitamente demonstram o contributo da informação em saúde que é transmitida na consulta pré-operatória de enfermagem, para aumento da literacia em saúde da pessoa em SPO. Como exemplo, temos a seguinte ur,~: *“E então eu tenho notado que muita informação que é dada por nós, realmente é importante e é quase o conteúdo todo da informação quase toda”* (E6; ur7).

Otimiza a Intervenção de enfermagem

A relevância da consulta pré-operatória de enfermagem, para melhorar e potenciar a prática de enfermagem, é evidente nas ur de 7 (sete) participantes. Na ur apresentada, é manifesto o efeito positivo da consulta para as práticas dos enfermeiros: *“Positivamente, [a consulta pré-operatória de enfermagem] é o sítio onde eu acho que podemos dar o nosso melhor para que o doente no dia da cirurgia, venha com a maior tranquilidade e com o maior conhecimento daquilo que lhe vai ser feito”* (E1; ur37).

Desenvolve uma relação terapêutica enfermeiro – pessoa em situação perioperatória

Na categoria *“Desenvolve uma relação terapêutica enfermeiro – pessoa em situação perioperatória”*, consideramos as ur que evidenciam o papel da consulta pré-operatória de enfermagem, no desenvolvimento da parceria entre o enfermeiro e a pessoa em SPO, como fomentador do desenvolvimento da relação terapêutica. Esta categoria é referida nas ur de 6 (seis) participantes.

Diminui o cancelamento cirúrgico

A categoria *“Diminui o cancelamento cirúrgico”*, emergiu de ur em que é evidente o impacto da consulta na redução dos cancelamentos da cirurgia, como podemos constatar na seguinte ur: *“[Sem a consulta, a preparação da pessoa] Ficaria incompleto ou muito mal. (...) [e como consequência] poder chegar aqui [à UCA] e a cirurgia ser cancelada. Eu acho que é importante e eu não fazia ideia da importância que a consulta tem”* (E6; ur114). O impacto da consulta pré-operatória de enfermagem e das intervenções de enfermagem à pessoa em SPO, como diminuindo o cancelamento cirúrgico foi mencionado por 7 (sete) participantes.

3.4.2 Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório

Nesta área temática, importa esclarecer a opção e o conceito do termo “estratégia”, pois existe uma grande variedade de conceitos sobre o termo, conforme a disciplina do conhecimento que o usa. Para Gomes, o conceito de estratégia está ligado ao contexto onde o sujeito intervém, e considera que estratégias, são práticas que os atores realizam para *“(...) lidar*

com dilemas e constrangimentos de diversa origem e natureza com que se confrontam” (Gomes, 1993, p. 602). Considera que as estratégias são respostas conscientes e individualmente criativas aos constrangimentos que o sujeito encontra e expressam uma opção racional que se evidencia na prática, pela escolha dos melhores meios disponíveis para atingir determinado objetivo, refere Harsanyi citado por Gomes (1993). Tendo por base os autores acima citados, consideramos para o nosso estudo, que estratégia é toda e qualquer ação que o sujeito, de forma consciente e intencional, realiza como abordagem a situações problemáticas e que visam atingir um determinado objetivo. No caso concreto dos nosso estudo, toda e qualquer intervenção que os enfermeiros realizem de forma intencional e planeada, de modo a ultrapassar situações problemáticas e constrangimentos, que surjam no decorrer da consulta, de forma a atingir os objetivos da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa em SPO.

No quadro nº9, podemos observar as categorias que emergiram dos discurso dos participantes sobre as estratégias que utilizam para realizar a consulta pré-operatória de Enfermagem, com as respetivas ur que lhes deram origem.

Quadro 9 – Categorias e respetivas unidades de registo da área temática 2 - Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório

Categorias	Unidades de registo	nº Participantes
Preparação do ambiente	“Sim, nós temos uma [metodologia], alguns pontos para nos orientar na realização da consulta: a preparação da sala, a preparação do computador, consultar o consentimento, consultar a consulta de anestesia prévia (...)” (E3 - ur6) “Há sempre um planeamento. Normalmente vou ver [o processo], antes de iniciar a consulta, estás a ver que eu já tenho aqui, o nome.... Muitas vezes os doentes não se lembram do número de contacto e eu retiro-o. Já me facilita, facilita o doente que já não fica nervoso (E4; UR8). “(...) vejo quantos tenho, consultar os processos, se já tem os termos, se não têm. A cirurgia, que vão [realizar]. Quando chego lá em baixo ao consultório, enquanto espero por um ou por outro, vou consultando os processos. E até registo aqueles que já têm, desde patologias, à medicação que eles fazem. Para eu depois ter uma abertura, algo que eu desconheço a nível de fármaco.” (E6; ur21a) “(...) quando eu estou escalada para a consulta, primeiro tenho que preparar o material que eu preciso para ir para a consulta. Folhetos informativos, levo todo o material que eu vejo que vai ser preciso. Qualquer tipo de cirurgia. À priori, nunca eu sei qual é o utente que vai entrar no meu consultório, qual é a especialidade que vai ser operado. Portanto, preparo todo o tipo de material: esponja para os, para os banhos, os folhetos informativos, os microlaxes, faço esse tipo de preparação.” (E8; ur47) “Depois, não faço uma preparação de... O porquê de não fazer? Primeiro pela prática, que já temos. Não faço [o planeamento]. Já sei o que tenho que seguir, porque a nossa avaliação [Inicial] tem aquela grelha, aquela árvore. Há fatores, que eu dou mais importância ou não.” (E8; ur49) “Sim, temos aquela preparação do material e assim. Não costumo fazer [um planeamento,]. Mas faz-me falta. Vou te explicar o que é que eu quero dizer com isto. Porque a primeira consulta custou mais a arrancar. Aquele discurso mais fluido (...)” (E9; ur41)	5

Consulta prévia do processo clínico	“(…) consultar a consulta de anestesia prévia, fazê-lo previamente ao doente entrar... consultar o LIC, para que está prevista a cirurgia. E depois fazemos a consulta propriamente dita com o doente.” (E3; ur7) “E vou ver os diagnósticos, muito importante, sempre. E se a descrição que o cirurgião, seja ortopedia, seja cirurgia, da especialidade, escreveu. (...) Principalmente faço essa pesquisa. (E4; UR11) Exatamente [preparação do que vais dizer] em função das especialidades que vais ter na consulta, os doentes que vão ser operados a determinada especialidade, a determinada patologia. Tenho também os diagnósticos.” (E4; UR12) “Gosto de perceber os doentes que tenho, quais são os diagnósticos, se já têm cirurgias marcadas, se não têm, para ter também alguma antevisão e para direcionar depois o meu o ensino daquilo que vou fazer, nomeadamente, o jejum e alguns aspetos, já focados na hora, no dia. Pronto gosto de saber a que é que o doente vai ser operado, tudo ali orientado.” (E5; ur10) “Aproveito [para pesquisar um pouco], depois quando ele está na minha consulta, aproveito também a colheita que foi feita pelo Anestesista. Para não estar a repetir outra vez as mesmas coisas, confiro algumas coisas com aquilo [consulta de anestesiologia]. Confiro o diagnóstico, saber a medicação que faz e não faz. Patologia que tem ou não tem. (...) A informação do Anestesista, a informação do próprio doente, que já tenha. Às vezes, temos avaliações iniciais nossas anteriores, que depois tentamos adequar e ajustar alguma informação que seja pertinente.” (E5; ur23) “Sim vejo tudo, vejo se tenho consentimento assinado. Vejo o cirurgião, escreveu. Vejo a última consulta de anestesia que teve. Vejo análises, vejo tudo.” (E6; ur101) “Eu se tiver tempo, foi o caso de hoje, que a consulta começou tarde, eu vou ver todos os doentes e faço uma breve preparação na consulta, um resumo do que os doentes têm, ao que vão operados. Oriento um bocado a consulta. Tenho esse cuidado, ver se já tem o consentimento, se não tem. Quando é que vai ser operado, manhã [ou] tarde. Qual é a patologia (...)” (E7; ur11a) Antes de começar, vou ver sempre a consulta de anestesia, a ver o que é que o Anestesista... Já tinha visto, se não tiver feito esse estudo anteriormente, o que é que vai ser operado ou não, vou ver tudo, mesmo. Vou ver o consentimento informado, a consulta do cirurgião, vou ver se há ali alguma informação válida. E depois é que valido toda a minha informação.” (E7; ur23) “(…) antes de começar a minha consulta, eu abro a consulta do Anestesista e vejo que é que ele mencionou” (E8; ur37) Obviamente que, se o utente vem de uma consulta de anestesia, onde já lhe foi feita uma colheita da medicação, das patologias. Eu não vou perguntar outra vez tudo ao doente. Eu vou à consulta de anestesia, validar: faz medicação para as tensões, e para aqui, mas não estou ali a perguntar, medicação por medicação, porque até é maçador. (E9; ur133)	7
Avaliação das necessidades da pessoa	“uma qualidade que o enfermeiro tem de avaliar a pessoa num todo, numa fração de segundos. Numa fração de segundos, conseguimos identificar o tipo de pessoa que temos à nossa frente e quais as necessidades de ensino, que aquela pessoa tem. E ao fim de alguns anos, adquirimos essa capacidade de direcionar” (E1; ur13) “Eu em 13 consultas, não as faço todas da mesma forma. De acordo com a pessoa, direciono a consulta para as necessidades que vejo naquela pessoa. Se for uma pessoa muito ansiosa, vou direcionar a consulta para o ensino com base na diminuição daquela ansiedade. Se for uma pessoa pouco ansiosa (...) já vou me basear mais no cumprimento do regime terapêutico.” (E1; ur16) “a minha metodologia é essa, é avaliar o grau de conhecimento e o grau de ansiedade da própria pessoa.” (E1; ur17) “Não [faço preparação] Eu acho que já é mecânico. Depois de tantas consultas, acho que... é o que eu digo. Claro que depende de cada utente que nós temos à	8

	nossa frente e daquilo que eles vão focar. E daquilo que eles falam. (...) “Eu não tenho nenhuma metodologia. Não faço nada antes. Não faço preparação. (E2; ur14) “(…) dentro disso [consulta prévia do processo], eu já sei quando a pessoa entra, eu já sei os pontos onde me vou focar. No esclarecimento, seja o que for. Ou naquilo que eu quero atingir, que ele cumpra, seja o jejum, seja a depilação.. Já tenho uma ideia daquilo que vou [focar]. E mesmo pela idade dos doentes, são mais jovens, são menos jovens. Já sei que aquela pessoa, tenho de lhe dizer: “Tente arranjar alguém e traga...” Tenho de focar-me nesse aspeto, por exemplo.” (E4; UR15) “[fatores que valoriza em relação à pessoa] Principalmente a idade, (...) às vezes pergunta-se, aliás, quase sempre a profissão. Embora por aí, eu não vejo muita dúvida. Porque às vezes noto mais dúvidas e mais dificuldade em pessoas até mais letradas, digamos assim, do que às vezes, nas pessoas mais simples.” (E4; UR18) “Se é um doente que já conheça a UCA, que já sabe, é reforçar às vezes alguns aspetos. Por exemplo, ainda hoje tive uma senhora que já foi operada por ortopedia, por cirurgia. Hoje vinha por ginecologia, já era uma dinâmica ligeiramente diferente em alguns aspetos (...)” (E5; ur15) “Por exemplo: ainda hoje tive uma jovem que ia ser operada às varizes e percebi que ela, assim um ar um bocadinho para o independente, ou seja, não queria [escutar os ensinamentos/informações da enfermeira]. Eu percebi que ela ia achar que o pós-operatório ia ser muito simples. Quando me apercebo, de que aquilo pode ser um problema.” (E5; ur26) “Consegues saber isso através da profissão, muitas vezes. Não quer dizer que seja taxativo, que aquela informação te vá ajudar. (...) Ou seja, tu pela profissão, consegues ver o tipo de informação, a forma como deves dar a informação ao doente.” (E6; ur24) “Para ele chegar à consulta com acompanhante? Ninguém lhe disse estes critérios que eu lhe disse, que ele tinha que cumprir. Passou por várias fases em que ninguém lhe [explicou]. Desde o administrativo que o convoca, desde o cirurgião que o consulta, desde o anestesista, esta parte social, ninguém a trabalha. (E6; ur55) “[na consulta pré-operatória autónoma de enfermagem] E uma capacidade de também de identificares estes problemas. Podia só fazer as tuas perguntinhas e muitas vezes eles não dizem que “tenho uma FA”. Ou tu vais consultar e depois apercebes-te que precisa de um eletrocardiograma. E tens esse interesse, porque muitas vezes o doente não te diz. Portanto, é um desafio.” (E6; ur98), “(…) [metodologia avaliação] a ver se os doentes estão conscientes, daquilo que têm e que não. E o que é que vão fazer. [Há] alguns deles que não sabem. (E7; ur12) “Ao falar com o doente, vejo que tipo de doente que eu tenho à minha frente. Eu dirijo o discurso consoante a pessoa. Há pessoas, que são bem informadas ou querem mais informação ainda do que aquela que está. Outras que não, depende. Há pessoas que querem as coisas mais definidas. Avalio, faço uma leitura daquilo que a pessoa é e como é que eu a hei de abordar”. (E7; ur29) “Sim [ir de encontro], às necessidades que eles precisam e que nós automaticamente vamos avaliando, vamos vendo. Nós vamos abordando consoante as necessidades que eles aparentam.” (E7; ur54) “Quando um utente entra no consultório, (...) Depois claro, começo a fazer primeiro, os dados gerais, o nome, a profissão, os contactos telefónicos, os critérios mais sociais, se vive sozinho, se tem o consentimento informado assinado. Faço aquele aquelas perguntinhas, se já foi operada alguma vez, qual é a medicação que ele faz. Isso válido e essa parte o médico também o faz a nível da medicação.” (E8; ur38) “Aí [está ansioso], tem estratégias, dizer assim: “olhe, vamos por partes, vamos com calma, primeiro, eu vou lhe fazer colheita de dados, dos critérios sociais e	
--	--	--

	depois então vou lhe dar informação e vou ver, quais são as suas dúvidas". (E8; ur55) "Primeiro a gente nota logo quando o doente está ansioso. Quando nós começamos a fazer a colheita de dados: o nome, a profissão, o telefone, quando eu vejo que ele nem me está a ouvir, porque já quer fazer perguntas à frente, eu vejo logo que o doente está ansioso. (...) Porque sei que naquele momento, ele não ouviu, porque ele está nervoso e quer: "Aí depois eu vou recuperar bem? E vou logo embora?" (E8; ur64) "Isso é outro fator que uma pessoa vai adquirindo com a prática. Atualmente, uma pessoa consegue, num utente que está sentado à nossa frente, em 5 minutos, não quer dizer que se acerte sempre, mas muitas vezes conseguimos ter uma perspectiva não muito errada do tipo de utente que temos à nossa frente. (E9; ur9) "Não consigo alegar nada científico. A experiência. Uma pessoa às [vezes] apercebe-se de alguns pormenores, que depois aquilo vem a evidenciar-se. Os sinais que eles nos dão, a postura deles, as frases dele. Esta situação que descrevi, houve ali alguns sinais que me apontaram, o que é certo, é que reduzi o tom de voz e ele ouviu-me e respondeu-me." (E9; ur24) "Isto tem haver [com a] experiência, perspicácia, uma pessoa começa a desenvolver algumas características que depois nem consegue explicar muito bem. Mas não é nada científico que possa dizer. É mesmo com a prática e com a experiência." (E9; ur27) "Tu, consegues perceber se tens uma pessoa que em termos de literacia, se é mais culta, se é menos culta, se é mais básica. Se tem mais dificuldade em perceber alguns termos, não vais utilizar um vocabulário muito elaborado." (E9; ur28) "Temos que avaliar os critérios sociais." (E9; ur73) "O meu pensamento de enfermagem, porque tu tens esta cirurgia e tens que saber o que é que interessa no doente que vai interferir com a cirurgia, que dados é que tu precisas colher ao doente, para que a cirurgia decorra sem risco. Isso é que é pensar em enfermagem. Aquela cirurgia, aquela intervenção, aquela doente, com aquela patologia, o que que é preciso ensinar e o que que é preciso saber, o que é que ele tem que fazer." (E9; ur116)	
Recurso a ferramentas	"Usamos. Temos um guia do utente do nosso serviço, que quando estou a fazer o ensino, vou-me guiando pela sequência do guia, do guia do utente, do folheto que temos (...)" (E1; ur18) "Não tenho uma check-list. Guio o meu ensino pelo guia do utente e no final peço sempre ao utente para me recapitular os pontos mais importantes que foram ali transmitidos. não tenho uma check-list, mas guio-me pelo guia do utente. (E1; ur32) "nós temos um guia do utente [folheto Informativo do utente] para informar o que se vai passar naquele dia, o que o doente tem que fazer é igual para todos que vão fazer aquela cirurgia." (E1; ur43) "(...) porque eu acho que eles depois vão assimilar, vão ler o panfleto e depois vai-se colmatar ali [no folheto informativo do utente] uma ou outra [informação] em alguns utentes." (E2; ur49) Não [uso de instrumento auxiliar], é o folheto. Normalmente, não fujo muito disto. (...) Explico e escrevo no folheto. Sou capaz de dizer: "faz isto às tantas horas," escrevo no folheto. Para ele: "leva para casa e lê isto. Faz... Vamos escrever aqui a medicação que a fazer". (E4; UR26) "Eu, por uma questão de [segurança], já adotei, este sistema há algum tempo e acho que funciona. O folheto, seguir aquelas instruções todas, pelo menos do pré-operatório. E acho que aí não nos falha a nós ou pelo menos temos a certeza de que falamos nos pontos todos. Porque às vezes, a própria conversa pode nos direcionar para algum lado que a gente possa esquecer algum pormenor." (E5; ur50)	8

	“Eu tenho por hábito seguir muito um bocadinho, o nosso folheto para não escapar nenhuma informação a mim e ter a certeza do que o doente leva, a informação, percebeu aquilo que lá está escrito.” (E5; ur46) “Eu quando faço ensino, tenho sempre panfleto em cima e uma caneta na mão. O panfleto está direcionado para o doente e vou sublinhando o que é pertinente para ele, aponto o que estou a ler. Aponto, faço questão de escrever, por exemplo, o item dos banhos. Lá só diz “tomar banho”, e eu escrevo, “um na véspera, à noite outro” Sou capaz de não fazer isso a todos. Mas eu sinto muitas vezes que o doente necessita que vá escrito. E sublinho e risco.” Não é geral, não é para todos, mas quando eu me apercebo que [é necessário]” (E6; ur33) “Uso o folheto que nós temos, já pré-preparado, para não fugir da orientação do discurso.” (E7; ur30) “[Em pessoa com dificuldade na compreensão] Escrevo no folheto informativo. Tenho cuidado para a pessoa, se não estiver acompanhada mas mesmo assim eu tenho cuidado de escrever a informação no folheto para não haver dúvidas.” (E7; ur33) “Nós temos um folheto informativo, que que usamos, o utente tem o tempo de jejum que ele deve fazer.” (E8; ur23) “Às vezes [o médico] faz um papel e escreve, mas quando não faz isso e eu vejo que ele mencionou na consulta, eu própria o escrevo no folheto informativo, para não haver falhas.” (E8; ur36) “Já sei que o tenho que seguir, sigo aquela grelha [da Avaliação Inicial], (...) e depois a parte do ensino que eu faço ao utente, eu sigo o folheto informativo. Portanto, sei que nunca me vai falhar nada, porque eu estou a seguir o folheto informativo.” (E8; ur50) “[o folheto informativo como] Um guião para eu não falhar nada. Do jejum, da tricotomia, dos banhos, dos microlaxes, da preparação intestinal. Do que ele tem que trazer, do que ele não deve trazer, dos tais adornos, os vernizes. Portanto, isso está tudo no folheto informativo. Portanto eu sei que não me vai falhar nada. [uso o folheto] como meu guião, praticamente.” (E8; ur52) “Mas eu tenho sempre a segurança, porque tenho o folheto informativo, e então eu digo sempre na consulta: “se houver dúvidas, o senhor vai escrever porque vai se esquecer. E escreve nem que seja neste folheto informativo e quando o contactarem, o senhor vai dizer, e isto não é para guardar na mesinha de cabeceira ou na gaveta. Isto é para ler, para ver se não há dúvidas” (E8; ur63). “Quando tem uma coisa extra, por exemplo, nosso folheto a nível da ortopedia, não tem para trazer canadianas, porque são coisas específicas daquela área. A tal medicação, da suspensão da medicação, eu normalmente escrevo sempre. Passou da porta lá pra fora, esqueceu logo, portanto eu escrevo, sempre. Quando vejo conflito informativo, que não tem essa informação, eu escrevo, para não haver falhas. Quando é uma [informação] mais específica, normalmente o folheto informativo já não tem.” (E8; ur86) “Normalmente, sigo aquela grelha [da Avaliação Inicial]. Ele entra, pergunto-lhe o nome. Começo, vou ver a consulta da anestesia e começo a fazer o preenchimento da árvore que nós temos da avaliação inicial, e depois parto para o ensino e para o folheto.” (E8; ur91) “o folheto informativo não tem tudo e já me aconteceu, por exemplo, na especialidade de ortopedia, eu esquecer-me de dizer para trazer canadianas, (...) e o senhor precisava das canadianas.” (E8; ur97) “Porque já tens uma coisa esquematizada, se ele te questiona muito, podes perder-te um bocadinho. Eu se tiver um utente desses, eu posso me perder, posso dar-lhe um bocadinho de atenção, mas depois volto ao meu foco, que é o guião, eu tenho sempre o Guião para me orientar.” (E8; ur105)	
--	---	--

	“(…) dou a informação, guiando-me pelo guia informativo. Explico ponto a ponto aquilo que lá está, sublinho e acrescento algumas coisas. Risco o que não interessa para não fazer confusão. (...)” (E9; ur80) “Tento seguir aquela ordem para posteriormente, quando o utente voltar a consultar aquela informação, se recorde da informação que eu lhe dei. Como utilizei aquela sistematização e aquela ordem e tentei utilizar aquela linguagem. Para que seja mais fácil o relembrar aquilo que foi dito. Tento explicar as frases que lá estão, descritas no guia [Informativo do Utente] que lhe é entregue. (E9; ur83)	
Comunicação Terapêutica	“Metodologia depende de cada utente que nós temos à nossa frente, daquilo que eles vão focar, daquilo que eles falam.” (E2; ur11) “Os ensinamentos [tem conteúdos tipificados], mas em função da pessoa, tu também adequas a forma como vais dar a informação, e, conforme aquilo que elas também te dizem” (E2; ur16) “Também vai se adaptando [o discurso do enfermeiro], vou adaptando conforme aquilo que ele diz. Sim, ainda agora aconteceu isso.” (E2; ur26) “Sim, [adequo a linguagem]. Eu obviamente que conforme a pessoa que está, vejo se é preciso falar de uma forma ou de outra, o tipo de linguagem que vou usar. Não vou estar a usar termos que eles não entendem.” (E2; ur52) “(…) vamos adaptando a informação que temos que dar à pessoa que está a receber (...) depois também depende da pessoa. Se achamos que é capaz já de ir orientando, pronto.” (E3; ur12) “É mais acessível, provavelmente vamos ao encontro deles. Se é uma pessoa mais elaborada, pois usaremos uma linguagem mais adequada, (E4; UR28) “[o médico na sua consulta] Não está para estar muito tempo a explicar. Nós sempre temos mais, não é que tenhamos mais tempo, mas temos mais paciência. “(E4; UR31) “Ou por eles não terem o à-vontade de questionar que têm connosco. Eu também acho que tenho um perfil, eu ponho-os à-vontade e converso, eu rio, ou eles sentem esse à-vontade e abrem-se mais comigo.” (E6; ur14B) “Pelo grau de escolaridade, isto porque, não vais falar para alguém que tenha uma formação superior da mesma forma que falas para um utente que não tenha essa formação e que não tem esse conhecimento. Tento usar a linguagem mais adequada àquele doente. (E6; ur27) Tentar sempre pôr-me um pouco no patamar do doente. Se alguém te diz, que é um teu colega ou que é médico, claro que tens que explicar tudo, porque naquele ramo o enfermeiro ou médico até pode (...) não ter conhecimentos. Mas não vais falar da mesma maneira que um doente com grau de aprendizagem inferior. (E6; ur30) “(…) dou experiências, dou testemunhos meus, muitas vezes penso entenderem..., faço um desenho, quando é para fazer a tricotomia, aponto para a minha barriga, a área que eles têm que fazer. Não posso dizer a tricotomia, que eles muitos não entendem. Rapar os pelos, tirar os pelos”. (E6; ur35) “Esqueceu-se [de falar do problema à médica]. Eu acho que isso tem a ver também com o à-vontade que nós demonstramos a falar com as pessoas. As pessoas depois, abrem-se mais. Temos talvez outra, capacidade de falar com os doentes. Apesar que a [nome da médica da UCA], que foi a médica que estava hoje, também tem esse, fala e fala com os doentes, e é muito interativa e é muito receptiva, essas coisas” (E7; ur42) “Normalmente, eles não nos ouvem por ansiedade do <i>“como vou ficar, e que não sei quê...”</i> É raro, quando a pessoa já não tem a capacidade cognitiva de nos entender, embora eu não fale, não uso muitos nomes técnicos, porque sei que eles não me vão entender e quando eu falo sem querer, <i>“entendeu o que eu disse?”</i>. E ele: <i>“Não, senhora enfermeira, não entendi muito bem”</i>. Eu tento falar de outra forma. Que sei que que eles não me entendem.” (E8; ur70b)	7

	“Depois usam os palavrões, que os próprios utentes não sabem o que é: “O que é isso de laparoscopia? O senhor enfermeira, o médico disse que era por uns furinhos, por laparoscopia. O que é que é isso?”. Tu tens que desmistificar essas falhas.” (E8; ur164) “[O enfermeiro traduz numa linguagem] Mais corrente. Porque nem todos são professores, nem todos são doutorados. Há muitos nesta área, zona piscatória, zona agrícola, que não têm conhecimento disso e o que o vizinho fez, pode não ser o que ele vai fazer. Nós sabemos isso.” (E8; ur165) “Tentas adequar [o discurso] isso. É uma pessoa com um discurso mais simples, se usares termos muito técnicos, eu sei que há interesse em educar as pessoas e se a gente for demasiado básica, também corre o risco de ser mal interpretada. Eu acho que é sempre importante a gente ir de encontro à pessoa que temos. (E9; ur30) “Mas eu permito na conversa ser interrompida e ser retorquida numa outra questão, numa outra dúvida, eles vão perguntando, e uma pessoa esclarece, em relação às dúvidas. No final, pergunto se precisa de esclarecer qualquer coisa.” (E9; ur85) “Faço sempre uma pergunta: “Posso ajudar em mais alguma coisa?” “É preciso explicar alguma coisa?” Sempre, acabo sempre a consulta assim. (E9; ur86a) “Explico, mostro no guia, temos a foto da entrada do edifício. “Entra por esta porta, dirige-se ao segurança”, sempre. Portanto, não é aquela pergunta tipo: “agora diga lá, aquilo que eu lhe disse”, que supostamente será o mais adequado. Mas acho que também não está muito errada, da maneira que faço.” (E9; ur87)	
Avaliação da compreensão do conteúdo da consulta	Válido sempre no fim, nomeadamente, pergunto-lhe: “então, vai ser operado no... naquele o dia à tarde. O jejum é partir de que horas? E depois pode beber água? Não pode?” Valido tudo isto. “E o que é que tem que trazer?” E o utente refere-me: “um saco com o pijama, com uns chinelos, tenho que estar em jejum a partir das 7, tenho que tomar os banhos com a clorexidina à noite e antes de vir, o mais próximo da hora de vir para o hospital”. Valido tudo, ou seja,, mas guio-me pelo guia do utente. (E1; ur32) Faço o ensino por essa ordem e no final valido tudo com o doente.” (E1; ur33) “É assim, [a avaliação] eu acho que já temos experiência de quando olhamos para um utente e vemos se ele está a perceber ou não. Porque vê-se que alguns utentes parecem que ficam meios perdidos. “E como é que é?” E pronto, essa é uma questão de repetir” (E2; ur46). “É um bocado a experiência e tentar perguntar e que ele me responda o que eu lhe fui ensinando, para ver se ele realmente percebeu ou não. Alguma experiência para perceber, se o se o utente está a compreender a informação ou não.” (E3; ur14) “Volto atrás e pergunto: “então como é que vai fazer?” Depois conforme a resposta, eu sei se tenho de insistir ou não. Faço um refresh.” (E4; UR39) “Ou então pela própria percepção que tenho de que o doente vai percebendo, está ali tudo escrito, leva um papelinho, conferiu comigo, viu o papel, eu viro folheto para os doentes verem, lerem e perceberem aquela informação que lá está toda escrita. Eu não acho que tenho muitas dúvidas que os doentes não percebem ou alguma informação falha.” (E5; ur60) “É complicado, não consegues saber tudo. “Está a perceber? Percebeu? Diga.” E ele [responde], “Sim, é isso. É isso, tenho que tomar estes dois banhos.” Eu disse, “Sim e quando?”, “Já não sei, um é antes e o outro é depois da cirurgia”. Percebes? Basta às vezes uma simples pergunta e tu consegues-te aperceber que ele não está [a compreender]. (E6; ur66) “O próprio fácies dele está a divagar enquanto estás-lhe a explicar, tu estás a ver que ele não te está [perceber]. E consegues ver pelo doente, pela postura, a forma como ele te fala, consegues-te aperceber que o doente não está [a perceber] É muito importante que tu estares [atento]” (E6; ur68) “No fim digo assim: “Então, diga lá então Ora a cirurgia é dia 23, quando é que vai tomar banho? Ou em que dia?” E o doente muitas vezes não te sabe explicar.	9

	Claro que esta questão e este reforçar não é a todos. Faço-o no geral (...)” (E6; ur70) “(…) mas há aqueles que tu está a perceber que o doente está a entender ou porque já foram operados há pouco tempo. Isto acontece muito nas lateralidades das mãos. Ou porque percebes que o doente realmente está a entender.” (E6; ur71) “A seguir, pergunto a confirmar, a validar se percebeu. Tento perceber com a pessoa, mesmo a tricotomia, que é que ela percebeu, se há dúvidas. Tento perceber, mesmo a nível de medicação e assim, de maneira que não haja dúvidas. (E7; ur32) Como é que depois valido que ele adquiriu conhecimentos? No final da consulta, primeiro depois, nós vamos ao nosso foco, aos nossos diagnósticos de enfermagem, e vamos mesmo lá, tem mesmo validar, avaliar conhecimentos pré-operatórios. E depois, ensinar sobre. Avalio esses itens e pergunto mesmo: “Há alguma dúvida que...?”. (E8; ur56) “[A consulta de enfermagem] não é o momento e a própria [enfermeira chefe], também nos pede isso. Não é o momento para nós vermos se ele adquiriu conhecimentos. Esse momento é o contato pré-operatório [da véspera da cirurgia] ou deverá ser feito no contato pré-operatório [da véspera da cirurgia].” (E8; ur57) “Na consulta, eu ensino-lhe o que ele tem que fazer e não fico preocupada em se ele adquiriu conhecimento ou não. À priori, por pouco contato que eu tive com o utente, já sei se ele adquiriu conhecimento ou não. Porque se ele tiver muito ansioso, esquece, ele não me ouviu. (E8; ur62) “E quanto à validação do conhecimento, eu não fico preocupada se ele adquiriu ali [na consulta pré-operatória] conhecimento, mas sim no contato. Quando eu faço contato pré-operatório, aí eu tento validar, se ele adquiriu conhecimento e se eu vejo que eu não adquiriu, nem que eu peça para que ele venha cá, com um acompanhante para ouvir novamente e dar presencialmente outra vez as indicações.” (E8; ur67) “Se calhar, não faço avaliação mais correta que é: “ora, repita lá tudo o que eu disse.” Que isso provavelmente seria o mais (...) eficaz para saber o que ficou retido.” (E9; ur79) “Pronto, no final explico. Deixo sempre em aberto, ou seja, permito sempre, ao explicar, permito sempre que o utente returca alguma coisa.” (E9; ur84a) “A gente ainda nem falou, ele diz que já percebeu. Nesses que dizem que percebem tudo, ou escrevemos na consulta, alguma observação do género, “ou que percebe tudo”, “achamos que pouco atento na consulta”, a... validar. (E9; ur94) Porque depois temos o contato pré-operatório onde podemos voltar a avaliar toda esta informação. E nós quando fazemos este contato, podemos reforçar novamente toda a informação que foi dada na consulta. Nós temos sempre uma segunda oportunidade.” (E9; ur95) “E existe sempre a possibilidade, se houver necessidade e vontade do doente, embora isso dá algum transtorno, podemos marcar uma segunda consulta de enfermagem. Existe abertura por parte do centro hospitalar e do Serviço. Não nos impedem de o fazer.” (E9; ur97) “E muitas vezes no contato pré-[operatório do dia anterior à cirurgia], alguma informação que se escreva, já nos alerta para no contato pré-operatório estar mais atento: “diga lá, e como é que faz?”, e uma pessoa consegue perceber, reforçar porque, mesmo que a pessoa não entenda muito bem, ou não tenha entendido muito bem na consulta, (...) a gente só tem que insistir novamente na informação. (E9; ur99)	
--	---	--

Ensino direcionado à pessoa significativa	“Há utentes que não assimilam informação, e que mesmo os ensinamentos, às vezes tem que ser feitos, por exemplo, à família porque os utentes não vão assimilar.” (E2; ur50) “Se houver algum dado da consulta de anestesia, se eu já tenho alguma informação, que tenho um doente que tem doença de Alzheimer e que não é capaz, eu não vou centrar a consulta nele, terei que centrar a consulta na prestadora de cuidados, que foi o que aconteceu.” (E3; ur8b) “Pois depende do nível de dificuldade. Se é uma pessoa que tem dificuldade em compreender, mas até que cumpre as ordens, as orientações, nós até podemos envolvê-lo no processo e ele vai cumprindo o plano que temos definido. Agora, quando é uma pessoa completamente incapaz de assumir algum papel no seu plano de cuidados, tenho mesmo que centrar no prestador, na mãe, em quem for o responsável.” (E3; ur32) “Quando é uma pessoa completamente incapaz de assumir algum papel no seu plano de cuidados, tenho mesmo que centrar [o ensino] no prestador, em quem for o responsável.” (E3; ur32b) “quando são deficientes, normalmente vêm acompanhados (...).” (E4; UR45) “Imagina que entra na consulta um utente, em que não tem mesmo capacidade e eu aí até posso não fazer a consulta. e marcá-la para outro dia, em que ele venha acompanhado com um familiar, um amigo, uma pessoa chegada. Porque não requer que sejam familiar. Imagina que ela tem vizinhos, que se dão muito bem, esses podem ser os prestadores de cuidados.” (E8; ur69) “[As pessoas em SPO com dificuldades cognitivas] Por norma eles, os próprios utentes, já se conhecem e não vêm sozinhos.” (E9; ur88)	5
Documentação da consulta pré-operatória no processo clínico da pessoa em situação perioperatória	“Sim [registo os ensinamentos específicos] no SClínico, no processo de enfermagem.” (E1; u19) “Se bem que há uma maioria de utentes, em que o registo é praticamente igual, mas obviamente que sim. Cada caso é um caso, e no processo de enfermagem, esse registo pode variar de acordo com o utente.” (E1; ur21) “No SClínico, na árvore da avaliação inicial, existe os “OUTROS DADOS”. Muitas vezes ali, cai informação que que não entra em mais lado nenhum, apesar da árvore ser extensa, e tem que ser descrita em “OUTROS DADOS”. Por exemplo, o utente de hoje, achava que não era preciso ir buscar ninguém e não tinha ninguém. E ficou [de resolver]” (E2; ur35) “Referencio na avaliação inicial, por exemplo, se foi iniciada a orientação sobre, treino de marcha com canadianas, registo na parte dos equipamentos adaptativos. Se tem indicação para trazer suspensor [de braço], também registo. Sapato Baruk, se tem alguma orientação já diferente do habitual, vou registando na avaliação inicial e também posso iniciar o processo de enfermagem.” (E3; ur17) “Eu não faço muito [registos sobre a pessoa], não faço muita apreciação da pessoa, das dificuldades., não registo. (...) Em relação [registo informáticos] não faço muito.” (E4; UR27) “Sim, às vezes Há informações que [devem ser registadas]. Há alguns aspetos que, por exemplo, Dados que falem. Por exemplo, uma doente não sabia quem é que a vinha buscar, coloca-se lá: “vai arranjar o familiar ou foi informada.” exatamente, “foi informada de que...”. Por exemplo, naquele caso era a tricotomia que fui lá escrever.” (E5; ur81) “Ou às vezes notas, alguma coisa que o doente nos verbaliza à posterior, Por exemplo, foi à consulta da anestesia ou tem algum recado... Às vezes, a própria consulta da anestesia tem alguma salvaguarda. E às vezes é importante também transcrevermos essa informação para os nossos registos” (E5; ur82) “[No dia da cirurgia], não temos por hábito, ir consultar a consulta de anestesia. E tentamos transcrever alguma informação [da consulta de anestesiologia], por exemplo, se vai suspender antidiabéticos orais, que é o normal ou se vai fazer	9

	alguma coisa mais específica, a gente tenta passar para Avaliação Inicial.” (E5; ur87) “Nós temos por hábito, até escrever no fim, na própria folha, “sem consulta de Anestesia” ou “consulta só de enfermagem”, que é para salvaguardar também esta parte de que pode nos ter falhado alguma coisa ou não, que nos tenha escapado.” (E5; ur107a) “[situações que requerem avaliação médica], fala-se com a [enfermeira chefe], depois fala-se com a [diretora da UCA] se for uma questão da anestesia, depois falas com o cirurgião se for... Mas fica tudo apontado na folha de enfermagem (...).” (E6; ur97) “Ela se confrontada várias vezes, desenvolve crises de pânico, ela próprio o expressou. E por acaso ela esqueceu-se de referenciar isso ali, à anestesista, mas eu tive até de pôr em letras grandes e gordas essa situação. Que é para depois termos cuidado mesmo no dia da cirurgia.” (E7; ur38) “Sim, eu ponho sempre quando vejo, às vezes até já fechei o sistema e quando ela me dá uma informação extra, eu abro, vou pôr na minha consulta. Eu ponho aquilo que é de valorizar nalgumas situações, ponho em letras gordas que quem recebê-la, chama a atenção, em letras grandes. (E7; ur90) “Quando eu vejo que vai interferir na admissão, eu faço [registo da informação]. Imagina que é uma Senhora que tem o nível da memória fraca, faço referência a isso, que é para a colega da admissão nunca fazer ensinos sem acompanhamento.” (E8; ur89) “Faço [registos], imagina que [tem problemas], que estão a interferir a nível familiar, que lhe está a angustiar muito. Para a pessoa que fez a admissão, ter suscetibilidade para esse problema.” (E8; ur90) “Identifico [em registo] também o diagnóstico de ansiedade, porque sei que à priori, quando fizer a admissão, ele vai ser igual, que é para a colega estar suscetível a isso (...)” (E8; ur94) “Se não houve alteração nenhuma da consulta que ele teve anteriormente, eu assumo que o é para uma, é para outra. Assumo, mas escrevo sempre, para salvaguardar-me. Que na consulta que ele teve no dia X. Consigo ver quem fez a consulta, mencionou que deu indicação ao utente.” (E8; ur127) “ (...) nós fazemos muito mais para além do que está registado. (...) E como é que tu registas, que tu agora vais ter que explicar o que o utente vai fazer, porque o médico não explicou. Não tens como registar isso, e no entanto, às vezes estás com o utente para aí 1 hora.” (E8; ur171) “Os registos da consulta têm algumas exigências porque os nossos procedimentos dizem que eu tenho que escrever em todos os campos [do formulário da Avaliação Inicial] da consulta da enfermagem.” (E9; ur44) “Tu tens caixas abertas onde podes registar, por exemplo, hoje as informações que eu registei, foi na caixa do Convivente Significativo. Eu escrevi. “Mora sozinho, informado dos critérios para cirurgia de ambulatório e a resolvida a situação.”” (E9; ur70) “[os registos] Não [traduzem tudo o que eu fiz]. Aquilo só diz que eu fiz um ensino sobre jejum, sobre a preparação pré-operatória e sobre [a cirurgia]. Aquilo é só um grão daquilo que nós fizemos.” (E9; ur114) “Depois chegas [aos registos do Processo de Enfermagem no SClínico], aquilo é tudo igual para todos. Não te permite particularizar. Tu em termos de registos, os utentes da cirurgia do ambulatório têm uns registos muito sobreponíveis. E os doentes não são [iguais]” (E9; ur117)	
Gestão do tempo de	“Porque, por exemplo, eu quando começar, depois para o fim, eu também vou acelerar mais as minhas consultas. Já não vou ter, não é a disponibilidade, mas sei	3

duração da consulta	que as pessoas estão a acumular-se ali, estão fartas de estar ali sentadas, à espera.” (E4; UR55) “[ter doentes à porta à espera] faz com que eu comece ali a apressar-me a mim. Ou seja, os meus próprios registos, as minhas coisas. E às vezes deixo pendente alguma informação ou, no caso dos diagnósticos de enfermagem, depois para prescrever posteriormente isso, (...)” (E5; ur66) “(…) então eu tento abreviar ali, de alguma forma, que o doente vá o mais rápido possível embora (...) Mas depois os meus registos e alguma informação que eu acho mais pertinente até vou buscar a informação da consulta da anestesia. Depois faço à posteriori (...)” (E5; ur70) “Porque eu, para fazer aquilo na hora, eu ainda vou atrasar mais um bocadinho as consultas. Começa a acumular, as pessoas começam a ficar aborrecidas porque estão à espera e eu entendo, porque eu também não gosto de ficar à espera nas consultas. E depois aquilo começa-me a causar stress,. E eu começo a ficar impaciente. E depois, e aquilo não é bom para ninguém, não é bom para mim, não é bom para os utentes, não é bom para a instituição.” (E9; ur59)	
---------------------	--	--

Na área temática, **“Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório”**, das ur expressas pelos participantes emergiram as categorias: **Preparação do ambiente; Consulta prévia do processo clínico da pessoa; Avaliação de necessidades da pessoa; Recurso a ferramentas; Adequação da comunicação/linguagem à pessoa; comunicação/relação terapêutica; Ensino direcionado para a família; Avaliação da compreensão do conteúdo da consulta; Validação da compreensão do conteúdo da consulta; Documentação da consulta pré-op. de práticas educativas no processo clínico da pessoa em situação perioperatória; Minimizar o impacto do tempo de espera à porta do consultório, na pessoa em SPO.**

Preparação do ambiente

Na emersão da categoria, *“Preparação do ambiente”*, tivemos como base as ur onde é evidente a preocupação com a preparação logística da sala onde se vai realizar a consulta, a preocupação com a preparação do sistema informático, com uma antevisão geral dos utentes e do número de consultas previstas e dos procedimentos cirúrgicos agendados. Esta categoria foi mencionada por cinco (5) participantes, a seguinte ur é um exemplo onde é revelada a estratégia de um dos participantes: *“Sim, nós temos uma [metodologia]... alguns pontos para nos orientar na realização da consulta: a preparação da sala, a preparação do computador, consultar o consentimento, consultar a consulta de anestesia prévia (...)”* (E3 - ur6).

Consulta prévia do processo clínico da pessoa

A categoria *“Consulta prévia do processo clínico da pessoa”*, emerge de ur onde os participantes expressam a utilização da estratégia de consulta prévia do processo clínico da

pessoa, na busca de informação relevante, seja informação clínica médica e de enfermagem, informação ético-legal, como o termo de Consentimento Informado, administrativa como a inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia, seja dados biográficos de identificação. Foi referido por sete (7) participantes, como se pode constatar na seguinte ur: *“E vou ver os diagnósticos, muito importante, sempre. E se a descrição que o cirurgião, seja ortopedia, seja cirurgia, da especialidade, escreveu. (...) Principalmente faço essa pesquisa. Exatamente [preparação do que vais dizer] em função das especialidades que vais ter na consulta, os doentes que vão ser operados a determinada especialidade, a determinada patologia. Tenho também os diagnósticos.”* (E4; UR12)

Avaliação de necessidades da pessoa

A categoria *“Avaliação das necessidades da pessoa”*, é um dos focos do enfermeiro, como ficou manifesto nas ur que estiveram na origem desta categoria. Na base desta categoria, consideramos as ur onde os participantes realçam a avaliação das necessidades da pessoa em SPO, das características, do seu grau de conhecimento, da sua capacidade de perceção, do seu nível de ansiedade. Na ur a seguir apresentada, é patente a estratégia utilizada para avaliar as necessidades da pessoa.: *“uma qualidade que o enfermeiro tem de avaliar a pessoa num todo, numa fração de segundos. Numa fração de segundos, conseguimos identificar o tipo de pessoa que temos à nossa frente e quais as necessidades de ensino, que aquela pessoa tem. E ao fim de alguns anos, adquirimos essa capacidade de direccionar”*. (E1; ur13).

Recurso a ferramentas

O “recurso a ferramentas” é uma categoria que é referida por oito (8) participantes, de que é exemplo a ur seguinte: *“Usamos. Temos um guia do utente do nosso serviço, em que quando estou a fazer o ensino, vou-me guiando pela sequência do guia, do guia do utente, do folheto que temos (...)”* (E1; ur18). Na emergência desta categoria, consideramos as ur em que os participantes fazem referência ao uso de ferramentas como recurso adjuvante das suas práticas na consulta. O folheto informativo do utente, é o único recurso que é mencionado pelos participantes.

Comunicação Terapêutica

A *“Comunicação terapêutica”* é uma categoria que surgiu das ur manifestadas pelos participantes, no total de oito (8). Esta categoria emergiu das ur onde os participantes manifestaram a sua preocupação em adequar as suas estratégias de comunicação às características e necessidades da pessoa, como é evidente na ur seguinte: *“Sim, [adequo a linguagem]. Eu obviamente que conforme a pessoa que está, vejo se é preciso falar de uma*

forma ou de outra, o tipo de linguagem que vou usar. Não vou estar a usar termos que eles não entendem.” (E2; ur52). Esta categoria foi referida por sete (7) participantes.

Ensino direcionado à pessoa significativa

O “*Ensino direcionado à pessoa significativa*”, é uma categoria que foi evidenciada no discurso de cinco (5) participantes, e nas ur que serviram de base a esta categoria, os participantes manifestam os motivos que os conduzem a centrar as suas práticas educativas na pessoa significativa, devido à dificuldade da pessoa em SPO, como podemos constatar pela seguinte ur: “*Pois depende do nível de dificuldade. Se é uma pessoa que tem dificuldade em compreender, mas até que cumpre as ordens, as orientações, nós até podemos envolvê-lo no processo e ele vai cumprindo o plano que temos definido. Agora, quando é uma pessoa completamente incapaz de assumir algum papel no seu plano de cuidados, tenho mesmo que centrar no prestador, na mãe, em quem for o responsável.*” (E3; ur32)

Avaliação da compreensão do conteúdo da consulta.

A “*avaliação da compreensão do conteúdo da consulta*”, é uma categoria que pela ur: “*É um bocado a experiência e tentar perguntar... que ele me responda o que eu lhe fui ensinando, para ver se ele realmente percebeu ou não. Sim! Alguma experiência para perceber.... Sim [conhecimentos ligados à experiência acumulada], se o se o utente está, está a compreender a informação ou não*” (E3; ur15). Podemos constatar a utilização de variadas estratégias pelos participantes no estudo. As estratégias são desde algumas relacionadas com técnicas científicas de avaliação da compreensão até à avaliação com base na experiência empírica pessoal.

Documentação da consulta pré-operatória no processo clínico da pessoa em situação perioperatória

A categoria relacionada com a “*Documentação da consulta pré-operatória no processo clínico da pessoa em situação perioperatória*”, emerge de ur que descrevem as situações concretas que estão na base desses registos documentais, onde mencionam, desde as situações de registos genéricos, comuns a todas as pessoas em SPO, e especificam situações concretas que motivam a realização de registos específicos, que pela sua relevância para as fases seguintes do processo de CA. Todos os nove (9) participantes mencionam esta categorias nos seus discursos. Como ur representativa desta categoria, selecionamos a seguinte: “*Sim [registo dos ensinamentos mais específicos aquela pessoa] no SClínico, no processo de enfermagem. (...) Se bem que há uma maioria, há uma maioria de utentes que, que o registo é praticamente igual, mas obviamente sim. Cada caso é um caso, e no processo de enfermagem, esse registo pode variar de acordo com o utente que tenho à minha frente*” (E1; ur21).

Gestão do tempo de duração da consulta

Esta categoria tem origem em ur que evidenciam o desconforto e a ansiedade que pessoas à espera à porta do consultório de enfermagem origina nos participantes (foi mencionada por três (3) participantes, que referem as estratégias que utilizam para diminuir o impacto do tempo de espera sobre os doentes, sendo transversal, que todos procuram diminuir a permanência da pessoa na consulta, abreviando procedimentos, adiando tarefas, reduzindo a disponibilidade para com a pessoa em SPO, como é perceptível pela ur: *“[ter doentes à porta à espera] faz com que eu comece ali a apressar-me a mim. Ou seja, os meus próprios registos, as minhas coisas. E às vezes deixo pendente alguma informação ou, no caso dos diagnósticos de enfermagem, depois para prescrever posteriormente isso, (...)”* (E5; ur66).

3.4.3 Informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório

A consulta pré-operatória de enfermagem pode ser considerada como o momento ideal para a avaliação e preparação da transição saúde-doença da pessoa em SPO para a cirurgia. A consulta pré-operatória de enfermagem no contexto da CA, tem especificidades relacionadas com o facto de a preparação pré-operatória, ser realizada pela pessoa em SPO, no domicílio e tal, implicar a capacitação da pessoa para a gestão do regime terapêutico e promover o autocuidado para a execução da preparação, assim como assegurar a existência de condições para a alta e continuidade dos cuidados no domicílio. Sem o cumprimento de todos os requisitos inerentes à preparação pré-operatória pela pessoa em SPO, coloca-se em risco as condições de segurança para a realização dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, podendo mesmo não haver condições para a realização da cirurgia e sem a existência de condições após a alta, a pessoa não pode sair da UCA. É pela melhoria do conhecimento sobre o regime da cirurgia ambulatória e de todo o processo da mesma, melhoria do conhecimento sobre a preparação pré-operatória nas suas várias áreas, que se atinge os objetivos de uma preparação pré-operatória eficiente e efetiva.

Pode-se considerar que o *“(...) ensino pré-operatório pode ser entendido como uma forma de o cliente adquirir conhecimento e habilidade para participar na sua recuperação de forma responsável”* (Mendes et al., 2020, p. 48). O fornecimento de informação pormenorizada relacionado o interesse da pessoa, desenvolve na pessoa a sensação de melhor preparação para gerir os cuidados necessários no pós-operatório e para o período de recuperação em casa, e promove o aumento da sensação de controlo da pessoa vai de encontro à necessidade da pessoa em ter informação adequada para integrarem as decisões de saúde que lhe dizem respeito (Mendes & Ferrito, 2021).

Na Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem (CIPE), Versão 2015, descreve os termos utilizados nos diversos eixos (oito) para que a sua utilização tenha o mesmo significado em qualquer contextos da prática de enfermagem. O termo INFORMAR, está no eixo AÇÃO e tem na sua descrição, “*comunicar alguma coisa a alguém*” (ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 178). O termo ENSINAR insere-se na ação INFORMAR e tem na sua descrição “dar informação sistematizada sobre temas relacionados com saúde” (ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 116). Vários termos podem ser utilizados para identificar de forma específica e única, as intervenções de enfermagem realizadas no âmbito do eixo de ação INFORMAR como: INSTRUIR; TREINAR; EXPLICAR.

No quadro nº10, relativo à área temática, **Informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório**, apresentamos as respetivas categorias e as ur que lhe deram origem.

Quadro 10 Categorias e respetivas unidades de registo da área temática 3 - Informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório

Categorias	Unidades de registo	nº Participantes
Informação sobre os cuidados pré-operatórios	“Todas estas informações, todo este regime terapêutico que é necessário ao doente para a segurança cirúrgica, a terapêutica que o doente deve ou não suspender, é informado também nesta consulta” (E1; ur10) “Se for uma pessoa pouco ansiosa (...) já não preciso direccionar tanto para a ansiedade e já vou me basear mais no cumprimento do regime terapêutico” (E1; ur16). “(…) é explicar ao doente, o que é que vai ser feito, explicar que durante toda a estadia do doente no ambulatório, que vai ter sempre a equipa da enfermagem junto dele a apoiar e explicar tudo o que vai ser feito (...)” (E1; ur22) “E depois tudo o resto, que é segurança para o ato cirúrgico: os banhos com a clorhexidina, (...) as horas de jejum, tudo isso é importante e é validado nesta consulta.”. (E1; ur28) “Porque em termos de transmissão de, não há muito a fugir, porque a transmissão das informações que eles têm que saber, aquilo é... é o que é. Não, não podemos andar muito a inventar.” (E2; ur12) “(…) há uns ensinamentos mais gerais de preparação, dependendo do tipo de cirurgia, mas pode ser só em termos de jejum.” E3; UR9 “Depende, há uns ensinamentos mais gerais de preparação, depende do tipo de cirurgia, mas pode ser só em termos de jejum. Se é uma cirurgia proctológica, tem a preparação própria.” (E3; ur9b) “(…) informamos sobre que é necessário, o que não é necessário. Muitas vezes, “mas eu vou fazer uma pequena cirurgia, é preciso estar em jejum?” Pronto, todas essas dúvidas, é importante esclarecer antes do dia (...)” (E4; UR4) “(…) é evidente, que a pessoa tem de começar a preparar-se para depois estar disponível para aceitar, seja dieta, seja limitações, de andar de canadianas, sim, isso faço uma referência. Mas normalmente foco mais o pré. Na preparação.” (E4; UR34)	8

	Mas pronto, a gente explica, que é importante aqueles aspetos, dos critérios sociais e aquilo tudo. Pronto, e da própria preparação, do envolvimento do doente para que as coisas funcionem (E5; ur43) “E acho que é importante falarmos do pré e explicar o porquê de estarmos com este tipo de preocupações, mediante a explicação da cirurgia e do que poderá acontecer.” (E6; ur88) Fazemos o ensino pré-operatório. (...) os ensinamentos (...) por exemplo, falo sobre o jejum (...) Está protocolado, é para se cumprir. Outro exemplo, os vernizes. Há protocolos para retirar todo o tipo de verniz, seja gel, seja gelinho, há protocolos, para se cumprir. (...) Há o protocolo de Tricotomias, dos banhos, pré-operatórios. (...) quanto à medicação, não está muito protocolado, sigo prescrição de cada anestesiologista” (E8; ur21a) “Portanto, o médico, não prescreve. Claro, se for uma coisa muito específica, claro que ele tem que prescrever. Aí, eu vou ver a consulta que ele fez, para ver se há alguma informação que seja útil para minha consulta. Portanto, se há uma informação a nível do jejum que vai interferir na minha consulta, registo: “por indicação do médico tal, deu indicação ao utente para fazer jejum de 4 horas, já estou assegurada, já não sigo, o protocolo porque está ali mencionado na consulta de anestesia.” (E8; ur28) [Em relação à medicação que necessita de alteração], eu só reforço a ideia do médico. Por exemplo: quando há a suspensão de algum antiagregante ou algum antidiabético, eu pergunto sempre, vejo se há registos, se o médico aferiu perante isso. Claro que os anti-hipertensor dizemos logo que sim, que eles querem sempre que sejam administrados da parte da manhã.” (E8; ur31) “[anti-hipertensores] está protocolado também, estamos seguros pelo protocolo. Quanto aos restantes medicação, diabetes e isso, normalmente, há indicação do anestesiologista que faz a consulta. Portanto a parte de medicação é muito a parte médica. Eu só faço o reforço do ensino que ele lhe fez. (E8; ur34) “Porque é esse o nosso foco, a consulta é antes da cirurgia, é do pré-operatório.” (E8; ur66) “Deixa de ser tudo uma incógnita. E começa a ser uma coisa mais esclarecida (...) E o utente passa a perceber qual é que vai ser o circuito dele, desde o pré-operatório até ao pós-operatório, porque na consulta de enfermagem, nós damos uma perspetiva do antes, do durante e do após.” (E9; ur4) “Um bocado também em função do objetivo que o utente pretende. Às vezes temos utentes que pretendem saber tudo. E outras vezes temos utentes que não pretendem saber nada. E interessa-nos respeitar o espaço do utente. Porque há pessoas que ficam muito ansiosas se souberem muita coisa. E uma pessoa tem que ter noção de conseguir respeitar esse espaço, ou esse desconhecido não querer saber tudo.” (E9; ur7)	
Informação sobre os cuidados pós-operatórios	“(…) informação que é transmitida é exatamente o percurso; tudo o que vai acontecer desde que entra até que sai. E aí vamos ao pormenor de quando entra, vai para uma sala onde vai substituir, onde vai trocar de roupa, vai vestir uma batinha de bloco. Explicando isso tudo. Vamos ao pormenor e o doente, só o facto de ficar a conhecer o percurso que vai fazer, o que é que lhe vai ser feito. Informar que vão puncioná-lo, que vão avaliar atenção arterial. Parecendo que não, isto são coisas que vão diminuir aquela incerteza (E1; ur27)	7

	“Se é uma cirurgia ortopédica, também já vamos inserindo os ensinamentos do treino de marcha, da autoadministração da profilaxia antitrombótica, de mobilidade, suspensor de braço, vamos introduzindo já alguma informação sobre tudo isso (...)” (E3; ur10) “É evidente, que a pessoa tem de começar a preparar-se para depois estar disponível para aceitar, as limitações, o andar de canadianas, sim, isso faço uma referência na consulta. (E4; UR33) “[os utentes] não sabem que têm de estar no serviço determinado número de horas. Pensam que é fazer a cirurgia e ir logo embora. E ficam admirados: “então é uma pequena cirurgia e tenho de ter quem me venha buscar?!” o enfermeiro tem de explicar, que será submetido a uma anestesia geral, que não fica nas faculdades dele total, o que é uma anestesia, uma sedação.” (E4; UR50) “E então tive oportunidade para lhe dizer: “Olhe, aquilo que me tenho apercebido, que os pós-operatórios, no caso da cirurgia que vai fazer das varizes, não são assim tão simples. Tem que estar x dias, no caso são 10 dias com aqueles pensos e tal”. E já fui fazendo algum ensino nesse sentido. Quando tenho oportunidade. (...)” (E5; ur28) “Pronto, de que aquilo pode ser um problema, muitas vezes eles próprios também nos questionam sobre o pós-operatório.” (E5; ur29) “E acho que é importante falarmos do pré e explicar o porquê de estarmos com este tipo de preocupações, mediante a explicação da cirurgia e do que poderá acontecer. Por exemplo o utente pergunta “Porquê ficar um mês sem fazer esforço quando é operado a uma hérnia? E eu expliquei-lhe o que é uma hérnia. E a pessoa não faz ideia o que é uma hérnia.”” (E6; ur89) “Destes que tive hoje, metade não sabia [o que é a Cirurgia Ambulatória]. Houve um que disse: “<i>Eu vou embora a passar lá para as 11</i>”. E eu disse: “<i>Não, o senhor vai embora lá para meio da tarde.</i>” “<i>está a brincar comigo?!</i>”, eu disse, “<i>Não, não estou a brincar consigo.</i>” (E7; ur84) “[em relação] ao Pós[-operatório], [os ensinamentos, a informação] é [limitada]. Normalmente eu não entro muito no pós-operatório. Há muitos que me perguntam por questões profissionais SE interfere muito a nível profissional, eu dou uma ideia, para terem uma noção. Mas peço, “não vamos falar do pós-operatório, eu quero que se foque no pré. Porque a minha função nesta consulta é a preparação pré e não pós.” (E8; ur78) “(...) portanto, não foco muito [o pós-operatório], porque depois é muita informação para o utente. Se ele está focado no pós-operatório, ele não se vai focar no pré-operatório, e depois o que é que muitas vezes acontece? quando chega cá, não cumpriu nada. Não fez o jejum como deve ser, não leu, não tomou os banhos.” (E8; ur80) Eu digo sempre o que é o regime de ambulatório. Que é operada e não fica internada mais do que 24 horas. “Se houver a necessidade de ficar mais do que 24 horas, automaticamente deixa de ser em regime de ambulatório, passa a ser em regime de internamento, haverá possibilidade de ser transferida para a [hospital central], para ficar com mais vigilância (...)”. (E8; ur136) “Informo sempre o utente, [sobre a possibilidade de ficar internada]. Porque pode acontecer. Por exemplo, nas Histeroscopia, quando há perfurações uterinas. O utente vai dizer assim: “então disseram-me que eu não ia ficar e agora até vou	
--	--	--

	transferida?”, eu acho que sempre bom dar conhecimento ao utente.” (E8; ur137)	
Informar sobre critérios sociais de inclusão na cirurgia ambulatoria	“Portanto, nós temos um panfleto onde existem os critérios [sociais] que têm que ser cumpridos para terem condições para ser operado na UCA.” (E6; ur16) “(…) tive que o informar de tudo, o porquê de ter que ter um acompanhante durante a noite, o porquê de ter quem o venha buscar, pois também não pode conduzir.” (E6; ur18) “Explico o porquê de ter que vir um familiar buscar; a importância de eles não irem sozinhos para casa. Importância de estar o acompanhante em casa e de ser um familiar que tenha capacidade de o ajudar, caso ele necessite no pós-operatório.” (E6; ur37) “A nossa parte é focada na parte social, se eles têm critérios a nível sociais e depois a nível do ensinamento pré-operatório.” (E8; ur2) “E começo a dizer: “a pessoa que vier buscá-la, tem que vir ao serviço. Não pode a senhora descer, sair do hospital sozinha. Tem que vir e ouvir o que a gente diz, porque é uma segurança, a senhora foi anestesiada.” (E8; ur145) “A pessoa tomou consciência do que é que precisa de fazer e tem a situação resolvida. São pessoas que moram sozinhas. Ainda não sabem com quem é vão ficar, ainda vão falar com as pessoas e não sei quê. E por norma, orientamos a pessoa para quando vier à cirurgia [ter a situação resolvida]” (E9; ur71b)	3
Informação sobre os procedimentos burocráticos do regime da cirurgia ambulatoria	“os doentes estavam cheios de dúvidas, mesmo em relação ao [regime da CA], também à cirurgia em si, mas a tudo, se podiam adiar. Às vezes é um bocado de secretariado, nós também fazemos secretariado, às vezes. Não é só de enfermagem.” (E2; ur28)	1

Informação sobre os cuidados pré-operatórios

A “*Informação sobre os cuidados pré-operatórios*”, é uma categoria que emergiu das ur nas quais os oito (8) participantes se referem à informação fornecida à pessoa em SPO, que como a designação o indica, informação esta relacionada com as indicações necessárias para a plena preparação pré-operatória para que a pessoa no dia agendado para a cirurgia, reúna as condições para ser operada. Nas ur, é manifesto que o foco dos ensinamentos incide na transmissão de informação sobre o pré-operatório, podendo em alguns casos ser mais abrangente sobre outras etapas do processo de CA, como o dia da cirurgia e o período pós-operatório, como é evidente na ur: “*Todas estas informações, todo este regime terapêutico que é necessário ao doente para a segurança cirúrgica, a terapêutica que o doente deve ou não suspender, é informado também nesta consulta*” (E1; ur10).

Informação sobre os cuidados após a admissão e no pós-operatórios

A categoria “*Informação sobre os cuidados após a admissão e no pós-operatórios*”, emergiu das ur onde os participantes referem a informação fornecida relativa ao período após a admissão e sobre o pós-operatório, foi mencionada por seis (6) participantes. Consideramos

nesta categorias, as ur que mencionam a informação fornecida relativa ao período após - admissão, o tipo de informação fornecida e os assuntos abordados no âmbito do pós-operatório: *“Se é uma cirurgia ortopédica, também já vamos inserindo os ensinamentos do treino de marcha, da autoadministração da profilaxia antitrombótica, de mobilidade, suspensor de braço, vamos introduzindo já alguma informação sobre tudo isso (...)”* (E3; ur10).

Informar sobre critérios sociais

Na categoria *“Informar sobre critérios sociais”*, consideramos as ur em que os participantes expressam o fornecimento de informação e os ensinamentos realizados pelo enfermeiro, dirigidos aos critérios sociais e à melhoria do conhecimento nesse âmbito. A categoria foi mencionada por três (3) participantes e como ur representativa apresentamos a seguinte: *“Explico o porquê de ter que vir um familiar buscar; a importância de eles não irem sozinhos para casa. Importância de estar o acompanhante em casa e de ser um familiar que tenha capacidade de o ajudar, caso ele necessite no pós-operatório”* (E6; ur37).

Informação para orientação sobre os procedimentos burocráticos do regime da cirurgia ambulatoria

Esta categoria emergiu de uma ur onde o participante revela a intervenção para orientação da pessoa no âmbito do processo burocrático da gestão de agendamentos da CA. Tal é manifesto na ur: *“os doentes estavam cheios de dúvidas, mesmo em relação ao [regime da CA], também à cirurgia em si, mas a tudo, se podiam adiar. Às vezes é um bocado de secretariado, nós também fazemos secretariado, às vezes. Não é só de enfermagem.”* (E2; ur28)

3.4.4 Fatores que interferem na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio

No quadro nº11, apresentamos a área temática **“Fatores que interferem na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio”**, apresentamos as respetivas categorias, subcategorias, e as respetivas ur que estão na sua origem.

Nesta área temática, após a análise realizada das ur que consideram os fatores que influenciam as práticas dos enfermeiros na realização da consulta, e pela análise do discurso dos participantes emergiram duas categorias amplas que designamos como **facilitadores** e **dificultadores**. Os fatores que os participantes, nas ur respetivas, consideraram como tendo influência positiva ou facilitadora nas práticas dos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem, foram agrupadas numa categoria ampla que se designou por **“facilitadores”** à qual foram alocadas subcategorias que emergiram das análises das ur respetivas. Os fatores que pela

análise das ur, se consideraram terem influência condicionadora, limitadora ou dificultadora na realização da consulta e nas práticas dos enfermeiros, foram igualmente agregados numa categoria ampla que se designou como “**dificultadores**”, na qual se alocaram as subcategorias, que emergiram da análise das respetivas ur.

Quadro 11 – Categorias, subcategorias e respetivas unidades de registo da área temática 4 - Fatores que interferem na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório

Categorias	subcategorias	Unidades de registo	Nº participantes
Facilitadores	Consulta de enfermagem e de anestesiologia realizadas no mesmo dia	“Acho que é bom terem a consulta com o anestesista e o enfermeiro no mesmo dia. Facilita tanto para o doente como para nós. E também para o doente, é melhor ter as duas consultas no mesmo dia, porque as informações acabam também por se complementar e é mais fácil.” (E3; ur22) “(…) o doente também expõe dúvidas que acabou por lhe surgir com a consulta de anestesia e também tenta connosco esclarecer isso.” (E3; 23) “A dinâmica em si, o facto de o doente ir à consulta da médica, o doente é avalizado para ambulatório, só depois é que vem para nós Se o anestesista não lhe der o aval, ele não vem para a nossa consulta.” (E5; ur94)	2
	Relação de confiança estabelecida entre enfermeiro-pessoa em situação perioperatória	“E muitas vezes há dúvidas que eles têm mais facilidade em expor com o enfermeiro do que com o médico. Maior proximidade entre o enfermeiro e o utente do que com o médico. Os doentes, não se sentem tão à vontade [com o médico] para expor algumas dúvidas.” (E3; ur29) “(…) ou então simplesmente [as pessoas em SPO] querem chorar, falar, o que seja. Às vezes temos estas pessoas, que necessitam que alguém as ouça. E claro, ficamos ali mais tempo, meia hora ou mais (…)” (E5; ur73) “Não sei porquê, mas acho que é mesmo connosco que eles estão mais à vontade para colocar as questões. Normalmente, quando chegam à nossa consulta, dizem que não colocaram a questão [ao médico] porque acharam que não era pertinente. O médico não os colocou à vontade e acho que nós temos essa capacidade.” (E6; ur5) “Acho que agora o doente dá valor ao papel do enfermeiro. Houve uma altura, até pelo contrário. Até ficava chateado com a nossa consulta, “ter de pagar uma consulta ao enfermeiro? Não se paga uma consulta ao enfermeiro. Ao médico sim, ao enfermeiro, não”. As pessoas já valorizam a nossa profissão e o ensino que nós fazemos. (E7; ur98) “Eu tenho a perceção positiva. Eu acho que eles têm [a perceção positiva]. Como falamos em muitos ensinamentos que não foram falados até ali. Eles vão com uma boa perceção nossa, porque sem aquela informação, eles não poderiam ser operados.” (E8; ur139)	5

		“Sim, [o enfermeiro tem maior sensibilidade às necessidades da pessoa] há. Eu acho que sim, que há. Claro que isso é como tudo na vida, há profissionais e profissionais.” (E8; ur175)	
	Experiência cirúrgica anterior da pessoa em cirúrgica ambulatoria	“(…) alguns [doentes] já são repetentes, pronto e já têm alguma informação (…). Nestes doentes que são repetentes, é mais fácil no fundo, porque eles já têm aquela experiência do serviço.” (E5; ur17) Alguns que foram operados, têm [noção] da Cirurgia Ambulatória. Outros não, outros tenho que explicar tudo. [doentes com experiência] sabem o que a cirurgia de ambulatório implica. Os outros, nós temos que esclarecer tudo, o que é normal, se as pessoas não têm conhecimento. Se eu pergunto, “sabe o que é que é”, eles não sabem. Os doentes não sabem o que é a cirurgia de ambulatório. (E7; ur19)	2
	Experiência anterior da pessoa como acompanhante em cirurgia ambulatoria	“(…) hoje tive uma Senhora que nunca tinha sido operada, mas já foi acompanhante, já foi familiar de alguém. Dificilmente as pessoas já não sabem o que é o ambulatório, (…). Agora as pessoas já percebem como o serviço funciona, que ouviram falar ou então, já tiveram a experiência por um familiar.” (E5; ur41)	1
	Informação escrita fornecida prévia à consulta	“Numa consulta anterior, (…) as médicas de ginecologia nas conizações, dão um folheto informativo, quando o doente vem, já vem de semi-preparado. E depois, no fundo, só tem dúvidas a esclarecer.” (E7; ur73)	1
Dificultadores	Sistema informático inadequado às práticas de enfermagem	“(…) nós temos o problema de não haver interoperabilidade entre [o módulo da] a consulta externa e o e o módulo de cockpit por isso, mas dá para ir buscar o diagnóstico [de enfermagem] que está ativo no módulo de consulta, se quisermos dar continuidade.” (E3; ur18) “É negativo, a demora do sistema informático. É muito moroso, qualquer alteração que faças. Só entrar, perdes uns minutos valentes.” (E3; ur20) “[registos médicos no SClínico] Normalmente, escrevem muito pouco.” (E4; UR10) “Se o computador começa a emperrar, ou se eu tenho um doente que não foi efetivado, não posso fazer registos, tenho o doente à minha frente, tenho de ir ao secretariado, para me efetivarem.” (E4; UR40) O Sistema [informático]. Não, mesmo sem sendo hoje, que ainda tivemos um blackout. Acho que o sistema não nos ajuda. Temos, não sei.... Temos, temos... não é um sistema, temos [o programa informático SClínico] muitos espaços, muitos cliques, muita... (E7; ur55a) “O Sistema [informático]. Mesmo sem sendo hoje, que ainda tivemos um blackout. Acho que o sistema não nos ajuda. Não é um sistema, temos [aplicativo informático, SClínico, com] muitos espaços, muitos cliques, muita... Cada vez mais [o sistema consome tempo ao enfermeiro]. Nós não	4

	podemos nos diminuir muito no tempo, nós temos que explicar tudo ao doente.” (E7; ur56) É próprio sistema [informático, a maior dificuldade]. Eu com os doentes, não tenho, não tenho problema nenhum. É mesmo o sistema. (E7; ur58) “Temos uma consulta que está fora do contexto anestésico. Nós tínhamos 2 sistemas, automaticamente saímos da anestesia e entrava aqui. Agora temos que atribuir sala, atribuir... O sistema é para esquecer. Se isso nos facilitasse.” (E7; ur62b) “E mesmo a consulta, acho que a consulta, a avaliação inicial não está adequada a nós. Não está adequada à nossa realidade. Tudo bem, isto é uma, é uma consulta generalista, para todos. Mas acho devíamos ter uma consulta adequada a nós [UCA]” (E7; ur63) “E eu ao responder a tudo, clica, clica, clica, clica, clica, clica. Eu começo a atrasar as consultas, começo a ter gente lá fora começo a ficar nervosa. E não consigo fazer o processo de enfermagem, ao mesmo tempo que tenho doentes, só consegui fazer do primeiro e tive que acabar de fazer os outros à posteriori.” (E9; ur56) “[componente burocrática dos registos interfere] E na insatisfação. A mim deixa-me insatisfeita.” (E9; ur68) “A minha maior dificuldade, é a parte burocrática, a parte do computador, aquilo dos cliques todos... Nós temos um processo muito miudinho, muito moroso, o preenchimento. A construção do processo de enfermagem. Tu já sabes que é <i>“Conhecimento, avaliar conhecimento pré-operatório”</i>. Tenho que ir ao foco e dizer, que é o conhecimento que eu quero. Depois vou ao diagnóstico e dizer que vou <i>“avaliar o conhecimento pré-operatório”</i>. E vou construir o diagnóstico de enfermagem, vou dizer quais são as intervenções: <i>“avaliar o conhecimento pré-operatório”</i> e o <i>“ensinar sobre pré-operatório”</i>. (E9; ur109) “Eu já sei como faço aquilo, então já me era permitido eu dizer, é este o meu diagnóstico e eu tinha logo direito às intervenções, porque o que eu quero ali, é dizer que faço isto e faço isto.” (E9; ur111) “Porque é que eu tenho que construir desde o princípio? Porque é que eu tenho que começar sempre? É muito moroso. E diagnóstico, e foco, e intervenção, e dar horário, e vai ao mapa, e carrega. Para dizer que fiz um ensino, é... [suspiro].” (E9; ur113)	
Ausência de pessoa significativa	“Tive que dar informações de forma que a pessoa conseguisse vir à cirurgia, até coisas que são um bocadinho fora do âmbito clínico” (...) Entrei se calhar num campo que não tem a ver com	6

		enfermagem, mas que tem a ver indiretamente porque, se a mãe ficar, ela já pode fazer a cirurgia. Se não pode ficar, tem que adiar a cirurgia”, (E2; ur55) “Noto é dificuldade dos doentes em ter acompanhamento. (...) Ele vai com a responsabilidade de arranjar alguém, se não é aquela pessoa, depois vem outra. Para mim é a maior dificuldade.” (E4; UR44) “Eu tive de lhe a dizer, ele não pode vir sozinho: “O senhor vir até pode vir, mas depois não vai poder ir”, [ao que o doente respondeu]. “Aí, eu vou, que eu não tenho quem me venha buscar”. (E6; ur39) “Eu disse que era importante ter um familiar ou alguém, porque ele não tinha capacidade para entender o que eu estava a dizer. Então eu disse, <i>“você precisa ter aqui alguém para o ajudar, para ouvir o que eu estou a dizer e depois o ajudar em casa. O senhor esquece das coisas com facilidade e não vai conseguir”</i>, Não tinha ninguém e que ele que vivia sozinho”. E foi muito complicado. (E6; ur43) “O médico escreveu que ele precisa de pernoita, porque não tinha familiares, pôs a pernoita, mas de manhã coloca essa mesma questão. Quem o vem buscar e quem vai estar com ele em casa. Não sei ainda como é que vou resolver.” (E6; ur46) “Se houver alguma dúvida [em relação à rede social de apoio após alta], essa pessoa é referenciada. (E7; ur34) “Um utente que vive sozinho, automaticamente é excluído do ambulatório. Nós enfermeiros, temos autonomia do excluir. Claro que damos sempre soluções, ou tentamos ajudar o utente a arranjar soluções. Não partimos logo, se o utente nos diz, “eu vivo sozinho”, claro que nós vamos explorar todo o aspeto social dele.” (E8; ur5) “A pressão também é um bocadinho nossa. “Há 2 hipóteses ou [arranja] alguém que vai ficar consigo, e dar-lhe apoio ou vai ser operada no bloco Central e depois fica internada mais algum tempo”. Normalmente, quando a gente fala “internamento”, eles arranjam-nos solução.” (E8; ur135) “Às vezes não está tão suscetível para ouvir o nosso ensino [para período pós-alta], portanto, tem sempre a pessoa que está ao seu lado, que pode reforçar em casa”, dessa importância do acompanhamento.” (E8; ur147b) “Por norma, orientamos a pessoa, tem que ficar com alguém na primeira noite pós-cirurgia. Quando vier para ser operada, tem que ter o problema resolvido. Estando descrito na consulta, quando é admitida, o colega, pergunta-lhe sobre o problema.” (E9; ur72) “E por norma, tenta-se ver qual é a melhor estratégia, às vezes são situações em que se é possível fazer antes a cirurgia com pernoita. Ou até	
--	--	---	--

		fazer a cirurgia de manhã e o doente pernoita e tem alta só de manhã e depois consegue alguém. Depois tem que se avaliar a situação.” (E9; ur103)	
	elevado número de consultas	“[fazer a consulta de forma eficiente], esse é um dos pontos que temos alguma dificuldade pelo número de consultas que temos.” (E1; ur12) “Negativamente é o número de consultas. É um absurdo no meu entender, termos 13 consultas, para podermos naquele tempo dar o nosso melhor como enfermeiros.” (E1; ur36a) “Quando se [tem] muitas consultas, não deixa as pessoas [falarem]. Eu acho que às vezes temos que saber ouvir os utentes.” (E2; ur61) Depois são muitas, é o avolumar. Eu não gosto que os doentes estejam à espera, faz-me confusão ter doentes à porta, e doentes à minha espera, (E5; ur65) “Isso é um aspeto, número das consultas também acho, que por vezes é fazer ali consultas, muitas consultas. 13, 14, é muita consulta.” (E5; ur70b)	3
	Pessoa em situação perioperatória com redução do potencial para melhorar conhecimento	“Depende do nível de dificuldade [na capacidade cognitiva]. Se é uma pessoa que tem dificuldade em compreender, mas até que cumpre as ordens, as orientações, nós até podemos envolvê-lo no processo e ele vai cumprindo o plano que temos definido.” (E3; ur32b) “Sim [não valorizarem o que lhes é dito]. Isso acontece, não é deturpar a informação. (...). Porque às vezes eles dizem coisas: “Que ninguém lhes disse que que não podiam comer, ou que podiam comer”. A informação totalmente contraditória à [nossa prática], o que eu acho quase impossível.” (E5; ur47) “(…) porque muitas vezes são de idade e para procurarem o contato, já lhes custa bastante. (...) Às vezes, os próprios doentes, também são um bocadinho mais lentificados, os mais idosos.” (E5; ur71) “(…) e quando sei que eles não vão ter essa capacidade [melhorar o conhecimento], peço para vir acompanhados. Normalmente, quando eles veem que não têm, o próprio utente, já tem conhecimento que com a ansiedade, não vão memorizar tão bem, e então já vêm acompanhados.” (E8; ur73) “É sempre fácil achar que os outros é que têm que fazer. E eles têm um papel mais passivo. Esta parte, eu acho que é a mais difícil, nalguns utentes. Sim, [envolvê-los] neste processo todo. Eu acho que é a postura, a forma de ele estar, [transfere para a família], a responsabilidade, e ele está ali num ar mais passivo.” (E9; ur17) “(…) quando temos um utente que fala muito rápido, percebe tudo muito rápido. “Sim, sim, sim. Está, está, está.” A gente começa a perceber que eles não têm tempo de absorver aquilo que a gente	4

		está a dizer. A gente ainda nem falou, ele diz que já percebeu.” (E9; ur93) “E muitas vezes chegam aqui [no dia da cirurgia], a não estar [preparadas] tal e qual como [deveriam]. Ou porque entenderam mal. É raro, mas há pessoas muito complicadas e informações que à partida parecem simples e....” (E9; ur100)	
	Baixo nível de literacia em saúde da pessoa da pessoa sem situação perioperatória	“Certo, [antigamente queriam ficar internadas]. Também temos esse oposto, eles querem é ir embora logo, mal acabasse a cirurgia, porque muitas vezes eles dizem-nos: “eu venho fazer uma pequena cirurgia”. A maior parte das vezes acham que é uma coisa muito simples.” (E5; ur44) “(…) já cheguei a ter doentes que nos perguntam, “a que é que eu vou ser operado?” Depois de questionarmos as queixas, “então o senhor já sabe que vai ser a isso”. Ele “sim, mas eu não sei o que é que vou fazer.” Ninguém lhe explicou. Desde a consulta de cirurgia, desde a consulta de anestesia até chegar a nossa, há muitos que chegam sem essa informação, pelo menos estar completada. O que é [a CA], a funcionalidade do ambulatório, não têm de todo [noção].” (E6; ur15) Sabem a que é que vão ser operados e pensam que já vão trabalhar no dia a seguir. Tive um doente que ia ser ao procedimento de uma hemorroidectomia, disse que já ia ser trabalhar no dia a seguir. (E6; ur19b) “O analfabetismo. Esse senhor nem sabia ler! Eu escrevi, só depois de ter escrito, e disse, “Olhe, leia isto várias vezes que é para o senhor conseguir assimilar”, e ele aí é que me disse que não sabia ler. Uma dificuldade é essa.” (E6; ur77) E qual é a patologia, a ver se os doentes estão conscientes, aquilo que têm e que não. “E o que é que vão fazer, alguns deles que não sabem. Certo [doentes já passaram por várias consultas] e não sabem ainda o que vêm fazer.” (E7; ur13) Nós já temos a “UCA Mobile”, mas a maior parte dos doentes não estão recetivos a usar o sistema. Sim [são pessoas de idade]. Não têm [acesso à informação da UCA Mobile]. Daquilo que é da informação que eu tenho, também não tem muita disponibilidade, se for para ver o Facebook, eles tinham mas para isso, não. (E7; ur72) “As pessoas nem sabem o que é a cirurgia, a maior parte deles nem sabe o que é a cirurgia de ambulatório. (...) É esta desvalorização da saúde, da própria da cirurgia. É uma “pequena cirurgia”. Alguns deles acham que vem fazer uma pequena cirurgia. (E7; ur85) “Nós perguntamos, “então, qual é a medicação que faz?”. [E a doente responde], “Não faço nenhuma”. [E eu pergunto], “E não faz a pílula?”, [e a doente responde], “Faço”. Eles não associam. Como a cirurgia, as cesarianas. “Já foi operada alguma vez?”, [E a doente responde], “Não senhora enfermeira, nunca fui operada.” “E então os filhos	4

		foi por parto normal”, [E a doente responde]: “Não, foi duas cesarianas”. Há muito essas falhas, mas é por o utente não associar que é, ou medicação, ou que é cirurgia.” (E8; ur40) “Há cirurgias que eles não associam que é uma cirurgia. Nós fazemos tipo, um reforço à parte anestésica [à consulta de anestesiologia]. Não foi falha, do médico, porque ele perguntou, mas sim esquecimento do próprio utente e não associar.” (E8; ur43) “Preocuparam-se é, em fazer os registos e não lhe disseram mais nada. É claro que ele depois, chega ao fundo do elo da cadeia, que somos nós. E és tu que tens que dar depois soluções.” (E8; ur173)	
	Tempo limitado para cada consulta	“Temos muito a fazer nesta consulta pré-operatória, desde a avaliação ao ensino, que o tempo que temos disponível, é muito, muito pouco.” (E1; ur36b). E para as nossas intervenções prioritárias, o tempo é muito pouco. (E1; ur55) “[na consulta] Neste momento (...) para as nossas intervenções prioritárias, o tempo é muito pouco. Às vezes, os doentes precisam de conversar, desabafar, de expor dúvidas e às vezes não há muito tempo para isso.” (E1; ur56) [maior obstáculo, o maior desafio] Do tempo, claro, obviamente sim. (E2; ur74) “Há consultas que demoram imenso tempo. (...) É complicado, porque tu às vezes queres estender, e já tive consultas a demorar meia hora, e depois tens os doentes todos cá fora à espera, é complicado (...).” (E2; ur22) “O tempo condicionado é complicado, é stressante para quem está a fazer a consulta; saber que tem mais 2 ou 3 ou 4 à espera, lá fora.” (E2; ur62) “Se der tempo, vou consultar, vejo quantos tenho, consultar os processos.” (E6; ur20a) “E ele não tinha capacidade para entender o que eu estava a dizer. Foi, estive uma hora e tal com ele.” (E6; ur42a) Até podia abrir [diagnósticos de enfermagem], se tivesse tempo. Não temos. Nós dantes tínhamos 10, 11 consultas. Com um sistema que até funciona bem, até podíamos ter e abrir esse sistema, diagnósticos que realmente é aquilo que nós fazemos. Com 13 doentes e cada vez temos mais coisas para inserir, não temos tempo. Fazes ensino ao doente e não é valorizado o teu trabalho. Porque não tens onde nem tens tempo para registar. (E7; ur95) “Se nós não temos tempo para dar e disponibilidade da nossa parte, essa informação, alguma coisa vai correr mal. Temos que dar tempo ao utente para expor os seus problemas e nós o conseguimos ajudá-lo.” (E8; ur157)	5

		“E muitos dos utentes entram no nosso consultório com dúvidas das outras consultas, porque não dão informação. Eu acho que o importante é saber ouvir, dar o tempo ao doente e dar informação correta ao doente. E saber se ele, realmente ficou a perceber. É fundamental e nós temos que ter tempo para isso.” (E8; ur160) “Mas às vezes, ocupamos muito tempo com um utente, se realmente nas outras consultas não funcionou.” (E8; ur169) E temos de [ter] tempo, para isso [ajudar o doente a compreender tudo]. Temos de ter tempo para ouvi-lo e para esclarecer. (E8; ur166)	
	Ausência de critérios para inclusão no processo de CA	“(…) quando está um anestesista, ajuda nesse aspeto. Porque ele já faz uma seleção, em princípio é uma triagem em termos de se pode ou não ser operada em ambulatório.” (E2; ur86) “E hoje tive uns doentes que não tinham os critérios sociais. Não tinham acompanhamento nas 24 horas após. Uns não tinham o acompanhamento em casa. Outros não tinham quem os viesse buscar. Outros tinham o fator de dizer que vinham a pé e que iam a pé. Eles não tinham informação nenhuma dos critérios a cumprir para serem operados.” (E6; ur17) “Também havia doentes que disseram que vinham de carro e que iam de carro [a própria pessoa a conduzir]. E quando acabaram por aceitar, aguardei que eles contactassem com algum familiar.” (E6; ur19a) “[O enfermeiro tem] Essa obrigação ou essa função de não deixar que as coisas morram ali. Fazeres a consulta e ele ir embora, não pode. Tem que assegurar [solução para a falta de critérios]. Foi quando eu liguei para a [enfermeira chefe].” (E6; ur51) “(…) normalmente, eu tento arranjar uma solução com as pessoas, mas imagina que não há hipótese. A nossa referênciação é sempre à enfermeira chefe. Dou conhecimento à enfermeira [chefe]: <i>“este doente não tem critérios sociais, não pode ser operado em ambulatório”</i> e então ela depois é que faz a articulação.” (E8; ur131) “Houve alguém que não tinha condições, eu acho que ele não tinha condições habitacionais sequer.” (E9; ur104) “E ajudamos a resolver [critérios sociais], ou seja, orientamos. Que soluções é que podem encontrar para o problema, porque nós dizemos, <i>“precisa disto”</i> e ele, <i>“ah, mas eu não tenho”</i>, <i>“mas pode fazer assim, pode fazer assado, pode”</i>. (E9; ur74)	4
	Desajuste da organização das consultas multidisciplinares	“Ter mais tempo para as consultas, as consultas não serem tão [breves]... Eu sei que estamos condicionados [pelas consultas médicas], porque quando fazemos só de enfermagem, até consegues	

		gerir, há um ou outro doente que vai esperar mais um bocadinho” (E2; ur77) “Porque quando começar, depois para o fim, eu vou acelerar mais também as minhas consultas. Já não vou ter, não é a disponibilidade, mas sei que as pessoas estão a acumular-se ali, estão fartas de estar ali sentadas, à espera.” (E4; UR55) “Então fui ao médico, foi tão rápido, e agora para o enfermeiro, estou aqui à espera?” Dá a impressão de que não estou a fazer o meu trabalho, porque eles estão à espera. Acho que devia haver um maior respeito pelo nosso trabalho, da parte dos médicos. Se a hora é às 3 horas e não é começar às 4. Vai bem condicionar o meu ensino, a minha disponibilidade, a minha capacidade de ouvir o doente. (E4; UR60) “Menos tempo [para o doente] e mais stressante. Não dependermos tanto da [parte médica], mas no entanto, dependemos, porque sem ele ir à consulta de anestesia, nós não podemos fazer a nossa. Se senão, então era independente, a consulta.” (E4; UR62) “Em termos de consulta, como está, limita-nos muito esta dependência. Agora estou sem fazer nada, mas depois tem 5, 6 doentes ali, e isso cria-me stress. Já não vou ter a mesma disponibilidade que tinha se comessem certinhos.” (E4; UR70) “A maior parte das vezes ele já esperou. Depois vem para a consulta da enfermagem, ainda vai esperar mais. E aquilo começa-me a fazer confusão. Ter os doentes à minha espera, (E5; ur67) “(…) de repente começamos a pensar, “começo a ter doentes lá fora, tenho que me despachar”. Às vezes, os anestesistas chamam doentes do final do turno para o início e depois começamos a ter doentes em catadupa, uns atrás dos outros. Exatamente, [mais um fator] de stress, e eu penso que para algumas colegas também será.” (E5; ur76) “(…) por exemplo, hoje, a anestesista que estava, até foi fazendo mais ou menos. Os primeiros até correu muito bem que eu consegui fazer o processo [de enfermagem], a avaliação [Inicial] e tudo sem stress. Depois ela começou a abreviar e eu já comecei a ficar um bocado enrascada,.” (E5; ur78) “Só é trabalhada quando ele chega à tua consulta [de enfermagem], és tu que vais explorar esse campo, e ele já tem consulta marcada, já tem a cirurgia marcada e não têm os critérios cumpridos.” (E6; ur56) “Muitas vezes a cirurgia já está marcada. E vai-te complicar porque o doente já tem uma data e desmarcar, mesmo que tu peças: “Olha, isto vai ficar pendente, vou falar com os meus superiores para tentar resolver a questão social.” (E6; ur83)	
--	--	--	--

		“É, lido um bocado mal com [haver doentes no exterior], com os atrasos. Mas eu acho que é um defeito, meu.” (E9; ur101)	
	Inadequação da triagem de pessoas em situação perioperatória para a consulta pré-operatória autónoma de enfermagem	“(…) quando está um anestesista, ajuda nesse aspeto. Porque ele já faz uma seleção, em princípio é uma triagem em termos de se pode ou não ser operada em ambulatório.” (E2; ur86) “[Consulta] só de enfermagem, o desafio é maior porque há coisas que não é decisão do enfermeiro. (E3; ur35) “há doentes que nunca deveriam ter só consulta de enfermagem, se houvesse uma boa orientação para definir quem tem e quem não tem [critérios]. O critério só da idade, não pode ser um critério que limite completamente, porque há decisões a tomar em relação a anticoagulantes, a antidiabéticos, doentes polimedicados, em que a decisão terá de ser do médico e não do enfermeiro.” (E3; ur36) “E temos de levar estes casos à [enfermeira] chefe, para ela coordenar com a chefe da especialidade, ou coordenar com a chefe de anestesia, para haver uma consulta de anestesia para esses doentes.” (E4; UR72) “Quando se faz só de enfermagem, aparece doentes com patologias, que não somos nós que temos que dar resposta a isso. (...) porque eu não tenho de ir triar doentes com patologia. Não é nossa função de enfermagem.” (E4; UR73) “Eu posso achar que o [doente] deve ir ao anestesista. Depois vai ao anestesista e [ele considerar que] nem é preciso. Essa responsabilidade não me cabe a mim como enfermeira. Se for doentes sem patologias, sem nada, agora de doente com morbilidades. Somos nós que fazemos essa triagem, não deveriam chegar a nós.” (E4; UR76) “(…) quando não temos a consulta de anestesia, acabamos por ter mais dificuldade no sentido que, o doente traz medicação que sabemos que tem que suspender, ou tem patologia que não está descrita. Obriga-nos a uma recolha de dados muito maior, a nível do processo. Porque já não tenho ali centralizada na consulta de anestesia o essencial.” (E5; ur99) Claro, quando o doente não tem a consulta de anestesia, temos que tentar... muitas vezes acontece-nos que nós achamos que aquele doente tem que ser visto por anestesia. (E5; ur101) “Mas quando não temos consulta de anestesia, nós temos que filtrar tudo. Filtrar o doente acaba por ser para nós. É um desafio maior, mais demorado. Porque implica que a gente perca mais tempo com o doente.” (E5; ur105) “Mas sim é mais desafiante e eu também prefiro fazer com anestesista.” (E5; ur110)	

		“Dificuldade porque deparaste com problemas que tu não podes nem deves tomar uma decisão sozinha, nomeadamente, de fármacos que sabes que têm que suspender, e não podes ser [tu], não tens a autonomia para [tal] e não tens um médico ali. Reparas que o doente não tenha análises, reparas que é hipocoagulado, reparas que não tem o eletrocardiograma e é um doente já com determinada idade. E não podes fazer nada.” (E6; ur93c) “Um utente foi operado à mão direita e agora vai ser à mão esquerda. Normalmente, esses doentes não precisam outra vez consultas de anestesia, mas eu tenho sempre o foco do anestesista na outra consulta [de anestesiologia] que ele foi operado. Tenho sempre um registo anestésico da [consulta] anterior. (E8; ur109) “[O enfermeiro na consulta autónoma de enfermagem entra] mais na parte [médica], aí, temos que entrar. Mas normalmente não acontece isso porque eles têm sempre uma referência de outras consultas anteriores [de anestesia] feita [até] há 1 ano antes.” (E8; ur114) “[Faço a consulta autónoma de enfermagem] Toda como se fosse para ser operada. Depois, [encaminho] para a enfermeira chefe, que vai fazer a ponte, dar conhecimento à [diretora da UCA] e depois a [diretora da UCA] é que vai assumir se o doente tem critério.” (E8; ur124) “A [diretora do serviço] assumia que todos os doentes ASA I, não precisavam de consulta de anestesia. ASA I, não fazem medicação. Nunca tiveram consulta de anestesia. (E8; ur130) “A avaliação é semelhante, a grande diferença é se a seleção fosse bem feita. Pela informação que nos chegou, o doente que vem ao enfermeiro sem ter de passar pelo anestesista, é o utente ASA I, é o utente sem patologia, o utente sem medicação. Faz sentido. Não é isso que acontece. Eu fiz a hipertensos, a diabéticos.” (E9; ur121) “Para uma pessoa respeitar o princípio da enfermagem, o enfermeiro nem suspende medicação. Como é que eu vou dizer ao doente, que não faz o antidiabético oral, que não pode fazer insulina, que neste dia toma o anti-hipertensor na mesma?” (E9; ur122) “Porque, idealmente será para ASA I, mas depois não é ASA I que nos chegam à consulta. Naquele meu dia não foi, é um hipertenso, um deles até insulina fazia.” (E9; ur126) “Eu, acho que cada um tem a sua tarefa e cada qual tem a sua função e não podemos estar a [exercer funções de outros]. Eu descrevi a medicação toda que o doente fazia. Eu fiz a consulta de enfermagem como costume fazer.” (E9; ur132) “(…) o doente chega, depois vai buscar os medicamentos. É uma consulta que demora	
--	--	---	--

		sempre mais quando é só consulta de enfermagem. Supostamente essas consultas só de enfermagem, devem ser consultas de utentes ASA I.” (E9; ur137)	
	Cansaço	“É extremamente cansativo e é de uma exigência muito grande para conseguirmos naquele tempo, cumprir todo o nosso trabalho. Temos muito a fazer nesta consulta pré-operatória” (E1; ur36) “E é lógico, se agora estou sem fazer nada, mas depois tem 5, 6 doentes ali, e isso cria-me stress.” (E4; UR69) [Pausa de alguns segundos da entrevistada para reformular o pensamento] Estou cansada e depois fico assim. É muito [desgastante], é! A consulta é desgastante (...) quando temos muitas, chegámos a uma altura, cansados. (E5; ur56) “Até porque depois estamos com pessoas diferentes. A informação, depois temos que estar sempre a tentar não esquecer nada. E a ser concisos, e eficientes na informação, que damos ao doente. Perceber, tentar que ele perceba a informação. É cansativo, a consulta há dias que não é assim muito fácil.” (E5; ur57) “Portanto, pode haver falhas da minha parte, então aí, cria-me a ansiedade, que é o nosso cansaço.” (E8; ur99b) “(…) por exemplo, com o meu cansaço, vejo que é um doente muito apelativo, eu falei-lhe sobre jejum e era para falar da preparação intestinal, mas já me perdi porque ele falou de outra coisa. Eu digo-lhe: “Já lhe falei sobre...? Já Senhora enfermeira, ia falar sobre isto.” O próprio utente, chama-me à razão” (E8; ur107) “É diferente, é desgastante mental. Porque é assim, “estás ali numa secretária” em comparação com estares a circular por ginecologia. Em que tens que tirar pernas e pôr pernas.... Tu saís de lá de rastos, mas é fisicamente. Ali é mental, porque tens de fazer um esforço mental se estás para todos os parâmetros, se estás a envolver-te, se estás a fazer os ensinamentos corretos, se é a pessoa certa. E tens que fazer ali um exercício mental.” (E8; ur177)	
	Dificuldade na Abordagem da pessoa com ansiedade	“É o controlo da ansiedade [onde sinto mais dificuldade]. O controle da ansiedade da pessoa...” (E1; ur3a) “A maior dificuldade é no controle da ansiedade do doente (...) que varia muito e exige mais (...). Porque, cada doente é um doente, cada pessoa tem a sua particularidade e a nossa intervenção perante a ansiedade daquele doente, nunca é igual.” (E1; ur44) “Relativamente à ansiedade. É completamente diferente de pessoa para pessoa [porque] as experiências anteriores são diferentes, as informações que trazem de familiares e amigos são	

		diferentes. A maior dificuldade, o maior obstáculo que eu sinto, é exatamente essa.” (E1; ur47) “Quando eu estou a fazer o preenchimento da árvore da avaliação inicial e vejo que o utente nem me está a ouvir, eu paro e digo assim: “o que é que lhe está a preocupar?” E dou-lhe o espaço dele, tento ajudá-lo e resolvo aquele problema, porque se eu não conseguir resolver esse problema, eu sei que ele nunca me vai ouvir. Não está a prestar atenção ao que eu estou a [dizer], e quando eu fizer o ensinamento, que é o meu foco principal, ele não vai ouvir. É então que tento, primeiro resolver a ansiedade dele, e identifico também o diagnóstico de ansiedade, porque sei que à priori, quando fizer a admissão, ele vai ser igual.” (E8; ur93) “Se for um utente que esteja sempre a questionar, que tu vejas que ele está muito ansioso e que queira saber, vai interferir no teu foco, que é ensinar lhe sobre o pré[-operatório], e se ele quer saber outras coisas e depois quer falar sobre a vida dele, isso vai interferir porque depois perdeste um bocadinho nas tuas ideias.” (E8; ur104)	
	Dificuldade na abordagem da pessoa com doença complexa	“a cirurgia de ambulatório abrange cada vez mais pessoas, intervimos num maior número de pessoas, que noutra altura não entravam neste tipo de regime e que agora [entram]. Cada vez é mais complexo, tanto o tipo de cirurgias, como os utentes.” (E3; ur33) “Sim, na complexidade das cirurgias e na complexidade dos doentes, que já estão abrangidos. Por exemplo, um doente ASA 3, nunca era operado em cirurgia de ambulatório e agora, certos procedimentos, já podemos ter um doente ASA 3. (...) [o maior desafio] Que não é só da faixa etária, é da complexidade do doente.” (E3; ur42) “Agora nos [bloqueios dos] plexos, vai-se alargando o leque dos ASA 2, ASA 3. Mas quando não temos consulta de anestesia, até porque depois nós temos que filtrar tudo, filtrar o doente e acaba por ser para nós um desafio maior.” (E5; ur104)	
	Falta de autonomia para a tomada de decisão pelo enfermeiro	Só de enfermagem, acho que o desafio é maior porque há coisas que não é decisão do enfermeiro. (...) que há situações em que há decisões a tomar em relação a anticoagulantes, a antidiabéticos, doentes polimedicados e em que a decisão terá de ser do médico e não do enfermeiro. (E3; ur36) “Houve situações em que tive que recorrer ao anestesista para [haver tomada de decisão] Tive que mandar e-mail para responder à necessidade do doente.” (E3; ur37)	

		Essa responsabilidade não me cabe a mim como enfermeira. Se for doentes sem patologias, sem nada, porque não? Agora de doente com morbilidades, ou com... (E4; UR75) “Quando o doente não tem a consulta de anestesia, acontece-nos que nós achamos que aquele doente tem que ser visto por anestesia, e depois colocamos o problema à [enfermeira] Chefe, para depois entrar em contato com a [diretora serviço], que é responsável da anestesia, para agendar uma consulta.” (E5; ur102) “Sempre que achamos que o doente precisa [ser visto por anestesia], o doente faz antiagregantes, anti o que for, ou tem patologia e achamos que não vai ser compatível com o tipo de anestesia que o doente eventualmente tenha que fazer.” (E5; ur103) “E é complicado que tu depois também não [tens autonomia para decidir]., ele tem a cirurgia marcada, tu estás a consultá-lo e com outros doentes à espera e ao mesmo tempo, tu não tens autonomia para cancelar a cirurgia. Tu tens que identificar que ele não tem critérios sociais, tens que reportar à tua chefe e depois tens que dizer ao doente que ele poderá não ser operado se não cumprir os critérios. Tu não consegues dar resposta a nada, ali.” (E6; ur60) “(…) e decisão não te é dada. Tens que dizer ao doente que vai aguardar e depois tens que falar com a [enfermeira chefe]. Não consegues resolver ali.” (E6; ur86) “Dificuldade porque deparaste muitas vezes com problemas que tu não podes nem deves tomar uma decisão sozinha, nomeadamente, de fármacos que os doentes fazem, que sabes que têm que suspender, e não tens a autonomia para [suspender].” (E6; ur93a) “Reparas que o doente não tenha análises, reparas que é hipocoagulado, reparas que não tem o eletrocardiograma e é um doente já com uma determinada idade que precisa. E não podes [decidir].” (E6; ur93b) “Se acontecer aqui, se eu me aperceber que essa pessoa não tem critérios de UCA, vou falar com anestesista a dizer que não tem critérios, de UCA. E depois essa pessoa, é reportada para o regime de internamento.” (E7; ur35) “Se ele chegar aqui, eu vejo que não [tem] critérios do regime de ambulatório, depois expor o caso e pronto, esse doente passa para o regime de internamento.” (E7; ur36) “Não sou eu que tem que explicar a medicação que vai fazer, nem que vai suspender. Isso é uma decisão médica, não é minha. Eu só tenho que esclarecer o doente.” (E7; ur88b) “Não sou eu que tem que explicar a medicação que vai fazer, nem que vai suspender. Isso é uma	
--	--	--	--

		decisão médica, não é minha. Eu só tenho que esclarecer o doente.” (E7; ur88) “Artículo sempre com a [enfermeira chefe], não assumo.” (E8; ur125) “Quando a minha consulta tem que ir para a área do anestesista, tipo de medicação, tenho que saber direitinho o que é que ele toma ou não toma, se suspende, se não suspende. Se tiver dificuldade, eu tenho que lhe dizer, “depois no contato ou amanhã vamos-lhe ligar para dizer qual é a medicação que vai suspender “, que nunca acontece isso, que nós com a prática, sabemos qual a medicação que ele tem de suspender.” (E8; ur112) “(…) mas nesse entretanto, teve uma arritmia qualquer. Não sou eu que tenho que avaliar a parte médica. Eu faço a consulta, tomo essa anotação, dou a informação à enfermeira [chefe] e depois ela com o chefe de equipa, vai articular-se.” (E8; ur118), “[O enfermeiro faz] uma triagem de problemas que ele tenha tido naquele ano. [Se houve problemas de saúde], faço a consulta, tomo essa anotação, dou a informação à enfermeira [chefe] e depois ela, com o chefe de equipa, vai articular-se. Não somos nós, enfermeiros, que temos que assumir uma coisa dessas.” (E8; ur119) “Eu sei quais são as indicações que eles dão. E depois, eu é que vou dizer ao utente, “<i>você aqui devia reduzir aqui a dose da insulina; neste dia, não devia fazer antidiabéticos</i>”. Não sou eu que vou fazer isto. (E9; ur127) “E deixei aqui os papéis, com a medicação toda sublinhada. E depois foi falado à diretora de serviço de anestesia, porque eu não posso andar a suspender medicação. Eu nem sei se não havia um a fazer um antiagregante. Nem é ASA I.” (E9; ur130)	
--	--	--	--

As subcategorias agregadas na categoria “**Facilitadores**” são: **Consulta de enfermagem e médica realizadas no mesmo dia; Relação de confiança estabelecida entre enfermeiro-pessoa em SPO; Experiência cirúrgica anterior da pessoa em cirúrgica ambulatoria; Experiência anterior da pessoa como acompanhante em cirurgia ambulatoria; Informação escrita fornecida prévia à consulta.**

Consulta de enfermagem e médica realizadas no mesmo dia

A Subcategoria “*Consulta médica e enfermagem realizadas no mesmo*”, está inserida na Categoria “**Facilitadores**” e emerge das ur que manifestam o efeito benéfico para todos os atores envolvidos, pelo facto de a consulta pré-operatória de enfermagem e a consulta de anestesiologia serem realizadas no mesmo dia, devido ao impacto que têm nas práticas do enfermeiro na consulta pré-operatória de enfermagem e na gestão pessoal da pessoa em SPO.

A ur apresentada de seguida, é representativa da subcategoria: *“Acho que é bom terem a consulta com o anestesia e o enfermeiro no mesmo dia, acho que é importante. A facilita tanto para o doente como para nós. E também para o doente, é melhor ter as duas consultas no mesmo dia. Porque as informações acabam também por se complementar e é mais fácil.”* (E3; ur22). Esta subcategoria foi mencionada por dois (2) participantes.

Relação de confiança estabelecida entre enfermeiro-pessoa em situação perioperatória

A subcategoria *“Relação de confiança estabelecida entre enfermeiro-pessoa em situação perioperatória”*, é referida por cinco (5) participantes. Nas ur que deram origem a esta subcategoria, os participantes referem o efeito positivo da relação terapêutica que o enfermeiro estabelece com a pessoa em SPO, na realização da consulta pré-operatória de enfermagem, como é manifesto na seguinte ur: *“(…) ou então simplesmente [as pessoas em SPO] querem chorar, falar, o que seja. Às vezes temos estas pessoas, que necessitam que alguém as ouça. E claro, ficamos ali mais tempo, meia hora ou mais (…)”* (E5; ur73).

Experiência cirúrgica anterior da pessoa em cirúrgica ambulatoria

Na subcategoria *“Experiência anterior da pessoa em cirúrgica ambulatoria”*, os cinco (5) participantes que mencionaram nas ur respetivas, o efeito positivo que a experiência anterior da pessoa em SPO com a UCA tem na realização da consulta, e na facilitação das práticas de enfermagem, como é explícito na seguinte ur: *“Nestes doentes que são repetentes, é mais fácil no fundo, porque eles já têm aquela experiência do serviço.”* (E5; ur17).

Experiência anterior da pessoa como acompanhante em cirúrgica ambulatoria

Na subcategoria *“Experiência anterior da pessoa como acompanhante em cirúrgica ambulatoria”*, um (1) participante mencionou na respetiva ur, o efeito facilitador que a experiência anterior da pessoa como acompanhante em regime de CA, tem na realização da consulta, pelo conhecimento prévio sobre o processo de CA, como é explícito na seguinte ur: *“Nestes doentes que são repetentes, é mais fácil no fundo, porque eles já têm aquela experiência do serviço.”* (E5; ur17).

Informação escrita fornecida previamente à consulta

A subcategoria *“Informação escrita fornecida previamente à consulta”*, emerge do discurso de um (1) participante, onde é manifesto o fator facilitador da pessoa com informação sobre a cirurgia, fornecida previamente à consulta pré-operatória de enfermagem, como é evidente na ur: *“(…) numa consulta anterior, as médicas de ginecologia nas conizações, dão um*

folheto informativo, quando o doente vem, já vem de semi-preparado. E depois, no fundo, só tem dúvidas a esclarecer.” (E7; ur73).

As subcategorias agrupadas na categoria “**dificultadoras**” são: **Sistema informático inadequado às práticas de enfermagem; Ausência de pessoa significativa; Elevado número de consultas; Pessoa em situação perioperatória com redução do potencial para melhorar conhecimento; Baixo nível de literacia em saúde da pessoa da pessoa sem situação perioperatória; Tempo limitado para cada consulta; Ausência de critérios para inclusão no processo de CA; Desajuste da organização institucional das consultas da multidisciplinares; Inadequação da triagem de pessoas em situação perioperatória para a consulta pré-operatória autónoma de enfermagem; Dificuldade na Abordagem da pessoa com ansiedade; Dificuldade na abordagem da pessoa com doença complexa; Cansaço; Falta de autonomia para a tomada de decisão pelo enfermeiro; Sistema informático inadequado;**

Sistema informático inadequado

A subcategoria “*sistema informático inadequado*”, reflete a influência negativa do sistema informático na realização da consulta, seja pela demora que tem na realização dos registos, seja na consulta de informação, seja pelo emaranhado de passos desnecessários. Foi referida por quatro (4) participantes e como representativa dessa subcategoria temos a ur seguinte: “*É negativo, a demora do sistema, do sistema informático. É muito moroso, qualquer alteração que faças. Só entrar... perdes uns minutos valentes*” (E3; ur20).

Ausência de pessoa significativa

A subcategoria “*Ausência de pessoa significativa*”, foi mencionada por seis (6) participantes. Esta subcategoria, emerge de ur onde os participantes expressam o efeito negativo nas realização da consulta e os constrangimentos que acarreta, a ausência de pessoa significativa para o acompanhamento da pessoa em SPO nas diversas etapas do processo de CA, em que tal é obrigatório e imprescindível. Como ur representativa desta subcategoria temos: “*Tive que dar informações de forma que a pessoa conseguisse vir à cirurgia, até coisas que são um bocadinho fora do âmbito clínico*” (...) *Entrei se calhar num campo que não tem a ver com enfermagem, mas que tem a ver indiretamente porque, se a mãe ficar, ela já pode fazer a cirurgia. Se não pode ficar, tem que adiar a cirurgia*”, (E2; ur55).

Elevado número de consultas

Esta subcategoria, foi referida por três (3) participantes e surge das ur onde os participantes mencionam o número elevado de consultas como um fator que afeta negativamente a realização das práticas dos participantes, da consulta pré-operatória de

enfermagem e condiciona as suas intervenções. Como ur representativa desta subcategoria apresentamos: *“Quando se [tem] muitas consultas, não deixa as pessoas [falarem]. Eu acho que às vezes temos que saber ouvir os utentes.”* (E2; ur61).

Pessoa em situação perioperatória com redução do potencial para melhorar conhecimento

A subcategoria *“Pessoa com redução do potencial para melhorar conhecimento”*, surge das ur que expressam a forma como a pessoa com redução do potencial para melhorar conhecimento influencia as práticas dos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem, nas várias intervenções que têm de realizar no âmbito do informar. A subcategoria é perceptível na ur: *“Depende do nível de dificuldade [na capacidade cognitiva]. Se é uma pessoa que tem dificuldade em compreender, mas até que cumpre as ordens, as orientações, nós até podemos envolvê-lo no processo e ele vai cumprindo o plano que temos definido”* (E3; ur32b). Esta subcategoria foi mencionada por quatro (4) participantes.

Baixo nível de literacia em saúde da pessoa em situação perioperatória

A subcategoria, *“Baixo nível de literacia em saúde da pessoa em SPO”* emergiu das ur em que os participantes manifestam o impacto que a pessoa em SPO com baixo nível de literacia, tem nas práticas do enfermeiro e as consequências sobre a realização da consulta pré-operatória de enfermagem. Foi mencionada por quatro (4) participantes e como representativa desta subcategoria, apresento a ur: *“As pessoas nem sabem o que é a cirurgia, a maior parte deles nem sabe o que é a cirurgia de ambulatório. (...) É esta desvalorização da saúde, da própria da cirurgia. É uma “pequena cirurgia”. Alguns deles acham que vem fazer uma pequena cirurgia.”* (E7; ur85).

Tempo limitado para cada consulta

A subcategoria *“Tempo limitado para cada consulta”*, emergiu das ur de quatro (4) participantes que mencionaram a mencionaram. Estas ur evidenciam os constrangimentos que o enfermeiro enfrenta ao realizar a consulta com um tempo que considera manifestamente limitado, como é evidente na ur exemplificativa da subcategoria: *“Há consultas que demoram imenso tempo. (...) É complicado, porque tu às vezes queres estender, e já tive consultas a demorar meia hora, e depois tens os doentes todos cá fora à espera, é complicado (...)”* (E2; ur22).

Ausência de critérios para inclusão no processo de CA

Nesta categoria, as ur que lhe deram origem, expressas por três (3) participantes, manifestam de que forma a ausência de critérios de inclusão no processo de CA na pessoa em

SPO, influencia e interfere na realização da consulta pré-operatória de enfermagem, e como influencia a prática do enfermeiro. Apresentamos como representativa desta categoria, a seguinte ur: “[O enfermeiro tem] Essa obrigação ou essa função de não deixar que as coisas morram ali. Fazeres a consulta e ele ir embora, não pode. Tem que assegurar [solução para a falta de critérios]. Foi quando eu liguei para a [enfermeira chefe]” (E6; ur51).

Desajuste da organização das consultas multidisciplinares

O “*desajuste organização institucional das consultas multidisciplinares*”, é uma subcategoria que emerge das ur de cinco (5) participantes, que demonstram como o não cumprimento do agendamento pré-programado interfere de forma negativa na realização das consultas e no desempenho do enfermeiro. Como exemplificação desta subcategoria apresento a seguinte ur: ““Então fui ao médico, foi tão rápido, e agora para o enfermeiro, estou aqui à espera?” Dá a impressão de que não estou a fazer o meu trabalho, porque eles estão à espera. Acho que devia haver um maior respeito pelo nosso trabalho, da parte dos médicos. Se a hora é às 3 horas e não é começar às 4. Vai bem condicionar o meu ensino, a minha disponibilidade, a minha capacidade de ouvir o doente.” (E4; UR60).

Inadequação da triagem de pessoas em situação Perioperatória para a consulta pré-operatória autónoma de enfermagem

A subcategoria “*Inadequação da triagem de pessoas em SPO para a consulta pré-operatória autónoma de enfermagem*”, é mencionada por sete (7) participantes, que referem a influência negativa da presença de pessoa em SPO na Consulta pré-operatória Autónoma de Enfermagem, que não cumprem os requisitos para ingressarem nesta consulta pré-operatória de enfermagem em que o enfermeiro deveria realizá-la de forma autónoma, independente. Com o exemplificação desta subcategoria, apresento a seguinte ur: “*Há doentes que nunca deveriam ter só consulta de enfermagem, se houvesse uma boa orientação para definir quem tem e quem não tem [critérios]. O critério só da idade, não pode ser um critério que limite completamente, porque há decisões a tomar em relação a anticoagulantes, a antidiabéticos, doentes polimedicados, em que a decisão terá de ser do médico e não do enfermeiro*” (E3; ur36).

Dificuldade na Abordagem da pessoa em situação perioperatória com ansiedade

A categoria “*Dificuldade na Abordagem da pessoa em SPO com ansiedade*”, é mencionada por dois (2) dos participantes. Nas ur é evidente a influência que a consulta tem na redução da ansiedade da pessoa em SPO, e é evidenciada a dificuldade em intervir de modo a ser eficaz nessa intervenção, como é evidente na seguinte ur: “*A maior dificuldade que eu vejo é exatamente no controle da ansiedade (...) O controle da ansiedade é que varia muito, e aí... é*

o que no exige mais (...). Porque, como eu disse, cada doente é um doente, cada caso é um caso, cada pessoa tem a sua particularidade e a nossa intervenção perante a ansiedade daquele doente... não, nunca é igual”, (E1; ur44).

Dificuldade na abordagem da pessoa com doença complexa incluída no regime de CA

Esta categoria de *“Dificuldade na abordagem da pessoa com doença complexa incluída no regime de CA”*, emerge das ur de dois (2) participantes que expressam o aumento progressivo do grau de complexidade das patologias da pessoa em SPO e da forma como isso afeta a realização da consulta, como é evidente na ur: *“Sim, na complexidade das cirurgias e na complexidade da pessoa em SPO, que já estão abrangidos e que não... Por exemplo, um doente ASA 3, nunca era operado em cirurgia de ambulatório e agora, certos procedimentos, já podemos ter um doente ASA 3” (E3; ur34).*

Cansaço

A categoria *“Cansaço”*, emergiu da análises das ur onde os enfermeiros participantes manifestam o desgaste físico e psicológico que a realização da consulta tem nos enfermeiros participantes. Esse desgaste é evidente na UR analisadas, onde os participantes, no total de quatro (4), identificam os fatores que levam ao cansaço: o elevado nível de exigência da consulta para o profissional, a tensão provocada por pessoas à espera à porta do consultório, o acréscimo de responsabilidade nas consultas únicas/exclusivas de enfermagem, pessoas com elevado grau de complexidade da condição clínica, número elevado de consultas, trabalho mais intenso e moroso nas práticas da consulta. Na seguinte ur, é evidente a menção à categoria pelo participante: *“É extremamente cansativo e é de uma exigência muito grande para conseguirmos naquele tempo, cumprir todo o nosso trabalho. Temos muito a fazer nesta consulta pré-operatória” (E1; ur36).*

Falta de autonomia para a tomada de decisão pelo enfermeiro

A subcategoria, *“Falta de autonomia para a tomada de decisão pelo enfermeiro”* emerge de ur onde os participantes salientam a forma como pessoas em SPO com comorbilidades e polimedicadas, são inscritas na consulta pré-operatória única/exclusiva de enfermagem e as implicações negativas que tal facto, tem nas intervenções do enfermeiro e na incompetência ético-legal para a tomada de decisão. Os sete (7) participantes que expressaram esta subcategoria, os dilemas que enfrentam, conforme é evidente na ur seguinte: *“Porque, para ser só de enfermagem, os utentes têm que ser muito bem triados para... de forma que não seja com complicações e depois andamos a ligar a anestesistas. E faz esta medicação, faz hipocoagulação,*

faz isto, faz aquilo... E que nós, nós ficamos ali com o utente, se calhar ele precisa de ser visto por Imuno, por sei lá! Por outras coisas.” (E2; ur84).

3.4.5 Sugestões de melhoria para a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório

A área temática, “sugestões de melhoria para a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório” apresentada no quadro 12, onde apresentamos as categorias e as respetivas ur de cada categoria.

As categorias que emergiram da análise da ur foram: **Aumento do tempo de duração da consulta pré-operatória; Desenvolvimento dos aplicativos informáticos; Cumprimento de horários das consultas; Redução do número de consultas por turno; Otimização da organização institucional das consultas; Otimização do formulário da avaliação inicial; Fornecimento de informação previamente à consulta.**

Quadro 12 – Categorias e respetivas unidades de registo da área temática 5 - Sugestões de melhoria para a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório

Categorias	Unidades de registo	nº Participantes
Aumento do tempo de duração da consulta pré-operatória	“A sugestão prioritária, já ficou aqui evidente nesta entrevista, que é [aumentar] o tempo de consulta. Às vezes, os doentes precisam de conversar, desabafar, de expor dúvidas e às vezes não há muito tempo para isso. Essa é a minha sugestão prioritária [mais tempo para a consulta]. (E1; ur57) “a sugestão prioritária, acho que já ficou aqui evidente nesta entrevista, que é o tempo de consulta. Acho que o Aumentar o tempo de consulta por utente, iria melhorar drasticamente a qualidade da nossa intervenção, da enfermagem.” (E1; ur51) “Ter se calhar, ter mais tempo para as consultas” (E2; ur75)	2
Desenvolvimento dos aplicativos informáticos	Era evoluir a aplicação UCA MOBILE. Que ficou estagnada e precisa de ser evoluída, aquilo é praticamente a substituição dos folhetos informativos e devia ser mais interativo. Devíamos evoluir nesse sentido. (E3; ur41) “temos [o programa informático SClínico] muitos espaços, muitos cliques, muita E idealmente, devia ser uma coisa mais prática, mais funcional, talvez mais leve para termos mais tempo com o doente.” (E7; ur55) “Se houvesse um sistema mais fácil, mais dedutivo ou fácil de preencher, porque nós temos que dar vários cliques, sai de um lado, sai do outro. Não é fácil. (E7; ur62a) “Mas acho devíamos ter uma consulta adequada a nós [UCA]. Estes folhetos informativos, podia estar ali anexado. Uma sugestão, anexado e automaticamente, como faz a parte médica.” (E7; ur64) “Ou imprimir, o doente já leva tudo, a informação que nós escrevemos aqui é do doente, é ele que nos dá. O doente tem acesso e pode ter acesso a esta consulta. Apesar que haja os dados confidenciais, são dele.” (E7; ur65)	3

	“Ou seja, eu vou fazer a construção do diagnóstico de enfermagem e respectivas intervenções, para depois dizer quais são as intervenções que eu faço. Era importante que a enfermagem evoluísse,” (E9; ur110)	
Cumprimento de horários das consultas	“mais sugestão, é da articulação do tempo, mas é dependente de outra classe profissional, quando mandam vir os doentes das 6 [horas], todos às 4 [horas], é complicado conseguir gerir isso. (E2; ur81) Eu acho que, por exemplo: começar a horas. Era bom! (E4; UR54)	2
Redução do número de consultas por turno	“Mas é complicado, porque era a redução do número de doentes, sei que em termos de lista de espera.” (E2; ur80) “ (...) pronto o número de doentes. (...) Não estou a ver assim nada, tirando essa parte do número de doentes.” (E5; ur93) “É muito importante. não é muito produtivo (...) eu noto, que no final da lista, não estou tão suscetível como estava no início.” (E8; ur150)	3
Otimização da organização institucional das consultas	“Sugerimos muitas vezes que haja consulta com o anestesista, mas até porque já tem cirurgia agendada,” (E3; ur38) “Até deveria ser a consulta de cirurgia [especialidade cirúrgica]. Estes doentes eram agrupados todos no mesmo dia. Eram vistos pelo cirurgião, iam ao anestesista e iam a nós. Tudo no mesmo dia. Têm de faltar ao emprego, têm de arranjar alguém para ir buscar os filhos. E isso melhorava muito, para os doentes” (E4; UR67)	2
Otimização do formulário da avaliação inicial e registos	“A forma como a avaliação inicial está, provavelmente deveria ser modificada, porque acho que tem critérios que não se adequam. (E2; ur2) “Na colheita de dados, ou seja, na avaliação inicial, acho que poderia ser modificada, ser menos extensa e, se calhar, focar-se no que realmente interessa para a cirurgia de ambulatório. Eu acho que é um bocadinho geral e muito abrangente. Há coisas que não interessam e não é verdadeiramente específica para os doentes de ambulatório.” (E2; ur9) “[mais sugestão] Eu acho que a nossa consulta está bem. Pronto, poderemos sempre estar focados no processo da enfermagem. Se os focos se adequam só ao conhecimento, se temos que abrir [o diagnóstico] da ansiedade, [abrir o diagnóstico] da queda...., Isso já é parte de enfermagem mesmo tua, que tu tens que trabalhar isso. (E8; ur166) “Acho que tenho que avaliar o trânsito intestinal de um utente que vêm fazer. Por exemplo, incontinência urinária. Que vem colocar uma prótese, é um utente que vai fazer pressão abdominal, vai fazer esforço sempre que evacuar e vai deslocar a prótese. E é um parâmetro que fica muitas vezes por avaliar. Era muito mais importante focar naquilo que está relacionado, nos aspetos que estão diretamente relacionados com aquela cirurgia. (E9; ur53) “A Árvore [da Avaliação Inicial], do processo de enfermagem, também acho que devia ser mais simplista. (...) tem que pensar em coisas mais simples e não mais complexas. (E9; ur141) Sem evoluir não dá.	3
Fornecimento de informação previamente à consulta	“Por exemplo, numa consulta [médica de especialidade cirúrgica] anterior, podiam dar tipo um folheto informativo., podiam já dar tipo um folheto informativo, (...) também não era uma má ideia. Logo quando é criado um LIC, quando o doente é introduzido no sistema, já se podia dar um folheto com aquela cirurgia até específica, dos cuidados a ter e não sei quantos... O doente já vinha orientado, já tinha tempo para ler, já tinha as suas dúvidas específicas.”. (E7; ur74)	2

	“Há uma falha [comunicação] Se houvesse um panfleto, já específico para aquela cirurgia, o doente já sabia o que vinha fazer As pessoas, se tivessem uma coisa escrita, as pessoas provavelmente, interiorizavam melhor. Liam [antecipadamente]”. (E7; ur79)	
--	---	--

Aumento do tempo de duração da consulta pré-operatória

A categoria “*Aumento do tempo de duração da consulta pré-operatória*”, emergiu na análise das ur onde os participantes manifestam a sugestão de aumentar o tempo disponibilizado para realizar a consulta pré-operatória de enfermagem. A categoria foi referida por dois (2) participante e na ur que apresentamos é evidente a emergência da categoria: “*E já para, para as nossas intervenções prioritárias, o tempo é muito pouco. Às vezes, os doentes precisam de conversar, desabafar, de expor dúvidas e às vezes não há muito tempo para isso. Essa é minha, é a minha sugestão prioritária [mais tempo para a consulta]*” (E1; ur57).

Desenvolvimento dos aplicativos informáticos

A categoria “*Desenvolvimento dos aplicativos informáticos*”, é referida por um (1) participante e como é evidente na ur: “*Era evoluir a aplicação UCA MOBILE. Que que ficou um bocado estagnada e que precisa de ser evoluída, porque neste momento, aquilo é praticamente a substituição dos folhetos informativos e devia ser mais interativo. Acho que, pronto, tendo em conta, hoje em dia devíamos evoluir nesse sentido*” (E3; ur41), reflete o pensamento do participante, onde é expressa a necessidade de evoluir a aplicação informática para a tornar mais interativa para a pessoa em SPO, havendo outras áreas onde os participantes manifestam ideias idênticas.

Cumprimento de horários/agendamentos

A categoria “*Cumprimento de horários/agendamentos*”, teve dois (2) participantes a referi-la. Nas ur que suportam a categoria, é evidenciada a melhoria das condições para as práticas de enfermagem nas consultas, se fosse cumprido o agendamento de horas programado, como é manifesto na ur: “*(...) mais sugestão, não sei. É da articulação do tempo, mas quando é dependente de outra classe profissional... Quando mandam ir os doentes das 6 [horas], todos às 4 [horas], é um bocadinho complicado conseguir gerir isso*” (E2; ur81).

Redução do número de consultas por turno

A categoria “*Reduzir o número de pessoas*” emergiu das ur de dois (2) participantes, que sugeriram a redução do número de pessoas como forma de melhorar a qualidade da consulta, como é perceptível na ur: “*(...) Mas aí também é um bocadinho complicado, porque ou era a*

redução do número de doentes, mas eu sei que em termos de lista de espera, tem muita. Mas não sei (...)” (E2; ur80).

Otimização da organização institucional das consultas

Nesta categoria, *“Otimização da organização institucional das consultas”* que emergiu das ur de dois (2) participantes, refere-se à sugestão de melhorar a organização das consultas em várias áreas, nomeadamente: fazer todas as consultas de especialidade médica e de enfermagem no mesmo dia, para facilitar a vida familiar e socioeconómica da pessoa em SPO, haver maior flexibilidade de ajustar datas em função da avaliação na consulta da pessoa. Na ur, é evidente a sugestão de melhoria: *“Até deveria ser a consulta de cirurgia [especialidade cirúrgica]. Estes doentes eram agrupados todos no mesmo dia. Eram vistos pelo cirurgião, iam ao anestesista e iam a nós. Tudo no mesmo dia. Têm de faltar ao emprego, têm de arranjar alguém para ir buscar os filhos. E isso melhorava muito, para os doentes”* (E4; UR67)

Otimização do formulário da Avaliação inicial e dos registos

Na categoria *“Otimização do formulários da Avaliação inicial e dos registos”*, as ur expressas por dois (2) participantes, manifestam a necessidade de que o Formulário da Avaliação Inicial, seja desenvolvido nos parâmetros dos registo de enfermagem e desenvolvimento dos parâmetros da Avaliação Inicial, como é evidente na ur: *“Na colheita de dados, ou seja, na avaliação inicial, acho que poderia ser modificada. Ser menos extensa e, se calhar, focar-se em focos que realmente interessem para a cirurgia de ambulatório. Eu acho que é um bocadinho geral. (...) muito abrangente. Há coisas que não interessam e não é verdadeiramente específica para os doentes de ambulatório”* (E2; ur9).

Fornecimento de informação previamente à consulta

Esta categoria é mencionada por um (1) participante, que sugere que o fornecimento prévio à consulta de enfermagem, de informação escrita específica sobre o procedimento cirúrgico a realizar, seria positivo na melhoria do conhecimento sobre a cirurgia ambulatória e facilitaria as práticas do enfermeiro na consulta pré-operatória, como é evidente na seguinte ur: *“Por exemplo, numa consulta [médica de especialidade cirúrgica] anterior, podiam já dar tipo um folheto informativo, (...) também não era uma má ideia. Logo quando é criado um LIC, quando o doente é introduzido no sistema, já se podia dar um folheto com aquela cirurgia até específica, dos cuidados a ter e não sei quantos... O doente já vinha orientado, já tinha tempo para ler, já tinha as suas dúvidas específicas”* (E7; ur74).

3.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em função do quadro de referencial teórico apresentado, ao estudar as percepções dos enfermeiros sobre a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa em situação perioperatória em cirurgia ambulatoria, procuramos conhecer o significado que os sujeitos atribuem a determinada realidade, ação ou vivência num contexto específico. Neste estudo pretendemos conhecer a forma como os enfermeiros racionalizam e vivenciam a consulta pré-operatória de enfermagem e as diversas perspectivas sobre a mesma. A percepção de um sujeito sobre um determinado objeto é entendida como um *“(...) processo psicológico através do qual formamos representações do mundo exterior”* (Amado, 2017, p. 43).

Neste subcapítulo, vamos realizar a discussão dos resultados obtidos e dar relevo aos que melhor descrevem e retratam as percepções dos enfermeiros sobre a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

A temática estudada, tem uma complexidade inerente, não só pela opção metodológica do estudo mas também pela necessidade de compreender as vivências, os significados atribuídos, os valores ético-deontológicos e as preocupações, que em conjunto pretendemos tornar visível e interpretar uma realidade que sendo coletiva, tem a perspectiva individual de cada participante.

Com base no quadro referencial teórico e nos objetivos formulados, realizamos uma análise exaustiva e uma profunda reflexão dos resultados obtidos, tendo sempre presente os princípios ético-deontológicos na procura de reproduzir com autenticidade as declarações dos participantes, o seu sentir e pensar, de modo a chegar às conclusões que dão resposta à nossa temática, e que a seguir apresentamos.

Percepção dos Enfermeiros de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória sobre a Consulta de Enfermagem de Pré-Operatória Cirurgia Ambulatória

A relevância da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa em situação perioperatória para o processo de CA, como é evidente ao longo deste estudo, ficando manifesta que a mesma é essencial para a inclusão da pessoa em SPO no regime de CA, para a sua preparação e para a sua capacitação, sendo esta uma das conclusões a que obtemos através deste estudo.

A consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa em situação perioperatória em cirurgia ambulatoria é umas das etapas do processo de CA, crucial para a triagem da pessoa com condições para cumprimento dos critérios de inclusão e para a sua avaliação, verificação da informação de consultas anteriores e sua preparação e capacitação para que as etapas seguintes, do modo a que decorram de forma fluida de acordo com o agendamento e sem

contratempos que impeçam ou causem constrangimentos à realização da cirurgia ou à alta para o domicílio (IAAS, 2014).

Na pesquisa bibliográfica realizada, há variada literatura sobre a consulta pré-operatória de enfermagem, com abordagens a temáticas específicas da consulta. Na literatura consultada, os estudos incidem em abordagens de temáticas relacionadas com focos e intervenções de enfermagem específicos da consulta pré-operatória de enfermagem, e não sobre fenômeno de forma global, nomeadamente sobre a percepção dos enfermeiros sobre a mesma. A análise de resultados deste estudo, permite estabelecer uma ligação entre as categorias e subcategorias que emergiram da análise realizada e as temáticas específicas da literatura publicada sobre a consulta pré-operatória de enfermagem. Existem pontos de encontro, que de forma transversal, refletem os atributos, estratégias, valorizações, preocupações, e fatores intervenientes, sentidos e expressos como relevantes e significativos pelos participantes neste estudo, e pela identificação dos mesmos, poder estabelecer ilações sobre a realidade do fenómeno mais abrangentes e inclusivas.

A presença neste estudo de categorias e subcategorias que emergiram da análise realizada, refletem-se nas temáticas específicas de outros estudos, permite valorizar este trabalho e estabelecer coerência interna da análise de conteúdo realizada, e com base nos contributos de desses estudos, e realizar a reflexão fundamentada sobre os dados obtidos.

A Importância da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório, percecionada pelos enfermeiros

Neste estudo, podemos constatar que os participantes consideram que a consulta pré-operatória de enfermagem é importante, quer para o enfermeiro, quer para a pessoa em SPO, porque através das intervenções de enfermagem, permite a redução da ansiedade na pessoa em SPO, aumenta o nível de literacia em saúde da pessoa em SPO com ganhos para a pessoa e para a UCA, favorece a construção da relação terapêutica enfermeiro-pessoa que vai facilitar a realização das práticas do enfermeiro na consulta, permite a otimização das Intervenções de enfermagem na consulta, e ainda permite que o cancelamento cirúrgico diminua como resultado das intervenções do enfermeiro. Gonçalves et al., (2017, p. 24), realçam a importância da consulta pré-operatória de enfermagem e referem que deve ser *“(...) onde o doente possa colocar dúvidas e medos. Apontamos para uma intervenção estruturada, exequível, objetiva e individualizada, que tenha em consideração as diferenças e as circunstâncias clínicas de cada doente.”*

A consulta pré-operatória de enfermagem é reconhecida pelos participantes como uma intervenção crucial para reduzir a ansiedade da pessoa em SPO. As ur, evidenciam que o ensino

pré-operatório desempenha um papel relevante na diminuição do nível da ansiedade, através de intervenções como informar, ensinar e explicar, com a consequente melhoria do conhecimento sobre o percurso e o que pode esperar no dia da cirurgia. Os participantes referem que, é pela melhoria do conhecimento e consequentemente aumento do nível de literacia em saúde, que a pessoa em SPO ganha a sensação de controlo e tranquilidade. Num estudo publicado em 2021, (Mendes & Ferrito, 2021, p. 6), a maioria dos participantes considerou a consulta como muito importante, sendo que o autor, com base num estudo de Forsberg, relaciona essa importância *“com o facto da transmissão de informação poder proporcionar um aumento da sensação de controlo do cliente e também porque cada vez mais os clientes expressam interesse em ter informação adequada para integrarem as decisões de saúde que lhe dizem respeito”*. Ainda segundo Pereira et al., referido por Mendes (2021) no mesmo estudo, a maioria dos participantes revelou que a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas na consulta, foi considerado muito positivo e realçaram que esse momento de esclarecimento no pré-operatório como importante.

Os enfermeiros participantes consideram a consulta pré-operatória de enfermagem, como o espaço ideal para que a pessoa em SPO, esclareça os seus receios e medos e ao ser o primeiro contacto com a UCA, permite-lhe familiarizar-se com o enfermeiro e com o processo de CA. Referem que o contacto enfermeiro-pessoa em SPO, em que a pessoa sinta o à-vontade para esclarecer as suas dúvidas e falar, é igualmente crucial para a redução da ansiedade. Os participantes consideram a incerteza e o desconhecimento como fatores ansiogénicos, expressando que assegurar à pessoa a presença contínua do enfermeiro desde a admissão até à alta da pessoa para o domicílio, é uma estratégia que consideram ser eficiente na redução da ansiedade na pessoa em SPO.

A **ansiedade** é, segundo a American Psychiatric Association, citada por (Gonçalves et al., 2017) “a antecipação de um perigo indefinido e imprevisível, como é o caso da cirurgia, constituindo-se assim como uma resposta a uma ameaça desconhecida e vaga. Ainda segundo Auste t al., citado por (Gonçalves et al., 2017, p. 19), *“a ansiedade no período pré-operatório pode ser considerada como parte normal da experiencia cirúrgica.”*

Num estudo realizado nos Estados Unidos da América e publicado em 2013, feito por médico anestesiolistas, com o objetivo de avaliar o impacto da entrega de folhetos informativos desenvolvidos especificamente com o objetivo de melhorar o conhecimento sobre papel do anestesiolista, sobre os procedimentos anestésicos, sobre as opções para controlo da dor e sobre as instruções para o dia da cirurgia. O folheto foi entregue à pessoa em SPO no período pré-operatório. Os investigadores, realçaram o facto de, no contexto sociocultural do estudo, o contacto entre o anestesiolista e a pessoa em SPO sem complicações associadas,

ocorre frequentemente pouco antes do ato cirúrgico e ser limitado. Como resultado do estudo, concluíram o fornecimento do folheto as pessoas em SPO, melhorou a satisfação em relação à melhoria do conhecimento sobre o processo perioperatório, mas em relação à avaliação sobre a ansiedade, foi concluído que não reduziu a ansiedade relacionada com a cirurgia (Ortiz et al., 2015a).

Num estudo realizado publicado em 2017 e realizado em Portugal, sobre a Influência da informação fornecida pelos enfermeiros na redução da ansiedade pré-operatória na pessoa em SPO para cirurgia eletiva, num serviço de internamento, com o objetivo de avaliar a relação entre a ansiedade pré-operatória e a informação fornecida pelos enfermeiros, também avaliaram os fatores sociodemográficos que interferem na ansiedade da pessoa em SPO. Como conclusões do estudo, os autores destacam a atuação autónoma do enfermeiro no controlo e na diminuição dos níveis de ansiedade pré-operatória, através da transmissão adequada de informações, realçando a necessidade de formação dirigida aos enfermeiros, de modo a focalizarem a sua intervenção na ansiedade pré-operatória da pessoa em SPO, com ênfase nas intervenções autónomas (Gonçalves et al., 2017).

Num estudo publicado em 2013, realizado no Brasil, sobre mecanismos de *coping* da pessoa em SPO em CA, os autores concluem que a consulta pré-operatória de enfermagem tem vários efeitos positivos na pessoa em SPO, como reduzir o cancelamento cirúrgico, reduz a ansiedade gerada pelo confrontar-se com a intervenção cirúrgica, realçando que a ansiedade da pessoa em SPO está relacionada diretamente com as dúvidas e que o enfermeiro ao fornecer orientações, e ao esclarecer dúvidas quanto ao procedimento, proporciona um maior bem-estar, com redução da ansiedade (Sampaio et al., 2014).

Os participantes no nosso estudo, realçam a importância da consulta pré-operatória de enfermagem como momento decisivo e essencial para aumentar o nível de literacia funcional em saúde da pessoa em SPO, relativamente ao processo de CA, aos critérios para inclusão e aos cuidados e adaptações necessárias para as etapas seguintes (pré-operatório, dia da cirurgia e período pós-alta no domicílio). Nas ur consideradas, é evidente que os participantes consideram que muitas pessoas em SPO, tem pouco ou mesmo nenhum conhecimento sobre a cirurgia que vão realizar, sobre o processo da CA e as suas exigências, nomeadamente os critérios sociais para inclusão na CA, que podem impedir a sua inclusão no regime de CA. Os participantes, reconhecem que a consulta permite que os enfermeiros forneçam informações pormenorizadas sobre processo de preparação para a cirurgia, as condições necessárias para a cirurgia e a preparação do período pós-alta. Consideram também, como momento de eleição para o esclarecimento de dúvidas. A melhoria do conhecimento sobre o processo de CA, é fundamental para reduzir a ansiedade e preparar a pessoa em SPO para a cirurgia e a recuperação no

domicílio, garantindo que esteja ciente das suas responsabilidades e do que é esperado dela antes e após a cirurgia.

A aumentar a literacia em saúde é uma preocupação do Serviço Nacional de Saúde, pois o nível de literacia em saúde, tem impacto no funcionamento dos serviços, pois um baixo nível de literacia está relacionado com um maior número de internamentos, com a utilização mais frequente dos serviços de urgência e menor prevalência de atitudes preventivas e promotoras da saúde. (Ministério da Saúde, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, citada pela DGS, a **literacia em saúde** *“implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde (...)”*.(Ministério da Saúde, 2019, p. 9).

Numa definição mais pragmática de literacia em saúde, a Organização Mundial da Saúde, definiu como o *“(...) grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde.”*(Andrade et al., 2023, p. 13)

O enfermeiro ao melhorar o conhecimento da pessoa em SPO, permite-lhe ter a capacidade para tomar decisões fundamentadas sobre a sua vida nos vários aspetos, otimizar a utilização do sistema de saúde e a potenciar a gestão do seu processo individual e familiar de saúde/doença. Para ser incluído no regime de CA, a pessoa em SPO tem que ter o nível mais básico de literacia em saúde, a **Literacia funcional**, que é caracterizada por ter competências básicas em leitura e escrita necessárias para um funcionamento eficaz em contexto de saúde.

Na abordagem à pessoa em SPO para a melhoria do conhecimento, há que considerar os indicadores preditivos de pessoas com maior probabilidades de nível de literacia em saúde “problemático” e “inadequado”, sendo que num estudo realizado em Portugal em 2016, 60% da população portuguesa, está nestes dois níveis. Indicadores de grupos vulneráveis: pessoas com 65 ou mais anos; baixos níveis de escolaridade; com rendimentos inferiores a 500€; com doenças crónicas; que frequentaram no último ano, os cuidados de saúde primários, 6 ou mais vezes, limitados por alguma doença crónica. Todos estes atributos, são indicadores de provável baixo nível de literacia em saúde.

O papel do enfermeiro na melhoria do conhecimento da pessoa em SPO, tem como eixo da sua intervenção, a interação com a pessoa em SPO, deve: *“ter uma linguagem acessível, assertiva, clara, positiva; ter um grande envolvimento; ter uma relação terapêutica; ter controlo sobre a mensagem; disponibilizar de informação simples, confiável e fidedigna; afirmar-se como polo comunicativo dinâmico ”* (Ministério da Saúde, 2019, p. 29).

Os participantes, consideram a consulta pré-operatória de enfermagem como um momento importante para a construção da relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa em SPO. Os enfermeiros referem que a pessoa em SPO sente-se mais à-vontade para expressar suas preocupações, dúvidas e colocar perguntas aos enfermeiros do que aos médicos. Esta relação de confiança com o enfermeiro, permite que a pessoa em SPO se expresse com mais à-vontade, menos constrangida e sentido maior abertura e disponibilidade do enfermeiro. Tal propicia o ambiente de maior proximidade que promove o diálogo aberto, surgindo informações relevantes sobre a pessoa em SPO, que, ou por esquecimento ou por constrangimento, a pessoa omitiu ao anestesiológista na consulta prévia. Os enfermeiros participantes, identificavam nas suas ur, os fatores que consideram serem promotores do desenvolvimento e estabelecimento da relação terapêutica enfermeiro-pessoa em SPO, como a demonstração de disponibilidade para escutar, abertura ao outro, a escuta ativa, diálogo amplo e não restritivo da pessoa em SPO, atendimento personalizado e em função das suas características. Os participantes consideram que estes são estes fatores, que estabelecem a diferença na prestação de cuidados, que fortalecem a comunicação e a colaboração entre o enfermeiro e a pessoa em SPO, e que facilitam e promovem o fluxo de informações, que podem ser cruciais para a segurança dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, que de outro modo ficariam ocultas.

A **relação terapêutica**, é promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, e caracteriza-se pelo estabelecimento de uma parceria entre a pessoa e o enfermeiro. A relação terapêutica desenvolve-se e fortalece-se num processo dinâmico, visando auxiliar a pessoa a ter um papel ativo, interveniente na definição e realização do seu projeto de saúde, respeitando as capacidades da pessoa. Numa relação terapêutica, a parceria pode ser estabelecida, envolvendo uma ou mais pessoas significativas (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Os participante relevaram a importância da consulta pré-operatória de enfermagem para diminuir o número de cirurgias canceladas, através das intervenções de enfermagem, relacionadas com as práticas educativas, avaliação de situações de falta de critérios sociais, e capacitação da pessoa em SPO para se adaptar e ser incluída no regime de CA. As intervenções de enfermagem que contribuem para a diminuição de cancelamento de cirurgias, estão relacionadas com as práticas educativas, através da melhoria do conhecimento, pela capacitação da pessoa para cumprir o regime terapêutico no pré-operatório, com a preparação pré-operatória no domicílio, desde a preparação normativa a todas as pessoas em SPO, até preparações mais específicas para certos procedimentos cirúrgicos que, no caso de não serem realizadas, implicariam o cancelamento cirúrgico, passando por uma parceria em que o enfermeiro, fornece informação e contributos para solucionar problemas com que a pessoa em SPO se confronta para cumprir os critérios sociais para a CA. As intervenções dos enfermeiros

na consulta pré-operatória de enfermagem, ao contribuir para a diminuição do cancelamento de cirurgias, permitem ganhos em saúde, pois com a solução das situações de ausências de critérios sociais, evita-se o regime de internamento com ganhos em eficiência para o Serviço Nacional de Saúde e com ganhos para a pessoa em SPO por poder usufruir das vantagens da CA, assim como ao evitar cancelamento no dia da cirurgia, otimiza-se a utilização dos recursos físicos e humanos da UCA, e evita-se que tempos de sala cirúrgica não sejam rentabilizados, contribuindo para maior número de cidadãos operados.

A IAAS (2014), reconhece no seu manual sobre cirurgia ambulatória, que a avaliação pré-operatória é essencial para otimizar o funcionamento dos programas de cirurgia ambulatória. A consulta pré-operatória para ser eficaz, deve ser estruturada, eficiente, informativa e relativamente simples e inclusiva. Quando realizada de forma adequada, repercutir-se-á em ausência de atrasos ou cancelamentos cirúrgicos. Ainda segundo a IAAS, a “percentagem de cancelamentos de procedimentos cirúrgicos” por variados motivos, para além de ser um indicador de custo/produzividade, de eficiência e de gestão otimizada dos recursos disponíveis da UCA. A IAAS, sugere que um dos fatores a ser considerado na monitorização do desempenho da UCA, é o “número de cancelamentos devido ao facto de o doente ser considerado inadequado no dia da cirurgia”. Refere que também é indicativo da qualidade da consulta pré-operatória, sem especificar, se de enfermagem ou médica.

Num estudo publicado em 2023 e realizado em Espanha, sobre a eficácia da avaliação pré-operatória anestésica realizada exclusivamente por enfermeiros, os autores concluíram que em pessoas em SPO de baixa complexidade, quando realizada por enfermeiros com formação na área de anestesia, podem ser tão eficazes como a realizada por anestesiolistas., não havendo impacto no número de cancelamento cirúrgicos (Díez-García et al., 2023).

Podemos reconhecer que o papel do enfermeiro na consulta pré-operatória de enfermagem, pelas várias intervenções que realiza, a avaliação, a capacitação da pessoa em SPO, a redução da ansiedade e estabelecimento de uma relação terapêutica que facilita o fluxo de informação pertinente e anteriormente desconhecida, informação para a preparação para o dia da cirurgia e para as etapas seguintes de todo o processo da CA, também permite a otimização das capacidades e competências da pessoa em SPO. A consulta pré-operatória de enfermagem, é igualmente crucial para a existência de segurança pré-operatória, para os procedimentos anestésicos e cirúrgicos, e para a normal realização dos planos cirúrgicos da UCA.

Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório

Os participantes do estudo, mencionaram as várias estratégias que adotam e realizam para atingir os diversos objetivos da consulta pré-operatória de enfermagem e para resolver as situações problemáticas que obstaculizam o alcançar desses mesmos objetivos.

Com base no quadro teórico que enquadra este estudo, consideramos que **estratégia** é toda e qualquer ação que o sujeito, de forma consciente e intencional, realiza como abordagem a situações problemáticas e que visam atingir um determinado objetivo. Pelas expressões dos participantes foi possível conhecer as estratégias utilizadas pelos mesmos, de forma a conseguir solucionar e ultrapassar as situações que sejam constrangimento, dificuldade ou impedimento à inclusão da pessoa em SPO no regime de CA. De acordo com a situação e os motivos desse constrangimento, dificuldade ou impedimento, é evidente nas expressões que cada enfermeiro tem as suas estratégias que desenvolveu, aprimorou e incorporou nas suas práticas.

Das estratégias identificadas no discurso dos participantes, podemos elencar a preparação do ambiente previamente ao início da consulta, a consulta prévia do processo clínico de modo a ter informação antecipadamente, a avaliação das necessidades da pessoa em função dos vários parâmetros da Avaliação Inicial e da avaliação da própria pessoa em SPO, o recurso a ferramentas para adjuvar as suas práticas e as tornar mais eficientes, e efetivas, a utilização da Comunicação Terapêutica, como ferramenta de desenvolvimento da relação terapêutica com a pessoa em SPO e como facilitadora das práticas educativas, o ensino direcionado à pessoa significativa como forma de ultrapassar a incapacidade da pessoa em SPO de receber a informação e assim assegurar o cumprimento dos requisitos necessários para a inclusão e capacitação para o regime de CA., para a avaliação da compreensão do conteúdo informativo fornecido na consulta, a forma como os dados das práticas de enfermagem na consulta pré-operatória no processo clínico da pessoa em situação perioperatória, são documentados no processo clínico. E a forma como o enfermeiro faz a gestão do tempo de duração da consulta.

Os participantes destacam a importância da preparação do ambiente para garantir uma consulta pré-operatória eficiente e fluida. A preparação inclui a organização da sala, a preparação do uso do computador e do aplicativo SClínico, a verificação da existência dos Consentimentos Informados e a pesquisa da consulta de anestesiologia, prévia à de enfermagem. A metodologia da preparação de folhetos informativos e materiais específicos para a preparação pré-operatória a fornecer à pessoa em SPO, assegura que todos os elementos necessários, estão previamente disponíveis para realizar a consulta pré-operatória de enfermagem. Toda esta preparação material, é realizada de forma padronizada, sem necessidade de conhecimento pormenorizado do plano dos procedimentos cirúrgicos das pessoas em SPO agendadas para o turno e visa assegurar o fluxo dos doentes, sem falhas dos recursos materiais.

Alguns participantes, sentem necessidade de ter previamente, informação aprofundada sobre a pessoa em SPO, nomeadamente, patologias, medicação, de modo poderem estar preparados para a avaliação e práticas educativas. Os participantes, reconhecem a necessidade e a vantagem da preparação e do planeamento das práticas, que se reflete numa interação mais tranquila e referem que essa preparação facilita a realização das intervenções de enfermagem e do fluxo das intervenções. Um participante, destaca a experiência empírica acumulada, assim como o recurso ao formulário de Avaliação Inicial como guião para as suas intervenções, como garantia de boas práticas. Todos os participantes reconhecem ter estratégias para preparar a consulta e as práticas de enfermagem a realizar. Embora essa preparação e planeamento sejam feitos de forma empírica, resultam da experiência acumulada e do aprimoramento das práticas, criando um mapa mental dos passos a realizar e da sequência dos mesmos. A preparação, tem aspetos individuais em função da valorização feita por cada participante, e visa o desenrolar das consultas e a fluidez das práticas do enfermeiro à pessoa em SPO sem imprevistos materiais ou de informação.

Na preparação da consulta pré-operatória de enfermagem, a uma pessoa em SPO específica, os participantes referem a necessidade de se prepararem para orientar as suas intervenções dirigidas à pessoa em SPO, em particular. Os participantes, manifestaram a necessidade de colherem previamente ao início da consulta, o máximo de informação e pormenorizada sobre a pessoa em SPO que vão receber. As estratégias dos participantes, é a pesquisa detalhada e alargada, dos processos clínicos, nomeadamente, cumprimento de procedimentos ético-legais como o Consentimento Informado, e dados administrativos como o dia e hora da cirurgia, e a inscrição para cirurgia no SIGIC, pesquisar os registos de consultas da especialidade cirúrgica, os registos da consulta de anestesiologia e caso existam, pesquisa consultas pré-operatórias de enfermagem anteriores. Em relação às consultas médicas, pesquisam diagnósticos médicos, procedimento cirúrgico agendado, dados da avaliação clínica como medicação habitual e comorbilidades, indicações de anestesiologia sobre aspetos específicos da preparação pré-operatória, como a posologia da medicação a manter, a suspender ou a alterar, indicações de jejum. Os participantes referem que toda a informação colhida desta forma, vai ser verificada e validada, através da informação fornecida pela pessoa em SPO na Avaliação Inicial. Os participantes, valorizam a consulta prévia do processo clínico, porque permite ter uma antevisão da pessoa em SPO, permite e facilita a orientação e a preparação das práticas educativas dirigidas à pessoa e às suas necessidades. Reconhecem ainda a vantagem de evitar a repetição incómoda de perguntas realizadas algum tempo antes pelos anestesiológista, optando os participantes por confirmar e validar a informação previamente

obtida através da pessoa em SPO, permitindo que a consulta pré-operatória de enfermagem, seja mais personalizada e eficiente.

A avaliação das necessidades da pessoa em SPO é a primeira fase da Consulta pré-operatória de enfermagem, e é considerada pelos participantes como essencial. Os participantes, recorrem à sua experiência acumulada e manifestam que a mesma permite desenvolver competências na avaliação da pessoa em SPO, através da linguagem verbal e não verbal. Manifestam que as observações iniciais, são utilizadas para adaptar a consulta às características específicas de cada pessoa em SPO, como nível de ansiedade, conhecimento prévio e condições específicas. Isso envolve avaliar a profissão, idade e histórico médico, direcionando o ensino para reduzir a ansiedade e garantir o cumprimento do regime terapêutico. A comunicação é ajustada conforme o nível de compreensão da pessoa, e considerando fatores sociais e culturais da pessoa em SPO.

Esta atitude é compatível o enfermeiro perito, conforme o descrito por Benner, que refere que a enfermeira perita *“(...) tem uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”*. A enfermeira perita, com base na sua experiência acumulada, age a partir de uma compreensão profunda e global da situação. O enfermeiro iniciado, pela falta de experiência com situações, realiza avaliações com base em parâmetros objetivos e quantificáveis e procura características identificáveis e com base em normas e modelos para orientar a sua intervenção (Benner, 2001, p. 58).

Os participantes do estudo, referem-se à sua experiência acumulada, como alicerce para a sua avaliação, da pessoa em SPO, seja pela sua aparência, discurso, atitudes, postura corporal, fâcias, são atributos nos quais baseia a elaboração do seu diagnóstico e planeiam as suas intervenções. Os participantes manifestam, utilização da linguagem não verbal, como ferramenta de avaliação da pessoa em SPO.

Os participantes referem que recorrem ao “Folheto Informativo do Utente” como ferramenta adjuvante das práticas educativas, seja como guião para a realização das suas práticas educativas e do conteúdo informativo e ensinos a realizar, seja como lista de verificação para garantir que todas as informações relevantes são transmitidas à pessoa em SPO, seja ainda como instrumento de validação da compreensão da informação fornecida, e dos ensinos realizados. Os participantes consideram que Folheto Informativo do Utente, é utilizado como uma ferramenta de estruturação e sistematização do conteúdo informativo padronizado e genérico a fornecer a todas as pessoas em SPO, referindo que o consideram como uma ferramenta fiável e eficaz para assegurar que nenhum ponto crucial da informação seja negligenciado durante a consulta. Um participante, considera que o fornecimento de

informação pela sequência do folheto, facilita que a pessoa ao ler, se recorde mais facilmente da informação. Os participantes referem que utilizam ao “Folheto Informativo do Utente”, como suporte físico para o registo manuscrito de informação adicional e específica daquela pessoa em SPO, relacionada com indicações médicas e especificação de indicações para o período pré-operatório, como reforço da comunicação verbal.

Os participantes expressam que o “Folheto Informativo do Utente” é uma ferramenta útil para os enfermeiros e para as pessoas em SPO, potenciando as intervenções de enfermagem no âmbito da melhoria do conhecimento, sobretudo, para pessoas em SPO com dificuldades na compreensão da informação fornecida e dos ensinamentos realizados, pois ao ser entregue o folheto para o domicílio, é-lhes recomendado que leiam e consultem a informação nele inscrita como forma de reforçar e assegurar a interiorização do conteúdo do mesmo.

Mendes et al., referem que *“a informação transmitida ao cliente na consulta pré-operatória é considerada uma intervenção relevante (...) Esta informação pode ser transmitida de diferentes formas, por exemplo, em folhetos entregues antes da cirurgia(...)”* (2020, p. 48).

Ortiz et al., num estudo em que avaliaram a entrega de um folheto informativo à pessoa em SPO, referem que *“os folhetos explicativos melhoraram a satisfação do paciente em relação ao conhecimento do processo perioperatório”* (2015b, p. 7), nomeadamente no que esperar no dia da cirurgia, controlo da dor, concluindo que a entrega do folheto isoladamente, não tem efeito na redução da ansiedade pré-operatória da pessoa em SPO.

Os participantes nos seus discursos, valorizam a comunicação como ferramenta essencial para otimizar as intervenções de enfermagem à pessoa em SPO, na consulta pré-operatória de enfermagem. Reconhecem no seu discurso que, ao transmitir informação e ao realizar ensinamentos, a técnica da comunicação é primordial para alcançar a finalidade da consulta. Os participantes identificam as estratégias utilizadas para que a comunicação seja feita de forma eficiente e seja efetiva, traduzindo-se essa efetividade, na compreensão e na interiorização da informação fornecida. Os participantes realizam a gestão da comunicação com a pessoa em SPO, com recurso ao conhecimento empírico, mas indo de encontro ao que se designa como Comunicação Terapêutica e que tem por finalidade, estabelecer uma comunicação que melhor o conhecimento da pessoa, que estabeleça uma parceria conducente à adesão da pessoa aos regimes terapêuticos e no seu discurso, os participantes identificam as técnicas de comunicação utilizadas. Como técnicas utilizadas habitualmente, os participantes identificam as técnicas utilizadas como: a adequação da forma de fornecer informação às características da pessoa e em função da sua interação com o enfermeiro, daquilo que a pessoa fala, do seu retorno comunicacional, verbal e não verbal; abertura e disponibilidade para a escuta ativa; adequação da linguagem ao grau de escolaridade da pessoa em SPO, nomeadamente no léxico utilizado

evitando o uso de jargão técnico, desenvolvimento de um ambiente tranquilo de forma a que a ansiedade da pessoa não interfira na efetividade da comunicação; utilização da linguagem não-verbal e até do próprio corpo, para exemplificar e melhorar a compreensão da informação.

Mafetoni et al., referem que as pessoas manifestam a sua insatisfação em relação à comunicação realizada na consulta (...) *devido às orientações impositivas, uso de linguagem técnica, a falta de individualidade com o paciente ou apontaram a falta de informação, mostrando que os profissionais tendem a ritualizar as suas funções em instituições onde não há atenção para esta questão*” (2011, p. 859).

“Um processo de comunicação desenvolvido de forma desajustada do contexto dos utentes, repercute-se negativamente nos seus comportamentos, promovendo a incompreensão e insatisfação”, Santos, et al., citados por Brás & Ferreira, (2016, p.574).

A comunicação pessoal em saúde, é o meio privilegiado do processo informativo e educativo, e é através da comunicação que se estabelece a confiança do utente com o profissional, e a ligação da pessoa à equipa e ao serviço. É através da comunicação verbal e não-verbal que a pessoa se revela nas suas várias dimensões (sentimentos, expectativas; anseios; problemas; capacidade de intervenção, necessidades). Na interação clínica enfermeiro-utente, destacam-se como elementos estruturantes da efetividade da mesma: o pensamento terapêutico; a empatia; o respeito mútuo, a escuta ativa; a atenção às emoções da pessoa; o respeito; e o interesse no acompanhamento das reflexões do utente; a ajuda à pessoa para aumentar a sua dignidade; autorreflexão e a auto-observação (Haddad et al., 2011).

Em resumo, os participantes reconhecem que a comunicação deve ser adaptada ao nível de compreensão da pessoa em SPO, utilizando linguagem simples e ajustando conforme as respostas e as reações da pessoa em SPO. Os participantes empregam estratégias como o uso de desenhos, exemplos práticos e experiências pessoais para esclarecer instruções e procedimentos. Essa abordagem aumenta o conforto da pessoa em SPO e promove uma relação mais aberta e de confiança, essencial para uma consulta efetiva.

Os participantes mencionam que, por vezes têm de centralizar as práticas educativas na pessoa significativa. No seu discurso, identificam e caracterizam as circunstâncias em que tal acontece, nomeadamente em pessoa sem capacidade de assimilar a informação fornecida, em caso de pessoa em SPO com doença demencial, no caso de pessoa em SPO sem capacidade de assumir o papel do autocuidado, que requeira a presença de um adulto idóneo, sendo avaliada a capacidade de melhorar o conhecimento, e em função dessa avaliação, os enfermeiros tomam a decisão.

No contexto do estudo, os registos realizados no âmbito do Processo de Enfermagem no aplicativo SClínico, com base na CIPE, os enfermeiros têm parametrizada a Atividade

Diagnóstica: “Avaliar potencial para melhorar o conhecimento”, que acede à escala de avaliação do potencial para melhorar conhecimento, que tem 4 parâmetros a considerar: existência de CAPACIDADE COGNITIVA; existência de CONSCIENCIALIZAÇÃO DAS MUDANÇAS NO SEU ESTADO DE SAÚDE; Existência de FORÇA DE VONTADE EXPRESSA NA APRENDIZAGEM; e existência de ENVOLVIMENTO NO PROCESSO DE ENSINO/APRENDIZAGEM. A CIPE ter definições claras, sintéticas e objetivas sobre os termos utilizados e na CIPE, versão de 2019, o Foco COGNIÇÃO tem como descrição: *“Processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória”*. O Foco FORÇA DE VONTADE, tem na sua descrição: *“disposição para manter e abandonar ações”*, originário do termo do Foco, VOLIÇÃO que tem como descrição *“escolha consciente; ato de escolher para o bem-estar próprio”* da escolha consciente; ato de escolher para o bem-estar próprio. O termo “ENVOLVIMENTO” não se encontra considerado na CIPE, versão de 2019, no entanto o termo ENVOLVER do eixo, ação, é considerado e tem como descrição: *“Comportamento interativo: ação de empenhamento e demonstração de interesse para com outros indivíduos e vontade de ajudar outros.”* O conhecimento da CIPE e das descrição dos termos usado, permite tem uma profunda e rigorosa interpretação das intervenções, diagnóstico e não só permite descrever com rigor as práticas de enfermagem, mas também compreender o real significado as mesmas.

A utilização destes parâmetros, permitem que o enfermeiro, com base em critérios de avaliação do potencial para melhorar conhecimento, consiga fazer uma avaliação diagnóstica com fundamento científico e que permitirá ter registos passíveis de tratamento e avaliação do impacto das práticas de enfermagem nos cuidados de saúde e evidência dos resultados das suas intervenções.

Os participantes, mencionam como foco de atenção das suas práticas, “Avaliar potencial para melhorar o conhecimento” e em casos onde a pessoa em SPO apresenta dificuldades cognitivas ou incapacidade de compreender a informação e as práticas educativas, a centralização na pessoa significativa, garante que as orientações e cuidados necessários sejam compreendidos e cumpridos de forma adequada, permitindo que a pessoa possa ser incluída nas etapas seguintes do processo de CA, com garantia de condições de segurança da preparação pela pessoa significativa.

A avaliação da compreensão pela pessoa em SPO, da informação e das práticas educativas realizadas pelo enfermeiro, é uma estratégia, que todos participantes referem realizar e que valorizam como importante, imprescindível e na qual colocam ênfase.

Os participantes referem que na avaliação da compreensão, validam a compreensão por meio de perguntas sobre os ensinamentos pelas pessoas em SPO, recorrem a técnica de teach-back, de modo que a pessoa explique e reproduza a informação fornecida, referem recorrer ao

Folheto Informativo do Utente como lista de verificação para auxiliar na realização da avaliação de forma sistematizada e estruturada, e recorrem à avaliação empírica com base na linguagem não-verbal da pessoa em SPO, como o seu comportamento, a postura corporal e a expressão facial, como resposta inconsciente da pessoa às práticas educativas do enfermeiro.

Há participantes, que distinguem a compreensão da informação da validação da aquisição e melhoria do conhecimento sobre o processo de CA, referindo que, deve ser realizado em momento diferente da consulta pré-operatória de enfermagem, indo de encontro às orientações da organização onde se realiza este estudo. A organização preconiza, que a validação da aquisição de conhecimento e a validação da melhoria do conhecimento sobre o processo de CA, incide especificamente no conhecimento sobre a cirurgia, conhecimento sobre a preparação-pré-operatória e no conhecimento sobre o jejum, sendo estes os itens de avaliação parametrizados no aplicativo SClínico. Esta validação do conhecimento adquirido, está preconizada, organizacionalmente, que deve ser realizada no contacto telefónico da véspera da cirurgia, sendo esse registo, documentado no aplicativo SClínico, no processo clínico da pessoa em SPO, gerando evidência do resultado das práticas de enfermagem realizadas na consulta pré-operatória de enfermagem, sendo passível de gerar indicadores de resultado dos cuidados de enfermagem.

A produção de indicadores, visa traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde para a pessoa em SPO e por esta via, demonstrar a qualidade dos cuidados prestados. A Ordem dos Enfermeiros, *“considera serem altamente relevantes para a produção obrigatória, regular e sistemática de dados de enfermagem, a diferentes níveis, por parte de todas as unidades e serviços de saúde portugueses”*, (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 1).

A avaliação da compreensão da informação e da práticas educativa, é considerada pelos enfermeiros participantes como complexa, e exige que o enfermeiro tenham em consideração vários parâmetros e abordagens diferenciadas à pessoa em SPO, reconhecem igualmente, que esta avaliação permite identificar áreas de lacunas e dúvidas e reforçar as áreas identificadas como deficitárias, assegurando que a pessoa em SPO tenha compreendido as orientações essenciais para as etapas seguintes do processo de CA.

“Um processo de comunicação desenvolvido de forma desajustada do contexto dos utentes, repercute-se negativamente nos seus comportamentos, promovendo a incompreensão e insatisfação”, Santos, et al., citados por Brás & Ferreira, (2016, p.574).

Os enfermeiros participantes, referem que realizam registo das informações e orientações fornecidas durante a consulta no processo clínico da pessoa em SPO, no aplicativo SClínico, com objetivo de garantir que todos os dados relevantes estão acessíveis para as etapas

seguintes do processo de CA, salientam que os registos realizados tem um padrão genérico, normalizado com base no formulário da Avaliação Inicial igual para todas as pessoas em SPO. Quando há informação específica relativa a necessidades individuais da pessoa em SPO, ou características da personalidade que requerem foco de atenção especial do enfermeiro no dia da admissão, ou critérios sociais com resolução pendente pela pessoa em SPO, ou informações, ensinamentos, instruções e treinos realizados, especificamente relacionado com os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, ou a salvaguarda do enfermeiro em relação à realização da consulta pré-operatória autónoma de enfermagem sem apoio médico, todas estas situações são registadas e destacadas no formulário da Avaliação Inicial, como estratégia para assegurar o cumprimento pelo enfermeiro das intervenções necessárias e adequadas para a preparação pré-operatória da pessoa e como forma de responsabilizar a pessoa em SPO pelo cumprimento das indicações e requisitos para a existência das condições exigidas no dia da cirurgia, que no caso da sua ausência, pode implicar a falta de condições da pessoa para ser operada e o cancelamento da cirurgia no dia.

Todas as informações que podem interferir no processo de CA, são valorizadas pelos participantes e são destacadas no campo de registos, “OUTROS DADOS”, para mais fácil leitura e realce em relação aos restantes registos.

Os participantes lamentam que os registos que realizam não traduzem a complexidade e a extensão da interação e as práticas educativas realizadas pelo enfermeiro. Nem dão visibilidade às práticas de enfermagem realizadas nem ao tempo investido.

A gestão do tempo, é um desafio que se coloca aos participantes, que é agravado pela presença e acumulação de pessoas em espera, à entrada do consultório do enfermeiro, situação geradora de desconforto e de tensão ao enfermeiro. Devido à impossibilidade de os enfermeiros gerirem chegada e a acumulação de pessoas à espera, tentam mitigar os efeitos da situação desenvolvendo estratégias ao seu alcance. Os participantes, referem que tentam equilibrar a necessidade de fornecer uma consulta completa e personalizada e efetiva, e agilizar o atendimento com a eficiência para diminuir o tempo de duração da consulta. Os participantes mencionam que adiam parte das tarefas da consulta para o final da jornada de consultas, como o registo posteriormente da informação no processo da pessoa em SPO e completam essa informação com dados da consulta de anesthesiologia.

As estratégias utilizadas pelos enfermeiros na consulta pré-operatória na unidade de cirurgia ambulatoria, são multifacetadas e focadas em garantir que as pessoas em SPO, estejam bem informadas e preparadas para o intra-operatório, assegurando as condições de segurança e o normal desenvolvimento das etapas seguintes. A preparação do ambiente, a consulta prévia do processo clínico e a avaliação personalizada das necessidades das pessoas em SPO, a avaliação

da compreensão do conteúdo da consulta, são elementos centrais que contribuem para a eficácia das consultas. O uso de ferramentas como folhetos informativos, a adaptação da comunicação à pessoa, o direcionamento do ensino à pessoa significativa aquando da incapacidade da pessoa em SPO em melhorar o conhecimento, são práticas que promovem a compreensão e adesão da pessoa em SPO às orientações pré-operatórias. A documentação adequada e a gestão eficiente do tempo são desafios constantes, para os quais os enfermeiros demonstram desenvolver estratégias para lidar com essas questões de forma a manter a qualidade das práticas na consulta pré-operatória de enfermagem.

Informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório

Os participantes destacam no seu discurso que, a informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória é um elemento crítico para garantir a preparação pré-operatória, a segurança e o sucesso do procedimento cirúrgico. É expresso pelos participantes que o conteúdo da informação é similar em todas as pessoas em SPO e visa a preparação física, emocional e da rede social da pessoa, e fornecer uma antevisão geral sobre o dia da cirurgia, no entanto identificam que há informação relacionada com procedimentos específicos. Os participantes revelam que os enfermeiros assumem-se como responsáveis por transmitir informações detalhadas sobre o autocuidado no pré-operatório, o procedimento cirúrgico, e as preparações específicas necessárias para a realização do procedimento cirúrgico, como as condições prévias de segurança. Os enfermeiros destacam a importância de seguir protocolos estabelecidos, especialmente em relação à medicação e jejum e banhos pré-operatórios.

Os participantes, no seu discurso, vão identificando os conteúdos informativos fornecidos na consulta pré-operatória de enfermagem, nomeadamente sobre: a gestão do regime terapêutico relacionado com a segurança dos procedimentos cirúrgico e anestésicos, em particular a suspensão, manutenção ou alteração da posologia; informação sobre a preparação pré-operatória genérica (jejum, banhos com clorhexidina, tricotomia, remoção de verniz das unhas) e preparação específica em função do procedimento cirúrgico (preparação intestinal); explicam detalhadamente o que esperar no dia da cirurgia e asseguram a vigilância e a presença permanente dos enfermeiros como forma de diminuir ansiedade à pessoa em SPO. No discurso dos participantes, é evidente que a informação fornecida e os ensinamentos realizados têm como objetivo assegurar as condições para que a pessoa reúna os requisitos e os critérios para que no dia da cirurgia, a mesma possa decorrer sem imprevistos nem impedimentos.

Num estudo sobre ensinos pré-operatórios em contexto de CA, os autores identificaram 5 dimensões de ensino pré-operatório: suporte emocional; treino de habilidades para o pós-operatório; informação sobre o contexto que vai no seu percurso; informação sobre experiências sensoriais e desconfortos a esperar; atitudes e comportamentos desejados da pessoa, (Brumfield et al., 1996).

A informações fornecida precocemente em relação à data da cirurgia, permite à pessoa em SPO ter um tempo para planear e orientar a adaptação no processo de transição saúde-doença, pensar em alternativas para a gestão do período pós-operatório, nomeadamente, planificar a continuidade dos cuidados após a alta, preparar mentalmente os acontecimentos, assim, reduzir a ansiedade, assim como ponderar e poder esclarecer dúvidas que surjam, (Brumfield et al., 1996).

No nosso estudo, alguns participantes, desvalorizam o fornecimento de informação sobre o pós-operatório, em detrimento da informação e ensinos sobre o pré-operatório, considerando que o seu foco principal de intervenção é o período pré-operatório. Alguns participantes, referem que fornecem informação sobre o pós-operatório, ou por solicitação da pessoa, ou quando as implicações da cirurgia requerem uma adaptação mais rigorosa para o período pós-alta, fundamentando a sua tomada de decisão com o facto de quantidades de informação elevadas, podem comprometer a qualidade e a segurança da preparação pré-operatória.

Os participantes que fornecem informação sobre o pós-operatório, identificam a informação e os ensinos que realizam, nomeadamente: ensinos sobre treino de marcha e limitações no uso de ortóteses (canadianas); profilaxia tromboembólica, suspensor de braço, alterações do regime alimentar; alterações do estado de consciência provocadas pela anestesia; limitações no retorno à autonomia nas atividades de vida diárias; incapacidade temporária para o trabalho, possibilidade de complicações intraoperatórias e pós-operatórias.

Brumfield et al., num estudo realizado sobre os ensinos a pessoas em SPO no pré-operatório, concluíram, que é necessário realizar estudos para identificar quando, onde e como o ensino pré-operatório é mais eficaz no contexto de cirurgia ambulatoria, com o objetivo de melhorar a eficiência e a eficácia dos ensinos (Brumfield et al., 1996).

Os participantes no nosso estudo, manifestam ênfase em fornecer informação clara e precisa sobre os critérios sociais, em explicá-los à pessoa em SPO, e a razão de ser dos mesmos. Realçam que a área própria e específica dos enfermeiros e que estes a assumem como sua por inerência.

Os critérios sociais determinam a possibilidade de a pessoa em SPO, poder ser incluída ou não na CA. O cumprimento dos critérios sociais assegura a existência de condições para a

continuidade de cuidados com segurança após a alta da UCA. Os critérios sociais são: ter transporte assegurado da UCA para o domicílio em viatura individual; área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital; condições de habitabilidade do local de pernoita; acesso a telefone 24 horas por dia; garantido o acompanhamento por um adulto responsável que compreenda a necessidade de vigilância e como atuar em caso de complicações, pelo menos nas primeiras 24 horas após a cirurgia (AESOP, 2006; Caseiro, 2009).

No âmbito da informação fornecida à pessoa em SPO, um participantes, revela que as suas práticas, ultrapassam o âmbito dos cuidados de saúde, e fornece orientação à pessoa em SPO sobre o funcionamento do processo de gestão do agendamento, alteração de datas de cirurgia e sobre o regime de CA. Esta abrangência de resposta às necessidades da pessoa em SPO, reside na abordagem da pessoa, holisticamente, não só como pessoa necessitada de tratamento cirúrgico mas como uma pessoa com necessidades socioeconómicas, familiares, e pessoais, que devem ser tidas em consideração na avaliação e na planificação das intervenções do enfermeiro.

Fatores que interferem na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório

Os participantes identificaram os fatores que consideram interferir na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório, e foi possível identificar fatores facilitadores e dificultadores. No âmbito dos fatores facilitadores, consideram que a realização da consulta de enfermagem e de anestesiologia no mesmo dia, facilita tanto a pessoa em SPO que só se desloca ao hospital uma vez, quanto para os profissionais de saúde, porque permite que a informação colhida numa e noutra consulta, se complementem, que seja possível esclarecer dúvidas que emergem do contacto sequencial e imediato das consulta de anestesiologia e de enfermagem, assim como a triagem médica da pessoa em SPO, prévia à consulta de enfermagem, que impede que pessoas sem critérios clínicos para CA, cheguem à consulta de enfermagem. Os participantes consideram que otimiza o tempo da pessoa em SPO, melhora a satisfação ao minimizar deslocamentos e permite a coordenação das informações a fornecer à pessoa em SPO. Tem a sinergia da otimização da comunicação entre o médico e o enfermeiro, assegurando uma avaliação e intervenção integrada e melhora a eficiência do processo da preparação e capacitação pré-operatória da pessoa em SPO.

Os participantes consideram que na consulta se desenvolve uma relação enfermeiro-pessoa, baseada na confiança e no sentimento de abertura e disponibilidade, e que tal promove o à-vontade para expressar suas dúvidas e preocupações ao enfermeiro. O enfermeiro,

frequentemente assume o papel de apoio emocional, oferecendo um espaço propício para a pessoa em SPO expressar os seus medos e receios, e como resultado há uma percepção positiva das pessoas em SPO em relação aos enfermeiros e à consulta pré-operatória de enfermagem, refletindo uma valorização do papel educacional dos enfermeiros e da função que desempenham.

A relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa em SPO, é um fator essencial no contexto da consulta. Os enfermeiros atuam como mediadores de informações e proporcionam apoio emocional. O papel dos enfermeiros como educadores é reconhecido e valorizado, o que reforça a importância do seu papel no processo de cuidados de saúde. Essa relação de proximidade, facilita uma comunicação aberta, permitindo que a pessoa em SPO, expresse preocupações que podem não ter expressado ao médico, resultando numa preparação pré-operatória mais eficaz e numa experiência perioperatória mais positiva e menos ansiogénia.

Os participantes reconhecem como facilitador da realização da consulta pré-operatória de enfermagem, a pessoa em SPO com experiência de contacto com o regime de CA, seja como pessoa em SPO, seja como acompanhante de pessoa em SPO. A pessoa em SPO com contacto com o regime de CA, tende a ter uma melhor compreensão do processo e requer menos orientação nas práticas educativas devido à informação de que é portadora. Os enfermeiros participantes realçam que pelo contrário, pessoas em SPO sem experiência prévia com o contexto de CA, a consulta de enfermagem desempenha um papel essencial na educação e preparação para o processo de CA.

A experiência anterior em CA, da pessoa em SPO, é um fator facilitador na preparação para o processo de CA, pois a pessoa em SPO têm familiaridade com os procedimentos e o ambiente. Isso diminui a necessidade de informação e pode agilizar o processo da consulta. No entanto, para pessoas em SPO sem experiência anterior, os enfermeiros desempenham um papel crucial na educação, garantindo que são adequadamente informadas e preparadas para o processo de CA, o que é essencial para minimizar a ansiedade e assegurar segurança para o procedimento cirúrgico e anestésico.

Os participantes, expressam os constrangimentos e as limitações que o sistema informático coloca na realização da consulta e nos registos de enfermagem, seja devido à complexidade da sua utilização, que consideram complexa, emaranhada de passos. Realçam que o sistema informático utilizado não possui integração eficaz entre diferentes módulos, como a consulta externa e o módulo de cockpit, o que dificulta a continuidade dos diagnósticos de enfermagem. Os participantes descrevem o sistema como lento e burocrático, consumindo tempo precioso aos enfermeiros, que necessitando de realizar muitos cliques e etapas para registar dados. Por vezes, acontecem incidentes como falhas de sistema ou “blackouts”

complicam ainda mais o processo, forçando os enfermeiros a interromperem seu trabalho para resolver problemas técnicos.

O sistema informático inadequado representa um obstáculo significativo para a prática de enfermagem na consulta pré-operatória. A falta de interoperabilidade e a complexidade burocrática do sistema aumentam a carga de trabalho dos enfermeiros, prejudicam a eficiência da consulta e geram insatisfação profissional. Isso afeta diretamente a qualidade do atendimento à pessoa em SPO, já que os enfermeiros utilizam muito tempo com um sistema informático, em detrimento da interação com a pessoa em SPO.

Segundo manifestam os participantes, a ausência de pessoa significativa para o dia da cirurgia e para o período pós-alta, é um fator que dificulta a realização da consulta, pois ter acompanhamento por uma pessoa significativa, pode ser uma dificuldade, mesmo para a pessoa em SPO. Este é um dos critérios sociais que não pode ser minimizado, pois é crítico para a segurança da pessoa no período pós-alta da UCA e o seu incumprimento é motivo para a exclusão da pessoa em SPO do regime de CA. Um participante, salienta que a presença da pessoa significativa, pode ser necessária na própria consulta pré-operatória de enfermagem, quando não há capacidade da pessoa em SPO em melhorar o conhecimento sobre o processo de CA, sendo impeditivo da realização da consulta nesse caso. Pelo impacto que tem na inclusão da pessoa em SPO no regime de CA, os participantes referem sentir que a solução para a ausência de pessoa significativa é um desafio que é específico dos enfermeiros e implica a necessidade de entrar em áreas que não estão diretamente relacionadas com as suas funções, mas sentem necessidade de orientar a pessoa em SPO na procura de soluções.

A ausência de uma rede de apoio adequada para a pessoa em SPO em contexto de CA, representa um desafio significativo e pode comprometer a segurança pela ausência de preparação adequada no pré-operatório e impossibilidade de assegurar a continuidade dos cuidados, especialmente no período pós-operatório, e período pós-alta, quando a pessoa em SPO necessita de acompanhamento próximo e apoio para seguir instruções de vigilância e continuidade dos cuidados no domicílio. Os enfermeiros frequentemente precisam intervir para assegurar que a pessoa em SPO tem assegurado o acompanhamento por pessoa significativa, o que pode envolver comunicação adicional com familiares ou ajustes no plano de agendamentos cirúrgicos. Os participantes evidenciam que a ausência de critérios sociais de inclusão na CA é uma dificuldade à realização da consulta porque alguma pessoa em SPO, não têm rede social significativa que permita ter acompanhamento pós-operatório no domicílio, transporte em viatura individual para regresso ao domicílio e por vezes nem condições habitacionais adequadas, como referem os relatos dos participantes. Esses fatores são essenciais para a continuidade dos cuidados no domicílio, para a segura da pessoa em SPO. Os participantes

destacam que a falta de informação prévia à consulta pré-operatória de enfermagem sobre os critérios sociais para inclusão no regime de CA, origina situações em que a pessoa em SPO, tem a data da cirurgia agendada mas não reúne os critérios sociais para realizar a mesma em regime de CA.

Os participantes são confrontados com situações limites no tempo, que condicionam a sua tomada de decisão sobre a situação identificada mas o limite temporal impede uma resposta adequada e atempada, recorrendo a dirigentes do serviço para resolver a situação. A ausência de conhecimento prévio dos critérios sociais para a inclusão no processo de CA, é desafio reconhecido pelos participantes.

Os participantes consideram o número de consulta diárias, excessivo e manifestam que essa quantidade elevada, limita sua disponibilidade para com a pessoa em SPO e interfere no desenvolvimento da relação terapêutica e nas práticas educativas, exemplificando que dificulta a escuta ativa. Manifestam que número elevado de consultas, gera tensão emocional nos enfermeiros, pelo facto de terem pessoas em SPO, à espera, à entrada do consultório de enfermagem. O elevado número de consultas, é um fator limitante que compromete a qualidade do atendimento na consulta pré-operatória de enfermagem, pois os enfermeiros sentem-se pressionados a reduzir o tempo de consulta, como é manifestado pelos participantes, o que pode levar à comunicação inadequada e à insatisfação da pessoa em SPO. Essa pressão afeta também o bem-estar dos enfermeiros, contribuindo para o estresse e a exaustão profissional, como podemos constatar no discurso dos participantes do estudo. Uma abordagem para lidar com este problema, pode incluir a revisão das práticas de agendamento e a implementação de estratégias para otimizar o fluxo das pessoas em SPO com o cumprimento rigoroso do agendamento da hora de chegada.

Os participantes manifestam a sua insatisfação com o tempo disponível para cada consulta, que consideram que esse é um desafio por ser limitador e condicionador da qualidade das práticas de enfermagem na consulta pré-operatória de enfermagem. Os participantes consideram que o tempo disponível para a realização das consultas é insuficiente para cobrir todas as intervenções prioritárias necessárias. Os participantes no estudo consideram que o tempo disponível é escasso e restritivo da interação com a pessoa em SPO, afetando o desenvolvimento da relação terapêutica e restringindo a comunicação terapêutica como intervenção de enfermagem na consulta pré-operatória de enfermagem,

Os participantes, consideram que pessoas em SPO, com dificuldade em melhorar o conhecimento sobre o processo de CA, são um fator constrangedor da realização da consulta e refere que esta dificuldade em melhorar o conhecimento pode ser provocada por estado de ansiedade ou por ausência da capacidade cognitiva. Os participantes, referem que a ansiedade

pode afetar sua capacidade de compreender as informações, o que pode resultar em mal-entendidos ou esquecimento das orientações, assim como características da personalidade da pessoa em SPO, que tem uma postura passiva e de desinteresse e falta de envolvimento no processo de transição saúde-doença, transferindo a responsabilidade da gestão do processo de saúde para a pessoa significativa, o que dificulta o envolvimento ativo no processo de preparação e de cuidados.

Num estudo de 2016, sobre fatores que influenciam a avaliação pré-operatória realizada por enfermeiros, com repercussão no tempo necessário para realizar a consulta de enfermagem, identificaram como fatores influentes: a idade; a condição de saúde; as razões da consulta; assim como o profissional que realiza a consulta. Neste estudo, os autores constataram que o tempo de consulta aumenta de forma proporcional com o aumento do nível de classificação ASA da pessoa em SPO. Os autores referem a necessidade de serem realizados mais estudos nesta área e mais abrangentes, para que seja possível haver uma planificação e otimização do tempo das consultas e dos recursos necessários para as realizar em função das características da pessoa em SPO (Hawes et al., 2016).

A capacidade reduzida de algumas pessoas em SPO para melhorar seu conhecimento e para a compreensão das práticas dos enfermeiros na consulta, é um desafio aos enfermeiros, exigindo que os enfermeiros adaptem a abordagem à pessoa em SPO, sendo a presença da pessoa significativa essencial por garantir que as informações são compreendidas e cumpridas de forma adequada pela pessoa em SPO.

Os participantes reconhecem, nos seus discursos, a importância do nível elevado literacia em saúde para a realização da consulta, sendo que um baixo nível de literacia em saúde é considerado um fator dificultador das práticas de enfermagem na consulta pré-operatória. As pessoas em SPO com baixo nível de literacia têm uma informação limitada sobre o processo de CA e percepções erradas sobre a mesma. Frequentemente, desvalorizam os riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos realizados no contexto da CA. Os participantes referem que as pessoas em SPO, tem uma concepção sobre os procedimentos cirúrgicos, sobre os medicamentos, que os induz em erros de interpretação, podendo levar à omissão de informação ao médico e ao enfermeiro, devido ao baixo nível de literacia em saúde e erros de percepção.

Os participantes, reconhecem que é na consulta pré-operatória de enfermagem, que a pessoa em SPO, recebe informações que lhe permitem aumentar o nível de literária em saúde no contexto da CA e os participantes manifestam essa sua preocupação em melhorar o conhecimento da pessoa em SPO e como sendo uma função sua, atendendo a pessoa de forma holística e com o objetivo do seu empoderamento.

Uma pessoa em SPO com um nível baixo de literacia em saúde, pode estar na origem da deturpação ou omissão de informações que podem ser relevantes para a sua avaliação, pode gerar expectativas irrealistas e comprometer a sua adesão ao regime terapêutico. Os enfermeiros desempenham um papel essencial na educação da pessoa em SPO, promovendo o aumento do seu nível de literacia em saúde, recorrendo à comunicação terapêutica para melhorar a compreensão e preparar a pessoa para o que esperar antes, durante e após a cirurgia. Estratégias educativas adaptadas às necessidades e às características da pessoa em SPO, podem ajudar a superar as barreiras de literacia em saúde, promovendo um envolvimento no processo de aprendizagem e assegurando as condições necessárias para a continuidade do processo de CA.

Os participantes, revelam uma série de desafios com que se deparam durante a realização da CA, que interferem na realização da consulta e nas suas práticas, e afetam a eficiência das consultas como a sua efetividade, a sua interação com a pessoa em SPO, na personalização da abordagem à pessoa. Abordar esses desafios requer mudanças organizacionais, como o aumento do tempo alocado para consultas, a melhoria da triagem das pessoas em SPO destinadas à consulta pré-operatória autónoma de enfermagem, coordenação multidisciplinar, e o fortalecimento da autonomia dos enfermeiros para a tomada de decisões clínicas, podendo o recurso a protocolos, ser uma alternativa que permite a salvaguarda ético-legal da usurpação de funções profissionais, mesmo de forma inconsciente. Assim, melhora a realização das práticas de enfermagem, salvaguardando a redução do grau de complexidade clínica da pessoa em SPO a ser dirigida para a consulta pré-operatória autónoma de enfermagem.

Sugestões de melhoria para a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório

Os participantes no estudo, destacam a necessidade de aumentar o tempo de duração das consultas pré-operatórias. Esta sugestão é mencionada como uma prioridade para melhorar a qualidade das intervenções de enfermagem. Esta sugestão tem a vantagem de melhorar a qualidade das práticas de enfermagem, reduzir a tensão sobre os enfermeiros e aumentar a satisfação da pessoa em SPO e dos próprios enfermeiros.

Os participantes sugerem que deverá haver desenvolvimento dos sistemas informáticos utilizados nas consultas, em concreto o aplicativo SClínico, para torná-lo mais simples, eficiente e intuitivo. Os participantes destacam a necessidade de evoluir aplicativos como o UCA MOBILE para se tornarem mais interativos e atrativos para as pessoas em SPO.

Os participantes identificam o elevado número de consultas diárias como um fator que compromete a qualidade do atendimento e a capacidade de prestar um cuidado centrado no paciente.

Os participante no estudo, apresentam sugestões para diversas de áreas que carecem de melhoria e que podem ser implementadas para otimizar as práticas de enfermagem na consulta pré-operatória de enfermagem. As sugestões são harmonização da aspetos organizacionais, desenvolvimento tecnológico do sistema de informação, especificamente melhoria da infraestrutura com melhoria do fluxo de dados e a simplificação e otimização do aplicativo SClinico, fornecimento de informação prévia à consulta para melhoria do conhecimento da pessoa em SPO. Abordar estes desafios e implementar as melhorias sugeridas pode resultar numa interação com a pessoa em SPO mais eficiente e eficaz, aumentar a satisfação da pessoa em SPO e melhorar as condições de trabalho e a satisfação dos enfermeiros.

3.6 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Os principais resultados mostram que os enfermeiros atribuem importância à consulta pré-operatória de enfermagem porque a mesma permite melhorar o conhecimento da pessoa em SPO sobre o processo de CA, aumentando a literacia em saúde da pessoa em SPO, também facilita o desenvolvimento da relação terapêutica enfermeiro- pessoas em SPO, com otimização das intervenções de enfermagem e com efeito na redução do seu nível de ansiedade da pessoa em SPO. Os resultados mostram que enfermeiros reconhecem o impacto positivo da consulta pré-operatória de enfermagem na diminuição dos cancelamentos cirúrgicos, com consequente otimização dos recursos da UCA e na produtividade de procedimentos cirúrgicos e com repercussão positiva na resposta às necessidades da comunidade em termos de cuidados de saúde.

Os participantes identificam como fatores que interferem como facilitadores e dificultadores na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório. Como fatores facilitadores da realização da consulta pré-operatória de enfermagem, identificam a realização da consulta de enfermagem e da consulta de anestesiologia no mesmo dia, por simplificar a vida da pessoa com uma só deslocação ao hospital, e do enfermeiro por facilitar o fluxo de informação entre os dois profissionais o que permite otimizar as consultas ao potenciar a deteção de situações que necessitam de intervenção multidisciplinar que pode ser realizada no mesmo momento.

Relação de confiança estabelecida entre enfermeiro-pessoa em SPO, permite uma maior abertura e fluxo de informação que de outro modo ficaria oculta, com potencial

interferência na segurança dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos. A relação de confiança pode ser estabelecida com recurso a técnicas de comunicação verbal e não verbal, com recursos a técnicas optimizadoras da comunicação, com o estabelecimento de uma relação terapêutica, em que o envolvimento da pessoa, o seu empoderamento como parte ativa e empenhada no desenvolvimento de uma parceria, que promova uma maior adesão e capacitação da pessoa para o plano terapêutico pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

Os participante realçaram a experiência anterior da pessoa com o contexto de cirúrgica ambulatoria, seja como pessoa em SPO, seja como acompanhante, como um fator que facilita as práticas de enfermagem, pois a pessoa já tem informação prévia e conhecimento sobre o processo da cirurgia ambulatoria. Este fator reforça a vantagem da informação escrita fornecida prévia à consulta pré-operatória de enfermagem, por possibilitar a pessoas de se familiarizar com o que esperar nas várias fase do processo de CA.

Os resultados, obtidos neste estudo, constituem no nosso entender o ponto de partida para maior aprofundamento do conhecimento nesta matéria. Pelo impacto que a consulta pré-operatória de enfermagem tem no processo de CA, devido à necessidade de evidenciar e melhorar a visibilidades das práticas dos enfermeiros, e melhorar a evidência resultados das práticas de enfermagem em saúde, é uma caminho que urge seguir para traduzir os ganhos que os enfermeiros trazem para o sistema de saúde e para as pessoas.

É nossa intenção, divulgar estes resultados no serviço onde foi realizado o estudo e divulgá-lo em eventos científicos como intuito de que a comunidade científica e da prática de enfermagem possa aumentar e aprofundar os seus conhecimentos.

Concluimos que o enfermeiro EEMC no seu domini de competências desempenha uma papel de destaque no desenvolvimento desta consulta pré-operatória como intervenção privilegiada da enfermagem no desenvolvimento e capacitação da Pessoa em SPO e empoderamento da pessoa em SPO como cidadão e na melhoria do conhecimento e pelo aumento do nível de literacia em Saúde.

4 CONCLUSÃO DO RELATÓRIO

Este Estágio de Natureza Profissional, proporcionou uma oportunidade única de conhecer formas de organização, de planificação e de prestação de cuidados de enfermagem, que tendo igualmente a pessoa em situação perioperatória como foco da atenção dos enfermeiros, apresenta abordagens e formas de avaliação e de intervenção que variam com base na cultura organizacional e na cultura do meio sociodemográfico da comunidade em que a UCA está inserida e à qual presta cuidados de saúde. A opção por este campo de estágio, apesar de ter sido um desafio, pelos constrangimentos temporais e de distância física, revelou-se ser uma mais-valia, pelos profissionais do contexto, em constante preocupação com a melhoria da qualidade dos cuidados e pela segurança e organização interna da UCA. Os constrangimentos estruturais do espaço, demonstram, que com organização rigorosa, com envolvimento da equipa em dinâmicas de melhoria continua, na busca da melhor evidência científica para suportar a prestação dos cuidados de enfermagem, associada a um processo de acreditação que estava em curso, com o envolvimento dos profissionais, no cumprimento das normas internas e externas, e tendo como foco na pessoa em SPO, com uma abordagem holística da pessoa, são a evidência que é sempre possível melhorar.

O trabalho de investigação, permitiu não só desenvolver competências na área de investigação em enfermagem, mas também compreender as implicações que estes tipo de estudo tem nos investigadores, nos contextos e nas práticas futuras. O aprofundamento do conhecimento na área do fenómeno, as estratégias de pesquisa variadas, a leitura profundada de estudos na área investigada, a perceção da relevância das metodologias utilizadas e a necessidade de rigor na aplicação e operacionalização das mesmas, assim a perceção do potencial mas também da complexidade e a dificuldade da entrevista semiestruturada como ferramenta de colheita de dados, tudo isto permitiu que a leitura da realidade que é a investigação em enfermagem tenha ganho novos contornos e outra perspetiva, não só desafiadora mas também como essencial para a evolução da disciplina profissional que é a enfermagem.

Como limitações para este percurso realizado, destaco o tempo limitado, que foi sem dúvida o maior adversário e constrangimento. A investigação requer muita dedicação, disponibilidade mental e temporal, e neste tipo de estudos qualitativos, a análise crítica e reflexão, são cruciais.

Considero ter cumpridos os objetivos propostos para este ENP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amado, J. (coord.) (2017). *Manual de investigação qualitativa em educação* (3.ª ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1390-1>
- Andrade, Á., Torres, E., Augusto, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Pedro, J., Andrade, M., Abrunheiro, S., & Almeida, Z. (2023). Literacia em Saúde, um Desafio Emergente. Em *A Literacia em Saúde e a Qualidade dos Cuidados em Enfermagem: Vol. IV*.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (1ª). Quarteto Editora.
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 572–577. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796>
- Breda, L. F. T. F., & Cerejo, M. da N. R. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referencia*, V(5), p. 1–8. <https://doi.org/10.12707/rv20088>
- Brumfield, V. C., Kee, C. C., & Johnson, J. Y. (1996). Preoperative patient teaching in ambulatory surgery settings. *AORN journal*, 64(6). [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)63605-3](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)63605-3)
- Campos, C. (2017). A Comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *PsiLogos*, 15(1), 91–101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- ACSS. (2015). *Relatório síntese da atividade cirúrgica programada – Ano 2014*. <https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/UCGIC> TL 20151015 RelSint_Ativ_Cir_2014.pdf
- AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória: a filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidata, lda, 374.
- Amado, J. (2017). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação* (3ª edição). Em *Manual de Investigação Qualitativa em Educação (3ª edição)*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1390-1>
- Andrade, Á., Torres, E., Augusto, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Pedro, J., Andrade, M., Abrunheiro, S., & Almeida, Z. (2023). Literacia em Saúde, um Desafio Emergente. Em *A Literacia em Saúde e a Qualidade dos Cuidados em Enfermagem: Vol. IV*.

- APCA. (2014). Recomendações para anestesia regional em cirurgia ambulatoria. *Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatoria*, 1–58. <http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional.pdf>
- Arriaga, M. T. de. (2019). Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor Literacia em Saúde do cidadão. Em CARLOS LOPES & C. V. DE ALMEIDA (Eds.), *Literacia em Saúde na prática* (1ª EDIÇÃO). ISPA – INSTITUTO UNIVERSITÁRIO.
- Arumugam, S., Contino, V., & Kolli, S. (2020). Local Anesthetic Systemic Toxicity (LAST) – a Review and Update. *Current Anesthesiology Reports*, 10(2), 218–226. <https://doi.org/10.1007/s40140-020-00381-x>
- Barbieri, C., Martins, A., Martins, T., Peixoto, M., & Pereira, R. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. Em *Jornadas Internacionais De Enfermagem Comunitária 2016 - Livro De Comunicações*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016_Jornadas26-34.pdf
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. EDIÇÕES 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (1ª). Quarteto Editora.
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 572–577. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796>
- Breda, L. F. T. F., & Cerejo, M. da N. R. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2021(5), 1–8. <https://doi.org/10.12707/rv20088>
- Brumfield, V. C., Kee, C. C., & Johnson, J. Y. (1996). Preoperative patient teaching in ambulatory surgery settings. *AORN journal*, 64(6). [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)63605-3](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)63605-3)
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 15(1), 91–101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Caseiro, J. M. (2009). Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório: A perspectiva do Anestesiologista. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 11(8), 1–10.
- Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE. (2002). *Guia informativo para a pessoa significativa*.

- http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/28/visitas_folheto_ps.pdf
- Coelho, M. T., & Sequeira, C. (2014). Comunicação Terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11(11), 31–38.
- Coelho, M. T. V. (2015). *Comunicação Terapêutica Em Enfermagem: Utilização Pelos Enfermeiros*. 1–276. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf?fbclid=IwAR25ai02PWQBZ1G_G5APyI8uft6ukxt_eVeD2BejFuqHaFV_9QJZxH4rmVU
- Costa, E. I. M. T. da, & Jurado, R. A. (2006). Interação em Saúde. *Revista Referência*, II(2), 43–49. <http://www.index-f.com/referencia/2006pdf/43-2006-jun.pdf>
- Coutinho, J., & Neves, J. (2019). *Manual de boas práticas em cirurgia ambulatória*. 1–51. https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual 2019.pdf
- Coutinho, S. (2009). Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 59–64. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/230>
- de Carvalho, R. W. F. de, Pereira, C. U., dos Anjos, E. D., Filho, J. R. L., & Vasconcelos, B. C. do E. (2010). Anestésicos locais: Como escolher e prevenir complicações sistêmicas. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 51(2), 113–120. [https://doi.org/10.1016/S1646-2890\(10\)70095-9](https://doi.org/10.1016/S1646-2890(10)70095-9)
- DGS. (2022). *Norma 031/2013 atualizada a 17 de novembro de 2022 Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma_031_2013_atualizada_17_11_2022_prof_atb_cx_crianca_adulto_corrigida_29_03_2023.pdf
- Díez-García, C., Gich Saladich, I., & Bolibar Ribas, I. (2023). Effectiveness of Nurse-Led Preoperative Assessment for Anesthesia: A Prospective Cohort Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 38(4), 595–603. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.10.007>
- El-Boghdadly, K., Pawa, A., & Chin, K. J. (2018a). Local anesthetic systemic toxicity: Current perspectives. *Local and Regional Anesthesia*, 11, 35–44. <https://doi.org/10.2147/LRA.S154512>
- El-Boghdadly, K., Pawa, A., & Chin, K. J. (2018b). Local anesthetic systemic toxicity: Current perspectives. *Local and Regional Anesthesia*, 11, 35–44.
- El-Boghdadly, K., Pawa, A., & Chin, K. J. (2018b). Local anesthetic systemic toxicity: Current

- perspectives. Em *Local and Regional Anesthesia* (Vol. 11, pp. 35–44). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/LRA.S154512>
- Esteves, S. (2022). A Importância da Literacia em Saúde na Gestão do Regime Terapêutico: Perceções, Dificuldades e Estratégias. *Jim*, 3(2), 47–55. <https://doi.org/10.29073/jim.v3i2.673>
- Fortin, Marie-Fabienne; Côté, José; Filion, F. (2006). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Em *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*.
- Gomes, C. A. (1993). *Estratégias na sala de aula : questões teóricas e metodológicas*. 602–615. <https://hdl.handle.net/1822/18410>
- Gomes, R. H. S., Aoki, M. C. de S., Santos, R. S., & Motter, A. A. (2016). A comunicação do paciente traqueostomizado: uma revisão integrativa. *Revista CEFAC*, 18(5), 1251–1259. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161851916>
- Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. da N. R., & Martins, J. C. A. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(14), 17–26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
- Haddad, J. G. V., Machado, E. P., Neves-Amado, J., & Zoboli, E. L. C. P. (2011). A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. *O Mundo da Saúde*, 35(2), 145–155.
- Hawes, R. H., Andrzejowski, J. C., Goodhart, I. M., Berthoud, M. C., & Wiles, M. D. (2016). An evaluation of factors influencing the assessment time in a nurse practitioner-led anaesthetic pre-operative assessment clinic. *Anaesthesia*, 71(3), 273–279. <https://doi.org/10.1111/anae.13340>
- Henriques, F. L. F. R. G. de S. M. A. P., & Velez, M. A. M. R. B. A. (2019). A presença da fenomenologia na investigação em enfermagem: mapeamento das teses de doutoramento em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(23), 9–20. <https://doi.org/10.12707/RIV19038>
- Henriques, C. M. da G., Botelho, M. A. R., & Catarino, H. da C. P. (2021). A fenomenologia como método aplicado à ciência de enfermagem: estudo de investigação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 511–519. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41042020>
- IAAS. (2014). Ambulatory Surgery Handbook 2nd Edition. *Day Surgery Handbook*, 1–58. http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf

- ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM* (R. A. G. Pinto, É. H. de Jesus, E. da C. de O. T. D. de Melo, C. M. R. P. de B. M. Silva, H. C. F. C. Pestana, R. M. P. Fernandes, C. M. B. M. D. Paulino, S. M. S. Mendonça, A. M. R. Cardoso, M. A. T. da C. P. e Silva, & E. J. de A. Morais (eds.)). Ordem dos Enfermeiros.
- Lemos, P. (2009). Cirurgia de Ambulatório. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 11(8), 25–28. <https://revista.spcir.com>
- Lobo, C. (2014). O ensino da Anestesia Regional. *Clube Anestesia Regional*, 72, 6–11. www.anestesiaregional.com
- Lott, C., Truhlář, A., Alfonzo, A., Barelli, A., González-Salvado, V., Hinkelbein, J., Nolan, J. P., Paal, P., Perkins, G. D., Thies, K. C., Yeung, J., Zideman, D. A., Soar, J., Khalifa, G. E. A., Álvarez, E., Barelli, R., Bierens, J. J. L. M., Boettiger, B., Brattebø, G., ... Schmitz, J. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation*, 161, 152–219. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.011>
- Mafetoni, R. R., Higa, R., & Bellini, N. R. (2011). Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa. *Rev Rene*, 12(4), 859–865. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20110004000024>
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem. *Pensar Enfermagem - Revista Científica / Journal of Nursing*, 12(2), 62–66. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.8>
- Mendes, D. I. A., & Ferrito, C. R. C. (2021, Dezembro 31). *Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação*. Revista de Enfermagem Referencia; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Mendes, D. I. A., Ferrito, C. R. de A. C., & Gonçalves, M. I. R. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 47–53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Ministério da Saúde. (2001). *Cirurgia de Ambulatório: recomendações para o seu desenvolvimento* (PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento (ed.)). Gráfica Maiadouro.
- Ministério da Saúde. (2008a). *Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente. Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, Relatório Final*.
- Ministério da Saúde. (2008b). ESTUDO SOBRE QUALIDADE DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO. Em

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE.
<https://www.ers.pt/>

Portaria n.º 45/2008, I SÉRIE-A Diário da República 1ª Série 526 (2008).

Ministério da Saúde. (2018). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 Portugal*.
Direção-Geral da Saúde (DGS). <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Ministério da Saúde. (2019). Manual de boas práticas - literacia em saúde. Em Direção-Geral da
Saúde (Ed.), *Direção Geral da Saúde*. DGS. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>

Ministério da Saúde. (2021). Relatório Anual ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NOS
ESTABELECIMENTOS DO SNS E ENTIDADES CONVENCIONADAS EM 2021. Em *Relatório
anual*.

More, C. L. O. O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção
psicológica no contexto comunitário. Em *Paidéia (Ribeirão Preto)* (Vol. 15, Número 31).
<https://doi.org/10.1590/s0103-863x2005000200016>

Mota, A. S. de C., Castilho, A. F. de O. M., & Martins, M. M. F. P. da S. (2021). Avaliação da
segurança do doente no bloco operatório: perceção dos enfermeiros. *Revista de
Enfermagem Referencia*, V(6), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>

Neal, J. M., Woodward, C. M., & Harrison, T. K. (2018). The American Society of Regional
Anesthesia and Pain Medicine Checklist for Managing Local Anesthetic Systemic Toxicity:
2017 Version. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 43(2), 150–153.
<https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000726>

Nunes, J. M. M. (2010). *comunicação em contexto clínico*. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/livrocomunic.pdf>

Oliveira, A. C. D., & Santos, M. A. dos. (2013). *ATENÇÃO CENTRADA*.
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4094.pdf>

Oliveira, J., Alves, Sara; Lencastre, Luís; Pacheco, Cecília; Assunção, F., & Oliveira, L. (2021).
Toxicidade Sistémica por Anestésicos Locais Fora do Bloco Operatório. *Revista da
Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 30(CASO CLÍNICO), 82–84.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.25751/rspa.21018>

Oliveira, J. P., & Rebelo Botelho, M. A. (2010). De Husserl a Ricoeur: um percurso metodológico
aplicado à investigação em enfermagem. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal*

of Nursing, 14(2), 19–29. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v14i2.42>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 53/2021 Quais os princípios orientadores que suportam a consulta de enfermagem e a teleconsulta de enfermagem?*

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Em *padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Em *Sistema de Informação de Enfermagem* (SIE).

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Colégio da especialidade de enfermagem médico cirúrgica. *Regulamento Interno*, 1–10. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_spública.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *DEONTOLOGIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ORDEM DOS ENFERMEIROS 2015* (Ordem dos Enfermeiros (ed.)). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*. 26–32. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Regulamento n.º 429/2018, 2.ª série Diário da República, 2º série 19359 (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 140/2019, Pub. L. No. Regulamento n.º 140/2019, nº26 Diário da República, 2ª série 4744 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Órfão, J., Gonçalves Aguiar, J., Carrilho, J., Ferreira, A., Leão, A., Mourato, C., Mexêdo, C., Pereira, C., Vaz, F., Lança, F., Paiva, G., Pires, I., Carvalhas, J., Mourão, J., Bonifácio, J., Miranda, L., Guinot, M., Gacio, M., Moinho, N., ... Moreira, Z. (2016). Consensos na Gestão Clínica da Via Aérea em Anestesiologia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 25(1 SE-Editorial), 7–31. <https://doi.org/10.25751/rspa.8344>

- Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M. A., & Tolpin, D. A. (2015a). Informação pré-operatória ao paciente: Podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade? *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.07.009>
- Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M. A., & Tolpin, D. A. (2015b). REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia Informação pré-operatória ao paciente: podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade? *Rev Bras Anesthesiol*, 65(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.07.009>
- Reichembach Danski, M. T., Oliveira, G. L. R. de, Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro / Importance of evidence-based practice in nurse's work processes. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2). <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>
- República Portuguesa. (2020). *SDM - BI de Conceitos Metainformação - Especificação de Conceito(089 Conceito Consulta)*. https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=89
- Sampaio, C. E. P., Costa, T. M. N., Araújo, D. de, & Santoro, D. C. (2014). Mecanismos de enfrentamento desencadeados por pacientes em situações estressoras: cirurgia ambulatorial. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(4), 515–520. <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10026>
- Santos, E. M. C. P. dos. (2008). *FORMAÇÃO EM SERVIÇO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL: DESAFIOS E CONSTRANGIMENTOS NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS* [Universidade do Algarve]. <http://hdl.handle.net/10400.1/429>
- Santos, M. C. L., de Sousa, F. S., Alves, P. C., Bonfim, I. M., & Fernandes, A. F. C. (2010). Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Revista brasileira de enfermagem*, 63(4), 675–678. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000400027>
- Sequeira, C., Sampaio, F., Coelho, T., & Lluch-Canut, T. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de ajuda*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3223.7686/1>
- Stefanelli, M. C., & Carvalho, E. C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 176 179). Manole.
- Surgery, I. A. for A. (2014). Ambulatory Surgery Handbook. *International Association for Ambulatory Surgery*. http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf
- Tojal, A. (2011). Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço. Em *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*Tojal, A. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em*

- serviço. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*, 127.
<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24174>.
<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24174>
- Vasconcelos, M., Cabral, M. J., Sônia, G., & Soares, M. (2018). *Práticas educativas e tecnologias em saúde*. NESCON UFMG.
- Vieira, V., Carmona, C., Silva Pinto, J., & Marcos, A. (2017). Recomendações para Abordagem Anestésica do Doente Idoso em Cirurgia de Ambulatório. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 2, 52–60. <https://doi.org/https://doi.org/10.25751/rspa.10234>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento*, 3ª edição. Sílabo.
- Caseiro, J. M. (2009). Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório: a perspectiva do Anestesiologista. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, II(8), p. 1–10.
<https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/223>
- Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE. (2002). *Guia informativo para a pessoa significativa*. CHBM, EPE. http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/28/visitas_folheto_ps.pdf
- Coelho, M. T. V. (2015). Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros. [Tese de Doutoramento, ICBAS]. Repositório Universidade do Porto
https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=33990
- Coelho, M. T., & Sequeira, C. (2014). Comunicação Terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11(11), 31–38.
- Conselho Internacional de Enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. CIE, OE.
- Costa, E. I. M. T. da, & Jurado, R. A. (2006). Interação em Saúde. *Revista Referência*, II (2), 43–49. <http://www.index-f.com/referencia/2006pdf/43-2006-jun.pdf>
- Coutinho, J., & Neves, J. (2019). *Manual de boas práticas em cirurgia ambulatória*. 1–51.
https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual 2019.pdf
- Coutinho, S. (2009). Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, II (8), p. 59–64. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/230>

- Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2). <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>
- Díez-García, C., Gich Saladich, I., & Bolibar Ribas, I. (2023). Effectiveness of Nurse-Led Preoperative Assessment for Anesthesia: A Prospective Cohort Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 38(4), 595–603. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.10.007>
- El-Boghdadly, K., Pawa, A., & Chin, K. J. (2018b). Local anesthetic systemic toxicity: Current perspectives. Em *Local and Regional Anesthesia* (Vol. 11, pp. 35–44). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/LRA.S154512>
- ERS, Castro Alves, E., Milheiro da Costa, L., Ribeiro Carvalho, F., Americano, M., Aníbal, J., Fátima Figueiredo, D., Manuel Martins, J., Susana Vaz, D., & Vanda Pinheiro, D. (2008). Composição do Grupo de Trabalho Coordenação Executiva. https://www.ers.pt/uploads/document/file/5657/Plano_actividades_2015_ERS.pdf
- Esteves, S. L. (2022). A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: percepções, dificuldades e estratégias. *Jim-Jornal de Investigação Médica*, 3(2), p. 47–55. <https://doi.org/10.29073/jim.v3i2.673>
- Fortin, M. F., Côté, J. (colab.), & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.
- Gomes, C. A. (1993). Estratégias na sala de aula: questões teóricas e metodológicas. (p.602–615). In. *Estruturas Sociais e Desenvolvimento. Actas do II Congresso Português de Sociologia*. Instituto de Educação da Universidade de Minho. <https://hdl.handle.net/1822/18410>
- Gomes, R. H. S., Aoki, M. C. S., Santos, R. S., & Motter, A. A. (2016). A comunicação do paciente traqueostomizado: uma revisão integrativa. *Revista CEFAC*, 18(5), p. 1251–1259. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161851916>
- Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. da N. R., & Martins, J. C. A. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(14), 17–26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
- Haddad, J. G. V., Machado, E. P., Neves-Amado, J., & Zoboli, E. L. C. P. (2011). A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. *O Mundo da Saúde*, 35(2), p. 145–155. <http://hdl.handle.net/10400.14/12000>

- Hawes, R. H., Andrzejowski, J. C., Goodhart, I. M., Berthoud, M. C., & Wiles, M. D. (2016). An evaluation of factors influencing the assessment time in a nurse practitioner-led anaesthetic pre-operative assessment clinic. *Anaesthesia*, 71(3), 273–279. <https://doi.org/10.1111/anae.13340>
- Henriques, C. M. G., Botelho, M. A.R, Catarino, H. C. P. (2021). A fenomenologia como método aplicado à ciência de enfermagem: estudo de investigação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), p. 511–519. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41042020>
- International Association for Ambulatory Surgery (2014). *Ambulatory Surgery Handbook*. (2.ª ed.) I.A.A.S. https://theiaas.net/wp-content/uploads/2022/06/Day_Surgery_Manual.pdf
- Lemos, P. (2009). Cirurgia de ambulatório: editorial. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, II (8), p. 25–28. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/229>
- Lobo, C. (2014). O ensino da Anestesia Regional. *Clube Anestesia Regional*, 72, 6–11. www.anestesiaregional.com
- Lopes, C., & Almeida, C. V. (coord.) (2019). *Literacia em saúde na prática*. ISPA. https://justnews.pt/documentos/2015/image/file/19z/Pos-Graduacao_LiteraciaSaude-2019.pdf
- Lott, C., Truhlář, A., Alfonzo, A., Barelli, A., González-Salvado, V., Hinkelbein, J., Nolan, J. P., Paal, P., Perkins, G. D., Thies, K. C., Yeung, J., Zideman, D. A., Soar, J., Khalifa, G. E. A., Álvarez, E., Barelli, R., Bierens, J. J. L. M., Boettiger, B., Brattebø, G., ... Schmitz, J. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation*, 161, 152–219. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.011>
- Mafetoni, R. R., Higa, R., & Bellini, N. R. (2011). Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa. *Rev Rene*, 12(4), 859–865. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20110004000024>
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), p. 62–66. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.8>
- Mendes, D. I. A., & Ferrito, C. R. C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(8), p. e20216. <https://doi.org/10.12707/RV20216>

- Mendes, D. I. A., Ferrito, C. R. A. C., & Gonçalves, M. I. R. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12(1), p. 47–53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Ministério da Saúde. (2001). *Cirurgia de Ambulatório: recomendações para o seu desenvolvimento* (Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento (ed.).
- Ministério da Saúde. (2008b). ESTUDO SOBRE QUALIDADE DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO. Em *ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE*. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. <https://www.ers.pt/>
- Ministério da Saúde. (2019). Manual de boas práticas - literacia em saúde. *Direção Geral da Saúde*. DGS. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Ministério da Saúde. (2021). Relatório Anual ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS DO SNS E ENTIDADES CONVENCIONADAS EM 2021. Em *Relatório anual*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Relat%C3%B3rio-de-Acesso-2021.pdf>
- More, C. L. O. O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia*, 15 (31), p. 287-297. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2005000200016>
- Mota, A. S. de C., Castilho, A. F. O. M., & Martins, M. M. F. P. S. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(6). <https://doi.org/10.12707/RV20134>
- Neal, J. M., Woodward, C. M., & Harrison, T. K. (2018). The American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Checklist for Managing Local Anesthetic Systemic Toxicity: 2017 Version. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 43(2), 150–153. <https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000726>
- Nunes, J. M. M. (2010). Co. [s.n.]. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/livrocomunic.pdf>
- Oliveira, J. P., & Botelho, M. A. R. (2010). De Husserl a Ricoeur: um percurso metodológico aplicado à investigação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 19–29. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v14i2.42>
- Oliveira, J., Alves, Sara; Lencastre, Luís; Pacheco, Cecília; Assunção, F., & Oliveira, L. (2021). Toxicidade Sistémica por Anestésicos Locais Fora do Bloco Operatório. *Revista da*

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 30(CASO CLÍNICO), 82–84.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.25751/rspa.21018>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021: Consulta de enfermagem e teleconsulta de enfermagem*. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Em *padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. OE. <https://www.ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE)*.
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Colégio da especialidade de enfermagem médico cirúrgica. Regulamento Interno, 1–10. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_spública.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Colégio da especialidade de enfermagem médico cirúrgica. Regulamento Interno, 1–10. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_spública.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem ordem dos enfermeiros*. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

- Órfão, J. M., & Aguiar, J. G. (2016). Consensos na gestão clínica da via aérea em anestesiologia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 25(1), 7–31. <https://doi.org/10.25751/rspa.8344>
- Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M. A., & Tolpin, D. A. (2015a). Informação pré-operatória ao paciente: Podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade? *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.07.009>
- Peixoto, M. J., Pereira, R. P.G., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, M. C., (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. In. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016: Livro de Comunicações*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016_Jornadas26-34.pdf
- Portaria n.º 45/2008, I SÉRIE-A Diário da Republica 526 (2008).
- Portugal. Administração Central do Sistema de Saúde (2014). *Relatório síntese da atividade cirúrgica programada: 1.º semestre 2014*. ACSS. <https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/2014.11.26-Apresentacao-Resultados-1%C2%BA-Semestre.pdf>
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2018). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde*. DGS. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2022). *Norma 031/2013 atualizada a 17 de novembro de 2022: profilaxia antibiótica cirúrgica na criança e no adulto*. DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma_031_2013_atualizada_17_11_2022_prof_atb_cx_crianca_adulto_corrigida_29_03_2023.pdf
- Portugal. Ministério da Saúde. (2021). *Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2021*. Ministério da Saúde. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Relat%C3%B3rio-de-Acesso-2021.pdf>
- Portugal. Ministério da Saúde. Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (2008). *Relatório preliminar: cirurgia de ambulatório: um modelo de*

qualidade centrado no utente. C.N.D.C.A.
https://issuu.com/ulsmhph/docs/relatorio_cirurgia_ambulat_rio

Portugal. República Portuguesa. Administração Central do Sistema de Saúde (2020). *Metainformação – especificação: conceito de consulta*. ACSS. https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=89

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. II Série, nº. 26 (2019-02-06), p.4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República*. II Série, nº. 135 (2018-07-16), p. 19359 – 19370. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

República Portuguesa. (2020). *SDM - BI de Conceitos Metainformação - Especificação de Conceito(089 Conceito Consulta)*. https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=89

Sá, F. L. F. R. G. , Henriques, M. A. P., & Velez, M. A. M. R. B. A. (2019). A presença da fenomenologia na investigação em enfermagem: mapeamento das teses de doutoramento em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (23), 9–20. <https://doi.org/10.12707/RIV19038>

Sampaio, C. E. P., Costa, T. M. N., Araújo, D. de, & Santoro, D. C. (2014). Mecanismos de enfrentamento desencadeados por pacientes em situações estressoras: cirurgia ambulatorial. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(4), 515–520. <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10026>

Santos, E. M. C. P. dos. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório UALg. <http://hdl.handle.net/10400.1/429>

Santos, M. A., & Oliveira, A. C. D. (2013). *Atenção centrada na pessoa*. Mimeo. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4094.pdf>

- Santos, M. C. L., Sousa, F. S., Alves, P. C., Bonfim, I. M., & Fernandes, A. F. C. (2010). Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Revista brasileira de enfermagem*, 63(4), p. 675–678. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000400027>
- Sequeira, C. (coord.) (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel
- Stefanelli, M. C., & Carvalho, E. C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Manole.
- Tojal, A. M. A. F. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço*. [Dissertação de mestrado não publicado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Vasconcelos, M., Grillo, M. J. C, Sônia, G., & Soares, M. (2018). *Práticas educativas e tecnologias em saúde*. Nescon UFMG.
- Vieira, V., Carmona, C., Silva Pinto, J., & Marcos, A. (2017). Recomendações para abordagem anestésica do doente idoso em cirurgia de ambulatório. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26 (2), p. 52–60. <https://doi.org/https://doi.org/10.25751/rspa.10234>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação o processo de construção do conhecimento*. (3ª. Ed.). Sílabo.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário de Diagnóstico de necessidades em formação da UCA

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DA EQUIPA, DO BLOCO DE AMBULATÓRIO.

No âmbito do desenvolvimento do Estágio de Natureza Profissional, tendo por objetivo desenvolver atividades na área da formação, solicito a colaboração dos profissionais da UCA para a recolha de opiniões relativas às necessidades de formação individuais e coletivas e de que modo estas se articulam com as necessidades de formação do serviço e da organização.

Na sua análise solicito que considere as várias áreas do saber:

- ✓ **saber fazer** - área técnica;
- ✓ **saber saber** - área científica-teórica;
- ✓ **saber estar** - área interação/comunicação/relação de ajuda.

Sendo a reflexão pessoal um instrumento para o desenvolvimento individual, o mesmo permite a identificação das necessidades coletivas de formação.

Como a sua opinião é importante,

Agradeço desde já a sua colaboração.

- 1) Quais os temas de formação que considera serem importantes para o seu desenvolvimento pessoal?

Pode considerar áreas temáticas globais ou específicas.

- 2) Com o objetivo da melhoria da continua da qualidade de cuidados prestados nesta unidade, no âmbito da formação em serviço, que temas considera pertinentes desenvolver?

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO
DA EQUIPA, DO BLOCO DE AMBULATÓRIO.

- 3) Indique um ou mais temas que estaria disponível para desenvolver na sua área de exercício profissional.

Que outras temáticas, acha pertinente desenvolver para aumentar o grau de satisfação dos utentes/pessoa significativa?

Tempo na UCA: _____ anos

Tempo de exercício profissional: _____ anos

Idade: ____ anos

Março de 2023

Obrigado pelo seu contributo.

Apêndice 2 - Quadro 13 - Temáticas emergentes das necessidades expressas no DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Quadro 13 -Temáticas emergentes das necessidades expressas no DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL

ÁREAS TEMÁTICAS	TEMAS ESPECÍFICOS
PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES	• Prevenção de infecção no local cirúrgico (feixe de intervenções); • Cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; • Posicionamento do doente cirúrgico; • Processo de Gestão da Medicação: Segurança do doente; segurança na medicação;
TÉCNICAS ANESTÉSICAS/PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS	• Tipos de anestesia/técnicas anestésicas; Procedimentos específicos de cada técnica; procedimentos de segurança; fármacos utilizados; • Abordagem da via aérea difícil em cirurgia eletiva • Atualização de conhecimentos nas novas técnicas anestésicas • Princípios da ventilação invasiva mecânica; Modos ventilatórios; parâmetros da ventilação invasiva mecânica;
INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA	• Instrumentação cirúrgica; • Técnicas cirúrgicas (por especialidade e patologia); • Equipamentos cirúrgicos; • Materiais cirúrgicos; • Atualização nas novas técnicas cirúrgicas; • Gastroenterologia – procedimentos habituais; técnicas terapêuticas e diagnósticas e o papel do enfermeiro; • Técnicas cirúrgicas específicas da Cirurgia Vascular; e ortopédicas, nomeadamente (ombro, Joelho e pé);
SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA	• Atualização no SAV; • Algoritmos de atuação em situações de emergência; • Intervenção em Toxicidade Sistémica por anestésicos locais;
GESTÃO DE STRESS	• Gestão de stress em contexto profissional;
COMUNICAÇÃO E NOVAS TECNOLOGIAS	• Tecnologias de comunicação; e comunicação nas novas tecnologias

**Apêndice 3 - Quadro 14 - Temáticas emergentes das necessidades expressas no DOMÍNIO
DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS**

Quadro 14 - Temáticas emergentes das necessidades expressas no DOMÍNIO DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

Temáticas emergentes das necessidades expressas no DOMÍNIO DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS	
ÁREAS TEMÁTICAS	TEMAS ESPECÍFICOS
Anestesia e técnicas anestésicas	• Abordagem da via aérea difícil em doente de cirurgia eletiva; • Técnicas anestésicas; • Algoritmos de atuação em complicações associadas a atos anestésicos; • Atualização conhecimentos nas novas técnicas anestésicas;
SAV /situações de emergência	• Situações de emergência e algoritmos de atuação; • Suporte avançado de vida – algoritmo de atuação;
Satisfação do utente	• Análise e apresentação dos resultados dos inquéritos de satisfação aos utentes da UCA;
Avaliação da qualidade dos cuidados	• Análise e apresentação das consultas pós-operatórias das 24 horas e dos 30 dias relativamente aos dados de complicações;
Comunicação terapêutica na cirurgia de ambulatório	• Aprofundar conhecimentos sobre as especificidades da pessoa/família em situação perioperatória (avaliação das necessidades da pessoa/família, estilos de adesão ao regime terapêutico, fatores que interferem na adesão do doente/família).
Gestão de stress	• Gestão de stress em contexto profissional;
Instrumentação cirúrgica	• Técnicas cirúrgicas (procedimentos cirúrgicos); • Princípios básicos da instrumentação cirúrgica; • Instrumentação cirúrgica; • Instrumentação cirúrgica em ortopedia; • Instrumentos cirúrgicos e a sua especificidade/função em cada especialidade; • Algoritmo de atuação em complicação cirúrgica (hemorragia, lesão de órgão adjacente, quebra da assepsia);
Prevenção de complicações/segurança da pessoa no perioperatório	• Prevenção de complicações intraoperatórias: Recomendações perioperatória para profilaxia do tromboembolismo venoso no doente adulto; • Prevenção de complicações intraoperatórias: Manuseio perioperatório dos doentes medicados com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários; • Prevenção de complicações intraoperatórias: Posicionamento do doente cirúrgico; • Prevenção de complicações intraoperatórias: Segurança nos procedimentos anestésicos (técnica anestésica e procedimentos de segurança na administração de anestésicos locais e gerais); • Segurança do utente na cirurgia de ambulatório: prevenção de complicações;
Integração de novos profissionais	• Realizar vídeos formativos de apoio à integração de novos enfermeiros na UCA em diferentes temáticas.

**Apêndice 4 - Quadro 15 - Temas expressos no DOMÍNIO DA DISPONIBILIDADE PARA
DESENVOLVER FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

Quadro 15 - Temas expressos no DOMÍNIO DA DISPONIBILIDADE PARA DESENVOLVER FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Temas expressos no DOMÍNIO DA DISPONIBILIDADE PARA DESENVOLVER FORMAÇÃO EM SERVIÇO
• Colaborar com a EEMI na formação e atualização dos conhecimentos dos enfermeiros e outros profissionais de saúde; • Colaborar com o serviço no desenvolvimento da qualidade dos registos de enfermagem • Colaborar no desenvolvimento da aplicação UCA mobile; • Instrumentação cirúrgica e técnicas cirúrgicas minimamente invasivas; • Gestão emocional e saúde mental dos profissionais; • Musicoterapia no serviço; • Temática relacionada com a segurança de medicação, efeitos colaterais dos medicamentos anestésicos; • Gestão do risco: intra e pós-operatório; • Técnicas cirúrgicas • Emergência; • Participar na realização de vídeos para a formação e integração dos enfermeiros;

**Apêndice 5 - Quadro 16 – Sugestões de formação/reflexões/debate expressas no âmbito do
DOMÍNIO DO AUMENTO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO UTENTE/PESSOA SIGNIFICATIVA**

Quadro 16 – Sugestões de formação/reflexões/debate expressas no âmbito do DOMÍNIO DO AUMENTO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO UTENTE/PESSOA SIGNIFICATIVA

Sugestões de formação/reflexões/debate expressas no âmbito do DOMÍNIO DO AUMENTO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO UTENTE/PESSOA SIGNIFICATIVA

- Ensinos sobre os cuidados pós-procedimento (uniformização da informação/ensinos/Instruções a realizar)
- Identificação das dúvidas mais frequentemente colocadas pelos utentes/familiares;
- Identificação e uniformização da informação a transmitir ao utente sobre os cuidados pós-operatórios e sobre os cuidados pós-procedimentos;
- Uniformizar a informação/ensinos para a saúde em cada área de intervenção do enfermeiro;
- Saúde física e mental – Gestão de stress ocupacional e mecanismos de compensação e controle;
- Musicoterapia – intervenções não farmacológicas e estratégias de coping e promotoras de ambiente calmo e acolhedor e diminuidor da ansiedade; Intervenções não farmacológicas na redução da ansiedade
- Identificar constrangimentos/dificuldades no acompanhamento multidisciplinar no pós-operatório;
- Humanitarismo nos cuidados de saúde
- Melhoria das instalações;
- Melhoria nos materiais cirúrgicos;
- Promover e desenvolver o acompanhamento no pós-operatório
- Comunicação terapêutica e a relação de ajuda;
- Aprofundar conhecimentos sobre os fatores ansiogénicos na pessoa no perioperatório e as Intervenções de enfermagem dirigidas à diminuição da ansiedade da pessoa no período perioperatório;
- Aprofundar conhecimentos sobre Literacia em saúde;
- Aprofundar conhecimentos sobre Educação para a saúde;
- Aprofundar conhecimentos sobre Comunicação terapêutica e técnicas associadas
- Intervenções não farmacológicas na diminuição da ansiedade do doente e na amenização do período de recobro II.

**Apêndice 6 – Plano de Ação de Formação - Apresentação do resultado do Diagnóstico de
Necessidade de Formação UCA**

SERVIÇO DE:	Unidade de Cirurgia de Ambulatório
TIPO DE FORMAÇÃO	☐ Formação em Plano Anual ☒ Formação Extraordinária
TÍTULO	Apresentação do Diagnóstico de Necessidades de Formação da Equipa de Enfermagem da UCA
OBJETIVOS	➤ Apresentar as necessidades de formação expressas pelos enfermeiros da UCA; ➤ Fornecer contributos para a consciencializar sobre as necessidades de formação dos enfermeiros da UCA; ➤ Promover reflexão e debate sobre os dados apresentados para a definição de prioridades; ➤ Proporcionar elementos para a elaboração de um plano de formação para a UCA que responda às necessidades individuais e coletivas dos enfermeiros
DESTINATÁRIOS	Enfermeiro da UCA
DATA	16-06-2023
HORA	14h00
DURAÇÃO	60 minutos
LOCAL	Sala de Reuniões da UCA
FORMADORES	José Cândido Nunes Vânia Ferreira Alves Susana Mala
MODALIDADES	Apresentação por meios multimédia

Observações:

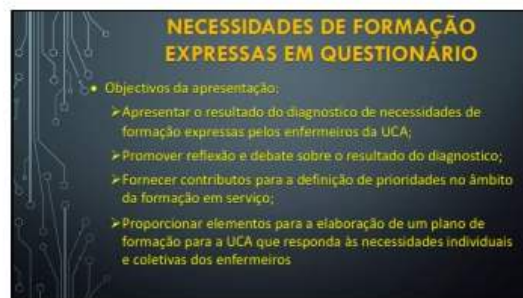
O RESPONSÁVEL

O GABINETE DE FORMAÇÃO

Apêndice 7 – Diapositivos da Apresentação do resultado do Diagnóstico de Necessidade de Formação UCA



1



2

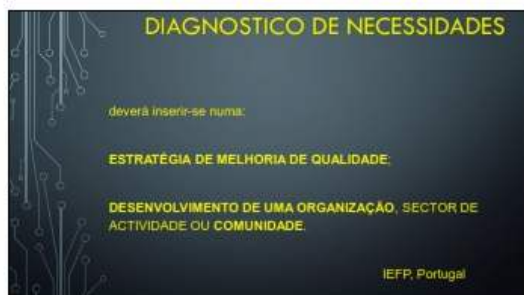


3

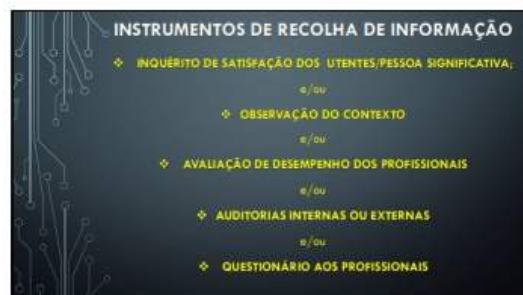


4

4



5



6



7

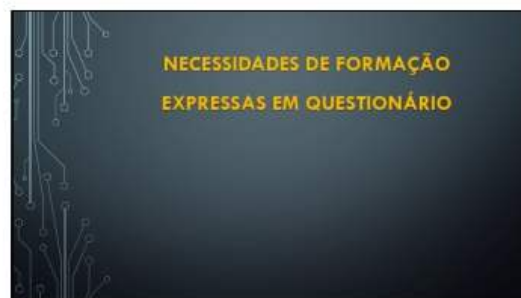


8

2



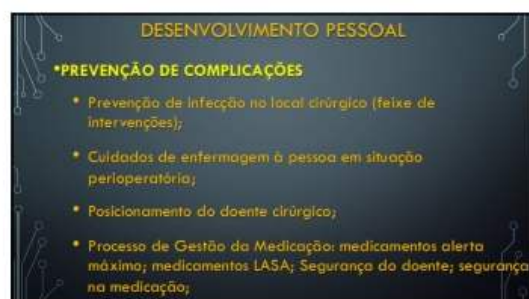
9



10



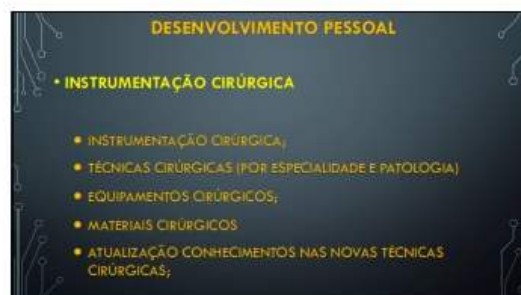
11



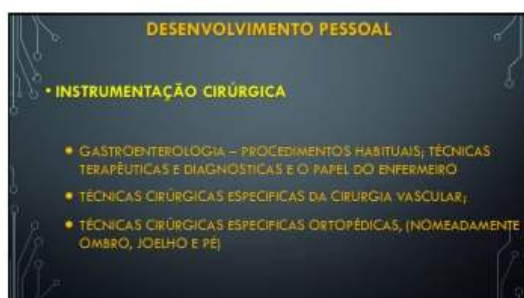
12



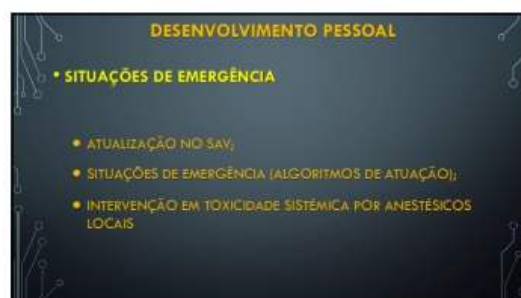
13



14



15



16

DESENVOLVIMENTO PESSOAL

***GESTÃO DE STRESS**

- GESTÃO DE STRESS EM CONTEXTO PROFISSIONAL

17

DESENVOLVIMENTO PESSOAL

• COMUNICAÇÃO E NOVAS TECNOLOGIAS

- TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO;
- ATUALIZAÇÃO NAS TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO NAS NOVAS TECNOLOGIAS

18

NECESSIDADES NO DOMÍNIO

DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS;

(AGREGADOS POR TEMÁTICAS)

19

MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

• ANESTESIA E TÉCNICAS ANESTÉSICAS

- ABORDAGEM DA VIA AÉREA DIFÍCIL;
- TÉCNICAS ANESTÉSICAS;
- ATUALIZAÇÃO CONHECIMENTOS NAS NOVAS TÉCNICAS ANESTÉSICAS;

20

MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

• SAV/SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

- SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E ALGORITMOS DE ATUAÇÃO;
- SUPORTE AVANÇADO DE VIDA – ALGORITMO DE ATUAÇÃO;
- ALGORITMOS DE ATUAÇÃO EM COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A ATOS ANESTÉSICOS;
- REALIZAR SIMULACROS DE SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

21

MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

• AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

- ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS A COMPLICAÇÕES NA UCA;
- ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS INQUÉRITOS DE SATISFAÇÃO AOS UTENTES/ PESSOA SIGNIFICATIVA DA UCA;

22

MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

• COMUNICAÇÃO TERAPÉUTICA NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

- APROFUNDAR CONHECIMENTOS SOBRE AS ESPECIFICIDADES DA PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

(avaliação das necessidades da pessoa/família, comunicação terapêutica, gestão da ansiedade, estilos de adesão ao regime terapêutico, necessidades de informação, estratégias de ensino, segurança do utente, processo de transição saúde-doença, autocuidado).

23

MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

• GESTÃO DE STRESS

- GESTÃO DE STRESS EM CONTEXTO PROFISSIONAL;

24

MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

- **INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA**
 - Técnicas cirúrgicas, equipamentos e materiais cirúrgicos;
 - Princípios básicos da instrumentação cirúrgica;
 - Instrumentação cirúrgica em ortopedia - especificidades;
 - Instrumentos cirúrgicos por especialidade;
 - Atuação em complicação cirúrgica (hemorragia, lesão de órgão adjacente, quebra da assepsia); *(interpretação criativa)*
 - Realizar simulacros de situações de cirurgias menos frequentes.

25

MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

- **PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES/SEGURANÇA DA PESSOA NO PERIOPERATÓRIO**
 - Associadas ao posicionamento do doente cirúrgico;
 - Manejo perioperatório dos doentes medicados com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários;
 - Recomendações perioperatória para profilaxia do tromboembolismo venoso no doente adulto;

26

MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

- **PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES/SEGURANÇA DA PESSOA NO PERIOPERATÓRIO**
 - Segurança nos procedimentos anestésicos (administração de fármacos na anestesia geral e na anestesia locoregional);
 - Segurança do utente na cirurgia de ambulatório: prevenção de complicações;

27

MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

- **INTEGRAÇÃO DE NOVOS PROFISSIONAIS**
 - REALIZAR VÍDEOS FORMATIVOS DE APOIO À APRENDIZAGEM/INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NA UCA EM DIFERENTES TEMÁTICAS ABORDADAS
 - VÍDEOS REALIZADOS PELOS PROFISSIONAIS DA UCA

28

DISPONIBILIDADE PARA DESENVOLVER FORMAÇÃO POR ÁREAS TEMÁTICAS

29

DISPONIBILIDADE PARA DESENVOLVER FORMAÇÃO POR ÁREAS TEMÁTICAS

- Musicoterapia no serviço;
- Gestão emocional e saúde mental dos profissionais;
- Colaborar com o serviço no desenvolvimento da qualidade dos registos de enfermagem
- Colaborar no desenvolvimento da aplicação UCA mobile;
- Participar na realização de vídeos para a formação e integração dos enfermeiros;
- Gestão do risco: intra e pós-operatório;

30

DISPONIBILIDADE PARA DESENVOLVER FORMAÇÃO POR ÁREAS TEMÁTICAS

- Colaborar com a EEMI na formação e atualização dos conhecimentos dos enfermeiros e outros profissionais de saúde;
- Instrumentação cirúrgica e técnicas cirúrgicas minimamente invasivas e outras;
- Temática relacionada com a segurança de medicação, efeitos colaterais dos medicamentos anestésicos;
- Emergência;

31

AUMENTO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO UTENTE/PESSOA SIGNIFICATIVA

Exemplo de conteúdo a desenvolver

- GASTROENTEROLOGIA: ENSINOS SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-EXAME/PROCEDIMENTO; CONTACTOS; UNIFORMIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO/ENSINOS/INSTRUÇÕES A REALIZAR AO DOENTE/ACOMPANHANTE
- IDENTIFICAÇÃO DAS DÚVIDAS MAIS FREQUENTEMENTE COLOCADAS PELOS UTENTES/FAMILIARES PARA MELHORAR OS ENSINOS/INFORMAÇÃO/INSTRUÇÕES/TREINOS REALIZADOS AO DOENTE SOBRE O PÓS-OPERATÓRIO/PÓS-PROCEDIMENTO;
- IDENTIFICAÇÃO E UNIFORMIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO/ENSINOS/TREINOS A TRANSMITIR AO UTENTE SOBRE OS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS E CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTOS;

32

PROPOSTA DE FORMACÃO/PROFESSOR

AUMENTO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO UTENTE/PESSOA SIGNIFICATIVA

- MUSICOTERAPIA – INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS E ESTRATÉGIAS DE COPING;
- GESTÃO DE STRESS E SAÚDE MENTAL
- MELHORAR ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR NO PÓS-OPERATÓRIO;
- HUMANITARISMO/HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE;
- MELHORIA DAS INSTALAÇÕES (ESPAÇO FÍSICO);
- TV; INDIVIDUAIS E DE FRENTE PARA O DOENTE;
- MELHORIA NOS MATERIAIS CÍRURGICOS.

33

PROPOSTA DE FORMACÃO/PESSOA

AUMENTO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO UTENTE/PESSOA SIGNIFICATIVA

- APROFUNDAR CONHECIMENTOS SOBRE LITERACIA EM SAÚDE;
- APROFUNDAR CONHECIMENTOS SOBRE COMUNICAÇÃO TERAPÉUTICA E TÉCNICAS ASSOCIADAS;
- DESENVOLVER O CONHECIMENTO DA PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA, COMO FACTOR DE REDUÇÃO DA SUA ANSIEDADE
- COMUNICAÇÃO TERAPÉUTICA E A RELAÇÃO DE AJUDA;

34

PROPOSTA DE OPERACIONALIZAÇÃO

DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ELABORAR UM PLANO BIENAL DE FORMAÇÃO COM BASE NA ANÁLISE DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

PROPOR ORGANIZAÇÃO EM GRUPOS DE TRABALHO POR ÁREAS TEMÁTICAS DE AFINIDADE

ELABORAR UMA CALENDARIZAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO DO RESULTADO DO SEU TRABALHO

ELABORAÇÃO DE UM DOCUMENTO QUE SEJA UNIFORMIZADOR/ORIENTADOR DAS PRÁTICAS/PROJECTO DE MELHORIA DA QUALIDADE NA ÁREA ABORDADA.

35

PROJECTAR PARA O FUTURO...

36

QUESTÕES...

IDEIAS...

PROPOSTAS...

37

AGRADEÇO A VOSSA COLABORAÇÃO E DISPONIBILIDADE.

38

Apêndice 8 – Questionário de Avaliação da ação de formação

Questionário de Avaliação da Acção de Formação

Local: Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Data:

Duração:

Tema da formação:

Avaliação da Ação de Formação em Serviço

A sua opinião sobre esta ação de formação é importante para melhorar futuras ações de formação em serviço.
Agradecemos a sua colaboração.

Na avaliação de cada item, 1 corresponde a uma avaliação mínima e 5 corresponde a uma avaliação máxima.

1. EXPECTATIVAS

A ação foi de encontro às suas necessidades e correspondeu às suas expectativas

Reduzida			Elevada	
1	2	3	4	5

2. CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS

Os conhecimentos que esperava vir a adquirir foram obtidos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

Pertinência e interesse dos conteúdos abordados

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. DOCUMENTAÇÃO

Qualidade da documentação distribuída (disponibilização da apresentação em PDF/suporte digital)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ORGANIZAÇÃO / FUNCIONAMENTO

Cortesia

Disponibilidade

Horário de realização

Duração da formação

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

SUGESTÕES:

6. QUALIDADE DAS INFRAESTRUTURAS

Meios Audiovisuais

Iluminação

Instalações

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

7. SATISFAÇÃO GLOBAL

Reduzida Elevada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. INTERVENÇÃO DO FORMADOR:

Despertou o interesse

Expressiu-se com clareza

Prestou os esclarecimentos solicitados

Estabeleceu boa relação com o grupo

Utilizou metodologia facilitadora da aprendizagem

Contributos para a prática do contexto

[illegible]

Apêndice 9 - Documento de revisão da literatura sobre anestésicos locais e LAST com os algoritmos adaptados à intervenção em LAST

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM CASO DE TOXICIDADE SISTÊMICA POR
ANESTÉSICOS LOCAIS (LAST)

Revisão da literatura

Realizado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do VIII Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPVC

SIGLAS

APCA – Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

LAST- Toxicidade sistémica por anestésicos locais

AL- Anestésico Local

SCV - Sistema Cardiovascular

ERC - European Resuscitation Council

ASRA - American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine

SNC - Sistema nervoso central

Índice	
INTRODUÇÃO	3
1MECANISMOS DE ACTUAÇÃO DOS ANESTÉSICOS LOCAIS	4
1.1Técnicas de administração de anestésicos locais	4
1.2Factores de risco na utilização de anestésicos locais	4
2Toxicidade sistémica causada por anestésicos locais (LAST)	5
3Prevenção da Toxicidade Sistémica por Anestésicos Locais	5
3.1Identificação dos sinais e sintomas da LAST	6
4Tratamento da LAST	7
4.1Tratamento de convulsões	7
4.21º passo de intervenção	8
4.32º passo de intervenção – administração de emulsão lipídica	8
4.4Algoritmo de administração da emulsão lipídica segundo protocolo de actuação da American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (2020)	8
4.5Algoritmo de administração da emulsão lipídica segundo indicações de actuação da European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances	8
4.6Suporte avançado de vida	9
Bibliografia	Erro! Marcador não definido.

INTRODUÇÃO

A Cirurgia de Ambulatório (CA), tem a especificidade da *“admissão selecionada e planeada de doentes para cirurgia eletiva e com regresso ao domicílio no mesmo dia”* (APCA, 2014). O regresso ao domicílio no próprio dia impõe critérios de inclusão que restringem a população elegível para a CA quando está implícita uma Anestesia Geral, excluindo com base em critérios clínicos, certos doentes idosos e/ou obesos com comorbilidades, que obrigam a uma vigilância especializada com recurso ao internamento devido ao elevado risco de complicações nesse grupo de doentes. A pressão para o aumento do leque de doentes a incluir na CA, *“(…) tornou necessário um alargamento dos critérios de inclusão neste regime cirúrgico, bem como uma adequação das técnicas anestésicas”*.(APCA, 2014).

O envelhecimento populacional com o inerente aumento de comorbilidades associadas, o aumento da obesidade, colocam desafios de adaptação e procura de soluções para o alargamento dos critérios de inclusão nas CA. A Anestesia Loco-Regional pode ter um papel importante no alargamento destes critérios de inclusão devido à redução da frequência e gravidade complicações associadas comparativamente às anestésias gerais.

Os bloqueios de nervos periféricos (BNP) possuem muitas das características da anestesia ideal, na cirurgia de ambulatório, segundo a KLEIN citado pela APCA (2014), pois permite a inclusão na CA de doentes com risco anestésico elevado para anestesia geral como:

- ✓ Doentes com patologia associada (ASA III);
- ✓ Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono;
- ✓ Patologia Cardiorrespiratória;
- ✓ Obesidade;
- ✓ Refluxo gastroesofágico;
- ✓ Via aérea difícil;
- ✓ E ainda permite dar resposta às preferências do doente por este tipo de anestesia.

“A anestesia regional é agora um componente essencial dos cuidados perioperatórios com melhoria da gestão do recobro, com o uso da analgesia multimodal e redução do uso de opioides” (Arumugam et al., 2020). A Anestesia Loco-Regional permite o *“(…) controlo e diminuição da resposta endócrino-metabólica ao stress cirúrgico e pós-cirúrgico, diminuição das necessidades em opióides e seus efeitos laterais (náuseas/ vômitos, prurido, retenção urinária, depressão do sistema imunológico, entre os mais importantes)”*.(Lobo, 2014)”, assim como o *“(…) rápido retorno à ingesta (...) e proporcionar altas precoces (fast-tracking) ao permitir o by-pass do recobro fase 1*.(APCA, 2014)

Como acontece em Unidades de Fibrobroncoscopia e Gastroenterologia, “os anestésicos locais são amplamente usados na prática clínica dos anesthesiologistas e é também frequente o seu uso por médicos não anesthesiologistas em locais fora do bloco operatório para procedimentos minimamente invasivos.” (J. Oliveira et al., 2021).

Devido á ampla utilização dos anestésicos locais (AL), em contexto de diversos, os profissionais de saúde deverão estar capazes de reconhecer das diversas reacções adversas, nomeadamente os sinais e sintomas da Intoxicação Sistémica por Anestésicos Locais (LAST) e iniciar precocemente o tratamento. Segundo a APCA (2014), os enfermeiros da UCA devem ter formação anual sobre anatomia e fisiologia elementares na Anestesia Loco-Regional, assim como sobre a realização da técnica, de modo a manter a equipa atualizada e avaliar o trabalho desenvolvido na área da anestesia loco-regional. Esta atualização tem por objetivo capacitar os enfermeiros para a preparação do doente , para o apoio no recobro, para a capacitação do doente para a alta e para manter o a dinâmica do fluxo do bloco operatório.

5 MECANISMOS DE ACTUAÇÃO DOS ANESTÉSICOS LOCAIS

Os anestésicos locais actuam bloqueando o funcionamento dos canais de Na⁺ sensíveis a voltagem impedindo a transferência de iões de Na⁺, inibindo a despolarização da membrana e impedindo a transmissão do impulso neuronal, seja ele sensitivo ou motor. Os AL também bloqueiam os canais de K⁺ e de Ca⁺ alterando a contractilidade dos tecidos musculares assim como interferem no mecanismo de produção da Adenosina Trifosfato, alterando o processo de produção de energia a nível celular.(El-Boghdadly et al., 2018a)

5.1 Técnicas de administração de anestésicos locais

- BLOQUEIOS DO NEUROEIXO
- BLOQUEIOS DE NERVOS PERIFÉRICOS
- ANESTESIA INFILTRATIVA
- ANESTESIA TÓPICA
- ADMINISTRAÇÃO SISTÉMICA
- ANESTESIA REGIONAL IV

5.2 Factores de risco na utilização de anestésicos locais

Os **fatores de risco** associados estão relacionados com o fármaco utilizado, com a condição clínica do doente e com a técnica de administração. Em relação às drogas utilizadas, quanto maior a relação entre a dose necessária para causar colapso cardiovascular e a dose necessária para desencadear convulsões, menor é a margem de segurança, pois o início mais prematuro de alterações neurológicas permite um diagnóstico mais precoce do evento e um tratamento imediato, permitindo evitar o colapso cardiovascular.(El-Boghdadly et al., 2018a)

A dose ideal é a dose mais baixa necessária para atingir a extensão da anestesia e a duração pretendidas. Há AL com efeitos vasodilatadores maiores que outros e como tal mais facilmente absorvidos, consequentemente com maior risco sistémico.

Um factor de risco para a LAST as idades nos extremos do ciclo de vida. Doentes idosos apresentam maior risco devido ao reduzido metabolismo e perfusão dos órgãos, devido à redução de massa muscular, assim como devido às comorbilidades que aumentam o risco de um evento de LAST.

O risco de LAST varia de acordo com a técnica de administração utilizada e da região injectada (tipo de bloqueio e a vascularização do tecido). Uma região muito vascularizada aumenta a taxa de absorção do AL para o espaço vascular e aumenta a sua difusão pelos órgãos críticos para a ocorrência da LAST. Para reduzir este risco pode ser adicionada epinefrina ao AL para reduzir a absorção sistémicas. Outra estratégia para baixar o risco de LAST é reduzir a concentração do AL administrado e reduzir a dose administrada. Segundo a ASRAPM, nas suas *guidelines*, recomenda que o calculo da dose seja com base na massa muscular e não no peso do doente (El-Boghdadly et al., 2018a).

Na anestesia tópica da orofaringe e das vias aéreas para a realização de broncoscopias, tem sido relatada a ocorrência de eventos LAST. A percepção de que a lidocaína é um fármaco seguro, a ausência de monitorização das doses utilizadas, e em simultâneo em doentes com elevadas comorbilidades, contribuem como fatores promotores da LAST.

Relevante é o facto de 50% das ocorrências de LAST terem sido em administração de AL por profissionais de saúde que não-Anestesiologistas.

6 Toxicidade sistémica causada por anestésicos locais (LAST)

A administração de AL, indiferentemente da técnica utilizada, pode originar eventos adversos, como é o caso da toxidade sistémica que pode culminar na paragem cardiopulmonar. O aumento do uso de AL torna premente a necessidade de conhecer profundamente os sinais e sintomas da toxicidade sistémica por anestésicos locais (LAST). Os mecanismos subjacentes à LAST são multifatoriais e embora as manifestações mais frequentes e iniciais se manifestem no sistema nervoso central, 1/5 dos eventos pode igualmente atingir o sistema cardiovascular com efeitos potencialmente catastróficos como a paragem cardiopulmonar.(El-Boghdadly et al., 2018a)

7 Prevenção da Toxicidade Sistémica por Anestésicos Locais

A melhor prática na abordagem às LAST é a sua prevenção utilizando múltiplas medidas de segurança na administração de AL e tendo em atenção a redução dos fatores de risco relacionados com a técnica.

A administração de AL implica que o esteja doente monitorizado hemodinamicamente, com medição não invasiva de pressão arterial, saturação periférica de O₂ (SpO₂) e ECG.(APCA, 2014; Carvalho et al., 2010)

A administração guiada por ecografia tem inúmeras vantagens, embora não evite a ocorrência de LAST, reduz a sua incidência muito significativamente. A ecografia permite: identificação das estruturas anatómicas; reduz o risco de penetração intravascular; permite visualizar a agulha e o percurso que a mesma realiza; a administração é feita com uma localização precisa; permite visualizar a dispersão do AL durante a injeção; permite a interrupção imediata da injeção inadvertida no espaço intravascular.

A dose de AL deve ser restrita em função dos limites recomendados e adequada à condição clínica de cada doente.

A injeção do AL deve ser feita lentamente e em bólus. A aspiração antes da injeção é uma técnica que permite detetar a presença da ponta da agulha no compartimento intravascular e assim não realizar a injeção inadvertida do AL (APCA, 2014; ARUMUGAM et al., 2020).

A utilização de vasoconstritores como a epinefrina (adrenalina) na solução anestésica permite o seu uso como marcadores de administração intravascular e assim detetar e suspender imediatamente a administração pelo aumento da frequência cardíaca e da TA sistólica.(ARUMUGAM et al., 2020; El-Boghdadly et al., 2018b)

RECOMENDAÇÃO DA APCA: “As doses de anestésico local 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.”(APCA, 2014)

7.1 Identificação dos sinais e sintomas da LAST

Os sintomas iniciais da LAST surgem habitualmente no Sistema Nervoso Central (SNC) e só posteriormente surgem os sinais e sintomas associados à toxicidade no Sistema Cardiovascular (SCV).

Os sintomas associados ao SNC resultam da alteração da condução dos impulsos nervosos e refletem a progressão da toxicidade à medida que a dose (ou concentração) do anestésico local vai aumentando nesses órgãos/sistemas e os iniciais são:

- Dormência circum-oral (perioral);
- Sabor metálico na boca (sabor a moeda);
- Tinnitus (zumbido no ouvido);
- Confusão;
- Alteração da Linguagem;

- Sonolência;

A progressão dos sinais vai evoluindo à medida que a gravidade da intoxicação vai aumentando:

- Vertigens;
- Agitação;
- Alterações visuais (diplopia);
- Início abrupto de alterações psiquiátricas (alucinações, sentimentos sinistros);
- Tremores

Estes sinais/sintomas são seguidos por convulsões mioclónicas e Convulsões generalizadas, com posterior coma.(APCA, 2014; de Carvalho et al., 2010; El-Boghdadly et al., 2018a)

Os sinais específicos da LAST no Sistema Cardiovascular (SCV) iniciais são:

- Hipertensão
- Taquicardia
- Arritmias ventriculares

A LAST evoluirá para a depressão cardíaca com surgimento:

- Bradicardia;
- Bloqueio da condução elétrica;
- Paragem cardiorrespiratória por assistolia e depressão da contractilidade.(APCA, 2014; de Carvalho et al., 2010)

8 Tratamento da LAST

Todos os doentes sujeitos à administração de AL devem ter procedimentos normalizados: oxigenioterapia disponível, monitorização normalizada, acesso venoso periférico disponível. Deverá haver disponível um protocolo/algoritmo de atuação em caso de LAST, medicação específica disponível, assim como material de ressuscitação cardiopulmonar imediatamente disponível, sendo aconselhável a existência de um Kit de resgate (El-Boghdadly et al., 2018a; Neal et al., 2018).

Segundo a APCA, *“deve existir um algoritmo de emergência e de ressuscitação específica para a intoxicação com anestésicos locais com solução lipídica(...)”*(APCA, 2014)

8.1 Tratamento de convulsões

As convulsões desencadeadas por LAST aumentam o consumo de O₂ e aumentam a produção de CO₂ podendo originar hipoxia por alteração da ventilação, assim como acidose, sendo crítico terminar e prevenir as convulsões. As benzodiazepinas, são os fármacos mais recomendados por não ter efeitos cardíacos, devendo evitar-se o propofol pelos efeitos

hemodinâmicos e depressão cardíaca que causa. Pode-se recorrer a relaxantes musculares em baixas doses no caso de as conclusões persistirem.(El-Boghdadly et al., 2018b;ARUMUGAM et al., 2020; Oliveira et al., 2021)

O European Resuscitation Council (ERC), nas Guidelines 2021, recomenda administrar benzodiazepinas, ou tiopental, ou propofol para controlar as convulsões.

8.2 1º passo de intervenção

Parar administração do AL e pedir ajuda;

Realizar abordagem ABC

A- Via aérea – assegurar a permeabilidade e a segurança da via aérea;

B- Ventilação – fornecer oxigénio a 100% para prevenir hipoxia, hipercapnia e acidose;

C- Circulação - assegurar circulação cardiovascular sistémica.

8.3 2º passo de intervenção – administração de emulsão lipídica

Há evidências que a administração de emulsão lipídica intravenosa tem efeitos positivos na LAST: remove o AL dos órgãos vascularizados transferindo-o para órgãos de retenção e de metabolização do AL como os músculos e o fígado. Melhora o débito cardíaco com efeitos inotrópico e cronotrópicos, melhora a pressão arterial, assim como tem uma função protetora do miocárdio.(Arumugam et al., 2020; El-Boghdadly et al., 2018a)

8.4 Algoritmo de administração da emulsão lipídica segundo protocolo de actuação da American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (2020)

- Um bólus inicial de 100 mL, deve ser administrado durante 2-3 minutos (1,5 mL/Kg se o peso for <70 Kg).
- Isto é seguido por infusão de emulsão lipídica de 20% de 200-250 mL durante 15-20 minutos (0,25 mL/Kg/min se o corpo é magro, e o peso é <70 Kg).
- Se a estabilidade circulatória não for atingida, deve-se administrar de novo bólus mais duas vezes ou então aumenta-se a perfusão para 0,5 mL/Kg/min.
- A dose máxima recomendada é de emulsão lipídica a 20% é 12 mL/Kg.
- Em anexo (Anexo I) apresentamos um fluxograma do algoritmo baseado nas recomendações da American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (2020).

8.5 Algoritmo de administração da emulsão lipídica segundo indicações de actuação da European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances

- Administrar um bólus inicial de emulsão lipídica a 20% 1,5ml/kg durante 1min.
- Iniciar perfusão de 1,5ml/kg/hora;

- Se não recuperar a circulação espontânea após 5 min, duplica a dose de perfusão da emulsão lipídica (3ml/kg/hora);
- Administrar o máximo de 2 bólus adicionais com intervalo de 5 min., até recuperar circulação espontânea;
- A dose máxima cumulativa de emulsão lipídica é de 12ml/kg;
- Se o doente não responder ao tratamento, deve-se ponderar o envio para reanimação cardiopulmonar extracorporal.
- Em anexo (Anexo II) apresentamos um fluxograma do algoritmo de actuação desenvolvido com base nas recomendações da ERC de 2021.(Lott et al., 2021)

8.6 Suporte avançado de vida

No caso de paragem cardiorrespiratória, devem ser de imediato iniciadas manobras de suporte avançado de vida, seguindo o algoritmo até retorno da circulação espontânea.

As compressões torácicas têm de ser eficientes para que a circulação cardíaca se mantenha de modo a remover do AL do miocárdio pela ação da emulsão lipídica, baixando os níveis de AL e revertendo o bloqueio dos canais de Na⁺, dos canais de K⁺ e dos Canais de Ca⁺ e para que a emulsão lipídica poder exercer o seu efeito inotrópico.

No caso de ocorrerem efeitos deletérios da paragem cardiopulmonar prolongada com alteração do ritmo e da condução elétrica do coração, não se deverá recorrer à lidocaína por ser um AL mas antes usar à amiodarona como antiarrítmico de primeira linha.

Na ausência de recuperação circulação vascular sistémica espontânea, após manobras de suporte avançado de vida com administração de emulsão lipídica, deverá ser equacionada a realização de bypass cardiopulmonar.

Bibliografia

- APCA. (2014). Recomendações para anestesia regional em cirurgia ambulatoria. *Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatoria*, 1–58. <http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional.pdf>
- Arumugam, S., Contino, V., & Kolli, S. (2020). Local Anesthetic Systemic Toxicity (LAST) – a Review and Update. *Current Anesthesiology Reports*, 10(2), 218–226. <https://doi.org/10.1007/s40140-020-00381-x>
- de Carvalho, R. W. F. de, Pereira, C. U., dos Anjos, E. D., Filho, J. R. L., & Vasconcelos, B. C. do E. (2010). Anestésicos locais: Como escolher e prevenir complicações sistêmicas. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 51(2), 113–120. [https://doi.org/10.1016/S1646-2890\(10\)70095-9](https://doi.org/10.1016/S1646-2890(10)70095-9)
- El-Boghdadly, K., Pawa, A., & Chin, K. J. (2018a). Local anesthetic systemic toxicity: CurrEl-Boghdadly, K., Pawa, A., & Chin, K. J. (2018). Local anesthetic systemic toxicity: Current perspectives. *Local and Regional Anesthesia*, 11, 35–44. <https://doi.org/10.2147/LRA.S154512>ent perspectives. *Local and Regional Anesthesia*, 11, 35–44.
- El-Boghdadly, K., Pawa, A., & Chin, K. J. (2018b). Local anesthetic systemic toxicity: Current perspectives. Em *Local and Regional Anesthesia* (Vol. 11, pp. 35–44). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/LRA.S154512>
- Lobo, C. (2014). O ensino da Anestesia Regional. *Clube Anestesia Regional*, 72, 6–11. www.anestesiaregional.com
- Lott, C., Truhlář, A., Alfonzo, A., Barelli, A., González-Salvado, V., Hinkelbein, J., Nolan, J. P., Paal, P., Perkins, G. D., Thies, K. C., Yeung, J., Zideman, D. A., Soar, J., Khalifa, G. E. A., Álvarez, E., Barelli, R., Bierens, J. J. L. M., Boettiger, B., Brattebø, G., ... Schmitz, J. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation*, 161, 152–219. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.011>
- Neal, J. M., Woodward, C. M., & Harrison, T. K. (2018). The American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Checklist for Managing Local Anesthetic Systemic Toxicity: 2017 Version. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 43(2), 150–153. <https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000726>
- Oliveira, J., Alves, Sara; Lencastre, Luís; Pacheco, Cecília; Assunção, F., & Oliveira, L. (2021). Toxicidade Sistêmica por Anestésicos Locais Fora do Bloco Operatório. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 30(CASO CLÍNICO), 82–84. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.25751/rspa.21018>

Apêndice 10 - Adaptação do fluxograma do algoritmo de atuação em caso de LAST da American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (ASRA) do ano de 2020

ALGORITMO ACTUAÇÃO NA TOXICIDADE SISTÊMICA POR ANESTÉSICOS LOCAIS (LAST)

•Chamar por ajudar
•Ter o KIT resgate do LAST +
•Considerar referenciar para bypass cardiopulmonar precoce

EMULSÃO LIPÍDICA 20%

A ordem de administração(bólas ou perfusão) e método de perfusão (por seringa manual, por regulador de débito ou bomba infusora) não é crítico

mais 70Kg

menos 70Kg

•Bólas –100ml durante 2-3 min
•Perfusão –250ml durante 15-20 minutos
SE O DOENTE MANTÉM INSTABILIDADE:
• Repete bólas
• Duplica a perfusão
•Bólas –1,5ml/Kg durante 2 a 3 minutos
• Perfusão de – 0,25ml/Kg/min (ponderar uso de bomba perfusora se <40Kg)
SE O DOENTE MANTÉM INSTABILIDADE:
• Repete bólas
• Duplica velocidade da perfusão

CONVULSÃO ?

•Assegurar via aérea;
•Benzodiazepinas, preferencialmente
•Se só existe propofol disponível, usar baixas doses: ex. 20mg de forma incremental

ARRITMIA OU HIPOTENSÃO?

ATENÇÃO
na LAST, o algoritmo SAV é diferente

EPINEFRINA (adrenalina)

•Dose menor que a normal recomendada;
•Começar com ≤1mcg/Kg

EVITAR

•Betabloqueadores
•Anestésicos locais
•Bloqueadores de canais de Cálcio
• Vasopressina

ESTÁVEL ?

• Se hemodinamicamente estável, continua a perfusão de emulsão lipídica ≥15 min
• Dose máxima de lipídeos de 12ml/Kg

Após estabilizar, VIGILÂNCIA!!!

• 2 horas se alterações neurológicas
• 4-6 horas após instabilidade cardiovascular
• Paragem Cardiopulmonar – cuidados pós-reanimação

Apêndice 11 – Fluxograma do algoritmo de atuação em caso de LAST, criado com base nas “European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances”

**Apêndice 12 - KIT de intervenção construído de acordo com as recomendações da ASRA
adaptado ao contexto da UCA**

**FOLHA DE VERIFICAÇÃO CONTEÚDO E PRAZOS DE VALIDADE DO KIT DE
RESGATE POR TOXICIDADE SISTÊMICA POR ANESTÉSICOS LOCAIS**

Mês:	Assinatura:		
SEM SELO	Nº Mec:		
(Deverá ser no mesmo dia do carro de emergência)			
Designação	Quantidade	Prazo dd/mm/aa	Obs.
Emulsão lipídica a 20% (frasco de 500ml - mínimo 1000ml);	2 unidades	___/___/___	
Seringas luer-lock 50 ml para seringa perfusora;	2 unidades	___/___/___	
Mini-Spike;	2 unidades	___/___/___	
Cateteres Venoso periféricos 18G e 16G;	2 unidades de cada	___/___/___	
Sistemas para bomba perfusora (anexos à bomba perfusora)	2 unidades	___/___/___	
Folha com algoritmo de intervenção;	1 unidade	___/___/___	
Prolongador de sistema de seringa perfusora ;	2 unidades	___/___/___	
Garrote;	1 unidade	___/___/___	
Película adesiva;	3 unidades	___/___/___	
Torneiras de 3 vias;	2 unidades	___/___/___	

NOTAS:

Apêndice 13 – Diapositivos da Formação em Serviço: Toxicidade sistêmica por anestésicos locais – intervenções de enfermagem





Mecanismos de acção dos anestésicos locais (AL)

- Têm uma acção anestésica porque bloqueiam a geração do impulso nervoso e a sua transmissão
- Actuam bloqueando os canais de Na⁺ sensíveis a voltagem
- Actuam quer bloqueando os canais de Ca²⁺ e de K⁺ alterando a contractilidade muscular;
- Actuam no mecanismo de produção de energia pela célula impedindo a produção de ATP

Técnicas de utilização de anestésicos locais

- BLOQUEIO DO NEURO-EXO
- INJEÇÃO DE NERVOS PERIFÉRICOS
- ANESTESIA INFILTRATIVA
- ANESTESIA TÓPICA
- ADMINISTRAÇÃO SISTÊMICA
- ANESTESIA REGIONAL IV

INÍCIO DE AÇÃO	DURAÇÃO da ação
• Rápido - Lidocaína	• Curta - Procaina
• Lento - Bupivacaína	• Intermediária - Lidocaína
	• Longa - Bupivacaína • Articaina

DOSES MÁXIMAS de anestésicos locais sem epinefrina adicionada

Mepivacaina	- 4,4mg/kg	- dose máxima 300mg
Lidocaina	- 4,4mg/kg	- dose máxima 300mg
Prilocaina	- 8mg/kg	- dose máxima 400mg
Bupivacaina	- 1,5mg/kg	- dose máxima 90mg

(BARCELLO, Trindade, et al., 2002)

DOSES MÁXIMAS de anestésicos locais

Lidocaína → 4 mg/kg → dose máxima 300mg

LETOCAINA 1% OU 2% - O QUE SIGNIFICA?

1% = 10 mg/ml

2% → 20 mg/ml ou 2% → 20 mg/ml

FACTORES DE RISCO para a LAST

Extremo de idades: <16 anos ou > 60 anos;

Pessoas com massa muscular reduzida ou hipoalbuminemia;

Patologias Cardíacas (arritmias, cardiopatias isquêmicas, insuficiência cardíaca);

Doença hepática;

Doença neurológica

Monitorização recomendada quando utilizadas doses possíveis de originar LAST

Acesso venoso colocado.

Pressão Arterial Não-Invasiva;

ECG

SpO₂;

Oxigênio disponível

Monitorização até 30 minutos após terminar injeção do AL.

MECANISMOS DE SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DOS AL

- ✓ COMUNICAR com o doente e explicar-lhe o que pode sentir e sinais e sintomas que deve comunicar aos profissionais de saúde
- ✓ Utilização da ecografia para guiar a técnica
- ✓ Aspiração prévia à injeção e entre cada bôlula
- ✓ Administração lenta
- ✓ Administração em doses <5ml



(ARUMUGAM et al., 2020; El-Baghdady et al., 2018)

MECANISMOS DE SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DOS AL

- ✓ Pausa de 30-45 segundos entre cada administração
- ✓ Uso de vasoconstritor (epinefrina) na solução do AL
- ✓ Epinefrina 15µg/ml na solução anestésica, quando administrada intravascular, aumenta frequência cardíaca ≥ 10 puls/min e a PA ≥ 15 mmHg
- ✓ Etiquetagem das seringas;
- ✓ COMUNICAR com o doente e avaliar evolução da instalação do Bloqueio



(ARUMUGAM et al., 2020; El-Baghdady et al., 2018)

Toxicidade Sistémica por Anestésicos Locais

Sinais e sintomas do Sistema Nervoso Central





Administração da emulsão lipídica 20%

- Realiza a transferência do AL dos órgãos/sistemas afetados (intestino e coração) para órgãos que armazenam o AL e o metabolizam;
- Efeito inotrópico – melhora o débito cardíaco e aumenta da pressão arterial;
- Falta protector do miocárdio;

Convulsões – tratamento

- Aumentar o consumo de oxigénio, causar hipoxia, aumentar a acidez, danos neurológicos;
- Benzodiazepinas/roparal – tratamento de 1ª linha por não ter efeitos hemodinâmicos;
- Evitar propofol por ter efeitos cardiovasculares que podem ser deletérios; na ausência de alternativa, usar propofol em baixas doses;
- Usar relaxantes musculares em baixas doses, deve ser considerado;

Suporte Avançado de Vida (SAV) em LAST

- Reanimação cardiopulmonar (RCP) de acordo com o protocolo de suporte avançado de vida;
- Intubação orotraqueal (IO) e ventilação mecânica (VM) de acordo com o protocolo de suporte avançado de vida;
- Administração de fármacos de acordo com o protocolo de suporte avançado de vida;
- Monitorização da função cardíaca, respiratória e metabólica de acordo com o protocolo de suporte avançado de vida;
- Transferência para unidade de cuidados intensivos de acordo com o protocolo de suporte avançado de vida;



KIT de resgate por LAST:

- Adrenalina 1mg/ml 2.25% (5mg/ml 10ml) (2 unidades) – 1 unidade (500mg 10ml)
- Atropina 1mg/ml 1mg (2 unidades) – 1 unidade (10mg 10ml)
- Clonidina 1mg/ml 1mg (2 unidades) – 1 unidade (10mg 10ml)
- Propofol 10mg/ml 10mg (2 unidades) – 1 unidade (100mg 10ml)
- Soro fisiológico 0.9% 1000ml (2 unidades) – 1 unidade (1000ml 1000ml)
- Soro fisiológico 0.9% 1000ml (2 unidades) – 1 unidade (1000ml 1000ml)
- Soro fisiológico 0.9% 1000ml (2 unidades) – 1 unidade (1000ml 1000ml)

Drugs similares a água salgada com o Soro Fisiológico:

- Adrenalina 1mg/ml 2.25% (5mg/ml 10ml) (2 unidades) – 1 unidade (500mg 10ml)
- Atropina 1mg/ml 1mg (2 unidades) – 1 unidade (10mg 10ml)
- Clonidina 1mg/ml 1mg (2 unidades) – 1 unidade (10mg 10ml)
- Propofol 10mg/ml 10mg (2 unidades) – 1 unidade (100mg 10ml)
- Soro fisiológico 0.9% 1000ml (2 unidades) – 1 unidade (1000ml 1000ml)
- Soro fisiológico 0.9% 1000ml (2 unidades) – 1 unidade (1000ml 1000ml)
- Soro fisiológico 0.9% 1000ml (2 unidades) – 1 unidade (1000ml 1000ml)

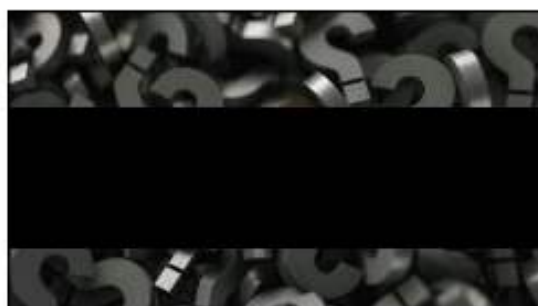
Drugs similares a água salgada com o Soro Fisiológico (substâncias similares):

- Adrenalina 1mg/ml 2.25% (5mg/ml 10ml) (2 unidades) – 1 unidade (500mg 10ml)
- Atropina 1mg/ml 1mg (2 unidades) – 1 unidade (10mg 10ml)
- Clonidina 1mg/ml 1mg (2 unidades) – 1 unidade (10mg 10ml)
- Propofol 10mg/ml 10mg (2 unidades) – 1 unidade (100mg 10ml)
- Soro fisiológico 0.9% 1000ml (2 unidades) – 1 unidade (1000ml 1000ml)
- Soro fisiológico 0.9% 1000ml (2 unidades) – 1 unidade (1000ml 1000ml)
- Soro fisiológico 0.9% 1000ml (2 unidades) – 1 unidade (1000ml 1000ml)

- KIT de resgate por LAST:**
- ❑ Emulsão lipídica a 20% frasco de 500ml (2 unidades - mínimo 1000ml);
 - ❑ Seringas luer-lock 50 ml para seringa perfusora (2 unidades);
 - ❑ Película adesiva (3 unidades);
 - ❑ Cateteres Venoso periféricos 18G e 16G (2 unidades de cada);
 - ❑ Mini-Spike (2 unidades);
 - ❑ Prolongador de sistema de seringa perfusora (2 unidades);
 - ❑ Garrote (1 unidade);
 - ❑ Sistemas para bomba perfusora (estão anexos à bomba perfusora);
 - ❑ Torneiras de 3 vias (2 unidades);
 - ❑ Folha com algoritmo de intervenção;



19/07/2023



**Apêndice 14 – Plano de Ação de Formação: Toxicidade sistémica por anestésicos locais –
intervenções de enfermagem**

SERVIÇO DE:	Unidade de Cirurgia de Ambulatório
TIPO DE FORMAÇÃO	☐ Formação em Plano Anual ☒ Formação Extraordinária
TÍTULO	Toxicidade Sistémica Associada aos Anestésicos Locais – Intervenção do enfermeiro
OBJETIVOS	• Explicar mecanismos de acção dos anestésicos locais e farmacodinâmica dos mesmos; • Apresentar técnicas de administração de anestésicos locais e mecanismos de segurança na administração dos mesmos; • Doses máximas de anestésicos locais recomendadas; • Apresentar factores de risco para a LAST; • Monitorização recomendada; • Sinais e sintomas iniciais da toxicidade no sistema nervoso central; • Sinais e sintomas iniciais da toxicidade no sistema cardiovascular; • Intervenção em caso de LAST; • Apresentação do algoritmo de alteração em caso de LAST;
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros da UCA
DATA	16-06-2023
HORA	15h00'
DURAÇÃO	60 minutos
LOCAL	Unidade de Cirurgia de Ambulatório
FORMADORES	José Cândido Benedito Lopes Nunes Vânia Ferreira Alves
MODALIDADES	Apresentação por meios multimédia

Observações:

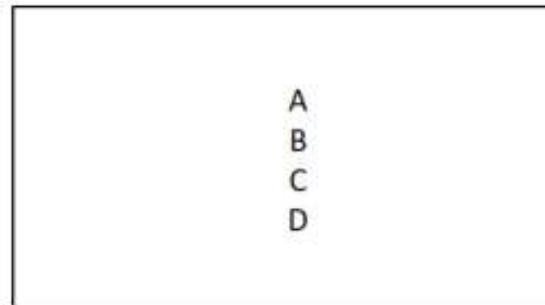
O RESPONSÁVEL

O GABINETE DE FORMAÇÃO

Apêndice 15 - Diapositivos da formação em Serviço -Via Aérea Difícil – conceitos e algoritmos de atuação



1



2

VIA AÉREA DIFÍCIL

OBJETIVOS:

- Apresentar Via aérea difícil – conceitos/definições
- Apresentar os factores preditores de Via Aérea Difícil;
- Apresentar material específico do Saco de Apoio à Via Aérea Difícil;
- Apresentar o algoritmo de atuação em Via Aérea Difícil Não Previsível;
- Apresentar o algoritmo de atuação na Extubação em Via Aérea Difícil

3

VIA AÉREA DIFÍCIL

VIA AÉREA DIFÍCIL como uma situação clínica em que um anestesiologista treinado e experiente se depara com dificuldades na:

- Ventilação com máscara facial ou dispositivo supraglótico,
- Laringoscopia direta ou indireta,
- Intubação traqueal
- Via aérea cirúrgica

4

SINAIS PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL

VENTILAÇÃO DIFÍCIL COM MÁSCARA FACIAL OU DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO
 Situação clínica em que um anestesiologista treinado e experiente não consegue promover uma ventilação adequada sob máscara facial ou dispositivo supraglótico, podendo ocorrer hipoxemia, hiperemia facial, taquicardia, taquipneia, saturação de oxigênio < 90% e aumento da pressão de via aérea máxima (P_{max}) > 30 cmH₂O.

SINAIS PREDITORES VENTILAÇÃO DIFÍCIL COM MÁSCARA FACIAL:

- Obesidade;
- Idade avançada;
- Sexo masculino;
- Protrusão mandibular limitada;
- Distância tiro-mentoniana diminuída;
- Mallampati classe 3 ou 4;
- Barba;
- falta de dentes;
- rinoscpia ou síndrome apnéia obstrutiva do sono (SAOS);
- irradiação prévia do pescoço.

5

SINAIS PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL

VENTILAÇÃO DIFÍCIL COM MÁSCARA FACIAL OU DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO
 Situação clínica em que um anestesiologista treinado e experiente não consegue promover uma ventilação adequada sob máscara facial ou dispositivo supraglótico, podendo ocorrer hipoxemia, hiperemia facial, taquicardia, taquipneia, saturação de oxigênio < 90% e aumento da pressão de via aérea máxima (P_{max}) > 30 cmH₂O.

SINAIS PREDITORES VENTILAÇÃO DIFÍCIL COM MÁSCARA FACIAL:

A mnemónica **MOANS**:

- M** de "mask seal" (selagem da máscara facial);
- O** de "obstruction" (obstrução);
- A** "age" (idade);
- N** "no breath" (sem respiração);
- S** "stiff" (rígido).

6

SINAIS PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL

VENTILAÇÃO DIFÍCIL COM MÁSCARA FACIAL OU DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO
 Situação clínica em que um anestesiologista treinado e experiente não consegue promover uma ventilação adequada sob máscara facial ou dispositivo supraglótico (máscara laríngea ML, máscara laríngea de intubação ML; tubo laríngeo) e garantir uma saturação O₂ > 92 %.

SINAIS PREDITORES DE DIFICULDADE NO USO DE DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS:

- Limitada abertura da boca;
- Patologia supra ou subglótica (ex: irradiação cervical, hipertrofia da língua ou amígdalas).

7

SINAIS PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL

VENTILAÇÃO DIFÍCIL COM MÁSCARA FACIAL OU DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO
 Situação clínica em que um anestesiologista treinado e experiente não consegue promover uma ventilação adequada sob máscara facial ou dispositivo supraglótico (máscara laríngea ML, máscara laríngea de intubação ML; tubo laríngeo) e garantir uma saturação O₂ > 92 %.

SINAIS PREDITORES DE DIFICULDADE NO USO DE DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS:

memória RODS:

- R** para "restricted mouth opening" (limitada abertura da boca);
- O** "obstruction" (obstrução);
- D** "disrupted or distorted airway" (via aérea distorcida ou deformada);
- S** "stiff long cervical spine" (rigidez do pulmão e da coluna cervical).

8

SINAIS PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL

LARINGOSCOPIA DIFÍCIL

Situação clínica em que para um anestesiologista treinado e experiente não é possível visualizar as cordas vocais, no teto laringeo ou em partes laterais da laringe durante laringoscopia convencional, videolaringoscopia ou laringoscopia fibroscópica (fibroscopia laríngea).

SINAIS PREDITORES SINAIS SUGESTIVOS DE DIFICULDADE NA LARINGOSCOPIA DIRETA:

- Abertura da boca limitada;
- Diminuição das distâncias tiro-mentoniana e mento-esternal;
- Profundidade mandibular limitada;
- Limitada extensão da cabeça e pescoço;
- Palato estreito, "em ogiva";
- Perímetro cervical aumentado;
- Mallampati classe 3 ou 4;

9

SINAIS PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL

LARINGOSCOPIA DIFÍCIL

Situação clínica em que para um anestesiologista treinado e experiente não é possível visualizar as cordas vocais, no teto laringeo ou em partes laterais da laringe durante laringoscopia convencional, videolaringoscopia ou laringoscopia fibroscópica (fibroscopia laríngea).

SINAIS PREDITORES SINAIS SUGESTIVOS DE DIFICULDADE NA LARINGOSCOPIA DIRETA:

Memória - SIMON

- S** - Look externally - Híbio corporal, Trauma facial, Deformidade;
- I** - Evaluate 3-3-2 rule 3 dedos de distância entre incisivos;
- M** - Mallampati 3 dedos de distância entre o mento e a junção entre o queixo e pescoço;
- O** - Obstruction / Obesity 2 dedos de distância entre a boca fechada e a cartilagem tireoideia;
- N** - Neck mobility

10

SINAIS PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL

INTUBAÇÃO TRAQUEAL DIFÍCIL

Situação clínica em que para a intubação traqueal não realizada múltiplas tentativas para a via aérea com ou sem portador da traqueia, múltiplas tentativas por mais do que um operador e necessidade de recorrer a um dispositivo (ex: laringe) para facilitar a abordagem da via aérea ou o recurso a um dispositivo alternativo ao dispositivo selecionado para uso no plano A de abordagem da via aérea.

INTUBAÇÃO TRAQUEAL FALHADA

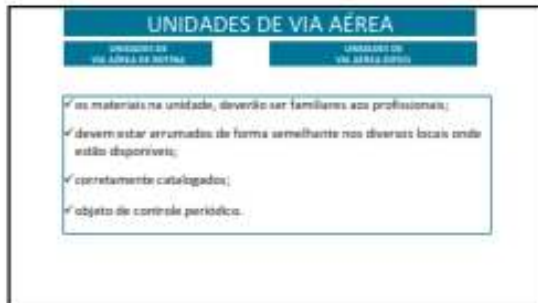
Situação clínica em que a intubação traqueal não é conseguida após múltiplas tentativas. ACEITA-SE ATÉ QUATRO TENTATIVAS DE INTUBAÇÃO TRAQUEAL, POR UM OPERADOR EXPERIENTE.

11

UNIDADES DE VIA AÉREA

UNIDADES DE VIA AÉREA DIFÍCIL	UNIDADES DE VIA AÉREA DIFÍCIL
DESCRIÇÃO - Intubação - Intubação - Intubação	BASE OPERACIONAL - Intubação - Intubação - Intubação
DESCRIÇÃO - Intubação - Intubação - Intubação	DESCRIÇÃO - Intubação - Intubação - Intubação

12



13



14



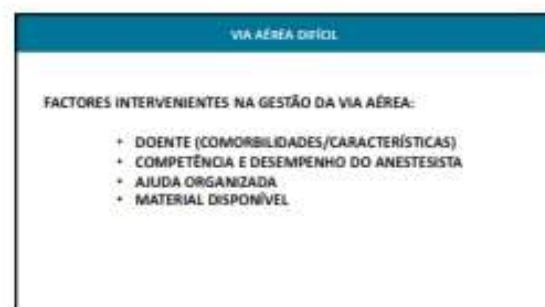
15



16



17



18

VIA AÉREA DIFÍCIL

Intervenções de enfermagem:

- Avaliação ABCD;
- Assistir anestesiologista;
- Ter material e equipamentos disponíveis e funcionantes;
- Preparar medicação/material/equipamentos;
- Gerir recursos humanos disponíveis e delegar funções de apoio;
- Registo das intervenções realizadas.

19

VIA AÉREA DIFÍCIL

UNIDADES DE VIA AÉREA DE ROTINA (carro de apoio à anestesia)

Locais onde se realiza abordagem de via aérea por rotina e agrupam o Material Considerado Básico:

- + MÁSCARAS FACIAIS;
- + CÂNULAS PARÍNGEAS (ORAIS E NASAIS);
- + LARINGOSCÓPIOS;
- + TUBOS TRACHEAIS;
- + MANEBRE;
- + ESTILETES E INTRODUTORES OU TROCA TUBO;
- + ADJUVANTES COMO A PINÇA DE MAGILL.

20

VIA AÉREA DIFÍCIL

UNIDADES DE VIA AÉREA DIFÍCIL FREQUENTES:

Deverão conter: material para abordagem de via aérea difícil previsível e não previsível

- + Laringoscópios com lâminas especiais;
- + Videolaringoscópios;
- + Introduções com capacidade de ventilação e oxigenação (Prowl);
- + Dispositivos supraglóticos com potencial de intubação (Fastrach);
- + Fibroscópios;
- + Material de acesso invasivo à via aérea (Kit Cricotomomia).

UNIDADES DE VIA AÉREA DIFÍCIL RARA:

Deverão conter: material para abordagem de via aérea difícil não previsível;

- + De resgate de oxigenação como laringoscópios com lâminas especiais;
- + Videolaringoscópios;
- + Introduções com capacidade de ventilação e oxigenação (Prowl);
- + dispositivos supraglóticos com potencial de intubação (Fastrach);
- + material de acesso invasivo à via aérea (Kit cricotomomia);
- + material de resgate de intubação como videolaringoscópio (do tipo mais ligero);

21

VIA AÉREA DIFÍCIL

É importante:

- uso periódico dos materiais das unidades de via aérea em situações clínicas controladas, com apoio e supervisão de colegas experientes no seu uso
- permite adquirir experiência e estar mais preparado para tomar decisões para a sua utilização e o seu uso adequado em situações clínicas reais de necessidade de resolução de problema no manuseio da via aérea.

22



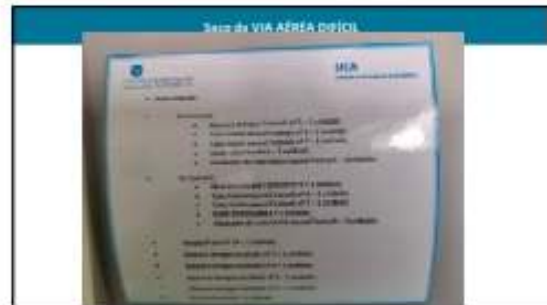
23



24



25



26



27



28



29



30



31



32



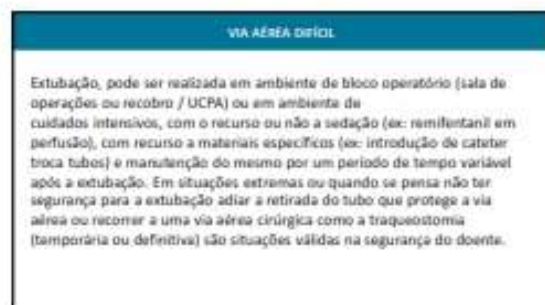
33



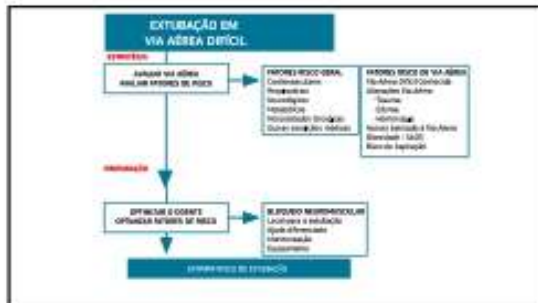
34



35



36



37



38



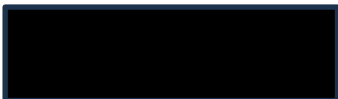
39



40

41

Apêndice 16 - Plano de Formação: Via Aérea Difícil – conceitos e algoritmos de atuação



PLANO DE AÇÃO DA FORMAÇÃO

SERVIÇO DE:	Unidade de Cirurgia de Ambulatório
TIPO DE FORMAÇÃO	☐ Formação em Plano Anual ☒ Formação Extraordinária
TÍTULO	Via Aérea difícil – conceitos e algoritmos d actuação
OBJETIVOS	▪ Apresentar Via aérea difícil – conceitos/definições ▪ Apresentar os factores preditores de Via Aérea Difícil; ▪ Apresentar material específico do Saco de Apolo à Via Aérea Difícil; ▪ Apresentar o algoritmo de actuação em Via Aérea Difícil Não Previsível; ▪ Apresentar o algoritmo de actuação em Via Aérea Difícil Não Previsível;
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros da UCA
DATA	23-6-2023
HORA	15h00'
DURAÇÃO	60 Minutos
LOCAL	Sala de Reuniões da UCA
FORMADORES	José Cândido Benedito Lopes Nunes Sónia Rodrigues Torrão Costa
MODALIDADES	Apresentação por meios multimédia

Observações:

O RESPONSÁVEL

O GABINETE DE FORMAÇÃO

Apêndice 17 – Instrumento de colheita de dados – Guião da entrevista do projeto de investigação

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA
NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

I Parte – Saudação, Apresentação do entrevistador e Introdução ao estudo	
Objetivo: • Informar o entrevistado	• Identificação do investigador; • Informar sobre os objetivos gerais do estudo, incluindo a finalidade da entrevista e o que se espera obter com os dados recolhidos. • Duração e formato da entrevista: O entrevistado é informado sobre a duração da entrevista e seu formato (gravação áudio e transcrição posterior). • Garantir a confidencialidade e anonimato; explicar que as informações fornecidas serão mantidas confidenciais e que seu nome ou identidade não será utilizado na divulgação dos resultados, assim como o ficheiro áudio será eliminado após o fim do estudo. • Consentimento informado: o entrevistado é informado de que a sua participação na entrevista é voluntária e que tem o direito de se recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, assim como exigir a eliminação da gravação. • Contato: O entrevistado é informado sobre a possibilidade de entrar em contato com o investigador caso tenham alguma dúvida ou preocupação em relação ao estudo. • Agradecer a disponibilidade em colaborar no estudo e a importância da mesma.
PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO Eu, José Cândido Benedito Lopes Nunes, aluno do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio convidá-lo, como voluntário, a participar neste trabalho de investigação. Este trabalho de investigação tem como principais objetivos: Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a Consulta de Enfermagem Pré-operatória na Cirurgia de Ambulatório; Identificar qual a opinião dos enfermeiros sobre a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório; Identificar a metodologias utilizadas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório; Identificar a informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório; Identificar os fatores que interferem na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório; Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório; Para dar resposta a estes objetivos foi desenhado um estudo metodológico, exploratório-descritivo. A sua participação é de extrema importância e poderá ser realizada através da entrevista, terá uma duração estimada de 15 minutos. Participação no Estudo: Ao concordar participar neste estudo será solicitada a realização de uma entrevista com vista à concretização dos objetivos enunciados.	

Condições e Financiamento: Este trabalho de investigação é exclusivamente académico e não é financiado por nenhuma entidade, assim como os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação.

Confidencialidade e Anonimato: A confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos serão garantidos, sendo exclusivamente utilizados para este trabalho académico. No final do estudo todos os suportes utilizados, guardados pelo investigador, serão destruídos. A recolha e tratamento de dados será realizada apenas pelo investigador, e terá com finalidade o trabalho académico.

Autonomia: Se tiver dúvidas e necessitar de esclarecimentos adicionais antes, durante ou após a realização da entrevista, poderá fazê-lo através do contato disponibilizado. Ao participar neste estudo não sofrerá qualquer dano, nem será colocado em desvantagem ou exposto a situações para os quais não esteja preparado de forma explícita. A participação é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento do preenchimento da entrevista, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem quaisquer consequências.

A pessoa responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais de correntes do Regulamento Geral de Proteção de Dados será o aluno, cujo contacto se encontra enunciado infra.

Contacto: jcandidonunes@outlook.pt

Agradeço a sua disponibilidade e prontidão para colaborar neste trabalho.

II Parte – Caracterização sociodemográfica do entrevistado

Objetivo:

- Caracterizar o entrevistado sociodemograficamente

- Idade: ____ anos
- Sexo (feminino ☐ ; masculino ☐)
- Formação Académica:
 - Licenciatura ☐
 - Especialidade ☐ _____
 - Mestrado ☐ _____
 - Doutoramento ☐ _____
 - Outros ☐ _____
 - _____
- Tempo de exercício profissional ____ anos
- Tempo de exercício na UCA ____ anos

III Parte – Objetivos/questões orientadoras	
Objetivo específicos da entrevista	TÓPICOS GERAIS/ questões orientadoras
1. Identificar qual a opinião dos enfermeiros sobre a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio	• Qual é a sua percepção/opinião sobre a consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio? • Qual é a importância da consulta de enfermagem pré-operatória para o processo da cirurgia de Ambulatorio? • Na sua opinião, quais são os principais objetivos da consulta de enfermagem pré-operatória na cirurgia de ambulatorio?
2. Identificar a metodologias utilizadas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio	• Qual a metodologia/estratégias utilizadas na realização da Consulta de Enfermagem pré-operatória.? • Qual é o planeamento/preparação que utiliza na realização da Consulta de Enfermagem pré-operatória? • Como você aborda as necessidades específicas dos utentes durante a consulta de enfermagem pré-operatória? • Que tipo de materiais educativos utiliza na consulta de enfermagem pré-operatória? • Como é documenta as informações/ensinos/instruções fornecidas durante a consulta de enfermagem pré-operatória?
3. Identificar a informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio	• Durante a Consulta de Enfermagem pré-operatória, qual é a informação que fornece ao utente? • Quais os ensinos /explicações /instruções /treinos que realiza? • Há alguma outra informação sobre o percurso na Cirurgia de Ambulatorio que considere que deveria abordar na consulta de Enfermagem pré-operatória? • Como avalia a compreensão pelos utentes, sobre a informação providenciada durante a consulta de enfermagem pré-operatória?
4. Identificar os fatores que interferem na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio	• Durante a Consulta de Enfermagem pré-operatória, quais são os fatores que considera interferirem na prática do enfermeiro? •
5. Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio	• Quais são as dificuldades sentidas na realização das práticas educativas na consulta de enfermagem pré-operatória? • Quais são os desafios ou obstáculos que os enfermeiros enfrentam durante a consulta pré-operatória em cirurgia de ambulatorio?
6. Identificar sugestões de melhoria da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatorio	• Que sugestões podes fazer para melhorar a Consulta de Enfermagem pré-operatória? • Que sugestões podes fazer para melhorar a efectividade das práticas educativas do enfermeiro?

Apêndice 18 – Pedido de Autorização para a realização do projeto de investigação

Exm^{ta}- Sr^a. Presidente da Comissão de Ética

[REDACTED]

Eu, José Cândido Benedito Lopes Nunes, aluno do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, a realizar estágio de Natureza Profissional na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do [REDACTED] venho por este meio solicitar autorização para, no âmbito do referido estágio, realizar um estudo de tipo qualitativo, sendo em relação ao objectivo geral um estudo exploratório-descritivo, sobre a temática: **A percepção dos Enfermeiros sobre a Consulta de Enfermagem Pré-operatória na Cirurgia de Ambulatório**. Como instrumento de colheita de dados, pretendo utilizar a entrevista semiestruturada, da qual envio em anexo o Guião da Entrevista a realizar aos Enfermeiros da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do [REDACTED].

Solicito autorização para a realização das entrevistas, aos enfermeiros, sendo as mesmas gravadas em ficheiro áudio, utilizando como gravador o telemóvel, passando o ficheiro directamente do gravador (telemóvel) para o computador via Bluetooth para evitar a hipótese de extravio, sendo que o telemóvel e o computador estão protegidos por código de acesso, comprometendo-me a nunca gravar o ficheiro em pendrive para evitar o risco de extravio.

Comprometo-me a eliminar os ficheiros áudio após o fim do estudo, período esse destinado a permitir a rectificação de qualquer erro/dúvida de transcrição que possa surgir.

A amostra de participantes será da equipa de enfermagem da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do [REDACTED] será uma amostra não-probabilística, do tipo de amostra intencional, por ser uma amostra de dimensão reduzida e pelo pouco tempo disponível para realizar as entrevistas, sendo ainda a indicada para o tipo de estudo.

Os participantes serão convidados a participar, informados sobre a natureza do estudo, dos seus objectivos. Serão informados sobre o cumprimento dos princípios éticos que presidem a este tipo de estudos como: a liberdade de participar ou recusar, garantia do anonimato, a possibilidade de em qualquer momento, interromper a entrevista e/ou solicitar a eliminação imediata da gravação. Os resultados serão apresentados aos participantes após a conclusão do estudo.

As entrevistas serão inicias, logo após a autorização pela Comissão de Ética do [REDACTED]

Pretendo realizar dois pré-testes, para avaliar a aceitabilidade, clareza, compreensão e validação do instrumento de colheita de dados face aos objetivos definidos para o mesmo.

Deste estudo não resulta nenhum prejuízo para o serviço ou para o [REDACTED] sendo que contribuirá para um melhor conhecimento sobre a perceção dos enfermeiros sobre a consulta de Enfermagem Pré-operatória na Cirurgia de Ambulatório.

Solicito deferimento,

[REDACTED] 15 de Abril de 2023

José Cândido Bendito Lopes Nunes

e-mail: lcandidonunes@outlook.pt

telemóvel: 933 265 66



Apêndice 19 – Consentimento Informado para a realização de entrevistas para o projeto de investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, José Cândido Benedito Lopes Nunes, aluno do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio convidá-lo, como voluntário, a participar neste trabalho de investigação sobre a temática: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO.

Este trabalho de investigação tem como principais objetivos: Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a Consulta de Enfermagem Pré-operatória na Cirurgia de Ambulatório; Identificar qual a opinião dos enfermeiros sobre a consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório; Identificar a metodologias utilizadas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório; Identificar a informação transmitida pelos enfermeiros na consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório; Identificar os fatores que interferem na realização da consulta pré-operatória de enfermagem e nas práticas educativas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório; Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na realização da consulta pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório;

Para dar resposta a estes objetivos foi desenhado um estudo metodológico, exploratório-descritivo.

A sua participação é de extrema importância e poderá ser realizada através da entrevista, que terá uma duração estimada de 15 minutos.

Participação no Estudo: Ao concordar participar neste estudo será solicitada a realização de uma entrevista com vista à concretização dos objetivos enunciados.

Recolha de dados: A entrevista será gravada em ficheiro áudio, utilizando como gravador o telemóvel. O ficheiro será enviado do gravador (telemóvel) para o computador via Bluetooth para evitar a hipótese de extravio, sendo que o telemóvel e o computador estão protegidos por código de acesso. A transcrição será realizada no aplicativo WORD, comprometendo-me a nunca gravar nenhum dos ficheiros em pendrive para evitar o risco de extravio. Comprometo-me a eliminar os ficheiros áudio após o fim do estudo, período esse destinado a permitir a rectificação

de qualquer erro/dúvida de transcrição que possa surgir. A recolha dos dados e a sua segurança, é da exclusiva responsabilidade do investigador.

Tratamento de dados: O tratamento de dados será realizada pelo investigador, através da técnica da análise de conteúdo.

Condições e Financiamento: Este trabalho de investigação é exclusivamente académico e não é financiado por nenhuma entidade, assim como os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação.

Confidencialidade e Anonimato: A confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos serão garantidos, sendo exclusivamente utilizados para este trabalho académico. No final do estudo todos os ficheiros áudio, guardados pelo investigador, serão destruídos. O ficheiro áudio e de transcrição está identificado com a identificação relativa à ordem da entrevista como (E1, E2, E3,...) A recolha e tratamento de dados será realizada apenas pelo investigador, e terá como única finalidade o trabalho académico.

Autonomia: Se tiver dúvidas e necessitar de esclarecimentos adicionais antes, durante ou após a realização da entrevista, poderá fazê-lo através do contacto disponibilizado. Ao participar neste estudo não sofrerá qualquer dano, nem será colocado em desvantagem ou exposto a situações para os quais não esteja preparado de forma explícita. A participação é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento da entrevista, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem quaisquer tipos de consequências.

A pessoa responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais de correntes do Regulamento Geral de Proteção de Dados será o aluno, cujo contacto se encontra enunciado abaixo.

Contacto: jcandidonunes@outlook.pt

Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do investigador: _____

Data: __/__/__