

Cátia Oliveira Relatório de Estágio:

**Visita Pré-operatória: um
desafio para a melhoria dos
cuidados de Enfermagem**

Relatório de Estágio de Mestrado em
Enfermagem Perioperatória apresentado
para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem Perioperatória realizado
sob orientação científica da Professora
Doutora Ana Lúcia Ramos.

Abril de 2014

Declaração candidato/orientador

Declaro que este Relatório de Estágio é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de de

Declaro que este Relatório de Estágio se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

A orientadora,

Setúbal, de de

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que tornaram este trabalho possível,

- À Professora Ana Lúcia Ramos que orientou todo o percurso. A sua disponibilidade, feedbacks, atenção, ajuda, transmissão e partilha de conhecimentos foram contributos determinantes para a aprendizagem desenvolvida ao longo do estágio e para a elaboração do projeto.
- À Enfermeira Fernanda Santos, pela sua disponibilidade, orientação e transmissão de conhecimento.
- À Professora Cândida Ferrito pela orientação, preocupação e disponibilidade ao longo de todo o Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória.
- A toda a equipa de Enfermagem do Bloco Operatório, pela disponibilidade e sugestões dadas durante a realização do estágio e do projeto.
- À Enfermeira Alice Pais e ao Enfermeiro Jorge Tavares pela motivação, entusiasmo e apoio na realização do projeto.
- A todos os enfermeiros que colaboraram nos questionários do Método de Delphi,

Muito obrigada por terem possibilitado que este projeto se concretizasse.

RESUMO

No âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Perioperatória (MEPO) da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, sistematiza-se no presente relatório o processo desenvolvido para a aquisição das competências do Enfermeiro Mestre em Enfermagem Perioperatória.

O Estágio realizado em ambiente perioperatório contemplou a realização de um projeto sobre a área que constatámos ser a mais carente de intervenção. Recorremos à Metodologia de Projeto e através do método de análise do tipo e efeito da falha (FMEA), aferimos que o problema que veio motivar o desenvolvimento desde projeto foi o comprometimento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no Bloco Operatório, devido à inexistência de visita pré-operatória (VPO). A VPO é o alicerce de todo o processo de cuidados perioperatórios e a sua importância reflete-se em termos de melhoria da qualidade de vida da pessoa submetida a cirurgia e diminuição da ansiedade. Esta permite ainda conhecer a pessoa, identificar os seus problemas e elaborar o plano de cuidados de acordo com os dados colhidos. Nesse sentido foi definido o seguinte objetivo geral: contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no Bloco Operatório através da proposta de uma Norma de Orientação Clínica da VPO. Através da elaboração de uma Revisão Sistemática sobre a importância da VPO, da realização de Visitas Pré-operatórias exploratórias e do Método de Delphi, foi possível obter como resultado, a validação de uma Norma de Orientação Clínica da VPO. O trabalho desenvolvido ao longo do MEPO e concretamente durante a realização do Projeto foi um importante contributo para construir conhecimento e evidência científica na área das Normas de Orientação Clínica da VPO. A nível individual, o MEPO facultou-nos momentos de reflexão, análise e prática clínica que conduziram ao desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

Palavras Chave: Visita Pré-operatória; Norma de Orientação Clínica; Método de Delphi; Metodologia de Projeto; Enfermagem Perioperatória.

ABSTRACT

Within the 1st Master in Perioperative Nursing of *Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal*, the present report systematizes the whole process developed in order to acquire the skills required to nurses Master in Perioperative Nursing.

The internship conducted in the Operating Room included the realization of a project on the area that we found to be the most needed of intervention. We resorted to the project's methodology and by the method of Failure Mode and Effect Analysis (FMEA), we verified that the problem that motivates the development of this project was the quality commitment of nursing care provided in the Operating Room, due to the inexistence of the preoperative visit. The preoperative visit is the foundation of the entire perioperative care process and its importance is reflected in terms of improvement of quality of life of the person undergoing surgery, decreased fear and anxiety. It allows knowing the person, identifying its problems and developing a care plan according to the data collected. Therefore we defined the following objective: contribute to the improvement of the quality of care provided in the operating room through the proposal of the preoperative visit's guideline. Developing a Systematic Review on the importance of Preoperative Visit, conducting exploratory Preoperative Visits and Using the Delphi Method was possible to obtain as a result, the validation of the preoperative visit's guideline. The work developed along this Master in Perioperative Nursing and specifically during the development of the Project was an important contribution to acquire knowledge and scientific evidence in the area of preoperative visit's guidelines. At the individual level, it has provided us moments of reflection, analysis and clinical practice that led to the development of the skills of Master in Perioperative Nursing.

Keywords: Preoperative Visit; Guideline, Delphi Method; Project's Methodology; Perioperative Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses

BO- Bloco Operatório

DGS – Direção-Geral da Saúde

ESS- Escola Superior de Saúde

FMEA – Método de análise do tipo e efeito da falha¹

IPS- Instituto Politécnico de Setúbal

MEPO - Mestrado em Enfermagem Perioperatória

NOC – Norma de Orientação Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

NPR – Número de Prioridade de Risco

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-anestésicos

VPO- Visita Pré-Operatória

VPOE – Visita Pré-Operatória de Enfermagem

¹ FMEA - *Failure Mode and Effect Analysis*

ÍNDICE DE FIGURAS

PÁGINA

Figura 1- Demonstração da forma como o papel da Enfermeira diminui à medida que a reabilitação cirúrgica progride	29
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

PÁGINA

Gráfico 1 - Distribuição de participantes por faixa etária	92
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por experiência profissional em anos..	93

Tabela 1 - Distribuição dos participantes de acordo com a experiência na realização da VPO em anos.....	94
--	----

ÍNDICE

PÁGINA

Introdução	22
1- Fundamentação Teórica	26
1.1 - O Modelo de Virgínia Henderson aplicado à Enfermagem Perioperatória	26
1.2 - Visita Pré-operatória, Pessoa e Cuidados de Enfermagem.....	30
1.3 - Normas de Orientação Clínica.....	39
2 - Metodologia de Projeto	46
2.1 - Diagnóstico de Situação	47
2.2 - Definição do Problema e Objetivos.....	53
2.2.1 - Identificação dos Problemas Parcelares	54
2.2.2 - Identificação dos Objetivos	55
2.3 - Planejamento e Execução do Projeto.....	57
2.3.1 - Objetivo 1 - Fundamentar a Importância da VPO	57
2.3.2 - Objetivo 2 - Elaborar a Versão Preliminar da Proposta da NOC da VPO.....	60
2.3.3 - Objetivo 3 - Validar a Versão Preliminar da Proposta da NOC da VPO recorrendo à Técnica de Delphi.....	70
2.3.3.1- Método de Delphi.....	72
2.3.3.2 - Método de Delphi – Aplicação.....	83

2.3.3.3 - Análise e Discussão dos Resultados da primeira ronda de questionários	91
2.3.3.4 - Análise e Discussão dos Resultados da segunda ronda de questionários	112
2.3.4 - Objetivo 4 - Divulgar a Versão Final após Delphi da NOC da VPO à Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório.	114
2.4 - Avaliação do Projeto.....	117
3- Análise da Aquisição e Desenvolvimento de Competências.....	122
Conclusão	144
Referências	148
Apêndice I - FMEA	158
Apêndice II - Planeamento do Projeto.....	164
Apêndice III - Artigo de Revisão Sistemática da Literatura: A Importância da Visita Pré-operatória de Enfermagem	178
Apêndice IV - Ficha de Registo da VPO	202
Apêndice V - Formulário de Consentimento Informado para a realização de VPO Exploratória	206
Apêndice VI - Versão preliminar da NOC da VPO	210
Apêndice VII - Primeiro questionário do Método de Delphi	218
Apêndice VIII - <i>e-mail</i> enviado aos participantes na primeira ronda do delphi ...	234

Apêndice IX - Resultados do primeiro questionário do Método de Delphi.....	238
Apêndice X - Segundo questionário do Método de Delphi.....	256
Apêndice XI - <i>e-mail</i> enviado aos Participantes na segunda ronda do Delphi ...	264
Apêndice XII - Resultados do segundo questionário do Método de Delphi.....	268
Apêndice XIII - NOC da VPO após Método de Delphi.....	274
Apêndice XIV - Plano de sessão de apresentação da NOC da VPO	282

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do 1.º Curso Mestrado em Enfermagem Perioperatória (MEPO), da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), para aquisição do grau de Mestre. Este trabalho é parte integrante dos objetivos da Unidade Curricular de Projeto/Estágio e visa descrever de forma crítica e reflexiva o desenvolvimento de competências em contexto de estágio, bem como a evolução do desenvolvimento do trabalho de projeto e os resultados de investigação encontrados.

Após dois semestres de aquisição de conteúdos teóricos e práticos que vieram revolucionar e enriquecer as competências científicas, instrumentais e relacionais dos estudantes deste curso, surgem os estágios, enquanto derradeiro desafio de colocar em prática toda a esfera de competências inerentes ao título de Enfermeiro Mestre em Enfermagem Perioperatória. O estágio realizado no segundo semestre decorreu ao longo de 17 semanas no período de 16 de Maio de 2011 a 15 de Outubro de 2011 num total de 100 horas num Bloco Operatório (BO) de um Hospital Central. O estágio que permitiu desenvolver este projeto decorreu no Bloco Operatório Central de outro Hospital Central, no terceiro semestre, durante 17 semanas no período de 11 de Março de 2013 a 4 de Julho de 2013 num total de 236 horas.

Terminado o Estágio, é altura de avaliar em que medida os conhecimentos adquiridos ao longo do MEPO, e neste estágio em particular, favoreceram o desenvolvimento profissional.

Este relatório pretende não só descrever as diversas etapas que constituíram o estágio como o próprio desenvolvimento do trabalho de projeto, em todas as suas fases e de acordo com a metodologia de projeto. A descrição da experiência vivida durante o período de estágio será realizada de forma crítica e reflexiva

tendo em conta as bases teóricas e as competências adquiridas ao longo de todo o MEPO.

A área estudada pelo projeto descrito neste relatório foi aquela que, após o diagnóstico de situação, foi identificada como sendo a mais problemática do serviço e diz respeito ao comprometimento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados devido à inexistência de Visita Pré-operatória (VPO).

A VPO consiste na primeira interação entre o enfermeiro perioperatório e a pessoa proposta para cirurgia, com vista a identificar as suas necessidades, permitindo desta forma elaborar um plano de cuidados individualizado e sistematizado e prepará-la física e emocionalmente para a cirurgia. Desta forma, a VPO garante a qualidade dos cuidados prestados à pessoa e sua família/pessoas significativas (AESOP, 2006).

O Modelo de Virgínia Henderson permitiu-nos perceber que a pessoa submetida a cirurgia é sempre acometida por algum grau de dependência, que chega a ser total nos momentos em que se encontra anestesiada. O enfermeiro perioperatório deve identificar as necessidades da pessoa que se encontram comprometidas, de forma a garantir que estas são satisfeitas. De acordo com a AESOP (2006), a melhor forma de identificar essas necessidades e de as validar junto da pessoa é através da realização da VPO.

A ausência de VPO no Bloco Operatório (BO) onde foi realizado o estágio, coloca em causa a preparação física e emocional da pessoa proposta para cirurgia e inviabiliza a elaboração de um plano de cuidados individualizado de acordo com as necessidades da pessoa. A qualidade dos cuidados é inevitavelmente comprometida e a solução deve passar por encontrar estratégias que favoreçam a implementação da VPO. Nesse sentido, definimos o seguinte objetivo geral para o projeto: contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no Bloco Operatório através da proposta de uma Norma de Orientação Clínica da Visita pré-operatória.

Este relatório tem como objetivos:

- Contextualizar as práticas clínicas observadas e diferentes experiências vividas no período de estágio de acordo com os conhecimentos adquiridos ao longo do MEPO;
- Analisar criticamente o percurso efetuado durante o estágio dando especial ênfase aos pontos positivos de enriquecimento individual e de contributo institucional e aos constrangimentos que limitaram o desenvolvimento de competências.
- Explicitar o desenrolar de todo o processo realizado para a elaboração do projeto, identificando o problema principal e os parcelares e descrevendo as diferentes fases da metodologia de projeto.
- Apresentar um enquadramento teórico válido e fundamentado na mais recente evidência científica, que suporte a pertinência do projeto e as escolhas realizadas.
- Avaliar os objetivos definidos para o projeto, as atividades, estratégias e recursos utilizados para concretização dos mesmos.
- Refletir sobre as considerações Éticas e Deontológicas nas diferentes etapas do Projeto.

De forma a dar resposta aos objetivos anteriormente referidos, o relatório encontra-se estruturado em cinco partes:

A primeira parte diz respeito à introdução onde realizamos a contextualização do trabalho, apresentamos os objetivos e a estruturação do trabalho.

A segunda parte diz respeito à Fundamentação Teórica, onde é apresentada a evidência científica encontrada sobre a Visita Pré-operatória e as Normas de Orientação Clínica.

Numa terceira parte descrevemos as etapas da metodologia do projeto: Diagnóstico de Situação, e Planeamento e Execução e Avaliação do projeto.

A quarta parte é referente à reflexão crítica de todo o percurso realizado, dando particular ênfase à reflexão sobre as competências desenvolvidas ao longo do estágio e desenvolvimento do projeto.

A última parte, corresponde à conclusão onde é feita uma síntese dos aspetos mais significativos do relatório.

As considerações éticas e deontológicas serão analisadas ao longo do relatório.

Este trabalho foi redigido de acordo com a Norma Portuguesa 405 e o Novo Acordo Ortográfico.

1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De forma a justificar e fundamentar as escolhas e opções metodológicas assumidas ao longo deste relatório, é crucial realizar uma fundamentação teórica sobre os temas que de algum modo influenciaram o trajeto e a forma como este projeto foi desenvolvido.

Deste modo, procedemos inicialmente ao enquadramento teórico da Enfermagem Perioperatória à luz do Modelo de Virgínia Henderson.

Após o enquadramento teórico, contextualizamos a problemática em estudo, ou seja, a Visita Pré-operatória (VPO) e os cuidados de enfermagem. Nesta parte do trabalho, e atendendo que pretendemos elaborar uma Norma de Orientação Clínica (NOC), recorrendo ao Método de Delphi, considerámos também pertinente abordar a importância das NOC no contexto de saúde e fundamentar a pertinência da utilização de um método de consenso na sua construção.

1.1- O MODELO DE VIRGÍNIA HENDERSON APLICADO À ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

O modelo conceitual para uma profissão é uma conceção do que esta é ou deveria ser (Ellis e Hartley, 1998). Dos diversos modelos, a definição de Enfermagem desenvolvida por Virgínia Henderson é, na nossa perspetiva, a que melhor permite aos enfermeiros perioperatórios fundamentar objetivamente a importância das suas intervenções. Henderson (1966) definiu Enfermagem afirmando:

“A função única da enfermeira é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho daquelas atividades que contribuem para a sua saúde ou recuperação (ou para a sua morte tranquila) que ele seria capaz de realizar por si próprio, caso tivesse a força necessária, o desejo ou o conhecimento. E deve fazê-lo de tal modo a auxiliá-lo a adquirir a independência o mais rápido possível” (p.15).

A teórica definiu **pessoa** como um todo completo que apresenta catorze necessidades fundamentais. Cada necessidade tem dimensões de ordem bio-psico-sócio-cultural (Kérovac, 1996). A pessoa é definida por Henderson como um indivíduo que necessita de assistência para conquistar saúde e independência ou a morte pacífica (Tomey e Alligood, 2004). É possível deduzir das suas obras, que saúde é a capacidade da pessoa, para satisfazer de forma independente, as suas catorze necessidades fundamentais. O ambiente é caracterizado como o meio que influencia a pessoa de forma positiva ou negativa. O enfermeiro deve assim atuar no sentido de proporcionar um ambiente favorável à saúde da pessoa (Kérovac, 1996).

As necessidades compreendem os componentes dos cuidados de enfermagem e devem encontrar-se satisfeitas para que a pessoa se encontre completa e independente. É na conservação ou no restabelecimento da independência da pessoa, para que esta consiga satisfazer por si própria as suas necessidades, que reside o principal objetivo dos cuidados de Enfermagem. De acordo com o nível de dependência da pessoa, o enfermeiro pode atuar como seu substituto, seu auxiliar ou seu parceiro para lhe suprir aquilo que lhe falta para estar completa, total ou independente (Tomey e Alligood, 2004).

Quem acredita que nos Blocos Operatórios o enfermeiro não cuida, mas se limita a executar é porque desconhece não só a realidade como a própria filosofia e enquadramento concetual da Enfermagem Perioperatória. Esta visão é também defendida pela AESOP (2006), que apesar de não identificar objetivamente a ideologia de Henderson, estabelece que poucas serão as áreas da Enfermagem nas quais a pessoa necessite tanto do enfermeiro como seu substituto na satisfação das suas necessidades.

A situação de saúde e bem-estar da pessoa, o seu estado de consciência, os procedimentos terapêuticos de que necessita e o meio ambiente que o rodeia, criam uma situação de dependência, que exige a intervenção de alguém com a preparação necessária para responder às necessidades “que parcial ou totalmente não podem ser por si satisfeitas” (AESOP, 2006, p. 7). Esse “alguém”, não pode ser senão um enfermeiro, que é sem dúvida o profissional cuja formação permite uma resposta efetiva às necessidades da pessoa, o planeamento de cuidados de acordo com as mesmas, a sua execução e posterior avaliação dos resultados obtidos através do trabalho desenvolvido.

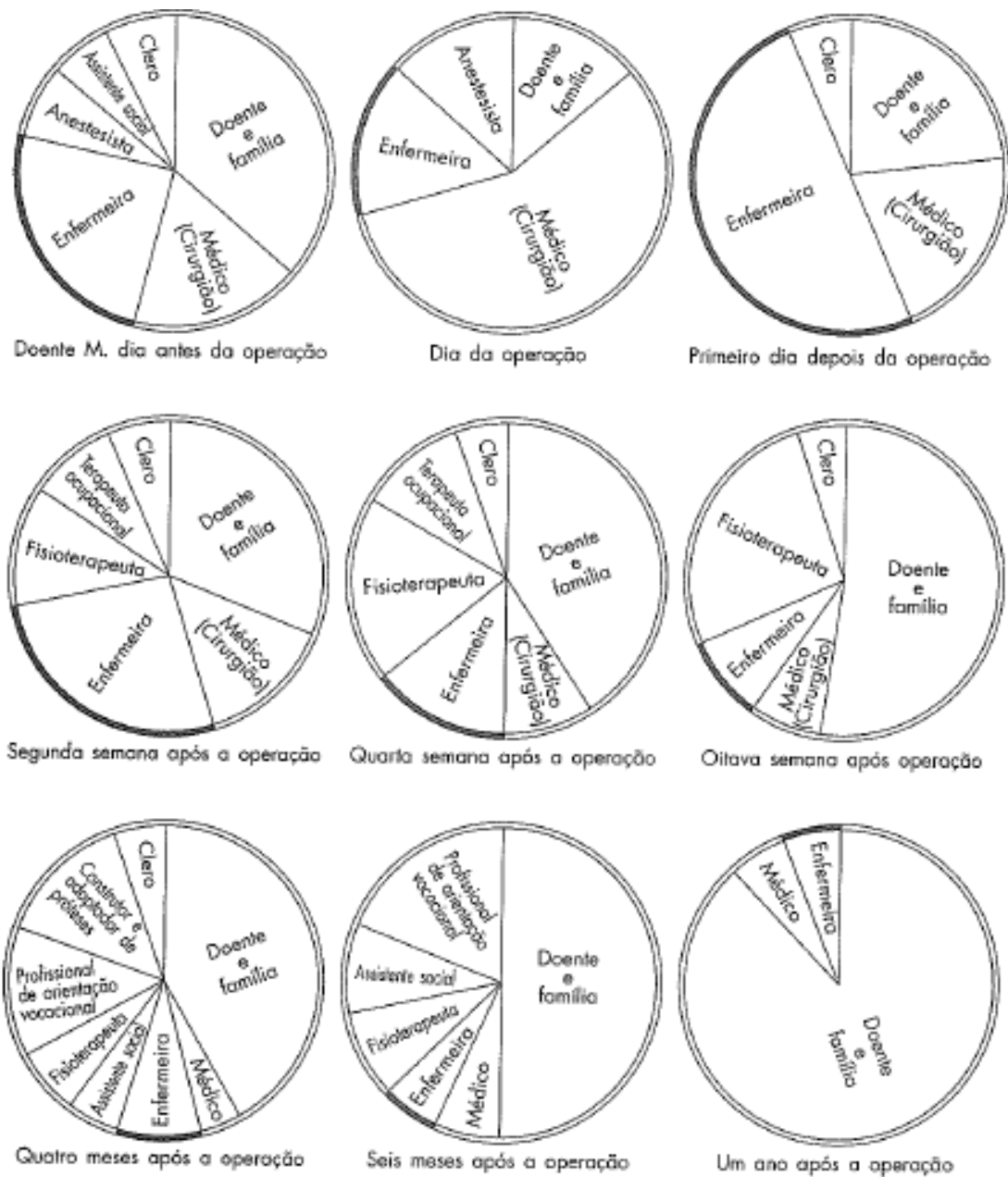
Tendo em conta que não é viável que o enfermeiro proceda ao levantamento das necessidades que não se encontram satisfeitas da pessoa no próprio dia da cirurgia, a VPO surge como o único momento em que o enfermeiro perioperatório conhece a pessoa submetida a cirurgia, identifica necessidades que necessitam ser satisfeitas, elaborando o plano de cuidados adequado à pessoa e garantindo o mais elevado padrão de qualidade dos cuidados (AESOP, 2006). É desta forma que os enfermeiros perioperatórios “ao centralizarem a sua atuação no doente como um todo, através de um processo intelectual, científico e metódico, operacionalizam os seus saberes para melhor cuidar” (AESOP, 2006, p. 7).

Henderson defende que “as necessidades têm de ser validadas com a pessoa” (Tomey e Alligood, 2004, p. 116) e que o enfermeiro deve substituí-la no sentido de a tornar completa ou independente quando esta “não tem a força física, de vontade ou o conhecimento para o fazer” (Tomey e Alligood, 2004, p. 114), pelo que podemos inferir que a VPO é o único momento no qual o enfermeiro tem oportunidade para identificar e validar as necessidades afetadas junto da pessoa submetida a cirurgia, de forma a satisfazê-las num momento de total dependência como é o caso do processo anestésico-cirúrgico.

Na sua obra, *The Nature of Nursing – Reflection after 25 years* de 1991, Henderson representa graficamente, a relação estabelecida entre uma pessoa submetida a cirurgia e os intervenientes no processo de restabelecimento da independência. De acordo com Tomey e Alligood (2004), Henderson compara a equipa multidisciplinar, a pessoa e sua família às secções de um gráfico circular.

O tamanho da secção atribuído a cada elemento corresponde às necessidades da pessoa em cada momento e por esse motivo altera-se à medida que o doente progride em direção à independência (Figura 1).

Figura 1- **Demonstração da forma como o papel da enfermeira diminui à medida que a reabilitação cirúrgica progride.** Fonte: Henderson, Virgínia (1991) *The Nature of Nursing – Reflection after 25 year.* Nova York: Macmillan (p.23)



O objetivo é que a pessoa ocupe a totalidade do gráfico ou a maior percentagem possível. Henderson evidencia que, de todo o processo, o dia da cirurgia é o momento em que a pessoa submetida a cirurgia e sua família se encontram mais dependentes. Esta figura salienta desta forma a importância da intervenção do enfermeiro perioperatório.

1.2 - VISITA PRÉ-OPERATÓRIA, PESSOA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A cirurgia e todos os processos a ela associados têm sido alvo de um desenvolvimento que ocorre a um ritmo avassalador. No entanto, apesar de toda a evolução técnica e científica que se tem verificado ao longo dos tempos, o processo cirúrgico continua a ser uma situação que ameaça a integridade física e emocional da pessoa, o que inevitavelmente provoca um estado de ansiedade e de stresse pré-operatório (Kiecolt-Glaser *et al*, 1998).

A ansiedade é assim uma resposta humana face a um perigo iminente, e é uma das reações mais comuns à doença (Grieve,2002). É amplamente aceite que níveis moderados de ansiedade podem ser benéficos, chegando a preparar as pessoas para o stresse da cirurgia. No entanto, níveis de ansiedade acima ou abaixo desse limiar podem ser considerados como negativos para a recuperação da pessoa (Pritchard, 2010).

O carácter invasivo geralmente inerente ao processo cirúrgico fez com que se gerasse um certo conformismo em relação à ansiedade pré-operatória, sendo esta encarada pela maioria dos profissionais como uma reação esperada por parte das pessoas submetidas a cirurgia. Esta tendência de considerar a ansiedade pré-operatória como algo natural e até imutável, quer no seio da sociedade em geral quer entre os próprios profissionais de saúde, pode justificar que este tipo de preocupação ainda não tenha a merecida relevância nos hospitais do nosso país (Mendes *et al*, 2005).

Ainda assim, verificou-se nos últimos trinta anos uma maior preocupação em centrar os cuidados na pessoa e não na doença, enfatizando-se o cuidado holístico. Esta situação conduziu a investigação na área da Enfermagem no sentido de procurar as causas da ansiedade pré-operatória, bem como estratégias que permitissem atenuá-la (Mendes *et al*, 2005).

No que diz respeito às causas para a ansiedade pré-operatória, são vários os autores que estudaram este assunto, e as opiniões são na maioria das vezes coincidentes.

Jorgetto *et al*, (2004) e Pritchard (2010) apontam como causas mais frequentes: a inconsciência provocada pela anestesia, a dor, o desconforto, a própria cirurgia, assim como os sentimentos de insegurança e de dependência. Acresce ainda a dificuldade de deixar o seu papel de pessoa ativa na sociedade e no seio da sua família, e a dificuldade de assumir o papel de pessoa doente e de enfrentar um mundo desconhecido.

Grieve (2002) afirma que a cirurgia é associada à possibilidade de dor, perda da independência, alterações na imagem corporal, resultados indesejados no diagnóstico, incerteza relativamente ao curso da recuperação pós-operatória, preocupações com a família, com o trabalho, ou sentimentos de que os acontecimentos não dependem do seu controlo.

Kiecolt-Glaser *et al* (1998) referem que a cirurgia constitui um evento ameaçador com múltiplos componentes stressantes: preocupações com a doença, com a admissão no hospital, com a sobrevivência e recuperação, e com a separação da família. Como a pessoa não pode atuar nem controlar nenhum destes fatores, gera-se a ansiedade e o stresse (Grieve, 2002).

Por esse motivo, não é surpreendente que até cirurgias consideradas minor, possam provocar fortes reações emocionais. Quando essa ansiedade atinge níveis excessivos, a pessoa é acometida por uma sensação de mal-estar geral e desequilíbrio emocional, prejudicial ao seu bom funcionamento (Mitchell, 1997). A ansiedade tem efeitos físicos sistémicos que podem ser verificados através de taquicardia, taquiarritmia, hipertensão, hipertermia, hipersensibilidade ao toque. No que toca às alterações psicológicas, a ansiedade pode contribuir para

alterações comportamentais e da cognição, tornando as pessoas agressivas, apreensivas e solicitadoras (Pritchard, 2010).

Na mesma perspectiva Kiecolt-Glaser, *et al* (1998) afirmam que quando estas respostas emocionais são suficientemente intensas, podem ter consequências importantes, nomeadamente recuperação pós-operatória mais lenta e com mais complicações. Estudos recentes na área da psiconeuroimunologia demonstram que as variáveis psicológicas, nomeadamente o stresse e a ansiedade pré-operatória, podem retardar a cicatrização de feridas, que é um dos fatores que mais influencia a duração do internamento. De acordo com Pritchard (2010), esta influência pode acontecer de diferentes formas:

1. As emoções têm efeitos diretos na libertação de determinadas hormonas, que por sua vez podem modular a função imunológica.
2. A resposta emocional da pessoa à cirurgia pode influenciar o tipo e quantidade de fármacos administrados durante a anestesia, que por sua vez podem ter efeitos diferentes no sistema endócrino e imunitário da pessoa.
3. Pessoas mais ansiosas são mais vulneráveis à dor pós-operatória, a qual vai ter influência negativa no sistema imunitário. Tendo em conta que o sistema imunitário já estaria afetado pelo stresse pré-cirúrgico, com a ameaça adicional da dor, torna-se ainda mais vulnerável.

Grieve (2002) corrobora com a correlação entre o grau de ansiedade pré-operatória e a recuperação pós-operatória sugerida por Kiecolt-Glaser *et al* (1998). No entanto afirma que avaliar esta relação apenas tendo por base o tempo de internamento pós-operatório e a quantidade de analgesia solicitada pela pessoa é insuficiente, tendo em conta que atualmente já é possível recorrer a indicadores de stresse cirúrgico mais fiáveis, nomeadamente o aumento sérico de cortisol, de adrenalina, noradrenalina, ocitocina e prolactina.

Os estudos desenvolvidos por Kiecolt-Glaser *et al* (1998) e por Grieve (2002), vieram comprovar que a ansiedade pré-operatória tem influência no pós-operatório, traduzindo-se numa recuperação mais lenta, com mais dor e

complicações associadas, aumentando inevitavelmente o período de internamento e o consumo de analgésicos, antibióticos e outras terapêuticas.

A ansiedade provoca uma resposta fisiológica ao stresse que impede o processo de cura. Como tal, recorrer a estratégias que procurem minimizar a ansiedade das pessoas submetidas a cirurgia é algo intrínseco ao cuidar em Enfermagem (Grieve, 2002) e determinante para uma recuperação rápida e bem-sucedida (Kiecolt-Glaser *et al*, 1998).

Na perspetiva de Pritchard (2010), a gestão da ansiedade pré-operatória tem sido sobretudo associada ao fornecimento de informação, sendo esta uma área de intervenção prioritária que os enfermeiros devem atender. Pritchard (2011), refere que os enfermeiros são os profissionais com as competências necessárias e por isso os mais dotados para reconhecer todas as variáveis que influenciam a resposta que a pessoa pode desencadear face a um fator de stresse. O processo de cura é uma cascata em que o sucesso dos últimos estadios da cicatrização da ferida e da recuperação da pessoa, dependem em grande parte dos procedimentos iniciais (Kiecolt-Glaser *et al*, 1998).

O fornecimento de informação é determinante para diminuir a ansiedade e proporcionar bem-estar à pessoa, como também para diminuir complicações e facilitar o processo de recuperação (Souza *et al*, 2010). A intervenção vulgarmente mais utilizada para reduzir a ansiedade face ao processo cirúrgico consiste na realização da Visita Pré-operatória (Foschiera e Piccoli, 2004).

Também Souza *et al*, (2010), referem que a VPO é fundamental, uma vez que permite implementar intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações futuras, promovendo a rápida recuperação, evitando infeções hospitalares, poupando tempo, reduzindo custos e preocupações, amenizando a dor e aumentando a sobrevida da pessoa.

É da responsabilidade dos enfermeiros garantir que todas as pessoas submetidas a cirurgia se encontram devidamente preparadas a nível físico e emocional. Contudo, a crescente exigência a nível da efetividade dos serviços de saúde e concomitante redução de despesas leva-nos a crer que poucos são os serviços

que conseguem proporcionar as condições necessárias para responder às necessidades emocionais da pessoa submetida a cirurgia.

A desvalorização da visita pré-operatória enquanto método utilizado para identificar e avaliar as necessidades individuais da pessoa submetida a cirurgia impede o estabelecimento da relação terapêutica, dificulta o planejamento de cuidados de forma holística, individualizada e contínua em todo o período pré-operatório, e contribui para o aumento dos riscos cirúrgicos a que a pessoa submetida a cirurgia está exposta (Souza *et al*, 2002).

Estes estudos apresentam os argumentos aos quais os Enfermeiros perioperatórios podem e devem estar atentos, para que a preparação física e emocional da pessoa submetida a cirurgia seja tida em conta e devidamente programada através da implementação da Visita Pré-operatória.

Durante a VPO, as pessoas são estimuladas a expressar os seus sentimentos e receios, através do diálogo, onde são prestados esclarecimentos sobre o processo cirúrgico. O enfermeiro deve encorajar a verbalização, deve escutar, ser compreensivo e prestar informações que ajudem a minimizar as preocupações (Piccoli e Galvão, 2001). É de extrema importância que o enfermeiro aprimore os seus conhecimentos e competências de forma a ser capaz de criar estímulos e estratégias que possibilitem uma maior compreensão das dificuldades enfrentadas pela pessoa submetida a cirurgia (Souza *et al*, 2010).

A VPO consiste na primeira etapa do Processo de Enfermagem Perioperatória, etapa essa que garante a preparação física e emocional da pessoa submetida a cirurgia (Piccoli e Galvão, 2001). A sua finalidade centra-se na diminuição da ansiedade pré-operatória, através do fornecimento de um conjunto de informação sistematizada e adequada à pessoa, permitindo que a mesma esclareça as suas dúvidas e receios, de forma a deixá-la esclarecida e preparada a nível físico e emocional (Mendes, 2005).

De acordo com o Modelo proposto por Virgínia Henderson, as necessidades devem encontrar-se satisfeitas para que a pessoa se encontre completa e independente (Tomey e Alligood, 2004). Nesse sentido, a VPO é o único caminho, pois permite que se estabeleça uma interação entre o enfermeiro perioperatório e

a pessoa submetida a cirurgia, para que em conjunto possam identificar as necessidades que necessitam ser satisfeitas, estabelecendo as intervenções adequadas à pessoa e garantindo o mais elevado padrão de qualidade dos cuidados (AESOP, 2006).

A recolha de dados realizada nesta primeira fase do processo de Enfermagem Perioperatória é concretizada através de entrevista à pessoa submetida a cirurgia, mas também através da consulta do processo clínico e do contacto com o enfermeiro do serviço de internamento, e com outros profissionais da equipa multidisciplinar que possam fornecer informações adicionais importantes sobre a pessoa (Phipps *et al*, 2003). Sob a perspetiva do Modelo de Virgínia Henderson, as informações recolhidas durante a VPO, servirão de alicerce para que o enfermeiro perioperatório desenvolva um plano de cuidados individualizado e adequado às necessidades de cada pessoa, satisfazendo-as enquanto a própria pessoa não é capaz de o fazer por si só.

A VPO permite ainda que a pessoa submetida a cirurgia estabeleça uma relação com o enfermeiro perioperatório, que será a sua principal referência no ambiente desconhecido e hostil que é o Bloco Operatório (Piccoli e Galvão, 2001).

De acordo com a AESOP (2006), a VPO deve ser realizada num ambiente calmo, livre de influências que possam condicionar o estabelecimento da relação enfermeiro-pessoa submetida a cirurgia e quando possível, na presença da família ou pessoa significativa. A visita deve ser realizada na véspera da cirurgia, pelo enfermeiro responsável por acolher e acompanhar a pessoa ao longo do período intraoperatório.

No sentido de diminuir a incerteza face ao desconhecido, de aumentar a sensação de autoeficácia e de controlo da pessoa submetida a cirurgia a VPO deve ser conduzida de modo a que esta sinta que está a fazer uma visita ao Bloco Operatório, sem sair do próprio quarto de internamento (Mendes *et al*, 2005).

Para isso, o enfermeiro deve abordar aspetos relativos à preparação pré-operatória, ao circuito do dia da cirurgia, procurando descrever o ambiente físico do Bloco Operatório, as pessoas que constituem a equipa multidisciplinar e todos

os outros aspetos que considere importante para familiarizar a pessoa com o seu percurso no dia da cirurgia (AESOP, 2006).

No entanto, é imprescindível ter em consideração as diferenças individuais. Cada pessoa é única, reage de forma própria face a uma situação de stresse e tem necessidade de informação diferente, pelo que não existem soluções universais para gerir a ansiedade (Pritchard, 2011), sendo fundamental a forma como a informação é transmitida.

Para providenciar as intervenções mais eficazes é indispensável que o enfermeiro tenha a capacidade para reconhecer as diferenças individuais de cada pessoa em questão, consoante as características do seu estilo de *coping* e de locus de controlo (Kiecolt-Glaser *et al*, 1998).

Acredita-se que o melhor tipo de intervenção de redução da ansiedade deve atender ao estilo de *coping* da pessoa. As pessoas com um estilo de *coping* ativo, também denominadas de *monitors*, tendem a procurar o máximo de informação possível acerca da sua cirurgia, as implicações da mesma, o que irá acontecer, o que irão sentir. Há que ter em atenção que ceder pouca informação a pessoas com este estilo de *coping*, irá causar-lhes maior ansiedade. Por outro lado, as pessoas com estilo de *coping* passivo, também designadas de *blunters* desejam receber o mínimo de informação possível, apenas a estritamente necessária e não mais que essa (Grieve, 2002).

Por esse motivo, é essencial que o enfermeiro perioperatório tenha a capacidade de avaliar até que ponto a pessoa deseja ser informada e que tipo de informação procura, pois o facto de fornecer informação que a pessoa não deseja conhecer ou deixar por esclarecer questões que a mesma considera importantes, pode ter um efeito contrário ao pretendido e gerar ainda mais ansiedade (Pritchard, 2010).

As pessoas com cada um destes tipos de *coping* demonstram melhor ajustamento quando as intervenções são adequadas às suas necessidades e ao seu estilo de *coping* (Kiecolt-Glaser *et al*, 1998).

Na mesma perspetiva, Gomes (2009) refere que é fundamental distinguir entre as necessidades de informação expressas, ou seja, aquelas que são requeridas pela

própria pessoa e as normativas – as que se encontram estabelecidas pela equipa para todas as pessoas em geral. A informação individualizada e personalizada é mais eficaz, na medida que permite informar a pessoa de acordo com as suas necessidades e através do equilíbrio entre a informação requerida e a fornecida (Pritchard, 2011).

Assim, para que um enfermeiro saiba conduzir convenientemente uma VPO, não basta conhecer as necessidades de informação individuais. Antes disso, é essencial que o enfermeiro domine a chamada informação normativa, para que depois possa ajustá-la às necessidades expressas de cada pessoa (Gomes, 2009).

As necessidades normativas são essencialmente aspetos relacionados com o que irá acontecer – informação de procedimento; como a pessoa se irá sentir – informação sensorial; o que deverá fazer para lidar com a situação – estratégias. De acordo com Berg e Cordeiro (2006), a informação normativa consiste na abordagem de assuntos como o processo cirúrgico e os cuidados de enfermagem. Mais especificamente e de acordo com a AESOP (2006), na dimensão do procedimento cirúrgico, as orientações normativas devem incluir:

- Importância do jejum e alimentação no pós-operatório;
- Preparação da pele e higiene;
- Preparação intestinal;
- Roupa que vai usar no dia da cirurgia;
- Cuidados a ter com próteses;
- Acompanhamento e transporte para o BO;
- Ambiente do BO e os cuidados que lá serão prestados;
- Passagem pela UCPA;
- Grau de dependência após cirurgia;

- Dispositivos médicos invasivos que a pessoa eventualmente poderá vir a ter;
- Necessidade de repouso no leito;
- O período de internamento.

No que concerne às orientações normativas na dimensão sensorial, Mendes *et al* (2005) defendem que o enfermeiro deve fornecer orientações relativas às sensações que a pessoa pode vir a apresentar, nomeadamente:

- Efeitos da medicação;
- Técnicas de analgesia e controlo da dor;
- Sensações no primeiro levante.

No âmbito da informação normativa, Souza *et al*, (2010) salientam a necessidade de elaboração de um protocolo, de forma a fornecer um fio condutor que auxilie os enfermeiros a conduzir a VPO de forma lógica e de modo a que nenhum assunto importante seja esquecido.

Gomes (2009) frisa ainda que o enfermeiro deve avaliar os conhecimentos da pessoa após a transmissão da informação de forma a assegurar que a informação percebida é coincidente com a informação fornecida e que os conteúdos foram compreendidos.

Todo este processo permite que o enfermeiro perioperatório auxilie a pessoa submetida a cirurgia a enfrentar o problema, proporcionando um período perioperatório tranquilo e uma recuperação rápida, sem intercorrências e diminuindo a probabilidade de complicações (Souza *et al*, 2010).

Conclui-se, desta forma, que a orientação fornecida pelo enfermeiro perioperatório na véspera da cirurgia é fundamental para o esclarecimento de dúvidas e receios relativamente à cirurgia, sendo que o enfermeiro deve identificar as necessidades que se encontrem comprometidas e planear intervenções adequadas, de forma a auxiliar a pessoa no seu ajustamento ao ambiente hospitalar.

1.3- NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

A Prática Baseada na Evidência está progressivamente a distinguir-se, garantindo melhoria em termos de qualidade e redução de custos nos cuidados de saúde.

O acentuado protagonismo da Prática Baseada na Evidência, é um indicador da redobrada importância imputada à dimensão científica na organização e na prestação dos cuidados de saúde (Raposo, 2010). Dentro deste contexto, as Normas de Orientação Clínica (NOC) baseadas na padronização da melhor prática, têm-se revelado num recurso indispensável (Adratt *et al*, 2013).

Vaz Carneiro (2013) define NOC como um conjunto de recomendações clínicas, desenvolvidas de forma sistematizada, integrando um instrumento que visa apoiar o profissional de saúde na tomada de decisões relativamente a intervenções ou cuidados de saúde, em determinados contextos.

De acordo com Raposo (2010) as NOC são documentos que resumem dados científicos sobre uma determinada área clínica, e os disponibilizam de forma sistematizada ao profissional de saúde, de modo a que este possa intervir adequadamente.

As Normas de Orientação Clínica (NOC) constituem desta forma uma ferramenta imprescindível para garantir que os cuidados prestados são homogéneos, independentemente do profissional que os presta, garantindo desta forma a qualidade dos mesmos (Ribeiro, 2010). Consistem ainda, na melhor forma de gerir a diversidade da prática clínica, diversidade essa que poderá ser entendida como geradora de problemas não só ao nível da própria qualidade dos cuidados de saúde, mas também, e sobretudo, no que respeita ao controlo e racionalização de custos (Raposo, 2010). Ainda assim, a elaboração de uma NOC implica ponderar os benefícios, riscos e custos das recomendações, bem como as questões práticas com elas relacionadas (Ribeiro, 2010).

Um dos pontos fortes das NOC diz respeito ao seu caráter educacional. Ao recorrer a este instrumento, o profissional de saúde tem a oportunidade de conhecer a evidência científica mais atual e relevante sobre determinado assunto.

No entanto a utilidade das NOC tem um alcance mais geral e em termos de vantagens para a instituição, a garantia da qualidade dos cuidados prestados é sem dúvida a maior de todas as suas vantagens (Adratt et al, 2013).

As NOC são orientações gerais e não guias a serem aplicados de forma exaustiva e universal, sem atender às particularidades da situação específica (Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, 2007). Desta forma, ainda que o profissional de saúde não seja obrigado a segui-las rigidamente, quando não o faz, deve ter um argumento válido. As NOC são por esse motivo frequentemente utilizadas enquanto reguladoras de condutas profissionais nos casos de investigação decorrente de processos de infração ou negligência (Adratt et al, 2013).

Raposo (2010) aponta três motivos que estiveram na origem das NOC:

- A constante evolução técnica e científica que caracteriza a área da saúde exige uma alternativa prática para que os profissionais possam estar constantemente atualizados e para que possam aplicar esses mesmos conhecimentos com a garantia de serem os recomendados e os mais eficazes;
- O recurso a informação resumida e baseada na mais recente evidência científica aumenta a qualidade dos cuidados de saúde;
- A necessidade de racionalização da prática clínica.

Na mesma linha de pensamento Adratt et al, (2013), defendem que o desenvolvimento e a implementação das NOC tem ainda como finalidade:

- Pesquisar, e emanar conhecimento baseado nas mais recentes evidências científicas;
- Assegurar a qualidade dos cuidados prestados, através da melhoria dos resultados, do aumento da eficiência clínica e da minimização dos riscos

que resulta da extinção de intervenções desnecessárias, ineficazes ou mesmo prejudiciais.

- Facilitar a permuta de conhecimento entre instituições;
- Aumentar a produtividade;
- Adotar padrões institucionais e nacionais;
- Reduzir a variabilidade das práticas individuais;
- Controlar custos;
- Evitar o uso de recursos desnecessários;

Raposo (2010) acredita que o uso generalizado deste tipo de ferramenta no Serviço Nacional de Saúde (SNS) aumenta a satisfação das pessoas e dos profissionais de saúde, com conseqüente melhoria dos cuidados de saúde. Todavia, a sua implementação pode ser embargada por uma série de obstáculos, nomeadamente: falta de interesse das profissionais de saúde, escassez de peritos participantes na elaboração da NOC, a existência de uma prática clínica prévia que seja adversa à que se pretende implementar, resistência à mudança que a NOC recomenda, e a eventual recusa por parte das pessoas submetidas ao tratamento estabelecido pela NOC (Vaz Carneiro, 2013).

As NOC podem ser elaboradas por uma estrutura/organização, devendo nesse caso ser preferencialmente multidisciplinares. No entanto, estas podem ser constituídas apenas por um único indivíduo, caso este reúna as competências requeridas (Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, 2007).

A justificação da necessidade de uma NOC sobre um tema deve basear-se igualmente na constatação prévia de que não existe NOC válida ou relevante. Vaz Carneiro (2013) afirma que sob o ponto de vista metodológico, uma NOC deve seguir os seguintes passos:

(1) Identificação do problema: realizar uma auditoria das práticas clínicas locais, de forma a identificar necessidades.

(2) Constituição da equipa de trabalho: é fundamental a decisão sobre a liderança e coordenação do grupo multiprofissional responsável.

(3) Definir a questão/problema

(4) Seleção da evidência científica

(5) Avaliação crítica da literatura

(6) Formulação de recomendações baseadas na evidência científica
(força de evidência e graus de recomendação)

(7) Apresentação e disseminação da NOC: garantir a revisão por pares fazendo circular a diretriz/protocolo amplamente entre especialistas, organizações profissionais de forma a completar o desenvolvimento da NOC.

8) Implementação prática

9) Avaliação do impacto

10) Revisão e atualização das recomendações: a NOC deve sofrer um processo de revisão e atualização regular e programada, cuja periodicidade depende sobretudo do avanço dos conhecimentos na área.

De acordo com Adratt *et al* (2013), a crescente complexidade e evolução técnica e científica na área da saúde, eleva cada vez mais a necessidade de recorrer a este tipo de instrumento.

Os utilizadores de uma NOC devem conhecer o grau de confiança que podem depositar nas recomendações por elas veiculadas (Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, 2007). A força de uma recomendação define-se como o grau de confiança em que a adesão ao recomendado origina um efeito benéfico (Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, 2007).

A validade de uma NOC depende não só do grau de competência clínica e científica do grupo responsável pela sua elaboração, mas do método de seleção e avaliação crítica da evidência. Esta tem, obrigatoriamente, de ser reprodutível, explícita e não enviesada, para que as recomendações finais sejam baseadas na

evidência científica relevante, argumentando o como e porquê desta decisão (Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, 2007).

O desenvolvimento de uma NOC baseada na evidência científica necessita ser suportada por um método de Consenso Sistemático. Esta é a única forma de alcançar determinadas conclusões e de garantir que o processo que conduz às recomendações finais seja explícito, transparente e reprodutível e, como tal, mais fácil de ser apreciado e até melhorado pelos intervenientes antes da sua adaptação final. Quando o processo é conduzido desta forma, a sua aceitação entre os profissionais intervenientes é geralmente melhor (Ribeiro, 2010).

Na mesma perspetiva Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, (2007), defendem que as NOC devem ser revistas por peritos e utilizadores antes da sua implementação e, sempre que possível, testadas em condições piloto no ambiente onde serão implementadas. Os mesmos autores salientam que mesmo quando a NOC é baseada em evidência devidamente avaliada de forma crítica, o passo final da metamorfose de dados da evidência em recomendações práticas pode encontrar-se revestido de subjetivismo, pelo que se torna imprescindível obter consenso entre os diversos intervenientes no sentido de apurar as recomendações finais.

Neste contexto, é possível falar de **Normas de Consenso**. Esta é a forma mais comum de elaboração de uma NOC, e consiste na procura de consenso, entre um grupo de peritos na área em questão, e elaboração de um documento com recomendações relativas à conduta que emerge de forma consensual, como sendo a mais eficaz face ao problema. Este tipo de elaboração de NOC tem como vantagem a rapidez e custo reduzido (Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, 2007).

Com a crescente utilização das NOC, evidenciou-se a necessidade de analisar a melhor forma de divulgação. O primeiro passo neste sentido foi a disseminação de NOC informatizadas. A abrangência deste tipo de sistema tem uma amplitude que em nada se compara à sua aplicação em papel, pois além da maior acessibilidade do seu conteúdo, o formato eletrónico permite que lhe sejam associados inúmeros recursos tais como: imagens, sons, vídeos, simulações e hiperligações para referências bibliográficas com conteúdo mais detalhado, tornando o modelo didático e apelativo (Adratt *et al*, 2013).

Roque, Bugalho e Vaz Carneiro (2007) corroboram esta ideia, afirmando que disponibilizar a NOC na Internet ou em formato digital torna-a não só mais acessível como também mais fácil de atualizar. Ainda assim, este formato não deve ser o único meio de apresentação, dado que este sistema de informação ainda não se encontra acessível a todos.

Os mesmos autores apontam uma série de estratégias que promovem o sucesso de implementação das NOC e que a equipa de elaboração pode adaptar para cada caso. Estas estratégias passam por:

- Iniciativas que impliquem contacto pessoal direto entre profissionais de saúde e a equipa coordenadora da NOC: sessões de formação interativas, simulação de situações, discussão ativa.
- Comparação, entre NOCs baseadas na evidência e as atuais práticas clínicas, com feedback imediato dos resultados positivos alcançados com as primeiras.
- Influência de um líder de opinião.
- Campanhas nos meios de comunicação públicos, que se revelam eficazes dado o alcance da divulgação.

A importância das NOCs é atualmente incontestável devido à sua capacidade de melhorar os resultados, aumentar a eficiência clínica e minimizar os riscos através da diminuição de intervenções não recomendadas. Todos estes aspetos positivos levam a que as NOCs sejam consideradas um importante instrumento na melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da saúde. Atendendo a que o problema geral que originou este projeto consiste precisamente no comprometimento da qualidade dos cuidados prestados no local onde foi realizado o estágio, as NOCs surgem assim como uma excelente estratégia para solucionar esse problema.

2- METODOLOGIA DE PROJETO

O trabalho de projeto é uma atividade prática significativa que se centra na investigação, visando um ou vários objetivos. Implica pesquisa, análise, resolução de problemas e, muitas vezes, uma produção (Leite, 1989).

A Metodologia de Projeto tem como base a identificação de um problema real, para o qual são implementadas intervenções capazes de o solucionar. Essas mesmas intervenções têm como fundamento a mais recente evidência científica (Carvalho *et al*, 1993). De acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), a Metodologia de Projeto implica cinco fases, de acordo com as quais o presente relatório se encontra estruturado:

1. Diagnóstico de Situação;
2. Definição dos Objetivos;
3. Planeamento;
4. Execução e Avaliação;
5. Divulgação dos resultados;

A metodologia de projeto pressupõe que o trabalho que o sustenta seja realizado em grupo, uma vez que não é possível planejar e implementar intervenções dirigidas a determinada população, sem a colaboração da mesma com a equipa de investigadores (Leite, 1989). O trabalho de projeto pressupõe desta forma, uma abordagem colaborativa e participativa, tendo em vista o seu sucesso.

O processo de investigação orientado pela Metodologia de Projeto é um processo dinâmico, em constante evolução e readaptação sempre que se verifique necessário. Mais do que investigar sobre a problemática em questão, esta Metodologia procura intervir diretamente sobre o problema, procurando resolvê-lo (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

2.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O Diagnóstico de Situação consiste na primeira etapa do processo de metodologia de projeto. Esta etapa visa elaborar um modelo descritivo de uma realidade complexa com a finalidade de traçar intervenções que permitam a transformação da situação real na situação desejada (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Durante esta etapa, é suposto que o investigador: procure que a análise seja centrada nas necessidades identificadas na população alvo do estudo, preveja o impacto das consequências dos problemas na população, examine as causas e fatores de risco associados ao problema de forma a identificar quais as áreas mais problemáticas cuja intervenção iria trazer benefícios para o estado da população e por último, estude a amplitude entre o estado atual da população e o desejado (Tavares, 1990).

Decorridos dois semestres de investimento numa área determinante para a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros perioperatórios – a visita pré-operatória (VPO) – surge o terceiro semestre e com ele, a oportunidade de realizar mais um estágio, de evoluir profissionalmente e de amadurecer competências técnicas, científicas e relacionais.

Um dos maiores desafios deste projeto surgiu logo no início, com a mudança de local de estágio do segundo para o terceiro semestre. Apesar da evidência científica encontrada durante a realização do projeto anterior, de todos os conhecimentos, experiências e competências já adquiridas e sobretudo, da motivação e interesse pessoal sobre a VPO, revelou-se indispensável retomar todo o processo de investigação desde o início e perceber qual o principal problema daquele serviço, que fosse passível da nossa intervenção. Deste modo iniciámos o diagnóstico de situação.

Ainda que o estágio tenha permitido observar as práticas com um olhar mais crítico, os conhecimentos adquiridos ao longo deste curso assumiram-se como o primeiro grande impulso para a reflexão precursora do Diagnóstico de Situação.

Todo o trabalho realizado anteriormente fez despertar um espírito de inquietude e uma ansia pela aquisição de novos conhecimentos na área da VPO.

Independentemente da convicção de que a inexistência de VPO no Bloco Operatório onde foi realizado o estágio é uma lacuna grave que merece ser alvo de atenção, o Diagnóstico de Situação foi desenvolvido de acordo com as etapas preconizadas, de forma a determinar se de facto a gravidade deste problema justificaria o desenvolvimento de um projeto que o solucionasse e melhorasse efetivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O Diagnóstico de Situação teve assim início com uma reunião com a enfermeira chefe do Bloco Operatório em questão, onde foram expostos os objetivos do estágio. Para tal, foi-lhe dado a conhecer o Guia de Estágio e explicada a necessidade e a oportunidade de realizar um projeto de acordo com as necessidades identificadas no serviço, através da realização do Diagnóstico de Situação.

Solicitámos, ainda, que nomeasse um enfermeiro da equipa para orientar a realização do estágio, nomeadamente no que respeita à identificação de possíveis problemas a intervir e na adequação das orientações genéricas do estágio à realidade do serviço. A enfermeira chefe sugeriu de imediato uma enfermeira que correspondia às características solicitadas pela coordenação do MEPO. A enfermeira em questão aceitou o convite e mostrou-se totalmente disponível para colaborar no desenvolvimento do projeto.

Durante esta reunião agendámos novo encontro, uma semana depois, para que a enfermeira chefe do BO, tivesse oportunidade de ler o guia de estágio.

Na data agendada, procedemos a uma entrevista semiestruturada onde abordámos a questão de quais as áreas de intervenção prioritárias relativamente ao desenvolvimento de um projeto.

A enfermeira chefe começou por ceder a oportunidade para expormos a nossa perspetiva relativamente a qual a área que considerávamos mais carente de intervenção.

Foi-lhe descrito sucintamente o projeto de proposta de implementação da VPO realizado durante o semestre anterior, noutra BO de características semelhantes ao BO em questão. Procurámos explicar que sendo a inexistência de VPO uma problema real deste BO, que compromete a qualidade dos cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia e no sentido de usufruir de todo o conhecimento, experiência e competências adquiridas com a elaboração desse projeto, seria benéfico aproveitar esse caminho já percorrido e aplica-lo, com os devidos ajustes e ações de melhoria, à realidade deste BO.

A reação da enfermeira chefe foi de compreensão e de respeito pelo trabalho já realizado. Manifestou o seu interesse e reconheceu a importância da VPO em todas as suas dimensões, no entanto referiu que não havia espaço para a implementação da VPO naquele serviço. Como justificação apontou a conjuntura económica, a reorganização institucional devida ao processo de fusão do qual este Hospital se encontra a ser alvo, a falta de dotações de enfermagem e o período alargado de funcionamento das salas cirúrgicas (das 08:00 às 20:00). Tendo em conta que o estágio se encontrava no início e que ainda não estávamos familiarizadas com os pontos fortes e os pontos fracos da dinâmica do serviço, questionámos quais seriam, na opinião da enfermeira chefe, as áreas que consistiam problemas prioritários para o serviço e que mereciam ser alvo de atenção. Naquele momento os dois problemas considerados como prioritários para o serviço já se encontravam a ser trabalhados por duas equipas de enfermeiros e diziam respeito aos registos de enfermagem intraoperatórios e ao risco e prevenção de incidentes críticos no Bloco Operatório. Por esse motivo a enfermeira chefe cedeu-nos a decisão relativamente à área de intervenção do projeto.

Dada a necessidade de definir o problema que iria servir de alicerce do projeto e tendo em conta que não nos tinha sido imposto nenhum caminho por parte da chefia do BO, passámos à segunda parte do diagnóstico de situação: a realização de uma entrevista semiestruturada com a enfermeira orientadora de estágio. Após discutidas algumas necessidades do serviço, nomeadamente a elaboração de uma lista de verificação pré-cirúrgica, foi consensual que o desenvolvimento de um projeto que possibilitasse a implementação da VPO traria contributos

fundamentais para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. A enfermeira orientadora concordou com a realização do projeto e referiu já ter tido por diversas vezes a motivação para o desenvolvimento de um projeto nesta área. A nossa convicção de que a inexistência de VPO era naquele momento a necessidade mais preeminente do serviço não era suficiente. A Metodologia de Projeto pressupõe um grau de rigor científico que exige o recurso a ferramentas que comprovem, justifiquem e validem, que a inexistência de VPO seria de facto o problema prioritário a atender. Como tal, e após uma pesquisa meticulosa acerca das diversas ferramentas de gestão, optámos por aplicar a FMEA - *failure mode and effect analysis* (análise do tipo e efeito da falha), que surgiu como a mais adequada uma vez que é uma ferramenta que procura evitar, por meio da análise das falhas potenciais e propostas de ações de melhoria, que ocorram falhas no projeto (Soares *et al*, 2012).

Apesar de ter surgido para avaliar projetos de novos produtos e processos, a metodologia FMEA, pela sua efetividade, passou a ter um vasto campo de aplicação. Esta metodologia é atualmente utilizada para diminuir as falhas de processos administrativos, na análise de fontes de risco em engenharia de segurança, na indústria de alimentos e em muitas outras áreas (Bonfant *et al*, 2010). A sua introdução na área da saúde ocorreu no início da década de noventa e tem-se revelado um instrumento extremamente útil e efetivo, por diminuir a probabilidade de ocorrência de falhas verificadas ou potenciais e para diminuir o risco de erro e garantir a qualidade dos procedimentos e dos cuidados (Shebl *et al*, 2012).

Este tipo de análise consiste basicamente na formação de um grupo de pessoas que procuram identificar, para o produto/processo em questão, as suas funções, os tipos de falhas que podem ocorrer, os efeitos e as possíveis causas das falhas encontradas. Posteriormente, são avaliados os riscos de cada uma das causas que levam à falha, recorrendo a índices (Soares *et al*, 2012). Com base nesta avaliação, são tomadas as ações de melhoria necessárias para minimizar os riscos, contribuindo desta forma para a melhoria do produto/processo (Bonfant *et al*, 2010).

Os índices atribuídos aos efeitos potenciais da falha, às suas causas e aos controlos atuais de processo são respetivamente:

- 1) **Severidade (S):** avaliação atribuída aos efeitos provocados pela falha.
- 2) **Ocorrência (O):** avaliação da ocorrência das falhas através da atribuição de um índice que varia de 1 a 10.
- 3) **Deteção (D):** índice que avalia a medida em que a ocorrência da falha será detetada.

Cada um destes índices varia de 1 a 10^2 e o produto dos mesmos traduz o Número de Prioridade de Risco ($NPR = S \times O \times D$). Este número traduz a prioridade da intervenção que deve ser dirigida para as funções do processo onde o NPR assume um valor próximo ou superior a 100 (Shebl *et al*, 2012). É importante referir que a avaliação de cada índice é independente. Assim, ao avaliar o índice de severidade de uma determinada causa cujo efeito é significativo, é incorreto atribuir um valor mais baixo para este índice somente porque a probabilidade de deteção é alta (Bonfant *et al*, 2010).

A realização da FMEA (Apêndice 1) permitiu-nos identificar diferentes falhas, que de algum modo acabam por comprometer o processo cirúrgico e que, regra geral, se devem à falta de informação das pessoas operadas. Foram identificadas as seguintes falhas principais:

- 1) **Inexistência de relação de ajuda prévia à chegada da pessoa ao Bloco Operatório;** (NPR=450)
- 2) **Dificuldade na planificação de cuidados pré-operatórios individualizados e adequados a cada pessoa;** (NPR=180)
- 3) **Deficiente preparação pré-operatória;** (NPR=180)
 - a) **Presença de próteses e adornos;** (NPR=90)
 - b) **Higiene pré-operatória inadequada;** (NPR=60)

² Os critérios para atribuição de cada um dos índices estão descritos na FMEA que se encontra no apêndice 1 deste relatório.

c) Incumprimento de jejum; (NPR=54)

4) Falha nas rotinas pré-operatórias: análises, ECG, Rx tórax e outros Exames Auxiliares de Diagnóstico; (NPR=36)

Todas estas falhas comprometem a qualidade dos cuidados de enfermagem e seriam evitadas com a realização da VPO, durante a qual o enfermeiro perioperatório poderia estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa e sua família/pessoa significativa, esclarecê-la com ensinamentos pertinentes e recolher os dados necessários à elaboração de um plano de cuidados individualizado. A FMEA veio desta forma validar a escolha desta área de intervenção e confirmar a enorme lacuna que compromete a qualidade de prestação de cuidados neste BO e que deveria ser colmatada: a inexistência de Visita Pré-operatória (VPO).

Os resultados da FMEA foram apresentados à enfermeira orientadora de Estágio, que ficou impressionada com os resultados que através dela se podem obter. Por esse motivo, voltou a reforçar a necessidade de continuarmos a percorrer o caminho da VPO. Nesse sentido agendámos uma nova reunião com a enfermeira chefe de forma a apresentar os resultados obtidos com a FMEA.

Após ter tido oportunidade de contactar com os resultados obtidos com a FMEA, a enfermeira chefe reconsiderou a sua decisão, admitiu a importância e os contributos que um projeto nesta área traria ao serviço, à melhoria dos cuidados prestados e essencialmente à pessoa submetida a cirurgia. Nesse sentido, concordou que o projeto fosse realizado no âmbito da VPO, no entanto alertou que a implementação a curto prazo seria difícil, atendendo a toda a conjuntura política e económica que nos encontramos a atravessar.

Ficou decidido que o objetivo deste projeto não passaria pela implementação imediata da VPO, mas sim pela realização de uma Norma de Orientação Clínica, que seria apresentada a toda a equipa, no sentido de padronizar e orientar um modelo a seguir durante a realização da VPO.

Esta norma seria o primeiro passo para a implementação, permitindo que quando estiverem reunidas as condições necessárias para a realização da VPO o caminho a percorrer seja mais curto e a implementação um processo mais célere.

2.2 - DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS

De acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.12), “a definição do problema constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto”. Existem implicações éticas que os investigadores devem considerar na formulação do problema. De acordo com Martins (2008, p. 64) “o investigador deve partir para um trabalho de investigação com a certeza de que o tema que escolheu pode fazer avançar a ciência, ou então dar resposta a problemas concretos da prática”. O mesmo autor defende que o problema deverá ser definido em função do bem comum e não em função de ganhos individuais para os investigadores.

O problema que veio motivar o desenvolvimento deste projeto foi o **comprometimento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no Bloco Operatório, devido à inexistência de VPO**. Este princípio foi respeitado na formulação do problema, pois a questão que se procura investigar, trará benefícios reais não só para o serviço onde o projeto foi desenvolvido, como também para enriquecer a esfera de conhecimentos e evidência científica na área da Enfermagem Perioperatória.

A implementação da VPO é um processo complexo, uma vez que exige uma grande mobilização de recursos humanos, bem como esforço, dedicação e motivação de todos os elementos da equipa de enfermagem.

Face ao anteriormente exposto, é indubitável que a VPO é uma necessidade absoluta de qualquer Bloco Operatório. O serviço onde este projeto foi desenvolvido não é exceção pelo que a prioridade em si consiste em criar condições para a sua posterior implementação.

A ideia de ver a VPO implementada num Bloco Operatório e de impulsionar todo o processo que conduz a essa implementação é de facto muito aliciante, tendo sido essa mesma ideia que motivou a realização do projeto realizado durante o segundo semestre deste curso. É por esse motivo que este projeto visa a

elaboração de uma NOC que permita agilizar o processo de implementação da VPO, somente quando estiverem reunidas as condições necessárias.

2.2.1 - Identificação dos problemas parcelares

O problema geral decompõe-se em vários problemas parcelares, cuja análise é determinante para estabelecer os objetivos do projeto e posteriormente para a fase de planejamento. Os problemas encontrados foram:

- **Risco de preparação pré-operatória inadequada com consequente comprometimento do processo cirúrgico.** A inexistência de VPO induz a que as pessoas submetidas a cirurgia não possuam conhecimentos suficientes nem a consciência necessária para discernir sobre uma correta preparação pré-operatória (Mendes *et al*, 2005). Tal fator leva a que a preparação pré-operatória falhe, nomeadamente no que concerne a aspetos relacionados com:
 - a) Incumprimento de jejum (NPR= 54);
 - b) Presença de Próteses e adornos (NPR= 90);
 - c) Higiene pré-operatória inadequada (NPR= 60);

Estas falhas, em maior ou menor grau, colocam em risco o bom funcionamento do processo cirúrgico e nalguns casos (como o incumprimento de Jejum e a presença e próteses) a própria segurança da pessoa, o que justifica a sua relevância.

- **Elevada ansiedade pré-operatória da pessoa submetida a cirurgia e seus familiares.** O desconhecido aliado a uma situação de ameaça da integridade corporal e de total dependência, gera ansiedade (Kiecolt-Glaser *et al*, 1998; Grieve, 2002; Pritchard, 2010). A VPO assume a sua importância desmistificando o processo perioperatório, tornando-o menos desconhecido (Mendes, 2005; AESOP, 2006).

- **Risco de intervenções de Enfermagem inadequadas.** A VPO possibilita que o enfermeiro perioperatório conheça a pessoa, permitindo que os cuidados sejam planejados de acordo com as necessidades individuais e não de acordo com a cirurgia. A inexistência de VPO não permite que o enfermeiro perioperatório conheça as necessidades da pessoa, o que implica que o seu plano de cuidados seja elaborado de acordo com a cirurgia. Daí resultam intervenções adequadas à cirurgia, que podem não ser adequadas à pessoa. De acordo com a AESOP (2006), a qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro perioperatório melhorou a partir do momento em que este passou a centrar os cuidados na pessoa. A VPO é a melhor forma de humanizar os cuidados prestados no BO, pois permite identificar as necessidades das pessoas submetidas a cirurgia, planejando intervenções individualizadas e adequadas, com vista a satisfazê-las (AESOP, 2006).

2.2.2 - Identificação dos objetivos

De acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), para estabelecer os objetivos do projeto, é necessário partir dos problemas encontrados e expressá-los enquanto estado positivo desejado no futuro. Desta forma, partindo do problema geral (comprometimento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no Bloco Operatório, devido à inexistência de VPO) espera-se, com este projeto, atingir o seguinte objetivo geral:

- **Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no Bloco Operatório através da proposta de uma Norma de Orientação Clínica da VPO.**

Segundo Mão de Ferro (1999 apud Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010), os objetivos específicos resultam da subdivisão do objetivo geral em aprendizagens elementares. O mesmo autor defende que a única forma de conseguir avaliar um objetivo geral, é traduzi-lo em termos concretos e específicos, garantido desta forma maior objetividade aos resultados esperados, que surgem sob a forma de

comportamentos esperados. Assim, de forma a dar resposta aos problemas anteriormente definidos, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1. Fundamentar a importância da VPO;

A Revisão da Literatura é a base de qualquer trabalho. É nas mais recentes evidências científicas que devemos alicerçar o conhecimento que irá fundamentar os argumentos utilizados ao longo do Projeto. É a pesquisa que nos dota de informação na qual fundamentamos o nosso desempenho. Não há experiência válida sem que haja teoria que a suporte, daí este ser o primeiro grande passo para a realização deste projeto.

2. Elaborar a versão preliminar da NOC da VPO;

Quando se pretende introduzir um procedimento que é novo para toda a equipa, é essencial organizar uma Norma de Orientação que estabeleça um conjunto de regras ou procedimentos escritos e formais para a execução e avaliação das atividades necessárias ao alcance dos objetivos específicos e geral, propostos neste Projeto.

Deste modo, a Norma de Orientação Clínica terá como finalidade, estabelecer e uniformizar padrões a serem adotados, no momento da realização da VPO, no Bloco Operatório onde realizámos o estágio.

3. Validar a NOC da VPO recorrendo à Técnica de Delphi;

A validação é uma etapa fundamental na garantia da qualidade e efetividade da NOC. A técnica de Delphi surgiu como a estratégia mais adequada para a validação da NOC da VPO elaborada durante este projeto de forma a avaliar os pontos fracos que necessitam ser melhorados, aspetos relevantes que não foram contemplados ou até mesmo itens que pareciam fundamentais no momento da sua elaboração mas que na prática perdem relevância.

4. Divulgar a versão definitiva da NOC da VPO à equipa de enfermagem do Bloco Operatório onde foi realizado o estágio.

Após estruturado todo o projeto é fundamental apresentá-lo à equipa. Em primeiro lugar, porque a colaboração de todos os intervenientes, minimiza as possíveis

falhas existentes. Por outro lado, a participação ativa de todos os elementos da equipa, mesmo que seja apenas na parte de revisão, garante maior motivação e adesão dos colegas para a intervenção.

2.3-PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DO PROJETO

De acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p. 23), “a etapa de Execução da Metodologia de Projeto, materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.” Por esse motivo, ao relatar a execução, é inevitável abordar o planeamento, o que iria levar à duplicação de informação, caso estas duas etapas fossem abordadas em separado. Assim, de forma a garantir um relatório conciso, optámos por colocar o planeamento completo do projeto em Apêndice (Apêndice 2) e realizar uma abordagem simultânea destas duas fases que ocorreram em momentos distintos.

Esta opção favorece ainda o desenvolvimento imediato das estratégias e atividades desenvolvidas para atingir os objetivos, tornando este relatório mais interessante e elucidativo do percurso realizado durante a elaboração deste projeto. É simultaneamente uma forma de evidenciar que a execução decorreu de acordo com o planeado.

2.3.1 - Objetivo 1 - Fundamentar a Importância da VPO

Qualquer projeto, independentemente da temática que aborde, tem de ter por base uma fundamentação científica. Gil (2002, p.17) define pesquisa como “o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”. Marconi e Lakatos (2005) acrescentam ainda que a pesquisa necessita de tratamento científico e objetiva o conhecimento de uma realidade ou de verdades parciais.

A necessidade de se realizar uma pesquisa existe a partir do momento em que não são encontradas informações suficientes para responder ao problema em estudo, ou quando as informações se encontram desorganizadas de tal forma, que não possam ser relacionadas ao problema (Gil, 2002).

Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, afirmam que “a revisão sistematizada da literatura com base em evidência científica relevante apresenta menor probabilidade de resultados enviesados” (2007, p.22). Por esse motivo, o primeiro objetivo estabelecido para o projeto foi: fundamentar a importância da VPO.

Para a concretização deste objetivo elaborámos uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL), a qual foi realizada em coautoria com três estudantes do MEPO, cujos temas do projeto implicam também uma fundamentação sobre a importância da VPO (a RSL, em formato de artigo, encontra-se apresentada no Apêndice 3).

O objetivo geral definido para a RSL elaborada foi determinar a importância da VPOE em clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva. Recorrendo ao acrónimo PICO, desenhou-se a seguinte pergunta de investigação que orientou a estratégia metodológica: “Qual a importância da Visita Pré-operatória de Enfermagem em clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva?”. A RSL centrou-se na pesquisa de estudos que permitissem dar resposta a esta questão central, pesquisa essa que foi realizada nas seguintes plataformas: SciELO, SciELO Portugal, B-on, EBSCOhost, das quais foram selecionadas as seguintes bases de dados eletrónicas: CINAHL® Plus with Full Text; Nursing & Allied Health Collection; British Nursing Index; Cochrane Collection; MedicLatina; MEDLINE. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram: visita pré-operatória (pre-operative visit), Visita Pré-operatória de Enfermagem (pre-operative nursing visit), informação pré-operatória (pre-operative information), ansiedade pré e pós-operatória (pre and post operative anxiety).

A pesquisa realizou-se durante os meses de Fevereiro a Abril de 2013, o que resultou num total de 520 artigos, dos quais 429 foram eliminados apenas pelo título. Passou-se à leitura do resumo dos restantes 91 artigos, o que permitiu selecionar apenas aqueles que correspondiam aos critérios de inclusão. Assim,

foram eliminados 73 artigos: 11 estudos realizados por profissionais que não enfermeiros, 7 estudos cujos participantes incluíam crianças, 23 estudos por não ser aplicada a VPOE e 32 estudos por ser uma visita de enfermagem cujos objetivos diferiam dos preconizados para a VPOE. Os restantes 18 artigos foram lidos integralmente pelos autores do presente estudo, de forma a validar a pertinência da sua inclusão e a sua qualidade metodológica.

Em termos de resultados, todos os estudos são unânimes relativamente à importância da VPOE para a excelência dos cuidados de enfermagem perioperatória. De acordo com os 8 estudos encontrados, essa importância reflete-se em termos de:

- Construção de uma relação de confiança e empatia, que não é possível em momento algum do período intraoperatório, o que leva a que o Enfermeiro desenvolva competências numa dimensão diferente – (Jorgetto, Noronha e Araújo, 2004);
- Melhoria da qualidade de vida da pessoa submetida a cirurgia – (Santos, Henckmeier e Benedet, 2011);
- Diminuição do medo e ansiedade – (Santos, Henckmeier e Benedet, 2011; Toniol e Macedo, 2007; Santos, 2008; Frias *et al*, 2010);
- Prevenção de complicações no pós-operatório – (Santos, Henckmeier e Benedet, 2011);
- Aumento de confiança da pessoa no enfermeiro permitindo que esta tenha como referência, no dia da cirurgia, um enfermeiro que a ajude a enfrentar o desconhecido – (Santos, Henckmeier e Benedet, 2011);
- Prestação de cuidados individualizados através da identificação das necessidades de cada pessoa – (Toniol e Macedo, 2007; Santos et al, 2009);
- Satisfação profissional de enfermeiro – (Jorgetto, Noronha e Araújo, 2004; Santos, Henckmeier e Benedet, 2011);

Obteve-se ainda como resultado que a informação padronizada pode ser útil quando utilizada no decorrer da VPOE, nomeadamente o recurso a imagens do ambiente intraoperatório, permitindo que as pessoas submetidas a cirurgia entendam melhor o ambiente e o circuito pelo qual passam até o momento da cirurgia.

O trabalho desenvolvido na realização da RSL foi determinante para identificar toda a evidência científica relevante publicada, sintetizar os resultados e analisá-los e apresentar um resumo equilibrado e imparcial dos resultados mais significativos.

O facto de esta RSL ter sido realizada em coautoria foi também uma experiência positiva, uma vez que foi possível encontrar um maior volume de estudos, analisá-los e avaliá-los, em conjunto, o que não só enriqueceu a RSL, como ampliou os conhecimentos de cada estudante relativamente à importância da VPO, contribuindo desta forma para o desenvolvimento do projeto.

2.3.2 - Objetivo 2 - Elaborar a versão preliminar da proposta da NOC da VPO

A leitura da evidência científica encontrada e elaboração da RSL, não só enriqueceu o nosso quadro conceptual nesta matéria, como nos facultou um leque de conhecimentos que contribuíram para a preparação da versão preliminar da Norma de Orientação Clínica da VPO. Esta foi a primeira etapa para a construção da versão preliminar da NOC da VPO. No entanto, durante a fase de pesquisa deparámo-nos com aquela que veio a ser a maior dificuldade na elaboração deste projeto: a carência de estudos e de evidência científica relativamente a Normas de Orientação Clínica para a realização da Visita Pré-operatória.

A maioria da evidência científica encontrada reporta-se somente à importância da VPO em termos de: redução da ansiedade pré-operatória (Kiecolt-Glaser *et al*,

1998; Grieve, 2002; Pritchard 2010; Mendes *et al*, 2005; Mitchell, 1997), planeamento dos cuidados de enfermagem (Piccoli e Galvão, 2001; Phipps *et al*, 2003) e melhoria da preparação pré-operatória (Souza *et al*, 2002; Gomes, 2009; Berg e Cordeiro, 2006).

Tendo em conta que o objetivo do trabalho passa por elaborar uma Norma de Orientação Clínica, seria enriquecedor encontrar documentos desta natureza, utilizados por outros Blocos Operatórios onde a VPO estivesse implementada.

No entanto, verificámos que não existem Normas de Orientação Clínica, Protocolos ou Guias de realização da VPO publicados nas Bibliotecas e bases de dados consultadas. O mais aproximado que conseguimos obter através da pesquisa, foi o estudo de Berg e Cordeiro (2006), onde são descritas algumas informações básicas para a orientação pré-operatória. Ainda assim, estas são informações que se limitam a descrever a finalidade dos equipamentos, procedimentos e rotinas com que a pessoa se irá deparar na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. Existem, no entanto vários itens importantes que não foram considerados na elaboração do referido estudo, nomeadamente: a descrição da preparação pré-operatória e o circuito no dia da cirurgia.

O mesmo não acontece com o livro da AESOP, “Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados” (2006) que foi o guia que conduziu a elaboração da versão preliminar da NOC da VPO. Neste manual estão bem claras as orientações e as boas práticas a ter durante a realização de uma VPO. No entanto, mantinha-se a necessidade de aprofundar a fundamentação, de forma a complementar as orientações presentes no manual.

Ainda que não fosse possível fundamentar a elaboração da NOC da VPO, em modelos de Protocolos ou Guias Orientadores de Boas Práticas já existentes e devidamente validados e publicados, o suporte fornecido pelas recomendações da AESOP, foi um contributo fundamental.

Não obstante, alguns aspetos relacionados com a própria dinâmica e estrutura do serviço não se encontram contemplados nesta fonte, nomeadamente aspetos relacionados com a rotatividade da equipa de enfermagem (horário de *roulement*) que nem sempre permite que quem realiza a VPO seja o mesmo enfermeiro que

recebe a pessoa no dia da cirurgia. Por esse motivo, surgiu a necessidade de procurar outras fontes de conhecimento de forma a colmatar estas pequenas lacunas e a fortalecer a NOC no que respeita à sua fundamentação.

Recorremos a duas estratégias: contacto com alguns enfermeiros perioperatórios com experiência na realização da VPO e realização de VPOs exploratórias às pessoas submetidas a cirurgia no local de estágio.

Começámos por procurar conhecer a realidade da realização da VPO noutros Blocos Operatórios. Para tal foram contactados três enfermeiros, pertencentes a Hospitais diferentes e como tal, com experiências também elas diferentes no que diz respeito à realização da VPO. Os contactos foram estabelecidos por correio eletrónico, por contacto telefónico e pessoalmente através de entrevista semiestruturada. Num dos casos, a enfermeira contactada foi responsável pela implementação da VPO no seu serviço.

Dos relatos obtidos, concluímos que:

- Em dois dos casos, por se tratar de Blocos Operatórios periféricos que funcionam apenas com cirurgia programada, é sempre o enfermeiro escalado para a função de anestesia que realiza a VPO no dia anterior à cirurgia.
- No outro caso, a VPO é sempre assegurada, mesmo quando o enfermeiro escalado para a função de anestesia no dia da cirurgia não se encontra de serviço no dia anterior. Face a essa situação, a VPO é assegurada pelo enfermeiro circulante ou pelo enfermeiro instrumentista presentes na sala na qual a pessoa será submetida a cirurgia. Quando nenhuma destas opções é possível, quem realiza a VPO é um enfermeiro nomeado pelo enfermeiro chefe, que reúna as seguintes características:
 - ✓ estar presente no dia da cirurgia de forma a realizar o acolhimento da pessoa, a apresenta-la à equipa de enfermagem que lhe vai prestar cuidados e a transmitir as informações recolhidas e o plano de cuidados elaborado no dia da VPO;

- ✓ dominar os ensinamentos específicos à área cirúrgica em causa, de forma a fornecer informações corretas e a esclarecer as eventuais dúvidas mais específicas sobre o processo cirúrgico.

Este último testemunho, por se aproximar mais da realidade do Bloco Operatório onde foi desenvolvido o Projeto, foi extremamente útil pois veio servir de exemplo para a problemática de quem realiza a VPO quando o enfermeiro de anestesia de determinada sala se encontra ausente do serviço no dia anterior.

Os relatos destas vivências/experiências contribuiriam para consolidar ideias e esclarecer dúvidas e foram um importante contributo para a terceira etapa da elaboração da versão preliminar da NOC da VPO: a realização de VPOs exploratórias a pessoas submetidas a cirurgia programada no local onde foi desenvolvido o estágio.

O objetivo da realização destas VPOs exploratórias era sobretudo tentar conhecer melhor o procedimento, experimentando-o, sentindo as dificuldades, gerindo as estratégias que podem ser adotadas pelo enfermeiro perioperatório ao longo de todo o processo, de forma a aproximar os conteúdos teóricos reunidos até ao momento, à realidade da prática.

A realização da VPO em condições exploratórias permitiria desta forma, construir uma NOC baseada na evidência mas cuja aplicação prática fosse viável. Desta forma, seria possível eliminar/modificar recomendações que apesar de serem suportadas pela teoria, poderiam não ser aplicáveis naquele contexto hospitalar e, por outro lado, acrescentar novas recomendações cuja necessidade fosse verificada no contexto da prestação de cuidados.

Antes de dar início a este processo e de forma a assegurar uma recolha de dados sistematizada e realização de todos os ensinamentos pertinentes, surgiu a necessidade de utilizar uma ficha de registo da VPO (Apêndice 4), que constituiu o elemento estrutural de todo o processo.

De acordo com Picolli e Galvão (2005), essa ficha funciona como: instrumento de recolha de dados, guia orientador dos ensinamentos a transmitir à pessoa submetida a cirurgia, garantindo que todos sejam focados e veículo de informação entre o

enfermeiro que realiza a visita pré-operatória e a restante equipa de enfermagem. Esta última função da ficha de registo da VPO permite que os três enfermeiros presentes na sala operatória no dia da cirurgia possam definir as suas intervenções adequadamente, num plano de cuidados individualizado. A elaboração de um documento deste género implica vários fatores cuja conjugação nem sempre é linear, que na opinião das autoras mencionadas, devem:

- Permitir o registo de todos os dados revelantes (e apenas os relevantes);
- Permitir espaço para notas ou comentários pertinentes;
- Ter organização e sequência lógica que não ofereça dificuldade à leitura e interpretação dos dados apresentados;
- Promover o preenchimento intuitivo.

A ficha de registo da VPO foi elaborada com base nos estudos de Picolli e Galvão, (2005) e Picolli e Matos (2001), e contempla uma primeira parte de recolha de dados e uma segunda com *check-list* de verificação de preparação pré-operatória e *check-list* de ensinamentos pré-operatórios.

De acordo com Nunes (2013, p. 6), “a realização de um trabalho académico numa instituição tem de estar devidamente autorizado, ou seja, por quem tem a responsabilidade e a representação da organização”. Por esse motivo e de forma a assegurar que os princípios éticos associados à investigação fossem respeitados, antes de iniciar as VPOs exploratórias foi estabelecido contacto com as enfermeiras chefes do BO e do serviço de internamento e com o diretor da Neurocirurgia, de forma a informar sobre os objetivos das mesmas e a solicitar a sua autorização. Após ter sido concedida autorização destas três partes, foi pedido parecer ao serviço de formação do hospital em causa que remeteu o pedido de autorização à Direção de Enfermagem, com os pedidos de autorização assinados pelas enfermeiras chefes, anexados, de forma a acelerar o processo.

A notícia da realização das VPOs foi muito bem recebida por todas as partes envolvidas, quer pelos enfermeiros do internamento, como pelos enfermeiros

perioperatórios, pelas pessoas submetidas a cirurgia e pessoas significativas e ainda pela restante equipa multidisciplinar, como neurocirurgiões e anestesistas.

As VPOs foram realizadas no período dedicado ao estágio, após as 16 horas. Nessa altura era consultado o programa cirúrgico para o dia seguinte de forma a conhecer os nomes das pessoas e o tipo de intervenção a que iriam ser submetidas.

Já no serviço de internamento, era explicado aos enfermeiros o propósito daquela visita e solicitada a sua colaboração no sentido de fornecerem informações sobre as pessoas a quem iria ser realizada a VPO. Essas e as informações pertinentes recolhidas do processo clínico eram registadas na ficha de registo.

De seguida, era realizada a visita propriamente dita, que tinha início com a minha apresentação, explicando que eu seria uma das enfermeiras que estaria presente no momento da cirurgia e que aquela visita serviria para nos conhecermos, para fazer algumas perguntas mas também para responder às perguntas que tivesse para me colocar relativas ao processo perioperatório.

Antes de iniciar, eram asseguradas as condições de privacidade necessárias para que a visita decorresse num ambiente acolhedor, dentro das limitações que o próprio ambiente hospitalar impõe.

A própria pessoa devia decidir se preferia que a VPO fosse realizada no quarto com a cortina fechada, ou num gabinete de reuniões. Na maioria das vezes, as pessoas preferiam o quarto, por se sentirem mais confortáveis. Era então solicitado o consentimento à pessoa em questão, através da entrega de um pedido de consentimento escrito, onde a pessoa podia ler toda a informação relativa ao procedimento, assim como lhe era garantida a possibilidade de desistir a qualquer momento da VPO. A esse respeito, Nunes (2013, p. 8) afirma que “não é da mesma natureza abordar uma pessoa para ser sujeito do estudo, na sua qualidade individual ou abordar um profissional de saúde no âmbito das suas funções”. Por esse motivo, além da autorização institucional, foi elaborado um formulário para solicitar o consentimento a cada pessoa, para a realização da VPO (Apêndice 5). Todas as pessoas consentiram a realização da VPO.

Foram, assim, realizadas 17 visitas pré-operatórias de carácter exploratório, durante dias úteis do mês de Maio³ às pessoas submetidas a cirurgia eletiva na sala operatória onde o estágio estava a ser realizado. Tendo em conta que a maioria do estágio foi desenvolvido na sala operatória dedicada à Neurocirurgia, esta foi a especialidade escolhida para realizar a VPO. Das pessoas a quem foi realizada a VPO, 6 eram do género masculino e 11 do género feminino, com idades compreendidas entre os 32 e os 74 anos. Em termos de antecedentes cirúrgicos, 9 pessoas nunca tinham sido submetidas a cirurgia enquanto 8 tinham antecedentes cirúrgicos. Das pessoas que já tinham sido submetidas a cirurgia, 2 pessoas seriam submetidas a re-intervenção pela neurocirurgia (1 caso de recidiva tumoral e outro de cirurgia realizada em dois tempos operatórios).

O diálogo geralmente tinha início pela recolha de dados. Era uma forma de ir verificando aspetos fundamentais como o estado de ansiedade da pessoa, o tipo de informação que já detinha e o tipo de informação que procurava. Desta forma, no momento de iniciar os ensinamentos pré-operatórios, a informação era fornecida, adaptando-a às necessidades da pessoa.

Nos casos em que as pessoas já tinham antecedentes cirúrgicos, pedia-lhes que relatassem o que se lembravam dessa experiência, de forma a não repetir informação e até de corrigir algumas perceções erradas. No entanto, todas as pessoas a quem foi realizada a VPO com experiências cirúrgicas prévias não tinham recordações nítidas das mesmas, ou porque já tinha decorrido um período considerável de tempo ou mesmo pelo efeito amnésico de determinado tipo de fármacos utilizados durante a anestesia.

Tendo em conta que o horário em que a VPO era realizada coincidia com o horário das visitas, acontecia com frequência que a pessoa significativa se encontrasse presente naquele momento, o que tornava a VPO ainda mais interessante, pois a pessoa proposta para cirurgia sentia-se menos inibida para colocar questões, e a pessoa significativa podia ver esclarecidas as suas próprias dúvidas.

³ Com exceção das Quintas-feiras, uma vez que à Sexta-feira não existe sala operatória dedicada à Neurocirurgia. Sempre que as pessoas submetidas a cirurgia na Segunda-feira seguinte já se encontrassem internadas na Sexta-feira, era realizada VPO também à Sexta-Feira.

Nunca aconteceu que a pessoa proposta para cirurgia estivesse acompanhada por mais do que uma pessoa ou que o visitante não fosse familiar próximo ou pessoa significativa. No entanto, é sempre desejável avaliar qual a relação de proximidade entre a pessoa proposta para cirurgia e o(s) visitante(s), e sobretudo se esta deseja que as pessoas ali presentes, participem na VPO. No entanto, nem todos os visitantes são pessoas significativas. Por outro lado, podem ser pessoas significativas e ainda assim a pessoa submetida a cirurgia pode não desejar a sua presença. Isto acontece, por exemplo, quando a pessoa deseja fazer questões que não quer que sejam respondidas em frente das suas pessoas significativas ou por questões de privacidade e de intimidade ou somente para proteger essas mesmas pessoas da ansiedade pré-operatória, da qual a família é igualmente acometida.

Em todas as VPOs realizadas em que a pessoa proposta para cirurgia se encontrava acompanhada, os visitantes eram de facto pessoas significativas e as pessoas propostas para cirurgia consentiram que esta decorresse na presença das mesmas.

Realizadas as 17 VPOs, foi possível concluir que as pessoas tinham reações diferentes, pelo que a conduta do enfermeiro deve adequar-se a essa reação e saber dar-lhe resposta.

Algumas pessoas manifestavam grande necessidade de comunicar, pelo que facilmente se desviavam do tema da conversa para relatarem pormenorizadamente acontecimentos pessoais, não relacionados com a cirurgia. Esta foi uma das maiores dificuldades sentidas ao longo desta experiência, mas que serviu para o desenvolvimento de competências que permitiram resolvê-la. Nestes casos, procurava escutar as pessoas, pois é fundamental que estas sintam essa disponibilidade da nossa parte. No entanto, procurava orientar o sentido da conversa e redirecioná-la sempre que ocorresse este tipo de desvios, e daí ser tão importante a ficha de registo que possibilita uma melhor orientação da intervenção do enfermeiro que realiza a VPO. Este facto é tanto mais importante, não só porque o tempo de realização da VPO é condicionado, mas principalmente porque quando este tipo de situação acontece, a pessoa acaba por estar mais concentrada no assunto que deseja falar, do que na própria VPO. Por esse

motivo, no final da VPO realizava uma síntese dos aspetos mais importantes, reforçando-os e garantindo que estes tinham sido compreendidos.

Por outro lado, algumas pessoas mantinham-se pouco interventivas ao longo da VPO: preferiam ouvir do que perguntar. Nesses casos, era mais difícil avaliar até que ponto a informação fornecida serviria para atenuar a ansiedade ou pelo contrário para a agravar. Por esse motivo, a estratégia utilizada passava essencialmente por estimular a pessoa a intervir no diálogo, questionando-a sobre as suas expectativas, de forma a entender como a pessoa imagina todos os acontecimentos que envolvem o período perioperatório, e esclarecendo-a, procurando que as representações mentais que a pessoa construiu, se aproximem ao máximo da realidade.

Ainda em relação aos casos em que as pessoas se mostravam apreensivas com o momento da cirurgia, procurava descrever as vivências do intra e do pós-operatório de forma agradável e formulando as afirmações pelo lado positivo.

Assim sendo, começava por descrever a composição da equipa multidisciplinar presente no dia da sua cirurgia (três enfermeiros, dois neurocirurgiões, dois anestesistas e um assistente operacional), para que a pessoa tivesse a noção de que estariam vários profissionais prontos para cuidar de si. Depois informava sobre os vários tipos de monitorização, explicando apenas que todos aqueles fios e monitores serviam para podermos vigiar de forma constante os seus sinais vitais. Alertava ainda que esses monitores alarmam frequentemente, o que não significa que se passe algo de errado. Explicava que a anestesia é administrada por via endovenosa (este tipo de explicação, assim como todas as outras, é necessariamente adequado ao tipo de linguagem utilizada pela pessoa; por exemplo, o termo “endovenosa” é substituído por “na veia” ou “junto com o soro”) e que todos os procedimentos que possam causar algum desconforto são realizados depois da anestesia, explicando quais são e para que servem. Ainda em relação à dor, referia que são administrados analgésicos antes da pessoa acordar da anestesia, para que quando acorde estes já estejam a atuar e esta não sinta dor.

Apesar de utilizar este tipo de discurso com a generalidade das pessoas submetidas a cirurgia, esta estratégia tem particular impacto nas pessoas mais ansiosas.

É frequente que, as pessoas que não têm oportunidade de receber a VPO, questionem já na sala de operações, quanto tempo vai demorar a sua cirurgia. Normalmente, são pessoas que apresentam sinais de ansiedade que fazem esta pergunta. Costumo responder que, para a própria pessoa, vai parecer tão rápido que quando acordar nem vai acreditar que já foi operada. Por isso, quando começar a sentir sono, é altura de ter pensamentos que a façam sentir bem e quando acordar, já está. Regra geral as pessoas acordam de uma anestesia em estado semelhante ao que adormecem, e nestes casos acordam tranquilas e costumam referir frases como “já fui operado(a)? Nem dei por isso”. A não ser que a pessoa insista em saber o tempo aproximado de cirurgia, não é adequado dar essa informação poucos minutos antes da anestesia.

Limitarmo-nos a informar que a pessoa vai permanecer anestesiada durante 3, 4, 5, 6 horas ou mais (como é frequente na Neurocirurgia), não parece contribuir em nada senão para aumentar a ansiedade. Por esse motivo, esta foi uma das estratégias que recorri durante a VPO, com a exceção de que nestes casos informava relativamente ao tempo aproximado de cirurgia, explicando sempre que é apenas uma previsão, que pode demorar mais ou menos e salientando que o tempo de cirurgia é muito inferior ao tempo de permanência no BO, pois todos os preparativos antes e depois da cirurgia demoram sempre um período de tempo considerável.

Relativamente ao aspeto da dor, no BO não é frequente o uso de escalas de dor. Isto acontece porque após a extubação, se a pessoa se encontrar estável do ponto de vista hemodinâmico e respiratório é imediatamente transferida para a UCPA. No período de tempo que medeia a transferência da sala operatória para o recobro, o estado de sonolência não permite à pessoa um pensamento algo complexo como seja autoavaliar a sua dor com base numa escala. Nesse sentido realiza-se a heteroavaliação da dor com base na escala do observador. A avaliação da dor é feita a partir de: perguntas pouco complexas (sente dor?), observação e interpretação da linguagem não-verbal da pessoa (agitação,

expressão facial) e avaliação dos sinais vitais. Apenas quando a pessoa já se encontra desperta o suficiente as escalas de avaliação da dor são utilizadas, o que acontece na UCPA e serviço de internamento. O ensino relativo à utilização das escalas de avaliação da dor é fundamental, para que posteriormente, na UCPA e no serviço de internamento, as pessoas tenham a capacidade de atribuir uma intensidade à sua dor de acordo com a escala, sem dificuldade.

Estas VPOs exploratórias contribuíram, para a análise e reflexão dos cuidados de enfermagem necessários no período perioperatório e para organizar os conteúdos na elaboração da versão preliminar da NOC. Não foram acrescentadas nem retiradas recomendações da NOC, o que significa que da forma como esta se encontrava estruturada, era possível coloca-la em prática.

De forma geral, as pessoas mostravam-se surpreendidas e satisfeitas com a presença de um enfermeiro do BO e essa satisfação era ainda mais evidente quando nos voltavam a encontrar, no dia da cirurgia. Também os enfermeiros perioperatórios presentes no dia da cirurgia se mostravam bastante satisfeitos com a VPO, pois as informações recolhidas durante a mesma permitiam elaborar um plano de cuidados adequado, de forma a garantir cuidados individualizados e uma melhor gestão e organização do trabalho.

2.3.3 - Objetivo 3 - Validar a versão preliminar da Proposta da NOC da VPO recorrendo à Técnica de Delphi

A pesquisa realizada sobre a elaboração de NOCs, permitiu-nos entender que a ausência de literatura ou de estudos publicados numa determinada área sobre a qual se pretende atuar é um dos fatores mais críticos na elaboração de uma NOC. Sobre essa questão, Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, (2007) afirmam que a elaboração de uma revisão sistemática e síntese da evidência científica nem sempre é possível. A escassez de estudos de qualidade sobre o tema alvo de estudo pode conduzir à inevitável impossibilidade de emanar recomendações fortes.

A dificuldade anteriormente descrita de encontrar instrumentos publicados que servissem de modelo à elaboração da Norma de Orientação Clínica levou à necessidade de recorrer a métodos que constituíssem uma alternativa válida e eficaz à evidência científica publicada.

Nesse sentido, de forma a colmatar essa fragilidade, e tendo em conta que “o método de consenso é particularmente útil quando a evidência referente a um determinado problema é escassa ou inexistente” (Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, 2007, p. 56), optámos por realizar uma pesquisa sobre os vários métodos de consenso, de forma a avaliar se estes poderiam ser um recurso útil para o desenvolvimento desse trabalho. De acordo com Roque, Bugalho e Vaz Carneiro (2007), são quatro os métodos de consenso mais utilizados no desenvolvimento de NOCs: Conferências de desenvolvimento de consensos; Método de Delphi; Técnica nominal de grupo; Método de RAND.

- **Conferências de desenvolvimento de consensos:** consiste na realização de um painel de peritos, onde estes se encontram reunidos durante alguns dias para refletirem sobre a evidência que lhes é apresentada sob a forma escrita e oral, inicialmente de forma individual e posteriormente em grupo, onde são produzidas as recomendações (Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, 2007).
- **Método de Delphi:** a evidência é avaliada pelos peritos de forma individual. Não existe interação entre os mesmos, uma vez que as decisões são obtidas através de questionários que circulam pelo correio. Existe a possibilidade de reavaliação de posições após divulgação dos resultados do grupo, até que, no final de várias voltas, se atinge o consenso (Justo, 2005).
- **Técnica nominal de grupo-** esta versão exige um moderador - que pode ser ou não perito na área – que reúne as ideias de cada membro individual do painel, por intermédio de um inquérito estruturado e rigoroso. As ideias obtidas são posteriormente discutidas e clarificadas, sendo o resultado final, o consenso do grupo (Ribeiro, 2010).

- **Método de RAND.** Este método engloba características de todos os outros, incluindo reuniões presenciais, votações individuais e utilização de revisões estruturadas da evidência científica (Ribeiro, 2010).

A opinião de peritos é uma das estratégias utilizadas para a validação de informação recomendada numa NOC. Sendo um dos objetivos deste projeto, a validação da NOC da VPO, o Método de Delphi, surgiu como a melhor alternativa para obter essa mesma validação. Importa por esse motivo, fundamentar esta técnica.

2.3.3.1- Método de Delphi – Fundamentação Científica

O desenvolvimento do Método de Delphi data de 1963 e tem sido atribuído a Dalkey e Helmer, embora as raízes que lhe vieram dar origem tenham surgido muito anteriormente. Existem relatos de que o conceito tenha tido origem na lenda do Creek Delphi Oráculo. O oráculo teria recorrido a um grupo de indivíduos capazes de informar sobre a "verdade", que seria o resultado de dados de diversas fontes. Durante a década de 50, a Força Aérea dos Estados Unidos da América patrocinou o "Projeto Delphi", que foi desenvolvido para prever o resultado de hipotético ataque nuclear Russo na saída de munições dos Estados Unidos da América. Nesse sentido, Dalkey e Helmer desenvolveram esta metodologia baseada na noção de que esta iria permitir que os participantes (n=7) assumissem opiniões independentes que conduziram a conclusões fidedignas. A partir deste Projeto, a técnica de Delphi tornou-se amplamente utilizada em estudos preditivos do futuro (Wright e Giovinazzo, 2000).

Enquanto metodologia, o Método Delphi emergiu de estudos governamentais norte-americanos, para ser aplicado e generalizado na investigação na área da saúde, sendo especialmente utilizado em estudos realizados por enfermeiros. O ponto de partida fundamental desse tipo de pesquisa é a identificação de um "painel de peritos" (Wright e Giovinazzo, 2000).

Também Fink, *et al* (1984) ressaltam a importância crescente deste método enquanto ferramenta na resolução de problemas na área da saúde. Com o seu propósito de definir níveis de concordância em assuntos controversos, a técnica de Delphi é uma ferramenta útil na investigação, tendo-se vindo a revelar numa escolha prioritária entre os investigadores em Enfermagem (Mckenna, 1994). A sua aplicação revela-se especialmente útil nas áreas onde existe uma carência de dados empíricos e de evidência científica, o que é o caso de muitas áreas do conhecimento na Enfermagem (Mckenna, 1994). O Método de Delphi tem uma história relativamente longa na área da saúde e uma das suas vantagens é o facto de produzir soluções para os problemas em estudo de forma praticamente imediata (Fink *et al*, 1984).

Mckenna (1994) define a técnica de Delphi como um método utilizado para obter um consenso da opinião de um grupo de peritos, relativamente a uma determinada questão sobre a qual se pretende obter mais conhecimento, através de uma série de questionários sucessivos, com feedback controlado. Este tipo de interação controlada entre peritos em que o anonimato é garantido, é conducente ao pensamento independente ajudando os peritos a formular gradualmente a sua opinião (Okoli e Pawlowski, 2004).

A técnica baseia-se no uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de peritos, pressupondo-se que a opinião coletiva, quando devidamente organizada, é mais válida que a opinião de um só indivíduo (Wright e Giovinazzo, 2000)

O Método de Delphi caracteriza-se pela sua efetividade no processo de comunicação de grupo, permitindo a cada participante, resolver um problema complexo, como um todo (Okoli e Pawlowski, 2004). Pode também ser definido como uma coleção e agregação sistemática de opiniões especializadas e devidamente informadas, de um grupo de peritos sobre questões e problemas específicos (Mckenna, 1994).

Esta técnica consiste portanto num conjunto de procedimentos iterativos aplicados a um grupo não presencial de peritos, com o objetivo de obter a opinião consensual sobre uma matéria ou um conjunto de matérias para as quais se

dispõe de dados insuficientes ou contraditórios, informações imprecisas ou em situações onde se deseja estimular novas ideias (Justo, 2005). O método de Delphi permite desta forma produzir evidência suportada pela opinião de pessoas dotadas de conhecimento e de experiência, numa determinada área onde ainda não existe qualquer nível de evidência científica (Fink *et al*, 1984).

Para Wright e Giovinazzo (2000) este método é particularmente útil quando a fundamentação teórica é limitada ou inexistente, sendo o conhecimento em torno da área a ser investigada incerto ou insuficiente. Nestes casos, os peritos fornecem uma fonte acessível de informação que pode ser rapidamente aproveitada para formar opinião. É a partir dessa opinião que muitas vezes se pode gerar o conhecimento.

Baker *et al* (2006) e Wright e Giovinazzo (2000) afirmam que a opinião de peritos é amplamente utilizada na investigação em saúde, no contexto do consenso e no desenvolvimento de Normas de Orientação Clínica. Dentro dos métodos consensuais de investigação, o método de Delphi é fulcral para fiabilidade deste tipo de estudos.

Wright e Giovinazzo (2000) justificam a necessidade do recurso à técnica de Delphi pelo facto de se tratar do melhor método para determinar um consenso relativamente à melhor política, principalmente nas áreas onde não existe consenso, onde ainda não foram desenvolvidas Normas de Orientação Clínica e em todas as áreas práticas onde a concordância é essencial.

Mckenna (1994), Wright e Giovinazzo (2000) e Justo (2005) apontam as características fundamentais, que os investigadores devem considerar e atender sempre que pretendem desenvolver esta técnica: troca de informações e opiniões entre os participantes de forma não presencial, o anonimato das respostas, a possibilidade de revisão das opiniões individuais face às previsões e argumentos do grupo de peritos e a representação estatística da opinião do grupo. Da mesma forma, a realização de uma única ronda do questionário anula a iteração entre peritos e a procura de consenso. Sempre que estas características não são respeitadas, a investigação não se pode caracterizar pela aplicação da técnica de Delphi.

Na sua formulação original, a técnica de Delphi procura o consenso de um grupo de peritos relativamente a eventos futuros, tendências e previsões. No entanto, a literatura descreve inúmeras modificações do método de Delphi (Justo, 2005).

Mais recentemente o conceito tradicional do Delphi tem sido ampliado no sentido de apurar ideias e estratégias na elaboração de políticas organizacionais mais gerais. Esta nova forma de Delphi não se assume propriamente enquanto instrumento de previsão, mas sim como técnica de apoio à decisão e à definição de políticas, passando a ser conhecido como o *Policy Delphi* (Delphi de Políticas) (Wright e Giovinazzo, 2000).

Justo (2005) e Wright e Giovinazzo (2000) referem que as técnicas de previsão podem ser divididas em técnicas exploratórias, extrapolativas e normativas. De acordo com estes autores, as técnicas extrapolativas permitem a previsão através da extrapolação para o futuro de eventos que se verificaram no passado. As técnicas exploratórias, utilizadas para elaborar projeções de acontecimentos concentram a análise no processo de mudança e nos caminhos alternativos viáveis para o futuro. As técnicas normativas, aplicadas para promover a fixação de objetivos, visam por outro lado orientar as ações que determinarão o futuro através da análise dos valores, necessidades e condicionantes do ambiente relacionado com o objeto da previsão.

Justo (2005) e Mckenna (1994) consideram ainda o Delphi de Reação, que estabelece que o investigador peça aos peritos para reagirem a informação previamente organizada e não para sugerirem previsões, como no Delphi original. Embora estas modificações possam ser consideradas expectáveis numa área da investigação que tem no seu foco de atenção a complexidade da ação humana, como é o caso da Enfermagem, existe no entanto o perigo subjacente de que demasiadas modificações do Delphi, sem que seja assegurado o seu rigor científico, possam ameaçar a validade do método original.

Ainda que estejam associadas diversas vantagens ao Método de Delphi, desde o início que a fiabilidade da opinião de peritos no âmbito da investigação tem sido alvo de controvérsia. Nos estudos iniciais, não foram descritos os critérios de inclusão para a seleção dos peritos. O maior ponto fraco que tem sido apontado

ao Método de Delphi diz respeito precisamente à indefinição do que caracteriza um perito (Mckenna,1994).

Justo (2005) resume o conceito de perito como alguém com conhecimentos relevantes sobre o problema em estudo e enumera os seguintes critérios que devem ser atendidos na seleção dos peritos: conhecerem pessoalmente a região, a comunidade ou a instituição em estudo, desempenharem funções ou desenvolverem atividades relacionadas com o problema alvo do estudo, participarem ativamente na área investigada, terem elaborado ou colaborado em projetos anteriores sobre problemas relacionados com a matéria em estudo.

Wright e Giovinazzo (2000) defendem que a principal característica pela qual os peritos são frequentemente definidos é, sem dúvida, o conhecimento.

De acordo com Benner (1996), um enfermeiro é considerado perito quando detém o domínio intuitivo da situação e a capacidade de identificar a região do problema, considerando uma diversidade de diagnósticos e soluções alternativas. A prática do enfermeiro perito tem por base um domínio clínico, uma prática baseada na investigação, e um passado profundamente experiente.

São vários os atributos através dos quais o conhecimento pode ser verificado, tais como a qualificação profissional ou grau académico. A qualificação profissional implica que um indivíduo tenha atingido um determinado conhecimento e experiência base. Deste modo, para se ser considerado perito numa área, deve ter-se trabalhado na mesma durante um período considerável de tempo. Ainda assim, o fator tempo de serviço em determinada área não pode ser considerado isolado. O facto de um indivíduo ter trabalhado toda a sua carreira numa determinada área, não significa que se tenha verdadeiramente dedicado à mesma. Esse indivíduo pode durante todo esse período de tempo não ter desenvolvido a atitude, os conhecimentos, as qualificações necessárias para ser considerado um perito (Justo, 2005).

Baker *et al* (2006) afirmam que um dos critérios que pode igualmente ser utilizado para a seleção de peritos, diz respeito à produção científica publicada na área. No entanto, as pessoas podem deter conhecimento sem experiência clínica e este autor sugere que conhecimento teórico por si só, não pode ser assumido como

perícia. Quando os participantes escolhidos detêm somente conhecimento teórico, encontram-se de tal modo distanciados da prática clínica e da realidade dos cuidados, que são incapazes de articular a prática com a sua teoria ou conhecimento.

O que se depreende da literatura é que as qualificações académicas aliadas à experiência profissional, conferem maior credibilidade à opinião dos candidatos a peritos (Okoli e Pawlowski, 2004).

Apesar de ser fundamental ser-se cauteloso na definição dos critérios de inclusão dos peritos, há que ter em conta que uma definição demasiado restrita de perito reduz o tamanho da amostra potencial disponível e conduz inevitavelmente a um grupo demasiado homogéneo. Também a heterogeneidade ou homogeneidade da amostra é um aspeto que tem vindo a ser alvo de controvérsia na literatura (Sousa *et al*, 2005).

Uma amostra homogénea significa que a seleção de participantes recorreu a critérios de seleção dos peritos demasiado restritos, o que inevitavelmente leva a que a amostra seja reduzida, mas com garantias de que apenas as pessoas mais qualificadas na área teriam sido selecionadas. Por outro lado, as amostras heterogéneas são mais abrangentes, o que assegura maior número de participantes mas pode abalar a credibilidade dos peritos e diminuir a fiabilidade do estudo (Mckenna, 1994).

A mais recente evidência científica aponta para a necessidade da heterogeneidade das amostras de forma a assegurar a validade dos resultados. Esta perspetiva é amplamente citada e defendida por vários autores, como Wright e Giovinazzo (2000) e Justo (2005) que defendem que a multidisciplinaridade permite obter consensos preditivos mais válidos do que aqueles que seriam obtidos se o painel fosse constituído por peritos da mesma especialidade. Outros autores contrapõem esta visão, defendendo que amostras relativamente grandes podem desviar o conceito da técnica de Delphi original, que utilizou uma amostra de apenas sete participantes (Mckenna, 1994).

Metodologicamente, a Técnica de Delphi implica a aplicação de um questionário que circula repetidas vezes por um grupo de peritos, preservando o anonimato dos participantes (Mckenna, 1994).

Embora não existam regras rígidas quanto à elaboração das questões de um questionário Delphi, algumas recomendações podem ser seguidas para que sejam minimizados os erros. As questões devem ser claras, de modo a evitar ambiguidades e o questionário deve ser simples, embora deva permitir que o participante manifeste a sua opinião, complementando as respostas. O número de questões não é estanque, embora deva rondar as 25 questões (Wright e Giovinazzo, 2000).

Após seleção criteriosa, os potenciais participantes são contactados pela equipa de investigação que lhes explica o que é a Técnica de Delphi, qual o objetivo do estudo e a importância da sua participação.

Aos peritos que efetivamente concordam em participar são enviados os questionários os quais incluem uma breve explicação dos motivos do projeto e instruções para o preenchimento e devolução. Eventualmente podem ser incluídos anexos explicativos. A entrega pode ser feita em mãos, pelo correio ou por correio eletrónico (Mckenna, 1994).

Na primeira ronda os especialistas recebem o primeiro questionário, preparado pela equipa de investigação. Os peritos selecionados respondem individualmente e de forma anónima, com respostas quantitativas suportadas por justificações e informações qualitativas (Mckenna, 1994).

As respostas das questões quantitativas são posteriormente tratadas estatisticamente e os resultados são devolvidos aos peritos na ronda seguinte. Justo (2005) define este processo de condução do exercício numa sequência de rondas entre as quais é comunicado aos participantes um resumo estatístico dos resultados da volta anterior como **iteração com informação de retorno**, referindo que esse processo atua na redução do ruído comunicacional. Sempre que forem sugeridas opiniões qualitativas associadas a previsões quantitativas, a equipa de investigação deve procurar relacionar os argumentos com os dados quantitativos correspondentes (Wright e Giovinazzo, 2000).

A cada nova ronda as perguntas são repetidas e os peritos devem reavaliar e reconsiderar as suas respostas atendendo aos resultados estatísticos e opiniões fornecidas na ronda anterior (Justo, 2005). São solicitadas novas previsões ou opiniões devidamente justificadas, principalmente nos casos em que as opiniões/previsões sejam divergentes da maioria. Este processo é repetido nas rondas necessárias até que seja atingido o nível de consenso que foi previamente estabelecido pelo grupo de investigação (Fink *et al*, 1984).

Existem vários critérios para se estabelecer o momento em que o consenso é alcançado. Mckenna (1994) sugere que este deveria ser atingido quando 51% dos respondentes partilham da mesma opinião. Fink, *et al* (1984) propõe os seguintes critérios:

- Nenhum tópico ser aceite se não for adotado por X% dos participantes na última volta;
- X% dos tópicos receberem a maior parte dos votos ao fim de y voltas;
- Serem adotados apenas os tópicos que tenham recebido uma pontuação média superior ou igual a 3 na escala de Likert (1-5);
- Serem adotados apenas os tópicos que tenham recebido pelo menos a classificação 2 numa escala 1-3, de 51% dos participantes;
- Serem eliminados os tópicos que tenham sido rejeitados por pelo menos X% dos participantes

Os resultados obtidos na última ronda são considerados como a previsão/consenso do grupo (Wright e Giovinazzo, 2000).

O feedback fornecido pelo grupo de investigação ao grupo de peritos relativamente aos resultados que vão sendo obtidos a cada ronda permite que cada perito tenha conhecimento da opinião central do restante grupo e em geral conduz a uma convergência rumo a uma posição de consenso (Mckenna, 1994).

O consenso é o resultado final do Delphi e com ele é obtida a validação da informação inicialmente submetida à opinião dos peritos, que no caso do presente projeto, dirá respeito à validação das recomendações da NOC da VPO.

Vantagens e limitações do Método de Delphi

Este método tem características que podem ser consideradas como vantagens e desvantagens. É fundamental conhecê-las, de forma a apurar se as vantagens superam, ou não, as limitações e se recorrer a este método pode ser proveitoso para a concretização dos objetivos inicialmente definidos.

No que diz respeito às vantagens, Okoli e Pawlowski (2004), afirmam que a consulta da opinião de um grupo de especialistas traz à análise do problema pelo menos o nível de informação do participante com melhor nível de informação, conhecimento e experiência. Este método contribui ainda através do fornecimento de um volume muito maior de informação. O uso de questionários e respostas escritas individuais conduz a uma maior reflexão e cuidado nas respostas facilitando o seu registo quando comparado com o debate em grupo.

O anonimato das respostas elimina a influência de fatores como a posição académica ou profissional do participante bem como a sua capacidade de oratória, na consideração da validade dos seus argumentos (Wright e Giovinazzo, 2000).

Desta forma garante-se que cada opinião tenha o mesmo peso na análise das respostas, sendo que cada nova ideia é avaliada pelo seu próprio mérito e contributo para o estudo, independentemente da fonte (Justo, 2005).

Outros fatores limitativos da dinâmica de grupo são reduzidos, nomeadamente a supressão de posições minoritárias, a omissão de participantes, a adesão às posições maioritárias e a manipulação política. A confrontação direta inevitável às reuniões presenciais pode levar à formulação precipitada de noções preconcebidas, à tendência para não estar recetivo a novas ideias e de não abdicar de posições inicialmente tomadas ou uma tendência para ser influenciado pelas opiniões dos restantes peritos (Okoli e Pawlowski, 2004). Na mesma

perspetiva, Justo (2005) defende que o anonimato exigido pelo Método de Delphi constitui uma forma eficiente de reduzir o efeito das relações de domínio inevitáveis nas relações presenciais, permitindo igual oportunidade para cada participante apresentar e reagir a opiniões sem a pressão da identidade dos outros membros.

A principal vantagem do Método Delphi é a sua capacidade de convergir em direção à concordância sendo uma propriedade considerada especialmente importante para o futuro do conhecimento e do desenvolvimento de políticas na Enfermagem.

Outra vantagem apontada por Mckenna (1994) e Wright e Giovinazzo (2000) é a sua custo-efetividade. Com a possibilidade de enviar os questionários por correio eletrónico, não há custos de deslocação e os peritos podem responder sem a restrição de conciliar agendas para uma reunião. Os custos são sem dúvida menores do que seriam caso se procedesse à reunião física de um grande grupo de peritos.

Apesar destas vantagens, existem também limitações que devemos considerar quando recorremos a este Método de consenso de peritos.

Wright e Giovinazzo (2000) referem como desvantagem a dificuldade de se elaborar um questionário sem ambiguidades e não enviesado. Na mesma perspetiva, Justo (2005) defende que apesar dos esforços para controlar os erros de interpretação, as respostas estão sempre contaminadas por alguma incerteza, oriunda, entre outras fontes, das próprias perguntas. Também a excessiva dependência dos resultados em relação à escolha dos especialistas possibilita a introdução de viés pela escolha dos participantes que podem eventualmente não possuir as características necessárias para integrar o grupo de especialistas (Justo, 2005).

Todavia, Wright e Giovinazzo (2000) justificam que estas não podem ser consideradas propriamente desvantagens, uma vez que não se pretende que o Delphi seja um levantamento estatisticamente representativo da opinião de um determinado grupo amostrado, mas sim uma consulta a um grupo limitado e selecionado de especialistas, que através da sua capacidade de raciocínio lógico,

da sua experiência e da troca objetiva de informações procura atingir o consenso sobre as questões propostas. Nesta situação, as questões de validade estatística da amostra e dos resultados não se aplicam.

Wright e Giovinazzo (2000) e Justo (2005) referem ainda como desvantagem do Método de Delphi, a possibilidade de se reforçar o consenso indevidamente. Justo (2005) explica que apesar de se encontrarem sob a proteção do anonimato, caso os peritos alterem a sua opinião após consulta dos resultados da opinião do grupo, significa que se sentem pressionados a conformar-se com as respostas do grupo. Não existe portanto evidência, de que o consenso represente uma concordância baseada em opiniões fundamentadas, ou se constitui um efeito da tendência para o conformismo.

Mckenna, (1994) aponta como limitação a diminuição significativa de participantes ao longo das rondas, o que conduz a uma taxa final de respostas muito inferior à inicial e que pode afetar a fiabilidade do processo. Wright e Giovinazzo (2000) afirmam que os investigadores devem contar com uma abstenção de 30 a 50% dos respondentes na primeira ronda e de 20 a 30 % na segunda.

O facto de serem necessárias várias rondas de questionários até que o consenso seja atingido, pode traduzir-se num processo excessivamente moroso até que seja concretizado o processo completo (Wright e Giovinazzo, 2000).

Estas limitações são de facto dificuldades inerentes à técnica, motivo pelo qual é fundamental encontrar estratégias que permitam enfrentá-las. Por esse motivo, o conhecimento profundo da metodologia, a experiência e a imparcialidade dos investigadores são fundamentais, nomeadamente no momento da seleção dos participantes, na elaboração dos questionários e na análise das respostas (Wright e Giovinazzo, 2000). Sumariamente, as limitações deste Método devem ser devidamente consideradas e contrapostas relativamente às vantagens, de modo a determinar se existe forma de ultrapassar os aspetos negativos. Analisada a informação encontrada, considerámos que o Método de Delphi seria o mais adequado ao presente projeto, tendo em conta a dificuldade em reunir presencialmente todos os peritos, bem como os recursos que dispúnhamos para a realização deste projeto. Também o facto de o Delphi proporcionar aos peritos

uma melhor gestão de tempo e disponibilidade para responder ao questionário, contribuíram para a sua eleição. Outras características próprias do método de Delphi tiveram influência na sua escolha, nomeadamente rapidez do processo, custo reduzido e respeito pelo princípio do anonimato e confidencialidade das fontes.

Tendo em conta que a realização do Método de Delphi corresponde neste projeto à fase de recolha de dados, esta última característica foi determinante, pois permite assegurar que o princípio do anonimato e confidencialidade das fontes foi respeitado. De acordo com Martins (2008, p.65) “durante todo o processo de investigação, os indivíduos devem ver a sua privacidade salvaguardada de forma absoluta. Os dados recolhidos serão tratados de forma a manter o anonimato dos participantes”. No caso concreto deste estudo, as vantagens e limitações foram devidamente ponderadas e concluímos que as vantagens superam as limitações. O Delphi foi assim considerado, como o Método mais indicado para validar a NOC da VPO.

2.3.3.2 – O MÉTODO DE DELPHI – APLICAÇÃO

Wright e Giovinazzo, (2000) afirmam que antes de colocar o Delphi em Prática, a equipa de investigação deve procurar informações sobre o tema alvo de estudo, procedendo a uma revisão exaustiva da literatura, de forma a averiguar qual o nível de evidência nessa área em questão. Caso a evidência encontrada não seja suficiente para fundamentar o estudo, então o Método de Delphi é indicado para obter essa mesma evidência e nesse caso deve dar-se início ao processo que começa com a estruturação do primeiro modelo do questionário. De acordo com Wright e Giovinazzo (2000, p. 56), “a equipa coordenadora do Delphi deve procurar informações sobre o tema, recorrendo à literatura especializada e entrevistas com técnicos do setor. Deve então estruturar um primeiro modelo de questionário.”

Atendendo ao facto de que este método pressupõe a elaboração de questionário sobre o tema em estudo, questionário esse que vai servir de ferramenta para aferir a opinião de cada perito, a primeira fase da realização do Método de Delphi seria inevitavelmente construir a versão preliminar da NOC da VPO, que servisse de base à elaboração do questionário.

Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, (2007) defendem que a opinião de peritos nem sempre traduz a evidência científica, o que pode constituir uma desvantagem significativa dos métodos de consenso.

De forma a atenuar ao máximo essa desvantagem, procurámos que a versão preliminar da NOC da VPO fosse construída tendo por base a evidência científica disponível e publicada sobre o tema.

Nesse sentido, recorreremos essencialmente ao já referido livro da AESOP. Procurámos ainda as recomendações emanadas por outras associações de Enfermagem Perioperatória internacionais, nomeadamente a AORN (American Association of Operative Room Nurses) e a EORNA (European Operating Room Nurses Association).

No entanto, as recomendações e outros artigos publicados por estas associações apenas se encontram disponíveis para sócios ou então através do pagamento de um montante significativo. Nesse sentido, atendendo a que a AESOP é desde 1992 membro fundador da EORNA, que assume uma participação ativa nas reuniões semestrais da EORNA e que as recomendações por si estabelecidas são fundamentadas nas recomendações dessas associações, optámos por basear a versão preliminar da NOC da VPO nas recomendações da AESOP.

Terminada a versão preliminar da NOC da VPO (Apêndice 6), era altura de, a partir da mesma, elaborar o primeiro questionário da primeira ronda do Delphi. Este questionário foi elaborado, aplicando uma escala de Likert de cinco pontos a cada uma das recomendações estabelecidas na versão preliminar da NOC da VPO. Desta forma, cada um dos peritos teria oportunidade de assinalar o seu grau de concordância relativamente a cada recomendação. Os graus de concordância variavam entre 1 e 5, ao que corresponderia, “discordo totalmente”; “discordo”; “sem opinião”; “concordo”; “concordo totalmente”, respetivamente.

Em cada resposta, cada perito tinha ainda a oportunidade de argumentar a sua decisão, deixar outras recomendações, sugestões ou comentários.

Obtivemos um questionário com 27 questões (Apêndice 7), um número aceitável atendendo ao que se encontra descrito na literatura. Para Wright e Giovinazzo (2000), o número de questões deve rondar as 25, como referido anteriormente.

Optámos por realizar um questionário online, com recurso ao Google Docs®, uma vez que esta é uma ferramenta com vantagens muito adequadas ao pretendido. De acordo com Miranda *et al*, (2008) o Google Docs® é uma ferramenta muito simples de utilizar, acessível a todas as pessoas que disponham de acesso à internet, que permite aceder ao questionário em qualquer local e a qualquer hora.

Os questionários *online* são muito semelhantes metodologicamente aos restantes, diferindo apenas na forma como são conduzidos. Estes podem ser disponibilizados através de uma hiperligação em *sites* na internet ou por correio eletrónico (Miranda *et al*, 2008). De acordo com Ramos (2012) os participantes acedem ao questionário através dessa hiperligação e após responderem às questões, selecionam a opção “enviar”. O envio do questionário para o investigador é confirmado através de uma caixa de texto que surge no ecrã.

No que diz respeito às vantagens do Google Doc®, Ramos (2012) salienta que esta ferramenta garante que todas as respostas definidas pelo investigador como sendo de preenchimento obrigatório, sejam respondidas.

A sua utilidade reporta-se ainda ao tratamento dos dados, uma vez que cria automaticamente uma folha de cálculo, onde se encontram registados os dados e respostas dos participantes, folha essa que pode ser exportada para outras aplicações informáticas (nomeadamente a Microsoft Excel® e o Statistical Package for Social

Sciences - SPSS®) que permitem recorrer a diferentes formas de tratamento estatístico dos dados (Ramos, 2012).

Vieira *et al* (2010) apontam como vantagens deste tipo de questionários para o investigador, o baixo custo, a rapidez e a capacidade de atingir populações específicas. Os mesmos autores consideram que este método tem também

vantagens para o participante, nomeadamente a possibilidade de responder no momento e local que lhe for mais conveniente com a garantia de anonimato.

Esta última característica foi determinante para a escolha deste método, pois como já foi referido anteriormente, a confidencialidade dos dados recolhidos deve ser obrigatoriamente uma preocupação do investigador ao longo do processo de investigação (Martins, 2008). O Google Docs® é por esse motivo uma ferramenta extremamente útil, uma vez que nem os próprios investigadores têm conhecimento sobre a identificação do participante que responde.

No entanto, este tipo de questionários apresenta também algumas desvantagens que os utilizadores devem conhecer, de forma a contorná-las. A principal desvantagem dos questionários *online* publicados em *sites*, diz respeito à perda de controlo relativamente à seleção e qualidade da amostra, o que pode enviesar os resultados. Nos casos em que o investigador pretende que a população corresponda a determinadas características, não existem garantias de que todos os participantes correspondam aos critérios de seleção estipulados pelo investigador. Nesse caso, a validade dos resultados está comprometida (Vasconcellos e Guedes, 2006).

De forma a contornar esta desvantagem, a hiperligação para os questionários foi enviada por correio eletrónico, apenas para os peritos que correspondessem aos critérios de seleção. Para garantir o anonimato das fontes, os *e-mails* foram enviados sob a forma de “destinatários não revelados”.

Vieira (2010) refere ainda que necessidade de ter acesso à internet pode excluir alguns potenciais participantes. Essa questão é de facto incontornável, no entanto poucos serão os enfermeiros que não têm acesso a correio eletrónico. No contexto deste projeto, esta desvantagem não impediu que todos os peritos selecionados pudessem participar.

Vieira (2010) aponta ainda como desvantagem a impessoalidade e perceção de *spam*⁴, desvantagem essa que também foi eliminada, uma vez que procurámos

⁴ *Spam* – (*Sending and Posting Advertisement in Mass*) significa enviar e postar publicidade em massa. Consiste numa mensagem de correio eletrónico com fins publicitários enviada para um grande número de pessoas. Tem associado um carácter de inconveniência (Vieira *et al*, 2010).

em todos os casos, estabelecer um contacto prévio, personalizado. Esta medida anulou ainda a última desvantagem apresentada por Vasconcellos e Guedes (2006): a baixa taxa de respostas.

Tendo em conta que as vantagens superam as desvantagens e que nos foi possível encontrar estratégias para minimizar as limitações, este instrumento pareceu-nos ser o mais indicado para aplicar o Método de Delphi.

Elaborado o questionário, foi necessário proceder à definição dos critérios de consenso, ou seja, definir em que momento o consenso entre os peritos tinha sido atingido. Com base nos critérios anteriormente referidos de Fink, *et al* (1984), estabelecemos os seguintes critérios de consenso:

- O consenso de inclusão é atingido quando, para cada recomendação, pelo menos 75% dos participantes atribui um grau de concordância de "concordo" ou "concordo totalmente";
- Considera-se consenso de exclusão quando para cada recomendação pelo menos 75% dos participantes atribui um grau de concordância de "discordo" ou "discordo totalmente".

Todas as outras opções de resposta foram consideradas recomendações que não atingiram o consenso, pelo que deveriam ser submetidas a uma ronda subsequente. Tendo em conta que existia um espaço para que os peritos pudessem comentar, todas as respostas com comentários foram analisadas, independentemente de terem cumprido os critérios de consenso.

A primeira fase do Método de Delphi consistiu na seleção dos peritos participantes a quem seria entregue o questionário.

De acordo com Sousa (2005, p. 371), “a seleção da amostra para integrar o painel de peritos deverá ser considerada como não aleatória de conveniência ou intencional”. Por esse motivo, procurámos integrar na amostra pessoas cujas características pessoais e profissionais as aproximassem do conceito de perito. Para Wright e Giovinazzo (2000), um perito deve ser um representante do seu grupo profissional, ou com suficiente perícia para fomentar os resultados do

estudo. Todos os enfermeiros escolhidos foram considerados peritos na área da Visita pré-operatória e os critérios de seleção foram:

- Enfermeiros que durante o seu percurso profissional tenham realizado a visita pré-operatória de forma sistemática;
- Enfermeiros/docentes que tenham desenvolvido percurso académico e/ou de investigação relacionado com a visita pré-operatória;
- Enfermeiros chefes de blocos operatórios onde a visita pré-operatória se encontra implementada.

Atendendo aos critérios de inclusão, resultou uma amostra de peritos com as seguintes características: enfermeiros que ao longo da sua carreira tenham realizado a VPO durante um período de tempo superior a 1 ano, enfermeiros com formação académica na área e que se tenham dedicado à implementação da VPO nos respetivos serviços, enfermeiros chefes de blocos operatórios onde a VPO esteja implementada, docentes na área da enfermagem Perioperatória e pessoas que exercem ou já exerceram funções relacionadas com a tomada de decisões em instituições relacionadas com a Enfermagem Perioperatória.

Resulta desta forma uma amostra heterogénea, sendo que alguns enfermeiros foram escolhidos essencialmente, por terem experiência na realização da VPO podendo contribuir com as suas experiências relevantes decorrentes da prática, enquanto outros foram selecionados com base no seu conhecimento e envolvimento em projetos similares, que os tenha dotado de conhecimentos, experiência, capacidade preditiva e objetividade.

A mais recente evidência científica aponta para a necessidade da heterogeneidade das amostras de forma a assegurar a validade dos resultados. Esta perspetiva é amplamente citada e defendida por vários autores, nomeadamente por Wright e Giovinazzo (2000) partindo do pressuposto de que se é possível obter consenso entre peritos com características diferentes, então os resultados do estudo são válidos e podem ser generalizados.

Justo (2005) defende que em áreas de aplicação com uma forte componente social como acontece na saúde, a heterogeneidade é preferível à homogeneidade

na composição do painel. A única desvantagem apontada à heterogeneidade das amostras é que geralmente estas resultam num número exageradamente grande.

Wright e Giovinazzo (2000) defendem que as amostras mais fiáveis para estudos Delphi são constituídas por menos de 20 participantes, o que é difícil conseguir respeitar quando se pretende uma amostra heterogénea. Na mesma opinião Justo (2005) afirma que num grupo homogéneo não são necessários mais do que trinta participantes para gerar ideias novas, sendo suficientes entre dez a quinze participantes. No caso de se tratar de um grupo heterogéneo podem integrá-lo várias centenas de peritos. Na opinião de Vandeven e Delbecq (1974) seriam suficientes trinta participantes desde que seleccionados através de critérios rigorosos. Um número superior de respondentes não teria impacto diferente e significativo nos resultados.

Wright e Giovinazzo (2000) afirmam que apesar da heterogeneidade do grupo de peritos constituir um aspeto determinante e estimulante, a qualidade do resultado depende essencialmente dos participantes do estudo, das suas características, capacidades e competências.

Mckenna (1994) defende que a diminuição significativa de participantes ao longo das rondas é algo comum neste método, o que conduz a uma taxa final de respostas muito inferior à inicial.

Neste caso em particular, apesar dos critérios de seleção terem sido estabelecidos de forma a obter uma amostra de peritos tendencialmente heterogénea, o número de peritos seleccionados foi de 37 participantes.

É importante referir que, apesar desta NOC ter sido desenvolvida para dar resposta a um problema num serviço específico, de toda a equipa de enfermagem do BO em questão, apenas uma enfermeira desse serviço foi seleccionada para integrar a amostra. Esta situação deve-se ao facto desta ser a única profissional com experiência na realização da VPO. Todos os restantes enfermeiros não correspondiam às características necessárias para serem considerados peritos na área da VPO, pelo que a sua inclusão, poderia enviesar os resultados, não só pela falta de conhecimentos e experiência na área, mas também pelo possível conflito de interesses. Neste sentido, Wright e Giovinazzo (2000) defendem que o

potencial de viés é uma crítica frequentemente apontada à Técnica de Delphi, uma vez que os peritos podem ter interesse em inviabilizar a investigação em curso ou em manipular os seus resultados.

A maioria dos peritos foram enfermeiros que tivemos a oportunidade de conhecer durante a realização do MEPO. Os três semestres de curso, permitiram conhecer várias pessoas com a experiência e os conhecimentos necessários para serem considerados peritos na área da VPO, o que se veio revelar num aspeto facilitador.

Terminada esta primeira fase do Método de Delphi, era altura de iniciar os contactos com os peritos selecionados. Numa tentativa de motivar os peritos a participar, todos os contactos foram personalizados. Desta forma, foi estabelecido um primeiro contacto (telefónico, por correio eletrónico ou pessoalmente) com cada um dos peritos onde era explicado o âmbito e objetivos do projeto e solicitado o seu consentimento informado e esclarecido para a participação, garantindo o seu anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento. Nos casos em que o contacto era feito pessoalmente ou por telefone, era posteriormente enviado um *e-mail* (Apêndice 8) com toda a informação escrita, para que o perito pudesse analisar a informação e decidir de forma livre e esclarecida sobre a sua participação. Este *e-mail* explicava ainda a possibilidade do participante poder desistir a qualquer momento, sem que isso implicasse consequências negativas, tal como é preconizado pelos princípios éticos a atender na investigação.

Mckenna (1994) afirma que a participação neste método pode ser uma experiência altamente motivante para os participantes, que têm oportunidade de ver reconhecido o seu trabalho na área e de contribuir para o crescimento científico da matéria em estudo. De facto, foi possível constatar este tipo de reação por parte de alguns participantes, nomeadamente dos peritos que mais se dedicaram a esta causa e que contam com uma vasta experiência não só profissional como académica na área.

Foi uma grande surpresa constatar que essas pessoas não só aceitavam participar, como agradeciam o facto de terem sido selecionadas.

Lamentavelmente, dois dos peritos com essas características, apesar de terem concordado em participar, não o puderam fazer por indisponibilidade de agenda, atendendo ao prazo relativamente curto que estabelecemos como limite das respostas.

Todas as pessoas contactadas, aceitaram integrar o grupo de peritos e responder ao questionário, pelo que procedemos de imediato ao envio de um segundo *e-mail* com informação mais detalhada sobre o projeto e o Método de Delphi, sobre a estrutura do questionário e indicações relativas à forma de preenchimento e onde constava o link onde cada participante poderia aceder e submeter o questionário.

Os questionários começaram a ser enviados à medida que os peritos iam aceitando participar, o que decorreu no espaço de quatro dias. Desde que obtivemos a primeira resposta até à última resposta decorreram 15 dias. Aguardámos mais 5 dias e como não foram obtidas mais respostas, encerramos a aceitação de respostas e procedemos à análise dos 26 questionários.

2.3.3.3 – Análise e discussão dos resultados da primeira ronda de questionários

Na fase de análise e discussão dos resultados, procurámos respeitar os princípios éticos, realizando a análise de forma rigorosa, isenta e devidamente confrontada com a evidência científica disponível.

De acordo com Nunes (2013, p. 5), “os dados devem ser tratados e analisados com rigor, de forma agregada e com suporte real e veraz na colheita”. Martins (2008, p. 65) defende que “só assim se podem extrair conclusões válidas, e por isso, mais pertinentes”.

Caracterização da amostra

Verificou-se que dos 37 peritos que aceitaram participar, apenas foram respondidos 26 questionários (70%), o que significa que se verificou uma taxa de abstenção de 30% na primeira ronda. Atribuímos esses resultados ao facto dos questionários terem sido aplicados numa altura em que alguns dos participantes estariam de férias (Julho e Agosto).

Dos 26 participantes, 22 (85%) eram do género feminino e 4 do masculino (15%).

No que respeita às idades, verifica-se alguma heterogeneidade: 9 participantes (35%) encontram-se na faixa etária dos 26 aos 30 anos, enquanto os restantes participantes se encontram distribuídos pelas restantes faixas etárias de forma relativamente equilibrada até à faixa etária dos 51-55 anos, a partir da qual apenas 1 participante se encontra na faixa etária dos 66-70 anos conforme se verifica no gráfico 1.

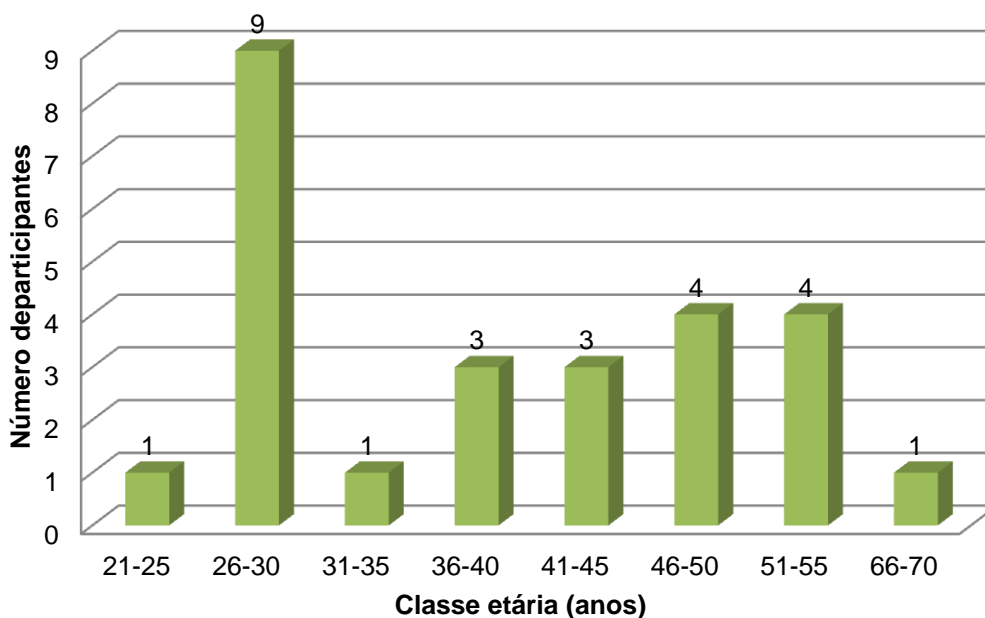


Gráfico 1 – Distribuição de participantes por faixa etária

No que respeita à experiência profissional, verificou-se uma predominância de participantes com experiência de 4 a 9 anos (n=9; 35%) e dos participantes com mais de 20 anos de experiência, com 8 participantes (31%). Dos restantes participantes, 5 têm entre 16-20 anos (12%), 3 participantes (8%) têm entre 10-15 e apenas 1 participante tem entre 1-3 anos (4%), como pode ser observado no gráfico 2).

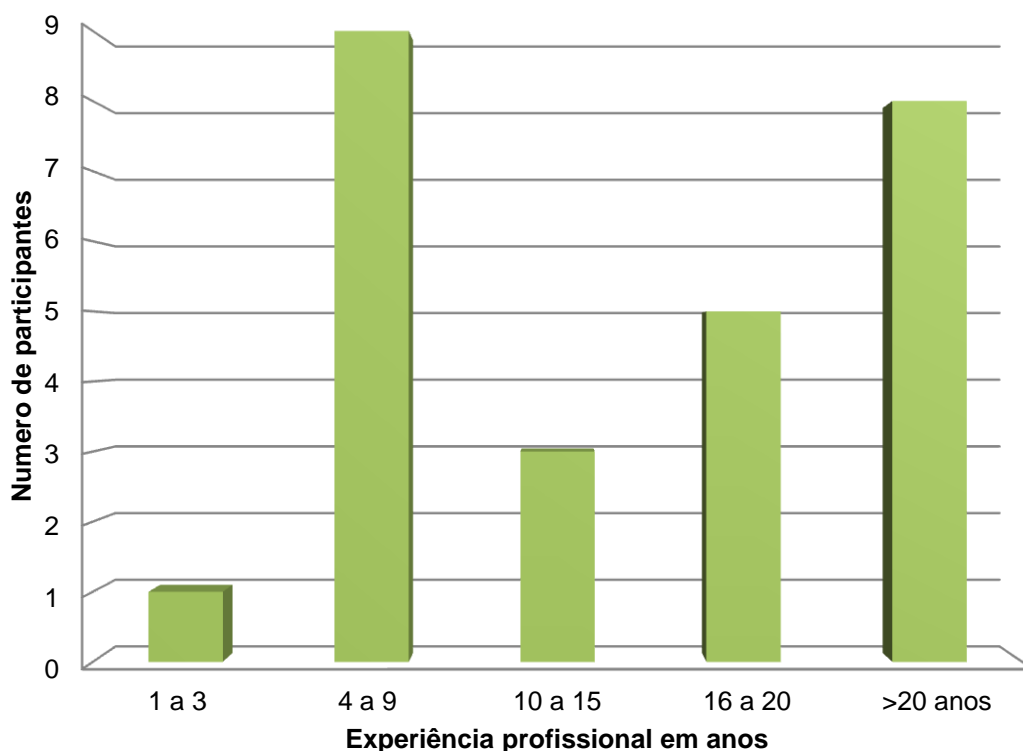


Gráfico 2 – Distribuição dos participantes por experiência profissional em anos

A maioria dos participantes (92%; n=24) desempenha funções na área de prestação de cuidados de enfermagem enquanto apenas 2 participantes desempenham funções de chefia. Nenhum participante com funções de docência respondeu ao questionário.

Relativamente ao tempo de experiência na realização da VPO, verifica-se também uma grande heterogeneidade da amostra, o que se pode constatar na tabela 1.

Experiência na realização da VPO em anos	Número de participantes
1 ano	3
2 anos	5
3 anos	3
4 anos	3
5 anos	1
8 anos	1
10 anos	5
15 anos	4
20 anos	1

Tabela 1 – Distribuição dos participantes de acordo com a experiência na realização da VPO em anos

Análise e discussão das respostas

Sumariamente, das 27 recomendações submetidas à opinião dos peritos, apenas 2 recomendações (7%) não foram alvo de consenso de inclusão ou de exclusão, o que necessariamente nos remete para uma segunda ronda de questionários. O consenso foi obtido para 93% das recomendações, todas elas com consenso de inclusão. De seguida iremos proceder à análise e discussão das recomendações que foram alvo de dispersão de opiniões e comentários⁵. Os resultados das

⁵ Os comentários realizados pelos peritos encontram-se transcritos pelo que a sintaxe e semântica dos mesmos são da sua autoria.

restantes recomendações, cujo consenso foi atingido sem que fossem levantadas questões ou realizadas sugestões pelos peritos, encontram-se no Apêndice 9.

No que respeita à recomendação n.º1 **“1. A VPO deve ser realizada todos os dias úteis na véspera da cirurgia, em horário a definir, preferencialmente pelo Enfermeiro de Anestesia que acompanhará a pessoa no intraoperatório.”** O consenso foi obtido nesta primeira ronda, uma vez que 65% dos participantes (n=17) responderam “concordo totalmente” e os restantes 35% (n=9) responderam “concordo”. No entanto, foram deixados alguns comentários:

“Embora na prática muitas das vezes não se consiga, que o enfermeiro que vai ver o doente seja o mesmo que o recebe no bloco, ainda assim, a possibilidade de conhecer um profissional do local onde vai ser operado, oferece tranquilidade e confiança ao doente.”

“Atualmente é muito difícil de aplicar este item, porque na maioria dos casos cirúrgicos os doentes são internados depois das 20 horas. Neste período o doente ainda tem muitos protocolos a cumprir e por isso a sua disponibilidade para a visita é muito pequena”.

“Diria que a VPO deverá ser feita a todos os utentes, independentemente dos dias”.

“É fundamental que o enfermeiro que realiza a visita seja o mesmo que estará com a pessoa operada no dia seguinte.

“Caso o B.O. funcione também ao fim de semana poderá ser realizada ao Sábado/Domingo, para os doentes que sejam operados à Segunda-feira.”

A questão levantada pelos peritos, da VPO poder ser realizada durante o fim de semana, é pertinente. No entanto não é possível aplicá-la no BO onde foi realizado o estágio. Ao Sábado e Domingo o BO apenas funciona com cirurgia urgente e a equipa de enfermagem não conseguiria de forma alguma dar resposta às cirurgias de urgência e ainda assim realizar as VPO às pessoas propostas para cirurgia na Segunda-feira.

Devido à fusão do serviço de urgência de dois hospitais, o volume de cirurgias urgentes realizadas naquele BO cresceu consideravelmente e é frequente que os 6 enfermeiros que constituem a equipa de urgência assegurem 3 cirurgias em simultâneo (2 enfermeiros por sala, quando o recomendado são 3). Face a esta realidade e tendo em conta que a maioria das pessoas submetidas a cirurgia à Segunda-feira são internadas na sexta-feira (de modo a conseguirem realizar todos os exames de rotina pré-operatória), optámos por não proceder a alterações a esta recomendação.

A recomendação n.º3. **“Na impossibilidade da Visita pré-operatória ser realizada pelo enfermeiro que acolhe a pessoa submetida a cirurgia no dia da mesma, deve ser a chefia do Bloco Operatório a decidir quem realiza a Visita pré-operatória”** foi a questão que gerou mais controvérsia entre os peritos, não tendo sido obtido consenso em relação à sua inclusão na NOC. A maioria dos peritos discordou (n=11; 42%) enquanto 2 peritos discordaram totalmente (8%). Do lado da concordância, 7 pessoas concordaram (27%) e 3 concordaram totalmente (12%). Em igual percentagem apresentaram-se as pessoas que não têm opinião formada sobre este assunto (12%; n=3). Apesar da discordância entre opiniões, algumas pessoas deixaram registados os seus argumentos, que passamos a transcrever:

“A VPO tem que ser feita por um enfermeiro que vai estar na sala.”

“Na impossibilidade de ser o enfermeiro de anestesia a realizar a VPO, esta deve ser feita pelo enfermeiro circulante e/ou instrumentista, dessa sala. Deve ser sempre um dos três enfermeiros escalados para o dia da cirurgia. Considero que deve ficar definido que caso não possa ser o enfermeiro que acolhe que deve ser um dos Enfermeiros que esteja na sala operatória no dia da cirurgia. O circulante de preferência. Não há necessidade de a chefia intervir nesse processo de decisão. Penso que poderá ser decidido entre a equipa de enfermeiros (instrumentista ou circulante) da sala em questão quem fara essa visita.”

“A realização da VPO deve preferencialmente ser realizada pelo Enfermeiro de Anestesia. Na impossibilidade deste a realizar, deverá ser outro

Enfermeiro que tenha com experiência na VPO e que idealmente esteja presente na sala no dia da cirurgia.”

“Na impossibilidade da VPO ser realizada pela enfermeira de anestesia, deverá ser realizada pela enfermeira circulante ou instrumentista que faz parte da equipa que vai acolher a doente.”

“A visita pré-operatória poderá ser realizada por outro elemento que também esteja presente na cirurgia.”

“A VPO pode ser realizada por outros elementos da Sala, o que a torna uma mais-valia para toda a equipa. Todos os elementos devem ser pró-ativos.”

“Poderá ser decidido entre os elementos da equipa (de anestesia, circulante e instrumentista), assim como a VPO ser realizada por cada um dos elementos.”

“Na impossibilidade do Enfermeiro de anestesia fazer a visita, esta deverá ser realizada pelo Enfermeiro circulante ou instrumentista da mesma sala.”

“Embora não necessariamente, se no serviço já estiver protocolado que se o enfermeiro de anestesia não puder fazer a VPO, será outro dos enfermeiros escalados para aquela sala operatória a realizar o procedimento, os enfermeiros assumem essa responsabilidade sem necessidade de haver uma orientação expressa da chefia do BO.”

“Nestas circunstâncias, o ideal seria, ser possível a chefia do Bloco Operatório poder disponibilizar, na véspera, um outro enfermeiro da suite onde a pessoa irá ser submetida a cirurgia, para concretizar a Visita pré-operatória. É muito importante que a Visita pré-operatória, seja concretizada por um enfermeiro, que a pessoa que irá ser submetida a cirurgia, possa reconhecer no dia da cirurgia, e por conseguinte sentir maior proximidade, confiança e segurança.”

É interessante verificar que apesar de não ter existido consenso em termos de análise dos dados quantitativos, ao analisar qualitativamente as sugestões registadas pelos peritos parece existir um consenso evidente de que a melhor

alternativa nas situações em que o enfermeiro de anestesia escalado para o dia da cirurgia não se encontra disponível, deve ser um dos enfermeiros escalados para a função de circulação ou instrumentação do dia da cirurgia.

Atendendo a esta clara unanimidade relativamente a esta questão, na segunda ronda, a primeira questão a incluir será: **“Na impossibilidade da Visita Pré-operatória ser realizada pelo enfermeiro escalado para a função de anestesia do dia da cirurgia, será o enfermeiro escalado para a função de circulação ou de instrumentação, preferencialmente por esta ordem.”**

Também não foi possível obter consenso com a questão seguinte: **“4. O enfermeiro perioperatório deve estabelecer contacto telefónico com os enfermeiros do serviço de internamento para saber se o momento é oportuno para realizar a Visita Pré-operatória.”** Das pessoas que discordam, 1 discorda totalmente (4%) e 4 (15%) escolheram a opção “discordo”. Por outro lado, 10 pessoas (38%) concordam e 4 concordam totalmente (15%), enquanto 7 não têm opinião (27%). Foram deixadas as seguintes sugestões:

“Deverá existir um protocolo com os internamentos onde já esteja definido o momento ou momentos da visita.”

“Na minha opinião isso deve ser, logo, previamente estabelecido com os chefes dos serviços. Portanto deve constar logo na norma”.

“Deverá existir um protocolo/regulamento entre o BO e os serviços de internamento, onde deverá ficar assente o horário e o local onde devem ser realizadas as VPO e outros aspetos que considerem relevantes para evitar perturbações do serviço de internamento.

Atendendo a que as sugestões registadas são unânimes, também esta recomendação será alterada na segunda ronda do questionário, de forma a apurar se os restantes peritos que não deixaram registada a sua opinião, concordam com esta nova recomendação. Desta forma, a recomendação será feita da seguinte forma: **“A VPO deve ser realizada em horário a definir entre o BO e os serviços de internamento.”**

A recomendação **“5. Chegado ao serviço de internamento o Enfermeiro perioperatório deve colher o máximo de informação junto do processo clínico e em colaboração com o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados às pessoas que irão ser submetidas a cirurgia, utilizando essa informação para preencher a ficha de registo da visita pré-operatória”** foi consensualmente aceite para ser incluída, embora as respostas não tenham sido unânimes: 15% dos peritos discordaram (n=4). Entre as justificações para a discordância, encontramos dois comentários:

“Nem sempre é possível.”

“O enfermeiro que realiza a visita devera recolher somente a informação necessária de forma sistematizada e pertinente caso a caso.”

Por outro lado, foi registado um comentário que reforça a importância de atender a todas as fontes possíveis de recolha de dados: o processo, os enfermeiros do internamento e a própria pessoa submetida a cirurgia:

“Deve ser, consultado o processo do doente, deve-se recolher informações junto do enfermeiro responsável do mesmo, mas os dados fornecidos pelo doente, são fundamentais, porque é no diálogo com o doente que se estabelece a relação de empatia que se pretende. A visita pré-operatória serve não só para recolher dados sobre o doente, mas também e principalmente para o doente ter uma cara de referência e para esclarecer possíveis dúvidas.”

A opção “concordo totalmente” foi escolhida por 15 peritos (58%) enquanto 7 escolheram a opção concordo (27%).

Apesar de não haver necessidade de submeter esta recomendação novamente a consenso, tendo em conta que as sugestões apontadas são muito pertinentes e dizem respeito apenas a algumas alterações na forma como a recomendação é redigida, optámos por incluir esta recomendação na segunda ronda, redigindo-a da seguinte forma: **“5. Durante a VPO, a maioria dos dados devem ser colhidos através do diálogo com a pessoa submetida a cirurgia. No entanto, sempre que possível, o enfermeiro perioperatório deve recolher a**

informação necessária e pertinente junto do processo clínico e em colaboração com o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados à pessoa que irá ser submetida a cirurgia.

Relativamente à recomendação seguinte: **“6. O Enfermeiro perioperatório deve ainda verificar a realização dos exames de rotina pré-operatória e outros exames auxiliares de diagnóstico, necessários à cirurgia”** foi consensualmente aceite para ser incluída, embora as respostas não tenham sido unânimes: o consenso foi atingido no limite, pois 19% dos peritos discordaram (n=5).

Apesar da hipótese “discordo totalmente” não ter obtido respostas, bastava que mais um participante escolhesse a opção “discordo” para que esta recomendação fosse obrigatoriamente incluída na segunda ronda, de forma a apurarmos o consenso. O consenso de inclusão foi obtido através de 10 peritos que escolheram a opção “concordo totalmente” (38%) e 11 que escolheram a opção “concordo” (42%). Foram registados os seguintes comentários:

“A maioria das vezes não é possível aceder a esta informação, uma vez que têm palavras passe.”

“Na maioria dos casos não se consegue aceder a este tipo de informação. Por outro lado, penso que esse cuidado deverá ser do enfermeiro responsável pelo doente.”

“Concordo, embora para mim essa seja da área médica. Mas se for detetado por nós enfermeiros, podemos sempre informar o médico para este solicitar os exames que faltam, de forma a não haver atrasos desnecessários no dia da cirurgia.”

A falha nos exames de rotina pré-operatória é um problema real, considerado aquando da realização da FMEA durante o Diagnóstico de Situação deste serviço. A este tipo de falha, foi atribuída índice de Severidade de 9 uma vez que quando ocorre, pode atrasar o processo cirúrgico ou até mesmo implicar adiamento da cirurgia. Apesar de ter sido atribuído um índice de Ocorrência e Deteção de 2, o Risco associado a este tipo de falha foi de 36. Isso significa que a

responsabilidade de verificar a realização de todos os exames auxiliares de diagnóstico indispensáveis para a realização da cirurgia, deve ser de todos os intervenientes no processo: enfermeiros do internamento, enfermeiros perioperatórios e cirurgiões. Se essa verificação for realizada por estas três partes, menor será a probabilidade de falha no processo e melhor a qualidade dos cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia. Por esse motivo, sempre que os enfermeiros perioperatórios tenham acesso aos exames, devem confirmá-los durante a realização da VPO, pelo que optámos por manter a recomendação.

A recomendação n.º 9. **“Fornecer informações claras, objetivas, adequadas ao tipo de linguagem da pessoa em questão, deixando espaço e mostrando disponibilidade para que esta coloque as suas dúvidas.”** foi consensualmente aceite para integrar a NOC, com 24 peritos a concordarem totalmente (92%) e 2 peritos a assinalar a opção “concordo” (8%).

No entanto, verificaram-se alguns comentários, quer em relação a esta recomendação, como nas recomendações seguintes, relativos à ansiedade que determinado tipo de informação pode provocar, quando não é requerida pela pessoa submetida a cirurgia. Esse facto levou-nos a ponderar a reformulação desta recomendação e posterior introdução na segunda ronda do Delphi. Os comentários relativamente a esta recomendação foram:

“É importante que o enfermeiro não debite apenas informações, é necessário estabelecer pontes entre o que considera importante e o complexo mundo dos utentes, o que sabem, o que pensam, o que sentem. Isto implica que exista uma sensibilidade do enfermeiro na aproximação com o utente para que alguma informação não possa provocar mais ansiedade.”

Foram ainda registados outros comentários relativamente à recomendação n.º18 **(Explicar que depois da indução anestésica poderão ser realizados outros procedimentos invasivos e explicar a sua necessidade, nomeadamente: introdução de sonda nasogástrica, sonda vesical, outras punções venosas periféricas ou centrais, colocação de linha arterial e eventual presença de drenos. O enfermeiro que realiza a VPO deve adaptar esta informação a cada**

peessoa, uma vez que estes procedimentos variam de acordo com a intervenção cirúrgica em causa.)

que se prendem igualmente com a noção de que informação que não é requerida pela pessoa, pode ter um efeito contrário ao pretendido e gerar mais stress. Esses comentários foram os seguintes:

“Concordo, apesar de achar que este ponto pode ser gerador de *stress* para a pessoa que vai ser submetida a cirurgia (...) A questão de "O enfermeiro que realiza a VPO deve adaptar esta informação a cada pessoa..." é fundamental. Há pessoas que preferem não saber e serem confrontadas com estas informações pode contribuir para o aumento da ansiedade.”

Tendo em conta que a opinião deste(s) perito(s) se encontra em consonância com as evidências encontradas, nomeadamente no estudo de Pritchard (2010)⁶ e de Kiecolt-Glaser *et al*, (1998)⁷, considerámos razoável introduzir a seguinte recomendação no segundo questionário:

O enfermeiro perioperatório deve procurar conhecer as necessidades da pessoa e gerir de forma adequada a informação a fornecer.

A recomendação n.º11: **“Realizar os ensinamentos pré-operatórios, nomeadamente a importância do banho pré-operatório”** foi alvo de controvérsia, com 4 dos participantes a assinalar a opção “discordo” (15%). A opção “concordo” foi escolhida por 6 participantes (23%) e “concordo totalmente” pela maioria (n=16; 62%). O único argumento para quem discordou foi apontado por duas pessoas:

“Este ensino é da responsabilidade dos enfermeiros do internamento.”

Atendendo a que o consenso foi obtido e tendo em conta a importância da higiene pré-operatória e sua influência nos resultados cirúrgicos, não considerámos necessário submeter esta recomendação à segunda ronda do Delphi.

⁶ Pritchard (2010) defende que é essencial que o enfermeiro perioperatório tenha a capacidade de avaliar até que ponto a pessoa deseja ser informada e que tipo de informação procura, pois o facto de fornecer informação que a pessoa não deseja conhecer ou deixar por esclarecer questões que a mesma considera importantes, pode ter um efeito contrário ao pretendido e gerar ainda mais ansiedade.

⁷ Kiecolt-Glaser *et al*, (1998) estabelece que as pessoas demonstram melhor ajustamento quando as intervenções são adequadas às suas necessidades e portanto ao seu estilo de *coping*.

A recomendação n.º 13: **“No caso de prótese imprescindível para a comunicação e bem-estar da pessoa submetida a cirurgia (óculos e prótese auditiva nos casos de diminuição acentuada da acuidade visual e auditiva) esta pode acompanhar a pessoa até à indução anestésica e posteriormente na UCPA, desde que devidamente identificada com vinheta e guardada posteriormente em local próprio.”** dividiu também a opinião dos peritos. Ainda que 18 participantes (n=69%) tenham concordado totalmente e 3 (12%) tenha escolhido a opção concordo, 3 peritos não têm opinião sobre este assunto (12%) e 2 discordam (8%). Foram realizados os seguintes comentários:

“Se não houver inconveniente para a intervenção cirúrgica/anestesia; o utente poderá fazer-se acompanhar dos adornos.”

“No meu serviço não é autorizado. Mas se conseguirem, ótimo! Mas não se esqueçam que é mais uma função para o enfermeiro de anestesia: vigiar a presença de próteses no intra-operatório.”

“No caso de óculos ou de prótese auditiva poderá acompanhar a doente ao bloco.”

Tendo em conta que todos os comentários são reforços positivos à recomendação e que o critério de consenso de inclusão foi atingido, esta recomendação não necessita ser alvo de nova avaliação pelos peritos.

Relativamente à recomendação n.º14: **“Explicar a necessidade e importância de manter jejum superior a 6 horas de alimentos e de líquidos”** apenas 1 perito discordou (4%) justificando que:

“Existem diversos estudos que contrariam a necessidade de jejum absoluto antes da cirurgia.”

Moro (2004) afirma que o objetivo do jejum pré-operatório é diminuir o risco e o grau de regurgitação do conteúdo gástrico, prevenindo assim a aspiração pulmonar e suas consequências.

De facto, estudos recentes relativos ao jejum pré-operatório sugerem períodos menores de jejum, principalmente para líquidos, permitindo maior conforto às

peessoas submetidas a cirurgia e menor risco de hipoglicemia e desidratação, sem aumentar a incidência de aspiração pulmonar perioperatória (Correia e Silva, 2004).

Macuco (1998) partilha a mesma opinião referindo que existem vários benefícios quando as pessoas submetidas a cirurgia, principalmente as crianças, ingerem líquidos antes da anestesia, incluindo aumento da satisfação e diminuição da irritabilidade, aumento do pH gástrico, diminuição do risco de hipoglicemia, lipólise e desidratação. Afirma por esse motivo, que o jejum pré-operatório prolongado deve ser abandonado, uma vez que o jejum pré-operatório aumenta o stresse metabólico induzido pelo tratamento cirúrgico.

Moro (2004), Correia e Silva (2004) e Macuco (1998) partilham a mesma opinião, afirmando que o período de jejum pré-operatório tem sido reconsiderado nalguns hospitais a nível internacional para cirurgias eletivas, sendo que alguns permitem a ingestão de líquidos claros (água, chá, sumos sem polpa) até duas horas antes da indução anestésica. Moro (2004) afirma que para sólidos o jejum deve ser de 6 horas para chá e torradas e 8 horas para outro tipo de refeição.

No entanto, este tipo de recomendações ainda não foi adotado neste hospital em questão, pelo que incumprimento de jejum é critério para adiar a cirurgia. Por esse motivo e tendo em conta que 20 participantes concordaram totalmente (77%) e 5 concordaram (19%), esta será uma das recomendações a ser incluídas na NOC final.

O consenso de inclusão para a recomendação n.º 15 **“Explicar a necessidade de tricotomia (nos casos em que assim se aplique) o mais próximo possível do tempo operatório”** foi obtido através da opinião de 17 peritos que concordaram totalmente (65%) e de 6 que concordaram (23%). Apesar de nenhum participante ter discordado ou discordado totalmente, 3 não têm opinião sobre o assunto (12%). Os comentários registados foram os seguintes:

“Depende dos protocolos dos serviços. Em muitos já não se aplica, muitas vezes ocorre no BO. Penso que em neurocirurgia há necessidade de perguntar se lhe falaram nesse aspeto e o que foi combinado entre o

cirurgião e o doente. A questão do "mais próximo possível do tempo operatório" é discutível..."

De facto, a questão da tricotomia tem sido alvo de controvérsia e as recomendações têm divergido ao longo do tempo: se deve ou não ser realizada, e se deve ser realizada no BO ou ainda no internamento.

A mais recente evidência científica diz respeito à Norma 024/2013 emanada pela Direção-Geral da Saúde (DGS) que estabelece que a tricotomia não deve ser realizada. Também Carvalho (2010) defende que a tricotomia deve ser evitada sempre que possível, uma vez que as micro lesões que esta pode provocar na pele, podem ser uma fonte de contaminação da ferida cirúrgica (Carvalho, 2010).

As recomendações para a prevenção da infeção do local cirúrgico do Instituto Dr. Ricardo Jorge (2004) também sugerem que a tricotomia deve ser evitada mas quando necessário esta deve ser realizada com máquina elétrica (de forma a evitar a laceração da pele), o mais próximo possível do tempo cirúrgico.

Também Carvalho (2010) afirma que estas máquinas de barbear, por deixarem pequenos cotos pilosos, não lesam a epiderme, evitando-se assim a colonização bacteriana. Além do mais, devem ter o mecanismo de corte descartável. Neste sentido, a AESOP (2006, p. 56) defende que o "conceito atualmente defendido de não tricotomia ou tricotomia mínima realizada já no Bloco Operatório está suficientemente apoiado pela investigação".

Sendo esta uma decisão da equipa cirúrgica, é fundamental que o enfermeiro que realiza a VPO tenha conhecimento se a tricotomia será ou não realizada, em que extensão do corpo será realizada e em que momento, de forma a informar detalhadamente a pessoa que será submetida a cirurgia. Tendo em conta que esta questão depende da especialidade e do tipo de cirurgia a que a pessoa é submetida, e sendo esta uma NOC que pretende ser transversal a todas as especialidades cirúrgicas, não é possível redigir esta recomendação de forma mais detalhada.

Os próprios enfermeiros detêm o conhecimento e as competências de forma a fornecer informação adequada e verdadeira, consoante o caso. Pelos motivos

mencionados e principalmente pelo facto de ter sido atingido o consenso de inclusão, esta recomendação não será incluída na segunda ronda do Delphi.

Apesar da recomendação n.º16: **“Fornecer informações complementares sobre hora prevista da ida ao Bloco Operatório, tipo de transporte e tempo aproximado de permanência no Bloco Operatório e na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos.”** ter sido alvo de consenso quanto à sua inclusão na NOC, com 14 participantes (54%) a concordar totalmente e 10 (38%) a concordar e de apenas 1 perito ter discordado (4%) e 1 não ter opinião (4%), foram fornecidas algumas sugestões de elevada pertinência e relevância:

“A hora prevista pode ser dada mas fornecendo sempre informação que essa hora pode ser alterada no dia da cirurgia.”

“Se perceptível que aumente a ansiedade deve-se equacionar dizer apenas que será operado durante o período da manhã ou da tarde”.

“Avisar dos atrasos que muitas vezes ocorrem para estarem preparados para esse problema.”

“Não se aplica no nosso bloco operatório.”

“Depende sempre de caso para caso. Há situações em que será benéfico não adiantar informação acerca dos “tempos” cirúrgicos mas em regra geral os utentes sentem este tipo de informação como uma necessidade importante.

Atendendo à relevância destes comentários, esta recomendação será reformulada e introduzida no segundo questionário da seguinte forma: **“Fornecer informações complementares sobre hora prevista da ida ao Bloco Operatório e tempo aproximado de permanência no Bloco Operatório e na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, sempre que essa informação for do interesse da pessoa submetida a cirurgia e alertando para a possibilidade de existirem atrasos ou alterações à hora prevista.”**

De modo a que esta recomendação não fique demasiado extensa, e atendendo ao facto das informações sobre o tipo de transporte não terem sido alvo de sugestões, esta parte da recomendação manter-se-á.

A recomendação n.º 21: **“Explicar que depois de acordar poderá ser transferido para a UCPA e só depois para o serviço de internamento”** também foi alvo de consenso de inclusão com 17 peritos a escolherem a opção “concordo totalmente” (65%) e 7 a opção “concordo” (27%). Registou-se ainda 1 “discordo” (4%) e 1 “sem opinião” (4%). Apesar do consenso, a validade dos comentários realizados levou-nos a realizar algumas alterações à recomendação e submetê-la à segunda ronda. Os comentários foram os seguintes:

“Não se aplica no nosso bloco operatório.”

“Explicar o porquê dessa necessidade”.

“Ou mesmo outros serviços como UCM ou UCI.”

De acordo com estas sugestões, a recomendação será apresentada no segundo questionário da seguinte forma: **“Explicar, nos casos em que se aplique, que depois de acordar poderá ser transferido para a Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, Unidade de Cuidados intensivos (ou outros serviços, dependendo do tipo de cirurgia) e justificar a razão dessa necessidade.”**

A recomendação n.º 22: **“Abordar o problema da dor, explicando que atualmente é possível fazer um controlo analgésico rigoroso que alivie este sintoma.”** obteve unanimidade no consenso de inclusão: 22 peritos concordaram totalmente (85%) enquanto 4 escolheram a opção “concordo” (15%). Ainda assim, e à semelhança do que sucedeu com outras recomendações, a validade e pertinência dos comentários realizado pelos peritos, justifica que seja elaborada uma nova recomendação e submetida à segunda ronda do Delphi. De acordo com o comentário,

“O enfermeiro deve saber se o doente já teve algum esclarecimento sobre as escalas de avaliação da dor para a poder classificar. Caso não tenha sido feito é importante que seja feito ensino nesta área. Não esquecer que a dor é considerada o quinto sinal vital pela sua necessidade de avaliação e

registro. Sendo a dor um fenómeno na maioria das vezes presente no pós-operatório imediato é importante considerá-lo logo no pré-operatório. O controlo da dor constitui uma das principais preocupações dos utentes.”

foi elaborada a seguinte recomendação: **“Explicar o que são e como funcionam as escalas de avaliação da dor, permitindo que a pessoa se familiarize com as mesmas.”**

Desta forma, o enfermeiro perioperatório deve solicitar aos enfermeiros da UCPA e do serviço de internamento a escala de dor utilizada, de modo a poder dá-la a conhecer à pessoa proposta para cirurgia.

A recomendação n.º 23: **“Explicar que a Unidade de Cuidados Pós-anestésicos é um espaço de acesso restrito, motivo pelo qual apenas poderá ter visitas quando voltar ao internamento. Informar que apesar dessa condicionante, os familiares ou pessoa significativa pode procurar informações tocando à campanha da entrada do Bloco Operatório”** obteve consenso de inclusão com 17 pessoas que concordaram totalmente (65%) e 8 pessoas que escolheram a opção “concordo” (31%). Apenas 1 perito não tem opinião sobre o assunto (4%).

Relativamente a esta recomendação foram realizados alguns comentários interessantes, mas que se relacionam sobretudo com a dinâmica organizacional de cada BO, pelo que não serão consideradas para a presente NOC. No entanto são sugestões extremamente interessantes para o desenvolvimento de outros projetos relativos à informação aos familiares. Os comentários foram os seguintes:

“Tocar à campanha do bloco pode ser uma alternativa, no entanto essas informações podem ser dadas de forma diferente, devem ser referentes ao modo como está preconizado no BO. Existem alguns BO que enviam SMS para os familiares, outros que têm um sistema de informações que humanizam o contacto com os familiares. Ou realizando contacto telefónico.”

Como o serviço em causa não dispõe de nenhum dos métodos referidos, as informações são fornecidas no BO. Optámos desta forma por manter a recomendação.

24. Avaliar o nível de ansiedade do pessoa através da comunicação verbal e não verbal. Esta recomendação obteve consenso de inclusão, uma vez que 23% dos participantes concordaram (n=6) e os restantes 77% concordaram totalmente (n=20).

No entanto, um dos participantes realizou um comentário muito pertinente: “O nível de ansiedade pressupõe a utilização de escalas de avaliação.” o que nos levou modificar esta recomendação e submetê-la a nova avaliação pelos peritos na segunda ronda do Delphi. A recomendação foi redigida da seguinte forma: **“Verificar o estado de ansiedade da pessoa submetida a cirurgia através da comunicação verbal e não verbal.”**

Relativamente à recomendação n.º 26: **“Após a VPO, o Enfermeiro perioperatório regressa ao BO, onde termina os registos na ficha de registo da visita pré-operatória e transmite a informação mais relevante aos colegas escalados nas funções de circulação e instrumentação para o dia da cirurgia”** foram apresentados os seguintes comentários:

“Se conseguirem ótimo! Isso é complicado pois após a VPOE, parte da equipa de enfermagem já não está no serviço. Isto acontece, porque nós fazemos a VPOE no final da tarde (que é quando os doentes já se encontram internados) e a essa hora já só permanecem os enfermeiros do recobro (2 enf.) que é quem faz a VPOE.”

“Não necessita de ser imediatamente após a VPO, ou no mesmo dia. No entanto é importante envolver toda a equipa de enfermagem presente em sala.”

Apesar de 5 peritos concordarem (19%) e 20 concordarem totalmente (77%), 1 perito discordou (4%). Ainda que o consenso de inclusão tivesse sido obtido, concordamos que a opinião do perito que deixou o comentário acima deve ser considerada.

Nesse sentido, a partir da recomendação anterior, surgem duas recomendações: a primeira parte mantém-se, uma vez que não foi contestada: **“Após a VPO, o enfermeiro perioperatório regressa ao BO, onde termina os registos na ficha de registo da visita pré-operatória.”** Da segunda parte, surge uma recomendação reestruturada da seguinte forma: **“O enfermeiro que realiza a VPO é responsável por transmitir a informação mais relevante aos colegas escalados nas funções de circulação e instrumentação para o dia da cirurgia.”**

Na recomendação n.º27: **“No dia da cirurgia, o enfermeiro responsável por receber a pessoa no transfer do Bloco Operatório, deve ler a ficha de registo da VPO (caso não tenha sido o mesmo a realizar a Visita Pré-operatória) e adicioná-la ao processo clínico.”** Também se registou consenso de inclusão com 18 peritos a concordarem totalmente (69%) e 8 a escolherem a opção “concordo” (31%).

Registaram-se dois comentários, no entanto neste caso não será reformulada a recomendação, uma vez que estes comentários não se aplicam ao BO para o qual se pretende desenvolver a NOC. Os comentários foram os seguintes:

“Este será um procedimento para aqueles serviços que ainda não estão informatizados e aqueles que já o têm? É o que se passa no meu serviço.”
“O ideal, seria o enfermeiro que realizou a Visita pré-operatória, preferencialmente escalado para as competências de apoio à anestesia, acolhesse a pessoa no transfer do Bloco Operatório, no sentido de minimizar / controlar a ansiedade da pessoa e confirmar com o utente a validade dos dados.”

Em relação ao último comentário, já existe uma recomendação que estabelece que quem realiza a VPO deve ser preferencialmente o enfermeiro que recebe e acolhe a pessoa no BO no dia da cirurgia.

No entanto, no BO para o qual esta NOC está a ser desenvolvida, grande parte dos enfermeiros trabalha em horário de *roulement*, o que pode implicar que nem sempre seja possível cumprir com esta recomendação. Tendo em conta que

quando se elabora uma NOC, é necessário atender às exceções e encontrar soluções alternativas, esta recomendação será mantida.

As recomendações n.º2, 7, 8, 10, 12, 17, 18, 19, 20 e 25 por terem apresentado resultados consensuais logo nesta ronda (com grau de concordância superior a 75% e sem comentários registados) não serão analisadas de seguida, encontrando-se a apresentação dos dados no Apêndice 9.

Em síntese, analisados todos os dados quantitativos e qualitativos, podemos constatar que:

- Nenhuma recomendação foi excluída por consenso de exclusão;
- Um total de dez recomendações serão automaticamente incluídas na NOC final por terem obtido uma percentagem superior a 75% de concordância;
- Apenas duas recomendações não obtiveram consenso (n.º 3 e n.º 4), pelo que necessitam de ser submetidas a uma segunda ronda;
- Das recomendações que obtiveram consenso de inclusão (grau de concordância superior a 75%), foram reformuladas 7 recomendações (n.º 5, 9, 16, 21, 22, 26, 24) de acordo com as sugestões dos peritos que são suportadas pela evidência científica;
- Foram incluídas na NOC sem sofrer nova avaliação na segunda ronda de questionários, as recomendações n.º1, 2, 6, 11, 13, 14, 15, 23 e 27, por cumprirem, pelo menos um, dos seguintes critérios:
 - ✓ Recomendações que obtiveram consenso de inclusão na primeira ronda do Delphi;
 - ✓ Recomendações que foram alvo de sugestões/comentários que não foram consideradas aplicáveis à realidade do serviço para o qual a NOC está a ser desenvolvida;
 - ✓ Recomendações que foram alvo de reforços favoráveis;
 - ✓ Recomendações que são apoiadas pela evidência científica;

Tendo em conta os resultados da primeira ronda, o segundo questionário foi composto por 9 recomendações, e submetido a avaliação, de acordo com a mesma escala de Likert utilizada no questionário anterior.

Desta forma, foi enviado novo *e-mail* aos 37 peritos inicialmente selecionados, com os resultados do primeiro questionário, a justificação da necessidade de realizar uma segunda ronda e o *link* para acederem ao segundo questionário.

O questionário e o *e-mail* encontram-se respetivamente nos Apêndices 10 e 11.

2.3.3.4 – Análise e discussão dos resultados da segunda ronda de questionários

Na segunda ronda, verificou-se que dos 37 peritos que aceitaram participar no estudo, apenas foram respondidos 16 questionários o que corresponde a uma taxa de resposta de 43%.

Sumariamente, todas as recomendações foram alvo de consenso de inclusão, o que exclui a necessidade de uma terceira ronda de Delphi. Das 9 recomendações, 8 obtiveram consenso de inclusão de 100%.

De todas as recomendações, a única que poderia suscitar alguma dúvida quanto à sua inclusão, seria a recomendação n.º 2: **“A VPO deve ser realizada em horário a definir entre o BO e os serviços de internamento”**, uma vez que duas pessoas assinalaram a opção “discordo” e duas a opção “sem opinião” (12,5%).

Desta forma, o consenso de inclusão foi obtido no limite: 75%, sendo que 7 peritos concordaram totalmente (44%) e 5 escolheram a opção “concordo” (31%).

Foram ainda registados os seguintes comentários:

“Mas com a seguinte condição: "A VPO deve ser realizada em horário, no período compreendido entre as 14:00 e as 16:00" Justificação: Por forma a não interferir com a dinâmica funcional de ambas as partes - BO e Serviços de Internamento - o ideal, é a VPO ser realizada no período proposto, atendendo ao término das cirurgias programadas e a possibilidade de interação com os familiares próximos, no horário das visitas.

“O meu serviço não tem possibilidade de estabelecer um horário fixo.”

Ainda que nesta recomendação não se tenham obtido resultados unânimes (como aconteceu com 87,5% das recomendações), o consenso foi obtido, pelo que não existe justificação para realizar uma terceira ronda de questionários.

É ainda necessário ter em conta que esta recomendação já tinha sido alvo de reformulação, por não ter obtido consenso na primeira ronda do Delphi e que a sua reformulação teve em conta as sugestões dos peritos.

Relativamente aos comentários realizados, o horário para a VPO não tem de ser rígido. O que é estabelecido com esta recomendação, é que o horário para a realização seja acordado entre o BO e o serviço de internamento, no entanto esse horário pode ser um período relativamente alargado, que permita ao enfermeiro perioperatório gerir o seu tempo de forma a assegurar todas as atividades que tem planeadas para o seu turno.

Os resultados das restantes recomendações, cujo consenso foi atingido sem que fossem levantadas questões ou realizadas sugestões pelos peritos, encontram-se no Apêndice 12.

Terminada esta segunda ronda, foi possível obter a NOC da VPO após Delphi, que se encontra em Apêndice 13.

2.3.4 – Objetivo 4 - Divulgar a versão final após Delphi da NOC da VPO à equipa de enfermagem do Bloco Operatório.

À semelhança de todas as outras fases da investigação, também na fase de divulgação dos resultados, existem determinados princípios éticos que devem ser respeitados. Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) defendem que a divulgação dos resultados é um dever ético do investigador.

Martins (2008) afirma que na divulgação dos resultados não devem ser omitidos possíveis aspetos negativos ou hipóteses não confirmadas, limitações do estudo e a possibilidade, ou não, de generalização dos resultados.

Mesmo que os resultados não sejam os esperados, o investigador tem o dever ético de os tornar públicos, pois apenas desta forma é possível evitar a repetição de outros estudos semelhantes e infrutíferos, em vez de se contribuir para “a realização de outros que concorram para a validação dos resultados em contextos diferentes e/ou através de diferentes metodologias ou estratégias e assim resultem em ganhos verdadeiramente pertinentes” (Martins, 2008, p. 65).

Atendendo a este princípio ético, procurámos que este relatório refletisse todos os resultados obtidos. Mesmo nos casos em que os peritos discordavam com as recomendações elaboradas ou até mesmo quando o consenso não foi obtido na primeira ronda do Delphi, os resultados foram apresentados e divulgados e as recomendações alvo de comentários ou de dispersão de concordância foram submetidas a nova ronda de questionários.

Martins (2008) e Nunes (2013) afirmam que não deverá ser possível identificar nenhum dos participantes, nem a própria instituição onde decorreu a investigação, na divulgação dos resultados, exceto se a mesma autorize formalmente. Também esse princípio foi salvaguardado ao longo do relatório, não só através da omissão da instituição, mas também da omissão de todos os dados passíveis de identificar o serviço, o hospital e as pessoas que de alguma forma intervieram no processo.

Roque, Bugalho e Vaz Carneiro, (2007) defendem que a divulgação dos resultados, corresponde à comunicação da informação obtida com a investigação, aos diversos profissionais de saúde, aos administradores e gestores, assim como à população a que se destina, de maneira a contribuir para uma melhoria de conhecimento e capacidades práticas.

No mesmo sentido, Ruivo, Ferrito e Nunes, (2010, p. 32,) afirmam que “a divulgação dos resultados servem ainda para: permitir que as pessoas a quem são prestados os cuidados reconheçam os esforços realizados pela instituição no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados; fornecer evidência científica atual aos profissionais e servir de exemplo para outros serviços e instituições.”

De acordo com Martins (2008), a divulgação dos resultados pode ser conseguida de inúmeras formas, desde a publicação em formato papel ou eletrónica, às comunicações ou posters em eventos científicos.

No caso específico das NOCs, Ribeiro, (2010) estabelece que a etapa de disseminação dos resultados é fundamental para estimular a sua ampla utilização. Nesse sentido, os métodos utilizados pela equipa de elaboração da NOC para a disseminação são fulcrais.

De acordo com Roque, Bugalho e Vaz Carneiro (2007) a publicação de NOCs em revistas científicas não é suficientemente eficaz para divulgar as recomendações produzidas. As melhores vias de divulgação são, segundo os mesmos autores: panfletos, posters, correio eletrónico, revistas, televisão, jornais locais, regionais ou nacionais, entre outros. A distribuição da NOC deve ser gratuita, seja em suporte de papel ou informático.

Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) acrescentam que a divulgação dos resultados pode ser conseguida também através do relatório do projeto, que permite não só transmitir a informação, como também convertê-la em conhecimento.

Neste sentido, a elaboração deste relatório foi fundamental, uma vez que possibilitou sintetizar toda a informação relevante relativa ao desenvolvimento do projeto, de forma organizada e sistematizada, informação essa que será divulgada através da publicação do presente relatório no Repositório do IPS.

Ainda assim, tendo em conta que os principais resultados deste projeto dizem respeito às recomendações estabelecidas pela NOC da VPO, e que de acordo com Roque, Bugalho e Vaz Carneiro (2007) a apresentação da NOC completa é desaconselhada, uma vez que na maioria das vezes se trata de um documento demasiado extenso, procurámos outras formas de divulgação complementares de forma a divulgar o sumário das recomendações e dos resultados mais significativos desde projeto.

Nesse sentido, foi planeada uma sessão de divulgação do projeto e da NOC da VPO à equipa de Enfermagem do BO onde decorreu o estágio, de forma a sensibilizar a equipa para a importância da VPO, para partilhar o processo e os resultados e também para familiarizar os enfermeiros com as recomendações estabelecidas pela NOC.

Esta sessão de divulgação é fundamental, já que a participação ativa de todos os elementos da equipa, ainda que seja somente na fase de divulgação dos resultados, garante maior motivação e adesão dos enfermeiros para a futura implementação da VPO.

Para a concretização desta sessão, informámos a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora da necessidade de divulgar o projeto à equipa. Tendo em conta que a Enfermeira Orientadora é a responsável pela formação em serviço, a Enfermeira Chefe incumbiu-a de tomar total responsabilidade pelos aspetos inerentes à sessão de divulgação. Começamos por elaborar o plano da sessão (Apêndice 14) no qual foram organizados os temas a abordar e o tempo destinado a cada tema. Posteriormente elaborámos um documento de divulgação da sessão para afixar na sala de Enfermagem.

Lamentavelmente, não nos foi possível concretizar esta atividade durante o período de estágio, uma vez que uma parte significativa da equipa de enfermagem se encontrava de férias. Divulgar a NOC num momento onde parte da equipa se encontrava ausente do serviço não teria o impacto desejado, pelo que preferimos fazê-lo num momento mais oportuno e produtivo. Desta forma, a sessão ficou agendada para data posterior à entrega do relatório.

2.4 - AVALIAÇÃO DO PROJETO

Durante a descrição da execução do projeto, descrevemos de que forma cada um dos objetivos foi atingido e o caminho percorrido para o atingir. Nesta fase, importa refletir acerca dos contributos que cada objetivo trouxe para o projeto, pois na perspetiva de Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), avaliar um projeto implica a verificação da consecução dos objetivos inicialmente definidos.

Relativamente ao primeiro objetivo (Fundamentar a importância da VPO), podemos afirmar que a sua consecução foi determinante para o desenvolvimento de todo o projeto.

Foi com base na importância da VPO a diferentes níveis que este trabalho cresceu. Por outro lado, seria infrutífero desenvolver uma NOC numa área sem antes provar, a utilidade e pertinência do tema que lhe dá origem. Além do mais, desenvolver um projeto numa área onde não existem certezas da sua importância, é contraproducente, tendo em conta os princípios éticos que norteiam a investigação. Sobre este aspeto, Martins (2008, p. 64) refere que *“deve ser claro desde o início que a investigação terá repercussões positivas sobre os investigados ou, pelo menos, no bem comum e não é primariamente conduzida para ganhos pessoais, individuais do investigador ou de um grupo de investigadores”*.

Neste sentido, a realização da RSL foi um contributo determinante para que este objetivo fosse alcançado, uma vez que permitiu obter resposta face à pergunta: “Qual a importância da VPOE em clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva?” recorrendo, a métodos sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes e selecionar e analisar os dados dos estudos incluídos na revisão. A resposta encontrada através da RSL foi fulcral, pois justifica, com base na mais recente evidência científica, a importância da VPO.

Ao comprovar a importância da VPO, esta RSL permitiu demonstrar que o desenvolvimento de um projeto nesta área tem pertinência científica e trará benefícios quer a nível do conhecimento científico, como para as pessoas submetidas a cirurgia a quem seja realizada a VPO.

O segundo objetivo (elaborar a versão preliminar da proposta da NOC da VPO) foi também atingido, embora algumas limitações tenham perturbado a sua consecução, nomeadamente a escassez de informação e de evidência científica.

Nesse sentido, foram encontradas estratégias eficazes para ultrapassar essas limitações. A realização das VPOs exploratórias assim como o recurso a testemunhos de pessoas com experiências na área foram determinantes para conseguirmos construir a versão preliminar da NOC da VPO. Ainda assim, era imperativo que esta versão preliminar fosse validada e nesse sentido o Método de Delphi surgiu como determinante para alcançar o terceiro objetivo.

O Método de Delphi permitiu não só apurar a opinião de um grupo de peritos na área da VPO relativamente às recomendações sugeridas, como também, obter novas sugestões no sentido de melhorar as recomendações. Este aspeto foi determinante não só para alcançar este objetivo como para o desenvolvimento de todo o projeto. Ainda que faça parte das características deste Método, permitir que os peritos registem a sua opinião e os seus comentários, foi surpreendente a forma ativa como estes participaram.

A pertinência das sugestões registadas contribuiu para a melhoria da versão da NOC da VPO após Delphi, melhoria essa que não teria sido tão significativa se os peritos se tivessem limitado a assinalar o grau de concordância relativamente a cada recomendação.

O quarto objetivo diz respeito à divulgação da versão definitiva da NOC da VPO à equipa de enfermagem do Bloco Operatório onde foi realizado o estágio. Este foi o único objetivo que não foi totalmente concretizado durante o estágio. Tal como foi explicado durante a descrição da execução do projeto, e apesar da sessão de divulgação ter sido devidamente planeada e agendada, a data escolhida teve de ser, necessariamente posterior à data de entrega do presente relatório, devido ao número significativo de enfermeiros ausentes do serviço. Tendo em conta que

realizar a sessão durante o período de redução de atividade do BO, não iria ter o impacto pretendido, considerámos ser mais proveitoso realizar a sessão num momento em que a maioria da equipa pudesse participar.

Fazendo uma retrospectiva ao processo de desenvolvimento deste projeto, depreendemos que existe um aspeto que poderia ser alvo de ajuste num projeto futuro que surja para dar continuidade ao presente trabalho. Sugerimos assim, que na continuidade desde projeto, os enfermeiros da equipa do BO onde foi desenvolvido o estágio realizem, durante um determinado período de tempo, a VPO de acordo com a NOC após Delphi que resultou deste projeto, de forma a validarem a aplicação prática da mesma. Terminado esse período, a equipa de enfermagem deveria reunir, de forma a realizar os ajustes necessários e dar por terminada a versão final da NOC da VPO para aquele serviço.

Tendo em conta que as NOC devem ser sujeitas a revisão periódica, os enfermeiros que se tivessem disponibilizado para realizar essas primeiras VPOs seriam os responsáveis pela revisão, na data estipulada na NOC final após Delphi (Setembro de 2016) ou antes, caso a atualização científica assim o determine ou se forem encontrados erros/falhas.

Este período de três anos entre cada revisão é o período máximo estabelecido por Roque, Bugalho e Vaz Carneiro (2007). De acordo com os mesmos autores, esta medida permite identificar falhas que não tivessem sido reconhecidas antes da implementação da NOC e corrigi-las.

Consideramos este projeto uma mais-valia para o serviço onde o estágio foi realizado, uma vez que criou as condições necessárias para solucionar o problema que surgiu no Diagnóstico de Situação como sendo o mais premente – o comprometimento da qualidade dos cuidados prestados pela inexistência de VPO.

Existem no entanto outras questões, de caráter institucional e fora do nosso âmbito de intervenção que podem funcionar como barreira à implementação desta NOC e conseqüentemente da VPO.

Esse será eventualmente o aspeto negativo associado ao projeto. Ainda que, inicialmente nos tenha sido referida a dificuldade em implementar a NOC a médio prazo, esperamos que este projeto facilite a implementação da VPO e, acima de tudo, aumente a motivação e o interesse na sua realização, pelo que ressaltamos a utilidade deste projeto.

Temos, pois, a convicção que a sua publicação e divulgação será uma contribuição importante para fortalecer a evidência numa área ainda tão pouco explorada, permitindo que outros investigadores possam recorrer a esta NOC, aprimorando-a e atualizando-a.

Em qualquer uma das hipóteses, este projeto pode contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia e esse é, indubitavelmente, o aspeto mais positivo deste projeto.

3- ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Na reta final de um longo percurso de aprendizagem, é inevitável a realização de um balanço onde, de forma crítica e reflexiva, são avaliados os diferentes contributos proporcionados pelo MEPO.

A formação especializada em Enfermagem Perioperatória adquirida através do MEPO, visa preparar enfermeiros na área de cuidados perioperatórios, tendo em vista a prestação de cuidados de qualidade, rumo à excelência, assegurando cuidados humanizados e individualizados, o controlo da infeção e a segurança da pessoa e da equipa cirúrgica, desenvolvendo competências que permitirão ao enfermeiro decidir e responsabilizar-se sobre os cuidados.

Os momentos de reflexão, análise e prática clínica, que este curso nos facultou, conduziram ao desenvolvimento de uma série de competências essenciais à prestação de cuidados de enfermagem no período perioperatório, baseados na mais recente evidência científica e focados na pessoa submetida a cirurgia.

A aquisição dessas competências serve de alicerce para uma prestação de cuidados por enfermeiros competentes, capazes de assegurar um ambiente seguro e de responder de forma efetiva a situações de grande complexidade.

A AESOP (2006), defende que a situação de dependência em que a pessoa submetida a cirurgia se encontra, exige a presença de enfermeiros qualificados para fornecerem a melhor resposta às necessidades que a pessoa não consegue satisfazer por si própria. Esta perspetiva vai ao encontro dos pressupostos defendidos por Virgínia Henderson. A pessoa submetida a cirurgia “necessita de cuidados especializados, que devem ser prestados por profissionais com competências específicas” (AESOP, 2006, p. 7).

Esta ideia reporta-nos para a batalha travada ao longo de muitos anos pela AESOP para que a Enfermagem Perioperatória seja reconhecida como especialidade, enumerando como principais motivos: a contribuição para a melhoria da qualidade os cuidados, maior realização profissional dos enfermeiros perioperatórios e um ambiente de trabalho em equipa mais harmonioso (AESOP, 2006).

O MEPO veio concretizar a determinação dos Enfermeiros Perioperatórios Portugueses que tanto lutaram pela afirmação e reconhecimento desta área da Enfermagem. Coube-nos a nós, a honra de sermos os primeiros estudantes a passar por um processo de três semestres de metamorfose, que nos veio transformar em enfermeiros mais competentes e capacitados. Resta-nos agir como tal e continuar esta luta, primando sempre pela excelência na qualidade dos cuidados prestados e pela continuidade deste processo de formação.

Uma das convicções com que terminamos este Curso de MEPO, é que somos profissionais diferentes do que eramos quando iniciámos esta longa caminhada. A maturidade profissional que conseguimos atingir, é um grande troféu e resulta do intercâmbio colossal de experiências, informações, conhecimento e evidência científica de que este curso nos dotou.

Além das aulas, da bibliografia consultada e da troca de experiências e vivências profissionais entre professores e estudantes e, inclusivamente, entre os próprios estudantes, há outro aspeto que se revelou um veículo fulcral para aquisição e desenvolvimento de competências: a realização do Estágio. A aprendizagem realizada ao longo do Estágio surge da reflexão crítica acerca das práticas à luz do conhecimento adquirido ao longo de todo o Curso.

Falar de competências do enfermeiro perioperatório implica fazermos uma breve, mas profunda reflexão sobre o que os peritos pensam acerca de competência, competência profissional do enfermeiro e como poderá ser o processo de desenvolvimento e aquisição das mesmas.

Cabral (2004) afirma que a competência em Enfermagem poderá ser definida por um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades resultando na valorização e no desenvolvimento profissional que se vai manifestando em

situações concretas de trabalho. A AESOP (2006, p. 172) define competência como “um conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o desempenho global do conteúdo funcional do Bloco Operatório”.

De acordo com Cabral (2004), a competência é cimentada no tempo e desenvolvida ao longo de um percurso profissional, repleto de experiências e projetos, de estudos e de atividades, de desenvolvimento operativo e afetivo tendo em conta a filosofia do cuidar. A mesma autora afirma que ser competente, não é um estado ou um conhecimento adquirido, pois não se reduz a um saber, nem a um saber fazer. Podemos ter conhecimentos, mas não conseguir mobilizá-los no devido momento.

De acordo com Oliveira, *et al* (2009), não existe uma definição única do conceito “competência”. Os mesmos autores entendem “competência” como a capacidade de abarcar os mais variados recursos, de forma criativa e inovadora e não somente no uso estático de regras aprendidas. Esta definição vem salientar a importância da realização do percurso de carácter reflexivo para o qual o MEPO nos encaminhou. Assim sendo, a competência implica a mobilização de conhecimentos adquiridos e experiências prévias, de modo a desenvolver respostas eficazes face aos problemas diagnosticados no local de estágio. Para tal é necessário recorrer a diversos esquemas de perceção, pensamento, avaliação e ação.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), no regulamento das competências comuns ao enfermeiro especialista, determina que: “A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (2010, p.2).

Oliveira, *et al* (2009) classificam as competências em: competências técnicas, cognitivas, relacionais, intelectuais, sociais e políticas.

Segundo os mesmos autores, as **competências técnicas**, são de domínio apenas de determinados especialistas, as **cognitivas** a base de qualquer ação, as **competências intelectuais** estão relacionadas à aplicação de aptidões

mentais, como a capacidade de percepção e discernimento. As **competências sociais e políticas** implicam relações e interação social. As **competências empresariais e organizacionais** são aquelas que permitem a gestão e organização de determinada instituição e as **relacionais** englobam habilidades práticas de relação e interação humana.

O enfermeiro deve recorrer a todas estas competências desde o primeiro momento em que contacta com a pessoa, de forma a disponibilizar-lhe os recursos necessários à superação da situação problemática em que se encontra ou quando isso não é possível, ajudá-lo a viver essa mesma situação da forma mais equilibrada possível (Carabias e Bermejo, 1998).

De acordo com a OE (2010), os enfermeiros especialistas detêm **competências comuns**, ou seja, competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e que não se encontram relacionadas com a área na qual se encontram especializados. Essas competências verificam-se através de uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados assim como, através do apoio no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Os enfermeiros especialistas devem ainda ter desenvolvidas **competências específicas** que se relacionam com os processos decorrentes do campo de intervenção de cada especialidade. Um enfermeiro especialista tem competências específicas desenvolvidas quando demonstra “um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2010, p.3).

A Ordem dos Enfermeiros (2010) reconhece ainda as **competências acrescidas**. A complexificação constante dos conhecimentos e das práticas leva a uma mutação das necessidades decorrentes dos cuidados de saúde da população. Tal implica um ajustamento das competências dos enfermeiros, e a aquisição de novas competências, de forma a que estes sejam capazes de responder a essas necessidades, de forma dinâmica.

Este capítulo destina-se precisamente à análise de cada contributo para a aquisição de novas competências e à reflexão sobre o impacto que resultou do desenvolvimento das mesmas.

Serão analisadas de seguida, as competências definidas pelo ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória e estabelecidas pelo nº 4 do artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, alterado pelos Decreto-Lei nº 107/2008 de 25 de Julho e Decreto-Lei nº 230/2009 de 14 de Setembro.

Atendendo a que estas competências foram adquiridas de forma individual, os conteúdos relacionados com situações experienciadas em contexto de estágio, apresentam-se relatados na primeira pessoa do singular, ao contrário do restante relatório que, por se tratar de um trabalho de coautoria, se encontra na primeira pessoa do plural.

1- Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da Enfermagem Perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação.

A investigação deve ser a base do conhecimento. A análise crítica das práticas só tem validade quando realizada à luz da mais recente evidência científica. A competência profissional desenvolve-se, na prática profissional diária e na constante atualização científica. Quando deixa de existir empenho da parte do profissional para se manter atualizado, a sua prática deixa de ser baseada na mais recente evidência científica e a sua competência pode estar comprometida (Cabral, 2004).

De acordo com Martins (2008, p.68), a investigação é fundamental “para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social.”

Ao ingressar num Mestrado comprometemo-nos a trabalhar no sentido do desenvolvimento pessoal e profissional, assim como no desenvolvimento da

equipa que integramos, motivando o envolvimento constante na investigação e fomentando desta forma o desenvolvimento da Enfermagem.

A afirmação da individualização e autonomia da Enfermagem na prestação de cuidados de saúde deve-se sobretudo à investigação feita pelos enfermeiros e ao seu empenho em divulgar os resultados obtidos, razão que justifica a importância e a necessidade de continuar a desenvolver competências na área da investigação.

Enquanto futuros Enfermeiros Mestres e tendo em conta que seremos os primeiros Enfermeiros Perioperatórios com o Grau de Mestre a nível Nacional, essa responsabilidade é acrescida. A luta pela visibilidade e reconhecimento da Enfermagem Perioperatória depende em grande parte da nossa motivação para continuar a desenvolver projetos de investigação e de intervenção e da publicação dos resultados dos mesmos. Apenas desta forma será possível promover a prática de Enfermagem Perioperatória baseada na evidência.

O MEPO foi sem dúvida uma oportunidade de excelência para recorrer à investigação para melhorar e fazer evoluir a prática. Numa área que se encontra em constante evolução técnica e científica, a atualização científica constante dos Enfermeiros é uma exigência absoluta para uma prestação de cuidados de excelência. A atualização científica é parte inseparável do cuidar em Enfermagem Perioperatória e esta, por sua vez, é dependente do processo de investigação.

Este curso dotou-nos de uma panóplia de ferramentas fundamentais para iniciar e levar a cabo um projeto de investigação. Desta forma, este percurso académico tornou-nos capazes de realizar uma pesquisa em bases de dados primárias e secundárias com a certeza de que todos os estudos relevantes sobre o tema pesquisado foram encontrados, de saber como limitar os resultados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos e principalmente, de avaliar a evidência obtida, de forma a apurar a validade, relevância e aplicabilidade dos resultados na nossa prática clínica.

O desenvolvimento desta competência despoletou um sentimento de enorme satisfação profissional. É muito motivante saber que o resultado de meses de

pesquisa e de análise crítica culmina com a realização de um projeto que certamente trará resultados em termos de qualidade dos cuidados.

Ao longo destes três semestres de MEPO, fui capaz de realizar um Diagnóstico de Situação com base na metodologia FMEA, de forma a identificar e definir o problema mais proeminente do local de estágio, estabelecer objetivos, planejar e executar e avaliar intervenções. Todo esse percurso foi um enorme contributo para o meu aperfeiçoamento académico e profissional.

Também a Revisão Sistemática da Literatura teve um importante contributo para o desenvolvimento desta competência. A elaboração de um Artigo de Revisão Sistemática proporcionou-nos a aquisição de novos conhecimentos na área da Visita Pré-operatória, conhecimentos esses que permitiram fundamentar e construir o projeto.

O recurso ao método de Delphi foi também um desafio que estimulou o desenvolvimento de competências de investigação, não só porque implica a colheita e análise de dados mas principalmente porque as sugestões dos peritos não podiam ser consideradas como verdades absolutas ou como evidência científica. Essa é, como já foi anteriormente referido neste relatório, uma das limitações do método de Delphi: nem sempre a opinião de peritos traduz rigor científico. Foi por esse motivo necessário validar todas as sugestões, recorrendo à pesquisa, de forma apurar se de facto existia, ou não, evidência científica que comprovasse a opinião dos peritos. Somente do confronto entre o que era sugerido e a teoria poderiam emergir recomendações verdadeiramente válidas. Este processo, ainda que complexo, foi desta forma uma mais-valia não só para a validação da NOC da VPO, mas também para o desenvolvimento desta competência.

As competências não exigem apenas esforço na sua aquisição, precisam ser mantidas. Isto significa que a realização deste estágio não só foi responsável pelo desenvolvimento desta vertente, como também pelo brotar de uma vontade incessante de continuar a investigar, com vista à constante produção de mais conhecimento na área da Enfermagem Perioperatória.

2- Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da Enfermagem Perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.

Num ambiente revestido de complexidade como é o caso do Bloco Operatório é fundamental que a equipa de enfermagem se encontre dotada de elementos com competências ao nível da resolução de problemas face a situações inesperadas, de forma a orientar a equipa no processo de tomada de decisão, tendo por base conhecimentos baseados em evidência científica.

Segundo Martins (2008, p. 63), “procura-se com a investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica como a melhor forma de a enfermagem se desenvolver. Equacionando aquilo que faz, refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que atualmente se debate”.

Neste sentido, ao longo do MEPO fomos capacitados para reagir de forma proactiva e eficiente face a novos desafios, procurando e encontrando recursos apropriados para responder aos problemas e principalmente, para comunicar com eficiência à restante equipa as soluções encontradas, de forma a dotar os colegas da mesma capacidade de resolução de problemas semelhantes.

Abreu e Loureiro (2007) referem que na prática clínica os problemas não surgem bem estruturados, por vezes são ambíguos, confusos, complexos e por esse motivo não é possível considerar uma única solução. De acordo com estes autores, os estudantes devem em primeira instância identificar o problema, clarificar os conceitos, consciencializar-se sobre o que sabem, e depois identificar soluções viáveis usando tanto a criatividade como o pensamento crítico.

Também a Ordem dos Enfermeiros, (2010) reconhece a importância desta competência, estabelecendo que o enfermeiro deve ser capaz de otimizar o processo de cuidados no que diz respeito à tomada de decisão. Para tal, deve ser capaz de disponibilizar assessoria aos restantes elementos da equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários, colaborando nas decisões da

equipa multidisciplinar e reconhecendo quando é necessária a referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde.

Tendo em conta que muitas das reflexões realizadas neste relatório foram influenciadas pelas teorias de Virgínia Henderson, importa conhecer a sua opinião relativamente ao desenvolvimento desta competência. De acordo com Tomey e Alligood (2004), a abordagem de Henderson relativamente ao cuidar, era deliberativa e envolvia a tomada de decisão. De acordo com estes autores, Henderson defendia que o Processo de Enfermagem é baseado no processo de resolução de problemas.

Podemos assim depreender, que esta competência é encarada como algo inerente ao cuidar em Enfermagem e como tal, deve ser continuamente desenvolvida e aperfeiçoada.

Este estágio foi de facto uma oportunidade única para desenvolver esta competência, uma vez que coincidiu com uma fase de reorganização de práticas no serviço, derivada da fusão entre algumas especialidades cirúrgicas de dois hospitais.

O processo de fusão entre serviços é cada vez mais uma realidade que resulta da atual conjuntura política e económica que o país se encontra a atravessar. Este é um processo que implica obrigatoriamente a reestruturação da organização das práticas a nível de um serviço, processo esse que na maioria das vezes é muito complexo e moroso.

A fusão de especialidades implicou a chegada ao BO onde foi realizado o estágio de novos profissionais (cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e assistentes operacionais), novos materiais, e inevitavelmente práticas diferentes. Tendo em conta que esta fusão foi imposta aos profissionais e que nenhuma das partes tinha interesse que esta acontecesse, a reorganização destas duas especialidades no BO foi alvo de atitudes de resistência à mudança que muitas vezes se manifestavam por necessidade de sobrepor as práticas de um serviço em relação ao outro.

Mais do que tentar compreender de qual das práticas resultaria a melhor prestação de cuidados e de adotar aquela que fosse a mais correta, a preocupação dos profissionais, independentemente da categoria, era de manter as práticas às quais estavam mais habituados. Esta atitude, implicava muitas vezes uma prestação de cuidados caótica, com quebra na agilidade dos processos e insatisfação dos profissionais.

Face a este grave problema, procurei não só assumir uma postura conciliadora, como também encontrar a solução mais adequada. Para isso, comecei por identificar as práticas nas quais existia mais divergência, nomeadamente: a técnica de desinfeção da pele da área cirúrgica, o acolhimento da pessoa submetida a cirurgia e a organização da prestação de cuidados por funções (anestesia, circulação, instrumentação).

No que respeita à desinfeção do campo operatório, eram várias as diferenças entre as equipas. O mais curioso é que nalguns aspetos uma parte da equipa procedia da forma mais correta, noutras verificava-se o contrário.

Por exemplo, a equipa recém-chegada ao hospital, realizava uma preparação da pele tal como é preconizado pela AESOP (2006): o neurocirurgião ajudante procede à desinfeção cirúrgica das mãos, calça luvas esterilizadas e antes de vestir a bata estéril, utiliza uma mesa própria, previamente preparada pela enfermeira instrumentista, onde é colocado um oleado estéril com duas taças onde são colocados os desinfetantes e duas pinças, com compressas devidamente dobradas para facilitar a desinfeção (3 compressas dobradas para cada desinfetante). O gesto correto consiste em realizar movimentos circulares desde o local da incisão em direção à periferia, sem voltar a tocar na área já desinfetada.

Todo o material dessa mesa é rejeitado, assim como as luvas do neurocirurgião que realiza a desinfeção, que veste bata e calça novas luvas para colocar os campos cirúrgicos. A prática da outra equipa, falhava por não utilizar mesa própria nem pinças para a desinfeção: o neurocirurgião ajudante calça luvas estéreis, pede duas compressas à enfermeira instrumentista e procede à desinfeção diretamente com as mãos. Apenas são utilizadas duas compressas para cada

desinfetante, e as duas em simultâneo. Sem recurso a pinça, o profissional que realiza a desinfeção dificilmente consegue realizar a técnica corretamente, pois com muita facilidade volta a tocar com a compressa numa área já desinfetada.

Por outro lado, esta mesma equipa já tinha implementado um protocolo na preparação e desinfeção do couro cabeludo para realização de cirurgia craniana, quando ocorreu a fusão dos serviços. Este protocolo estabelece que a pessoa submetida a cirurgia deve lavar a cabeça com cloro-hexidina nas duas horas antes da cirurgia e já no bloco operatório (depois de devidamente posicionada com suporte de mayfield) é realizada uma desinfeção cirúrgica do couro cabeludo sem necessidade de tricotomia.

Esta desinfeção é realizada pela enfermeira circulante que calça luvas esterilizadas, e utiliza cloro-hexidina diluída em água destilada morna (estéril) na proporção de 1:1. Deve fazer uma pré-lavagem alargada, que abranja todo o couro cabeludo, rejeitar as compressas e realizar nova lavagem incidindo na zona da incisão, num total de 10 minutos, após os quais troca de luvas e retira a espuma com a ajuda do enfermeiro de anestesia, que coloca água destilada estéril da zona da incisão para a periferia. No final, o cirurgião marca a zona da incisão com um pente esterilizado e são colocados os campos cirúrgicos.

A outra equipa realiza o procedimento com a passagem com compressa e pinça de dois desinfetantes como foi anteriormente descrita, um deles de base alcoólica. No entanto, realiza uma tricotomia prévia, que ainda que seja mínima e imediatamente antes da incisão, é sempre um risco de proliferação microbiana e de infeção devido às micro lesões provocadas, pelo que de acordo com a evidência científica, nomeadamente Carvalho (2010), AESOP (2010) e Instituto Dr. Ricardo Jorge (2004), deve ser evitada.

Esta discrepância entre práticas conduzia inevitavelmente a uma desorganização dos cuidados com conseqüente quebra na eficiência e na qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros nem sempre estavam certos de qual a desinfeção a preparar e quando questionavam os cirurgiões, cada um preferia a prática à qual estava habituado. Sendo este um assunto que envolve toda a equipa multidisciplinar,

comecei por conversar com os enfermeiros, no sentido de lhes mostrar a evidência científica que prova qual a técnica mais correta, em cada caso.

De seguida, optei por preparar a desinfeção cirúrgica mais adequada a cada caso, atendendo à evidência científica: protocolo da lavagem e desinfeção do couro cabeludo nas craniotomias e preparação de mesa com pinças próprias, no caso de cirurgia de coluna. Depois de preparada a desinfeção, os neurocirurgiões acabavam por aceitar realizar uma prática diferente da que habitualmente realizavam, até que progressivamente a mudança se foi instalando rumo à uniformização deste procedimento. Nos casos de maior resistência à mudança, recorria à evidência científica para justificar a opção mais correta.

No que diz respeito ao acolhimento, verificam-se práticas distintas entre os enfermeiros provenientes de cada hospital. Enquanto os enfermeiros recém-chegados se preocupam sempre em confirmar junto da pessoa submetida a cirurgia a sua identidade, o cumprimento de jejum, os antecedentes de reações alérgicas e a presença de próteses ou adornos, os enfermeiros que já desempenhavam funções naquele BO preocupam-se em apresentar-se e apresentar todos os elementos da equipa que se encontrem presentes no momento da chegada à sala de operações.

Rapidamente percebi que ambas as atitudes estão corretas, pelo que devem ser complementares. Por esse motivo, procurei motivar os enfermeiros para aderirem a este tipo de práticas: sempre que verificava que o colega que recebia a pessoa no transfer não tinha confirmado os aspetos acima referidos, ou quando não apresentava a restante equipa à pessoa submetida a cirurgia, fazia-o eu, na sua presença. Progressivamente, a equipa foi melhorando a forma de acolher a pessoa.

Outra prática relativa ao acolhimento que foi rapidamente adquirida por todos os enfermeiros e que inicialmente não era prática de parte da equipa, diz respeito à prioridade que é dada aos cuidados de conforto. No serviço que acolheu a fusão, a prioridade não é a preparação dos materiais cirúrgicos nem da anestesia, mas sim o conforto da pessoa. Assim, enquanto um enfermeiro procede à

monitorização dos sinais vitais, outro coloca e liga a manta de aquecimento e as botas de proteção dos calcâneos.

Esta prática é fundamental pois promove o bem-estar e minimiza o desconforto próprio de quem se encontra numa situação de enorme ansiedade e fragilidade. A hipotermia é frequente no período perioperatório, com complicações significativas e quanto mais cedo se atuar, mais fácil será preveni-la ou revertê-la.

No que respeita a outra prática de âmbito multidisciplinar, comum no serviço que acolheu a fusão, diz respeito à monitorização da temperatura central, através de sonda de temperatura esofágica. Esta é uma monitorização extremamente importante no intraoperatório de cirurgias com o grau de complexidade da Neurocirurgia, onde a normotermia é fundamental. No entanto, esta intervenção é interdependente, regra geral prescrita pelo anestesista. Os anestesistas recém-chegados, não solicitavam este tipo de monitorização. No entanto, cabe-nos a nós enfermeiros, sugerir as práticas que consideramos ser benéficas para a pessoa. Por esse motivo, procurava ter sempre disponível uma sonda de temperatura esofágica e após a indução anestésica, sugeria ao anestesista, a sua utilização.

Estes foram apenas alguns exemplos de como procurei aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos abrangentes e multidisciplinares, relacionados com a Neurocirurgia. A concretização deste objetivo demandou que conhecesse e dominasse os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com a mais recente evidência científica na área da Enfermagem Perioperatória, nos diferentes campos de intervenção.

A tomada de decisão foi também uma constante ao longo de desenvolvimento do projeto. Desde decidir sobre como intervir no problema encontrado através do Diagnóstico de Situação ou até mesmo decidir sobre determinadas opiniões/sugestões realizadas pelos peritos durante a realização do Delphi, foram várias as decisões com que me deparei na realização do projeto e que acabaram por ditar o percurso do mesmo, até ao resultado final.

A tomada de decisão é de facto um processo que exige fundamentação, reflexão sobre a mesma, ponderação dos riscos face aos benefícios e que leva inevitavelmente a uma aprendizagem.

3- Integra conhecimentos, lida com questões complexas, desenvolve soluções ou emite juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da Enfermagem Perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações.

O desenvolvimento do projeto descrito e analisado neste trabalho é a melhor prova da aquisição desta competência.

Desenvolver uma NOC numa área onde não existem protocolos semelhantes e onde a evidência científica que suporta as recomendações é incipiente, é sem dúvida um processo que estimula e propicia o desenvolvimento desta e de outras competências. Lidar com uma questão complexa, cuja solução não se obtém somente através de pesquisa bibliográfica, exige perseverança e motivação.

Conseguir dar resposta a um problema complexo, numa área de informação e conhecimento tão limitada como é o caso das recomendações para a realização de VPO, dotou-me de capacidades necessárias para lidar com outras situações de informação limitada.

A realização das VPOs exploratórias foi determinante para perceber que é necessário dominar perfeitamente a informação a transmitir durante a VPO, de forma a transmitir o conhecimento clínico e científico necessário para que a pessoa sinta segurança e se sinta perfeitamente esclarecida. Todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio e do projeto permitiram que atualmente tenha a capacidade de integrar conhecimentos, emitir juízos e aconselhar, quer os restantes membros da equipa multidisciplinar, como a própria pessoa submetida a cirurgia e sua família/pessoa significativa. Desta forma, sinto que este percurso me tornou competente quer para realizar a VPO e para transmitir aos enfermeiros

que iniciem a realização da VPO, o conhecimento necessário para também eles desenvolverem essa competência.

De acordo com Tomey e Alligood (2004), Virgínia Henderson defendia que para que um enfermeiro possa praticar como perito e usar a perspetiva científica para melhorar a prática, necessita de recorrer ao ensino superior. De facto, o MEPO dotou-me de conhecimentos que se têm vindo a relevar como contributos fundamentais para a melhoria da minha prática e de todos os profissionais a quem tive oportunidade de transmitir algum conhecimento. Esta perspetiva científica descrita por Henderson, não teria sido possível noutras circunstâncias que não através do MEPO.

No que diz respeito à previsão das consequências científicas das ações dos enfermeiros, Henderson reiterava que os enfermeiros deviam basear a sua prática nos resultados da investigação e que a pesquisa e investigação realizadas pelos enfermeiros deveriam ter como objetivo a melhoria da prática e não apenas o respeito académico (Tomey e Alligood, 2004). Seguindo a mesma linha de raciocínio, mas numa perspetiva ética e deontológica, Martins (2008) defende que, tendo em conta que o principal objetivo de qualquer investigação passa por acrescentar algum conhecimento a toda a comunidade científica, a não divulgação dos resultados não só inviabiliza este objetivo, como coloca em questão a pertinência do trabalho, esforço dos investigadores e dos investigados.

Numa área como a Enfermagem Perioperatória, a divulgação dos resultados é fundamental, pois viabiliza a sensibilização das pessoas e de outros profissionais para o problema que determinou a investigação, servindo de modelo para casos semelhantes. Acaba por ser um contributo para evitar ou minimizar esse problema.

De facto, os resultados da investigação realizada com este projeto servirão certamente para melhorar os cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros perioperatórios, não só no BO onde foi realizado o estágio, mas em todos os restantes Blocos Operatórios que recorram à NOC da VPO elaborada no âmbito deste projeto, para melhorar as suas práticas. Esta ação levada a cabo

durante o projeto terá seguramente consequências científicas, pois será um contributo para enriquecer uma área de conhecimento tão limitado.

O percurso descrito no presente relatório capacitou-me para lidar com esta situação complexa em concreto. No entanto, a aquisição desta competência será um recurso imprescindível para resolver outros problemas complexos ao longo do meu percurso profissional.

4- Comunica as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da Enfermagem Perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.

Adquirir conhecimentos baseados na evidência científica é fundamental não só para os aplicar na prestação de cuidados mas também para os disseminar na equipa multidisciplinar. A produção de conhecimento em Enfermagem deve ser acompanhada pela sua publicação ou disseminação na equipa, pois somente desta forma é possível contribuir ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O enfermeiro perioperatório é responsável por todas as atividades relacionadas com o cuidar. Nesta vertente, recorri a capacidades técnicas, relacionais, cognitivas, intelectuais e sociais de modo a aplicar o Processo de Enfermagem de forma individualizada, visando uma organização de trabalho que garantisse a melhor qualidade na prestação de cuidados.

Servir como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado, é também uma das competências que se esperam ver desenvolvidas num Mestre em Enfermagem Perioperatória.

Ao longo do estágio senti que passei a ser referência de boas práticas para alguns colegas, o que é sem dúvida um grande motivo de orgulho principalmente por saber que de alguma forma estaria a contribuir para a mudança de atitude desses enfermeiros. Alguns colegas questionavam-me relativamente à técnica mais adequada, mais correta ou o que está preconizado, de acordo com a mais

recente evidência científica, relativamente aos mais diversos assuntos relacionados com a prestação de cuidados no âmbito da Enfermagem Perioperatória.

Não posso deixar de referir que foi com agrado que constatei, ao longo do estágio, algumas mudanças nas práticas dos meus colegas, mudanças essas que se deveram certamente aos conteúdos que lhes consegui transmitir. Alguns desses exemplos foram:

- Mudança na técnica de desinfeção cirúrgica das mãos: muitos elementos da equipa multidisciplinar, incluindo cirurgiões, passaram a proceder à desinfeção cirúrgica das mãos com solução alcoólica. Segundo as mais recentes evidências científicas e de acordo com os conteúdos transmitidos em sala de aula e durante a prática simulada do segundo semestre, esta é atualmente a técnica recomendada.
- Estabelecimento de relação empática durante o acolhimento da pessoa no Bloco Operatório: poucos eram os colegas que se preocupavam em apresentar-se à pessoa, dizendo o seu nome e função. Houve no entanto uma mudança de atitude e a apresentação bem como o tratar a pessoa pelo seu nome passou a ser uma prática mais frequente entre os enfermeiros.

Estas foram as práticas nas quais observei, transformações no sentido da boa prática.

No entanto, o meu percurso não termina com este Mestrado, pelo que tenciono continuar a ser agente de mudança de modo a garantir sempre o mais elevado padrão de qualidade dos cuidados de Enfermagem Perioperatória.

Esta terá sido uma das competências onde considero ter sofrido maior evolução. Esta vertente pressupõe que o enfermeiro perioperatório seja agente ativo na sua autoformação e participe na formação entre os seus pares, relativamente a outros profissionais da equipa multidisciplinar.

Independentemente do Projeto, este estágio permitiu-me alguns momentos de formação, de forma circunstancial e de carácter completamente informal,

relativamente a outros elementos da equipa multidisciplinar. A maioria das vezes, esses momentos de formação aconteciam por minha iniciativa, transmitindo aos colegas conteúdos adquiridos nas aulas ou evidências científicas resultantes da minha pesquisa, para que também eles pudessem melhorar as suas práticas. Mas curiosamente, muitas foram as ocasiões em que eram os próprios colegas que solicitavam que os atualizasse com os conhecimentos adquiridos durante o Mestrado.

Este foi indubitavelmente um dos aspetos mais positivos do estágio, pois as boas práticas têm de ser de toda a equipa. É claro que é fundamental sermos agentes de mudança, mas precisamos da colaboração de todos os elementos, para que o grande objetivo seja cumprido: a excelência da prestação de cuidados. Por outro, o conhecimento produzido pela investigação não faz sentido se não for partilhado.

Assim sendo, considero ter assumido o papel de liderança no que respeita a assegurar a qualidade dos cuidados prestados, através da mudança de atitude, da adoção de técnicas consideradas como boa prática à luz da mais recente evidência científica.

Ser líder na mudança foi um desafio pessoal a que me propus o início do estágio e que, face aos vários exemplos anteriormente descritos, penso ter atingido. Liderar a mudança é desafiante e exige um corpo de conhecimentos teóricos e práticos e a coragem para assumir, perante toda a equipa multidisciplinar, que as práticas que realizámos até ao momento não são as mais corretas, o que exige uma atualização das práticas de acordo com a mais recente evidência científica.

A mudança é sempre um aspeto que gera sentimentos negativos no seio de uma equipa e esse foi sem dúvida o maior constrangimento de todo o estágio.

Explicar a profissionais com mais de 20 anos de experiência nesta área, que atualmente a sua prática não é a mais correta, gera sentimentos negativos e agrava a resistência à mudança. Principalmente quando a liderança na mudança provem de alguém jovem com 7 anos de experiência. Mas ser líder na mudança pressupõe estar preparado para essas adversidades e contornar a questão.

De acordo com a AESOP (2006, p.192) a liderança deve ser uma competência desenvolvida “pelo enfermeiro perioperatório especialista” que o habilite a “conduzir a equipa de enfermagem na prestação e cuidados, na gestão de recursos humanos e materiais, na gestão das relações humanas e da formação, de acordo com os objetivos definidos”.

Face a situações como a descrita, optei por incutir os conhecimentos às pessoas que mais manifestavam a sua motivação, geralmente enfermeiros mais jovens. A mudança ia sendo feita de forma gradual e sob a forma de contágio: os mais resistentes à mudança observavam, refletiam e acabavam por sofrer uma aprendizagem por modelação.

A realização das VPOs exploratórias foram também uma excelente oportunidade para desenvolver esta competência, uma vez que estas permitiam partilhar com os enfermeiros perioperatórios as aprendizagens que ia desenvolvendo com esta prática, permitindo comunicar conclusões e conhecimento.

Estas VPOs permitiram ainda sensibilizar os estudantes finalistas do Curso de Licenciatura em Enfermagem que se encontravam a desenvolver o seu estágio naquele serviço, para a importância da realização da VPO. Nesse sentido, os estudantes cujos objetivos de estágio passavam pela realização da VPO a pessoas submetidas a cirurgia na sala operatória onde se encontravam a realizar o estágio, tiveram a oportunidade de realizar algumas dessas VPOs exploratórias, primeiro no papel de observadores e, quando estavam preparados, no papel de condutores da VPO, com a minha supervisão. A esse respeito, Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p. 20), afirmam que “em todas as atividades, os enfermeiros e estudantes de Enfermagem, têm um papel fundamental enquanto futuros profissionais com competências de pesquisa que poderão proporcionar contributos fundamentais para o avanço da prática em Enfermagem”. Também Virgínia Henderson salientou a importância dos estudantes de Enfermagem desenvolverem competências de investigação (Tomey e Alligood, 2004).

Estes estudantes manifestaram agrado na realização da VPO e não sentiram dificuldades em conduzi-la de acordo com as recomendações da versão preliminar da NOC da VPO.

Esta atividade permitiu que os estudantes desenvolvessem competências nesta área, mas também contribuiu de certa forma para confirmar que o modelo de VPO exploratória utilizado assim como as recomendações estabelecidas na versão preliminar da NOC da VPO são acessíveis de colocar em prática.

5- Demonstra capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da Enfermagem Perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A aquisição de competências é um processo dinâmico, que exige um constante investimento e colaboração a nível da formação, gestão e investigação.

Contudo, o avanço tecnológico e científico associado aos cuidados perioperatórios ocorre a um ritmo muito acelerado, pelo que a atualização técnica e científica do profissional, deve ser contínua.

Para que o enfermeiro perioperatório seja capaz de acompanhar o ritmo da evolução científica e tecnológica com que se depara continuamente, deverá ser capaz de se autoavaliar, relativamente aos conhecimentos e competências que possui e àqueles que terá de desenvolver.

A cada dia, a cada momento, no quotidiano da prestação de cuidados, o enfermeiro perioperatório depara-se com situações novas e inesperadas. Por esse motivo, procurei adquirir conhecimentos que me permitissem responder eficazmente a situações inesperadas e a justificar a prática com argumentos baseados na evidência científica, transmitindo essa informação à restante equipa multidisciplinar, para que todos fiquem capacitados de responder adequadamente, numa situação futura.

Desta forma, é fundamental que a prática de cuidados perioperatórios, se torne mais crítica e reflexiva, de forma a progredir no sentido da excelência dos cuidados

Durante este estágio e de forma a desenvolver esta competência, procurei realizar um diagnóstico das minhas necessidades formativas e colmatá-las

através de um processo de autoformação. As necessidades formativas que necessitava ver colmatadas de forma a desenvolver o presente projeto relacionavam-se essencialmente com a falta de conhecimentos relativamente à elaboração de NOCs e ao desenvolvimento da Técnica de Delphi, o que me levou a realizar uma pesquisa sobre ambos os temas, de forma adquirir conhecimentos que me permitissem estruturar e elaborar o projeto.

Este tipo de necessidade de pesquisar de forma a fundamentar a prática na evidência surgia sempre que verificava discrepância entre as práticas dos enfermeiros provenientes de hospitais diferentes. Com o objetivo de uniformizar as práticas, adotava a que fosse suportada pela evidência científica, como a melhor prática recomendada.

A maturação profissional apenas se atinge quando o enfermeiro perioperatório adquiriu e desenvolveu ao máximo todas as suas competências. Apesar de ter atingido um patamar de maturidade profissional muito superior relativamente ao início do MEPO, estou certa que ainda me encontro longe do topo do desenvolvimento. Esse auge, apenas será atingido no final da carreira. E ainda bem que assim é, pois é o desafio por querer sempre ser melhor, que nos faz crescer e continuar o nosso percurso em busca de mais conhecimento.

CONCLUSÃO

A realização do presente relatório de estágio permitiu explorar as vertentes que possibilitam compreender a importância da reflexão e da análise crítica na prestação de cuidados à pessoa submetida a cirurgia.

O estágio revelou-se numa experiência verdadeiramente construtiva, pois permitiu a consolidação de ideias e conhecimentos, a aquisição de novas competências e o desenvolvimento das competências anteriormente adquiridas, através da análise crítica e da reflexão dos diferentes aportes de conhecimento adquiridos ao longo do MEPO, acerca da Enfermagem Perioperatória.

A Enfermagem Perioperatória contemporânea marca a sua diferença por ter a pessoa submetida a cirurgia como foco de atenção em vez de se nortear somente para as tarefas inerentes. Este é o único caminho para que o enfermeiro perioperatório consiga expandir, otimizar e padronizar as suas competências.

O Modelo de Virgínia Henderson é, na nossa perspetiva, o que melhor permite aos enfermeiros perioperatórios fundamentar objetivamente a importância das suas intervenções. De acordo com esta teórica, as necessidades devem encontrar-se satisfeitas para que a pessoa se encontre completa e independente. Nesse sentido, a VPO é o único caminho, pois permite que o enfermeiro perioperatório conheça a pessoa submetida a cirurgia e identifique necessidades que necessitam ser satisfeitas, elaborando o plano de cuidados adequado à pessoa e garantindo o mais elevado padrão de qualidade dos cuidados.

Desenvolver um projeto de elaboração de uma NOC da VPO num serviço onde a prática da VPO não se encontra implementada e tendo em conta a escassez de informação e evidência científica sobre o assunto, foi o maior desafio deste projeto. A superação deste constrangimento foi possível devido ao desenvolvimento das competências esperadas do Enfermeiro Mestre em

Enfermagem Perioperatória: o desenvolvimento de competências de investigação, de resolução de problemas em situações novas e pouco fundamentadas, a capacidade de comunicar conclusões e de desenvolver um processo de aprendizagem de forma auto-orientada e autónoma.

A pesquisa exaustiva das soluções para elaborar uma NOC sobre uma área na qual as evidências sobre as recomendações não se encontram ainda devidamente estudadas e publicadas, permitiu-nos chegar até ao Método de Delphi, que foi sem dúvida a solução para este constrangimento. Através deste Método foi possível estabelecer as recomendações relativas à realização da VPO, com base na evidência científica encontrada e no consenso obtido através da experiência e conhecimento dos peritos selecionados.

É relevante salientar também os aspetos facilitadores do desenvolvimento deste projeto, entre os quais sobressai a possibilidade de realizar Visitas Pré-operatórias exploratórias. Estas permitiram avaliar as possíveis dificuldades e limitações na realização da VPO a ter em conta no momento da elaboração da versão final da NOC da VPO, aproximando ao máximo um documento de natureza teórica, da prática e da realidade de prestação de cuidados do serviço onde foi realizado o estágio.

Outro aspeto facilitador deve-se aos contactos estabelecidos com diversos peritos na área, a maioria deles estabelecidos através da realização do MEPO. Os três semestres de curso permitiram conhecer várias pessoas com a experiência e os conhecimentos necessários para serem considerados peritos na área da VPO. Essas pessoas permitiram constituir uma amostra heterogénea de peritos, dada a diversidade de experiência e conhecimento, que se veio a revelar fundamental para a execução desde projeto.

Este trabalho foi um importante contributo para o serviço onde o estágio foi realizado, pois consistiu no primeiro passo para a implementação da VPO, permitindo que quando estiverem reunidas as condições necessárias, o caminho a percorrer seja mais curto e a implementação um processo mais célere. Este projeto é ainda um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios prestados às pessoas submetidas a cirurgia, pois ao ser

publicado, permitirá servir de fundamentação para a elaboração de outras NOC de VPO noutros serviços, aumentando desta forma o leque de evidência e conhecimento disponíveis sobre este assunto. Da mesma forma, este projeto contribui ainda para o desenvolvimento da investigação nesta área.

Apesar de não ter sido possível avaliar a implementação desta NOC neste relatório, é nossa intenção dar continuidade a este projeto, com a elaboração de VPO de avaliação da NOC final após Delphi.

Não devem porém ser menosprezados os constrangimentos com que me deparei ao longo da realização deste estágio, nomeadamente a resistência à mudança da equipa de enfermagem face ao processo de fusão entre hospitais. Ainda assim, esta dificuldade serviu para desenvolver competências, nomeadamente no que diz respeito à resolução de problemas.

Independentemente desses pontos negativos, este estágio contribuiu para a maturação profissional e desenvolvimento de competências que permitiram que o objetivo geral, assim como os objetivos específicos, definidos no início do projeto, fossem atingidos. O primeiro objetivo, (Fundamentar a importância da VPO), foi atingido, pois conseguimos demonstrar que o desenvolvimento de um projeto nesta área tem pertinência científica e trará benefícios quer a nível do conhecimento científico, como para as pessoas submetidas a cirurgia a quem seja realizada a VPO.

A realização das Visitas pré-operatórias exploratórias assim como o recurso a testemunhos de pessoas com experiências na realização da VPO foram fundamentais para a elaboração da versão preliminar da NOC da VPO e assim atingir o segundo objetivo. O terceiro objetivo foi alcançado através do método de Delphi, que permitiu, recorrendo ao consenso de peritos da área da VPO, validar a versão preliminar da NOC da VPO e elaborar a versão da NOC da VPO após Delphi.

O último objetivo, que consistia na divulgação da versão após Delphi à equipa de enfermagem do BO onde foi realizado o estágio, foi o único que apenas foi parcialmente concretizado, pois ainda que tivéssemos elaborado o plano da sessão de divulgação, esta teve de ser agendada para uma data posterior à data

de entrega deste Relatório. Ainda assim, consideramos que o facto deste objetivo não ter sido concretizado na totalidade, pode ser encarado como uma oportunidade de dar continuidade a este projeto, mesmo depois de terminado o estágio e finalizado o relatório.

Ao longo deste relatório contextualizámos as práticas clínicas observadas e experiências vividas no período de estágio de acordo com os conhecimentos adquiridos ao longo do MEPO, analisamos criticamente o percurso realizado ao longo do estágio, clarificámos o desenrolar de todo o processo inerente à elaboração do projeto e refletimos sobre o impacto e contributo do projeto a nível individual (profissionais e pessoas submetidas a cirurgia) e institucional.

É admirável a forma como este curso nos dotou de um raciocínio crítico e levou à pesquisa de informação baseada na mais recente evidência científica, o que permitiu que ao longo do estágio fôssemos capazes de detetar situações problema, encontrar estratégias oportunas para lhes dar resposta e implementá-las, procurando sempre respeitar os princípios éticos e deontológicos da nossa profissão.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Cidalina; LOUREIRO, Cândida - Aprendizagem por Resolução de problemas – Uma experiência pluridisciplinar e multicultural. **Referência**. [Em linha]. IIª série n.º5; (2007), p.7-15. [Consult.10.Março.2013]. Disponível em: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/observatorio/Teste/APP_Abreu_Loureiro_2007.pdf>
- ADRATT, Eduardo; JUNIOR, Luiz; BARRA, Cláudia -Guidelines: Fundamentos Teóricos e Evolução Tecnológica dentro da Medicina. [Em linha]. (2013) [Consult.10.Maio.2013]. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/228755998_Guidelines_Fundamentos_Tericos_e_Evoluo_Tecnolgica_dentro_da_Medicina>
- AESOP - **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados**, Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 972-8930-16-X
- AESOP – **Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório**. 2ªed. Lisboa: AESOP, 2010. ISBN: 972-9171-65-3.
- BAKER, Jonh; LOVELL Karina; HARRIS Neil - How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. **Nurseresearcher**. [Em linha]. Vol. 14 n.º1; (2006), p.59-60. [Consult.10.Maio.2013]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17100214>>
- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. 2.ªed. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN: 9789895580521
- BERG, Mara; CORDEIRO, Ana - Orientação e cuidado pré-cirúrgico para o cuidar em Enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 20, n.º 1/2/3 (2006), p.57-67. [Consult.1.Maio.2013]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/1809> ISSN. 2178-8650

- BONFANT, Giovanna; PIETRO, Belfanti; PATERNOSTER, Giuseppe; DANILA, Gabrielli, GAITER, Alberto; NEBIOLO, Pier - Clinical risk analysis with failure mode and effect analysis (FMEA) model in a dialysis unit. **Journal Of Nephrology** [Em linha]. Vol. 23, n.º 1 (2010), p.111-118. [Consult.20.Fevereiro.2013]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091494>>
- CABRAL, Dinora – Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória. Contributos para a sua implementação. **Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar**. Universidade do Porto. [Em linha]. Porto: Edição do autor. 2004 [Consult.2.Junho.2013]. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64648>>
- CARABIAS, Rosa; BERMEJO, José – **Relacion de ayuda e Enfermeria – Material de Trabajo**. Madrid: Sal Terrae. 1998. ISBN: 84-293-1266-8
- CARVALHO, Adalberto – **A construção de um Projecto Escola**. Porto: Porto Editora (1993). ISBN 972-0-34203-x Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=1c1b207f-0152-4970-9d48-209d2cdb3b53%40sessionmgr4&hid=12v>> ISSN:1051-9815
- CARVALHO - Cuidados com a região a ser operada. **Perspetivas Médicas**. [Em linha]. Vol. 21, n.º 2 (2010), p.33-38. [Consult.25 de Maio.2013]. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243216401007>. ISSN 0100-2929>
- CORREIA, Maria; SILVA, Rodrigo- Paradigmas e evidências da Nutrição Perioperatória. **Revista do Colégio Brasileiro de cirurgiões**. [Em linha] vol. 32, n.º 6, (2004) p. 342-347. [Consult.25.Maio.2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912005000600012&lng=pt&userID=-2> ISSN: 0100-6991
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março- Diário da República - I Série-A **Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior**. Lisboa
- ELLIS, Jamice Raider; HARTLEY, Célia – **Enfermagem Contemporânea: desafios, questões e tendências**. 5.ªed; Porto Alegre: Artmed; 1998. ISBN 85-7307-385-3.

FINK, Arlene; KOSECOFF, Jacqueline; CHASSIN, Mark; BROOK, Robert - Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. **American Journal of Public Health**. [Em linha] Vol. 74, n.º 9 (1984). p. 979-983. [Consult. 25.Maio. 2013].

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1651783/>>

- FOSCHIERA, Franciele; PICCOLI, Marister - Enfermagem Perioperatória: Diagnósticos de Enfermagem emocionais e sociais na Visita Pré-Operatória fundamentados na Teoria de Ida Jean Orlando. **Ciência, Cuidado e Saúde**. [Em linha] vol. 3, n.º 2, (2004) p. 143-151. [Consult.7.Abril.2013]. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5413/0>> ISSN 1984-7513
- GIL, António Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo, Atlas, 2002. ISBN 85-224-3169-8
- GOMES, Noélia. – **O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas**. [Em linha]. 2009. [Consult. 20.Abril.2013]. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16187/2/O%20DOENTE%20CIRRGICO%20NO%20PERODO%20PROPERATRIO%20DA%20INFORMA%C3%83O%20R.pdf>>
- GRIEVE, Robert - Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. **British Hospital of Nursing**. [Em linha] vol. 2, n.º 10, (2002) p. 670-678. [Consult.7.Março.2013]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12048453>>
- HENDERSON, Virginia - **The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education**; Nova York: Macmillan; 1996
- HENDERSON, Virginia - **The nature of nursing-Reflections after 25 years** Nova York: Macmillan; 1991
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – **Recomendações para a prevenção da infeção do local cirúrgico**. [Em linha]. (2004). [Consult.25.Maio.2013]. Disponível em: <http://www.anes.pt/files/documents/default/490160150.pdf>

- JORGETTO, Giovanna; NORONHA, Rachel; ARAÚJO, Izilda - Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centro-cirúrgico de um hospital universitário. **Revista Electrónica de Enfermagem** [Em linha]. Vol.6, n.º 2, (2004). [Consult.5.Abril.2013]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/visita.html> ISSN 1518-1944
- JUSTO, Cipriano – A Técnica de Delphi de formação de Consensos. **Observatório Português dos Sistemas de Saúde**. [Em Linha] (2005). [Consult.26.Maio.2013]. Disponível em:< <http://www.observaport.org/node/162>>
- KÉROVAC, Suzanne; PEPIN, Jacinthe; DUCHARME, Francine; DUQUETTE, André; MAJOR, Francine – **El Pensamiento Enfermero**; 1.ªed; Barcelona: Elsevier Masson; 1996; ISBN: 978-84-458-0365-3
- KIECOLT-GLASER, Janice; PAGE; MARUCHA, Phillip; MACCALLUM, Robert; GLASER, Ronald - Psychological Influences on Surgical Recovery - Perspectives From Psychoneuroimmunology. **American Psychologist**. [Em Linha]. Vol 53, n.º11 (1998), p. 1209-1218. [Consult.5.Março.2013]. Disponível em:< [http://pni.osumc.edu/kg%20publications%20\(pdf\)/124.pdf](http://pni.osumc.edu/kg%20publications%20(pdf)/124.pdf)>
- LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice – Trabalho e Projecto 1: Aprender por projectos centrados em problemas. Porto: Edições Afrontamento, 1989. ISBN: 972-36-0216-4.
- MACUCO, Marcelo – Jejum pré-operatório: validade de critérios. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. [Em Linha]. Vol 48, n.º4 (1998), p. 295-308. [Consult.25.Maio.2013]. Disponível em: <http://www.clasa-anestesia.org/revistas/brasil/HTML/BraJejum_PrOperatrio_Validade_De_Cr.htm>
- MANLEY, Kim; BELLMAN, Loretta – **Enfermagem Cirúrgica – Prática Avançada**; Loures: Lusociência. 2003. ISBN 972-8383-54-1
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005. ISBN 8522440158.
- MARTINS, José Carlos - Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. **Referência**. [Em Linha]. Vol 12, n.º2 (2008), p. 62-

- 66.[Consult.10.Agosto.2013]. Disponível em:
<http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf>.
- MENDES, Aida ; SILVA, Anabela ; NUNES, Deolinda ; FONSECA Guida – Influência de um Programa Psico-educativo no Pré-operatório nos Níveis de Ansiedade do Doente no Pós-operatório. **Referência**. [Em Linha]. IIª Série, n.º1. (2005), p. 9-14. [Consult.10.Abril.2013]. Disponível em:
<https://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=46&pesquisa=> ISSN 0874-0283>
 - MCKENNA, Hugh - The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing?. **Journal of Advanced Nursing**. [Em linha]. Vol. 19, n.º 6, (1994), p.1221-1225. [Consult.10.Abril.2013]. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7930104>>
 - MITCHELL, Mark - Patients' perceptions of pre-operative preparation for day surgery. **Journal of Advanced Nursing**. [Em linha]. Vol. 26, n.º 2, (1997), p.356-363. [Consult.10.Abril.2013]. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026356.x/abstract>> ISBN 1365-2648
 - MIRANDA, Luísa ; MORAIS, Carlos ; ALVES, Paulo ; DIAS, Paulo – Web 2.0 - **SIIE'08 - X Simpósio Internacional de Informática Educativa** [Em linha]. (2008), p.499-500.[Consult.25.Maio.2013]. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10198/1077>>. ISBN978-84-7800-312-9
 - MORO, Eduardo – Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. [Em linha]. Vol. 54, n.º 2, (2004), p.261-275. [Consult.25.Maio.2013]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942004000200014> ISSN 0034-7094
 - NUNES, Lucília - **Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem**. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. [Em Linha]. [Consult.5.Julho.2013]. Disponível em:

<<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>>

- OLIVEIRA, José; PRADO, Cláudia; PERES, Heloisa; FERNANDES, Maria de Fátima; LEITE, Maria - Grau de competência gerencial em enfermagem na perspectiva de graduandos de uma universidade privada. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. [Em linha]. Vol. 43, n. ° 2, (2009), p. 1221-1225. [Consult.2.Junho.2013]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a13v43s2.pdf>>
- Ordem dos Enfermeiros – **Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista**. (2010) [Em linha]. [Consult. 20.Junho.2013] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf>
- OKOLI, Chitu; PAWLOWSKI, Suzanne - The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. **Information & Management**. [Em linha] Vol. 42 (2004) p. 15–29. [Consult. 20.Junho.2013] Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378720603001794>>
- PATERRA, Tatiana; MAZIERO, Vanessa; BRAGA, Eliana; CALDEIRA, Sílvia - Orientação de enfermagem no pré-operatório: a utilização de imagens como fonte de comunicação. **Campus de Botucatu – Faculdade de Medicina de Botucatu – Enfermagem**. [Em linha]. [Consult.8.Març.2013]. Disponível em: <http://prope.unesp.br/xxi_cic/27_36874729810.pdf>
- PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane - **Enfermagem Médico-cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 6.ªed. Loures: Lusociência. 2003. ISBN: 972-8383-65-7
- PICCOLI, Marister; GALVAO, Cristina - Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de levine. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 9, n.º 4, (Jul. 2001), p. 37-43. [Consult. 20.Março.2013]

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11481.pdf>> ISSN: 0104-1169

- PICCOLI, Marister; GALVAO, Cristina – Bioética: um ensaio sobre sua inserção nos cursos de graduação em Enfermagem. **Revista Electrónica de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 7, n.º3, (2005), p.366-372. [Consult.1Maio.2013]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/atualizacao.htm>
- PICCOLI, Marister; MATOS, Fabiana - Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil** [Em linha]. (2001). [Consult.7. Abril.2013]. Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo2/26fabianagoncalves.pdf>>
- PRITCHARD, Michael - Using targeted information to meet the needs of surgical patients. **Art & Science**. [Em linha]. Vol. 25, n.º51, (2011), p.35-39. [Consult.1.Março.2013].Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21922741>>
- PRITCHARD, Michael - Measuring anxiety in surgical patients using a visual analogue scale. **Art & Science**. [Em linha]. Vol. 25, n.º11, (2010), p.40-44. [Consult.1.Março.2013].Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/60621013/measuring-anxiety-surgical-patients-using-visual-analogue-scale>
- RAMOS, Ana Lúcia - **Construção e Adequação de um Instrumento de Medição de Risco de Lesão não Intencional em Ambiente Doméstico/Familiar, em Crianças até aos quatro anos**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Tese de Doutoramento.
- RAPOSO, Hélder - Os Imperativos da Padronização no Contexto das Práticas Médicas: pistas para um breve ensaio teórico. **E-cadernos ces**. [Em linha]. n.º10, (2010), p.91-109. [Consult.1.Maio.2013].Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/ecadernos10/4%20-%20Helder%20Raposo.pdf>>

- RIBEIRO, Robespierre - Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade?. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. [Em linha]. Vol. 8, n.º4, (2010), p.350-355. [Consult.10.Março.2013].Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a012.pdf>>

- Roque, Andreia; Bugalho, António; Vaz Carneiro, António - **Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica**. [Em Linha]. 1.º ed. Lisboa: CEMBE, 2007. [Consult.15.Març. 2013]. Disponível em: <<http://www.cembe.org/avc/pt/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%20007.pdf>>

- Ruivo, Alice; Ferrito, Cândida; Lucília, Nunes – Metodologia de Projeto: colectânea descritiva de etapas. **Revista Percursos**. [Em Linha]. n.º15 Janeiro-Março(2010),p.33-37.[Consult.12.Março.2013].Disponível em: <http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf> ISSN1646-5067

- SHEBL, Nada; FRANKLIN, Bryony; Barber, Nick. - Failure mode and effects analysis outputs: are they valid?. **BMC Health Services Research** [Em linha]. Vol.12, n.º150 (2012) p. 1-10; [Consult.8.Março.2013]. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22682433&lang=pt-br&site=ehost-live>>

- SOARES, Marcelo; JACOBS, Karen; LIU, Long; SHUAI, Ma; WANG, Zhu; LI, Ping - Use-related risk analysis for medical devices based on improved FMEA. **Work**. [Em linha]. Vol 41, n.º5860 (2012), p. 5. [Consult 29.Março.2013] Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=1c1b207f-0152-4970-9d48-209d2cdb3b53%40sessionmgr4&hid=12v>> ISSN:1051-9815

- SOUSA, Paulino; FRADE, Marta; MENDONÇA, Denisa - Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital de centro de saúde: Estudo Delphi. **Acta Paulista de Enfermagem**. [Em Linha]. Vol 18. n.º4 (2005) p. 368-381; [Consult.11.Maio.2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000400005&script=sci_arttext> ISSN 1982-0194

- SOUZA, Luciana; SOUZA, Adriana; CORTEZ, Elaine; CARMOS, Thalita; NASCIMENTO, Rogéria - Os Benefícios da Visita Pré- Operatória de Enfermagem para o Cliente Cirúrgico: Revisão Sistemática de Literatura. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. [Em Linha]. Vol 2. n.º2 (2010) p. 797-806; [Consult.11.Fevereiro.2013]. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22081&indexSearch=ID>> ISSN 2175-5361
- TAVARES, António – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Cadernos de Formação n.º2. Lisboa: Ministério da Saúde (1990).
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem**; 5.ªed; Lusociência; 2004; ISBN: 972-8383-74-6
- VANDEVEN, Andrew; DELBECQ, Andre- The Effectiveness of Nominal, Delphi, and Interacting Group Decision Making Processes. **The Academy of Management Journal**. Vol. 17, N. 4 (1974), p. 605-621.
- VASCONSELOS, Liliana; GUEDES, Luís - *E-Surveys: Vantagens e Limitações dos Questionários Eletrônicos via Internet no Contexto da Pesquisa Científica*. . **XIII SEMEAD – Seminários em Administração**. [Em linha]. (2006) [Consult.5.Junho.2013]. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/420.pdf>>
- VAZ CARNEIRO, António - Implementação de Normas de Orientação Clínica (guidelines): problemas e soluções. **Jornal da Cardiologia**. [Em linha]. ed. 1 (2013), p. 55-65 [Consult.5.Junho.2013]. Disponível em: <http://www.spc.pt/DL/Home/fm/7_1.pdf>
- VIEIRA, Henrique; CASTRO, Aline; JÚNIOR, Vitor - O uso de questionários via *e-mail* em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. **XIII SEMEAD – Seminários em Administração**. [Em linha]. (2010) [Consult.5.Junho.2013]. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/13semead/resultado/trabalhosPDF/612.pdf>>

- WRIGHT, James; GIOVINAZZO, Renata – Delphi- Uma Ferramenta de Apoio ao Planejamento Prospetivo; **Caderno de Pesquisas em Administração** [Em linha]. Vol. 1. n.º12 (2000), p. 55-65. [Consult.5.Junho.2013]. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/iea/tematicas/futuro/projeto/delphi.pdf>>

Apêndice I

FMEA

FMEA- Análise do Tipo e Efeito da Falha

Legenda: S – Severidade; O- Ocorrência; D- Detecção; R - Risco

Processo	Funções do Processo	Tipo de Falha Potencial	Efeito da Falha Potencial	Causa da Falha Potencial	Índices				Controlos atuais	Ações de Melhoria/ Medidas a Implementar	
					S	O	D	R			
Acolhimento	Apresentar a equipa multidisciplinar pelo seu nome e função.	1)Deficiente preparação pré-operatória:	Condicionamento da dinâmica do processo cirúrgico.	Inexistência de um procedimento de acolhimento ao BO na véspera da cirurgia, que permita informar as pessoas relativamente ao processo e circuitos cirúrgicos.	9	4	5	180	Controlo empírico no momento do acolhimento devido à Inexistência de check-list para verificação de preparação pré-operatória.	Planear a elaboração de Visita Pré-operatória (VPO), no dia anterior à cirurgia. Organizar uma check-list com os aspetos mais relevantes da preparação pré-operatória a abordar durante a VPO.	
	Informar acerca dos processos, circuitos e procedimentos que irão integrar a sua estadia no serviço;		a)Incumprimento de jejum.	Cirurgia adiada.	Falta de informação; Desconhecimento por parte do doente relativamente à necessidade e importância do jejum.	9	3	2			54
	Demonstrar à pessoa que ela é parte ativa no seu processo de recuperação		b)Presença de próteses e adornos;	Quebra na agilidade do processo de acolhimento; Risco de extravio dos bens;	Falta de informação; Desconhecimento por parte do doente relativamente à necessidade de remoção de adornos e próteses.	9	5	2			90

Processo	Funções do Processo	Tipo de Falha Potencial	Efeito da Falha Potencial	Causa da Falha Potencial	Índices				Controlos atuais	Ações de Melhoria/ Medidas a Implementar
					S	O	D	R		
Acolhimento	Conhecer as necessidades e expectativas e esclarecer eventuais receios da pessoa.	c) Higiene pré-operatória inadequada;	Maior probabilidade de infeção do local cirúrgico.	Falta de informação relativa à importância do banho pré-operatório;	5	4	3	60	Controlo empírico no momento do acolhimento devido à inexistência de checklist para verificação de preparação pré-operatória.	Abordar a importância do banho pré-operatório e informar sobre os protocolos de higiene pré-operatórios durante a VPO.
	Estabelecer uma relação de ajuda e confiança com a pessoa e sua família.	2) Inexistência de relação de ajuda prévia à chegada do doente ao Bloco Operatório.	Ansiedade pré-operatória.	Impossibilidade de contato prévio à cirurgia, entre o enfermeiro perioperatório e a pessoa submetida a cirurgia, num ambiente calmo e propício.	9	10	5	450	O enfermeiro que recebe o doente procura estabelecer uma relação de ajuda no momento do acolhimento, a maioria das vezes sem sucesso, já que a ansiedade já se encontra instalada.	O enfermeiro de anestesia escalado para o dia da cirurgia deve ser quem realiza a VPO na véspera de forma a criar uma relação de confiança e empatia, tornando-se na pessoa de referência durante todo o processo cirúrgico.

Processo	Funções do Processo	Tipo de Falha Potencial	Efeito da Falha Potencial	Causa da Falha Potencial	Índices				Controlos atuais	Ações de Melhoria/ Medidas a Implementar
					S	O	D	R		
Acolhimento	Colher dados importantes relativamente ao seu estado de saúde e antecedentes pessoais, médicos e cirúrgicos.	3) Falha nas rotinas pré-operatórias: análises, ECG, Rx tórax e outros EAD;	Cirurgia adiada Atraso no processo cirúrgico.	Medidas insuficientes de controlo e validação das rotinas pré-operatórias em tempo útil.	9	2	2	36	Validação no momento do acolhimento. Inexistência de check-list para verificação de exames de rotina pré-operatórios.	Confirmação da realização de todas as rotinas pré-operatórias aquando da VPO. Integrar check-list de verificação para rotinas pré-operatórias na ficha de visita pré-operatória.
Processo	Funções do Processo	Tipo de Falha Potencial	Efeito da Falha Potencial	Causa da Falha Potencial	Índices				Controlos atuais	Ações de Melhoria/ Medidas a Implementar
					S	O	D	R		
Intra-Operatório	Prestar cuidados à pessoa submetida a cirurgia de acordo com as intervenções planeadas no pré-operatório.	4) Dificuldade na planificação de cuidados pré-operatórios individualizados e adequados a cada pessoa.	Intervenções de enfermagem adequadas ao tipo de cirurgia e não à pessoa. Risco de intervenções de enfermagem inadequadas	Inexistência de recursos e de um instrumento efetivo de colheita de dados pré-operatórios.	9	10	2	180	Não existem meios de controlar esta falha atualmente.	Elaborar um instrumento de colheita de dados que será integrado na ficha de visita pré-operatória que inclua antecedentes pessoais, médicos e cirúrgicos da pessoa submetida a cirurgia de modo a elaborar um plano de cuidados personalizado que atenda às necessidades específicas de cada indivíduo.

ÍNDICE	DETEÇÃO	CRITÉRIO
1 - 2	Muito grande	Certamente será detetado
3 - 4	Grande	Grande probabilidade de ser detetado
5 - 6	Moderada	Provavelmente será detetado
7 - 8	Pequena	Provavelmente não será detetado
9 - 10	Muito pequena	Certamente não será detetado

ÍNDICE	OCORRÊNCIA	PROPORÇÃO
1	Remota	1:1.000.000
2 - 3	Pequena	1:20.000 1:4.000
4 - 6	Moderada	1:1000 1:400 1:80
7 - 8	Alta	1:40 1:20
9 - 10	Muito Alta	1:8 1:2

ÍNDICE	SEVERIDADE	CRITÉRIO
1	Mínima	O doente mal percebe que a falha ocorreu
2 - 3	Pequena	Ligeira deterioração no desempenho com leve descontentamento do doente
4 - 6	Moderada	Deterioração significativa no desempenho do sistema com descontentamento do doente
7 - 8	Alta	O sistema deixa de funcionar e verifica-se um grande descontentamento do cliente
9 - 10	Muito Alta	Idem ao anterior porém afeta a segurança

Apêndice II

Planeamento do Projeto

Planeamento do Projeto

Estudante: Cátia Oliveira	Orientador: Professora Ana Lúcia Ramos
Instituição: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal	Serviço: Bloco Operatório
Título do Projeto: <i>Visita Pré-operatória: um desafio para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem</i>	
Objectivos <u>OBJECTIVO GERAL</u> <ul style="list-style-type: none">▪ Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no Bloco Operatório através da proposta de uma Norma de Orientação Clínica da VPO. <u>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</u> <ul style="list-style-type: none">• Fundamentar a importância da VPO;• Elaborar a versão preliminar da NOC da VPO;• Validar a NOC da VPO recorrendo à Técnica de Delphi;• Divulgar a versão após Delphi da NOC da VPO à equipa de enfermagem do Bloco Operatório onde foi realizado o estágio.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção No processo de elaboração da Norma de Orientação Clínica da Visita pré-operatória irão colaborar os seguintes profissionais: <ul style="list-style-type: none">- Enfermeiros peritos da realização da VPO;- Professora Orientadora de Estágio;	

- Enfermeira Orientadora de Estágio;
- Enfermeira Chefe do Bloco Operatório;
- Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório;

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Fundamentar a importância da VPO;	Revisão de Literatura: Pesquisa de documentação e artigos científicos sobre a Visita Pré-operatória no Centro de Recursos para a Aprendizagem e Investigação (CRAI) do I.P.S., em bases de dados científicas nomeadamente b-on, CINAHL, EMBASE, Cochrane, no motor de busca Google;	Enfermeira Orientadora de estágio, Enfermeiro Chefe e equipa do Bloco Operatório; Professora Ana Lúcia Ramos;	Suporte informático (Computador com ligação à internet, impressora) Suporte de anotação manual (Papel e caneta) Revistas e livros sobre a temática;	6 semanas	Apresenta resultados de pesquisa de literatura que fundamentam a importância da VPO.

<p>Elaborar a versão preliminar da NOC Clínica da VPO.</p>	<p>Pesquisa sobre elaboração de Normas de Orientação Clínica;</p> <p>Consulta de Normas de Orientação Clínica da VPO publicadas ou em prática noutros serviços;</p> <p>Contactar com enfermeiros perioperatórios de outros hospitais que tenham experiência na área e que facultem o seu testemunho e bibliografia sobre o assunto. Esse contacto poderá ser pessoalmente, via telefone ou eletrónico através de <i>e-mail</i>, redes sociais e blogs dedicados ao tema.</p> <p>Construção da versão preliminar da proposta da Norma de Orientação Clínica da VPO;</p> <p>Realizar a Visita pré-operatória na véspera da cirurgia, seguindo meticulosamente as</p>	<p>Idem ao anterior</p> <p>Enfermeiros perioperatórios de outros hospitais com experiência teórica e prática na área;</p>	<p>Suporte informático (Computador com ligação à internet, impressora)</p> <p>Telefone/telemóvel</p> <p>Suporte de anotação manual (Papel e caneta)</p>	<p>6 semanas</p>	<p>Apresenta a versão preliminar da NOC da VPO e a ficha de registo da VPO em apêndice no relatório de estágio;</p>
---	--	---	---	------------------	---

	<p>orientações estabelecidas pela NOC;</p> <p>Enviar pedido formal de autorização para a realização das visitas pré-operatórias ao Conselho de Administração do Hospital, informando acerca do âmbito e objetivos do Projeto.</p> <p>Reunir com a Enfermeira Chefe do BO e com a Enfermeira Chefe do serviço de internamento no sentido de solicitar a sua autorização para a realização das visitas pré-operatórias.</p> <p>Elaborar um pedido de consentimento informado para entregar às pessoas a quem é realizada a VPO, antes da mesma.</p> <p>Elaborar uma Ficha de Registo de VPO que sirva de instrumento de colheita de dados e que contemple: <i>check-list</i> de verificação de</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>preparação pré-operatória e <i>check-list</i> de ensinios pré-operatórios.</p> <p>Registrar os aspetos mais relevantes de cada uma das visitas realizadas nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grau de dificuldade em seguir a Norma de Orientação Clínica; • Grau de dificuldade em colher os dados e preencher a Ficha de Registo; • Reação, sugestões e comentários das pessoas que aceitam receber a VPO; • Duração da VPO; • Aspetos a acrescentar/melhorar; 				
<p>Validar a NOC da VPO recorrendo à Técnica de Delphi;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer critérios de seleção dos peritos; • Contatar com os peritos selecionados e solicitar a sua colaboração; • Elaborar o primeiro questionário; • Definir os critérios de consenso de inclusão e de exclusão; 	<p>- Peritos que correspondam aos critérios de seleção e aceitem participar no Método de Delphi;</p>	<p>Suporte informático (Computador com ligação à internet, impressora)</p> <p>Telefone/telemóvel</p>	<p>12 semanas</p>	<p>- Apresenta os questionários da diferentes rondas do Delphi, os pedidos de colaboração aos peritos, os resultados de cada</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Enviar os questionários aos peritos que aceitam de forma livre e esclarecida participar no Método de Delphi para validar a NOC da VPO; • Analisar os resultados e elaborar novo questionário com todas as recomendações que não tenham obtido consenso ou cujas sugestões realizadas pelos peritos justifiquem a realização de alterações às recomendações; • Enviar os resultados do primeiro questionário aos peritos; • Solicitar aos peritos a sua participação na segunda ronda de questionários; • Analisar novamente os resultados e repetir todo o processo até ao momento em que o consenso (de inclusão ou de exclusão) for obtido para 100% das recomendações. 	<p>- Professora Ana Lúcia Ramos.</p>			<p>ronda, e a NOC da VPO após Delphi em apêndice do relatório.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar uma sessão de apresentação 	<p>- Enfermeira</p>	<p>Computador, Sala,</p>	<p>1 semana</p>	<p>- Apresenta o plano</p>

<p>Divulgar a versão da NOC da VPO após Delphi à equipa de enfermagem do BO onde foi realizado o estágio.</p>	<p>da NOC à equipa de Enfermagem do BO onde foi realizado o estágio.</p>	<p>Orientadora de estágio; - Enfermeiro Chefe e equipa do Bloco Operatório; - Professora Ana Lúcia Ramos; - Equipa de Enfermagem do</p>	<p>cadeiras, Datashow, exemplares da NOC.</p>	<p>de sessão; - Descreve os resultados obtidos com a sessão no relatório.</p>

Cronograma:

ACTIVIDADES MESES	2013																									
	FEV.		MARÇ.			ABR.			MAI.			JUNH.			JULH.			AGOST.			SET.					
Reunião com a enfermeira chefe do Bloco Operatório para dar a conhecer os objetivos o estágio			X																							
Entrevista semi-estruturada com a enfermeira chefe do Bloco Operatório para determinar as áreas prioritárias de intervenção				X																						
Entrevista semi-estruturada com a enfermeira orientadora de estágio.				X																						

Hospital																							
ACTIVIDADES MESES	2013																						
	FEV.	MARÇ.				ABR.				MAI.				JUNH.				JULH.				AGOST.	
Revisão Sistemática da Literatura sobre importância da VPO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Fundamentação Teórica das NOC							X	X	X	X													
Fundamentação teórica do método de Delphi										X	X	X	X										
Elaborar versão preliminar da NOC da VPO						X	X	X	X														
Elaborar a Ficha de Registo da VPO						X	X	X	X														
Realizar VPOs exploratórias										X	X	X	X										
Aplicação do Método de Delphi														X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Análise e discussão dos resultados do Delphi															X	X					X	X	
Elaborar NOC final após Delphi																						X	X

Apêndice III

**Artigo de Revisão Sistemática da Literatura: A
Importância da Visita Pré-operatória de
Enfermagem**

ARTIGO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: IMPORTÂNCIA DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Ana Catarina Luna; Ana Paula Guerreiro; Cátia Oliveira, Tânia Gregório

Professora Doutora Ana Ramos; Professora Doutora Cândida Ferrito

Artigo de Revisão Sistemática realizado no âmbito de Mestrado de Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

RESUMO

A Visita pré-operatória de Enfermagem (VPOE) é uma intervenção prioritária da Enfermagem Perioperatória, por promover a melhoria dos cuidados de Enfermagem e a satisfação das necessidades físicas e emocionais dos clientes.

Com o objetivo de determinar a importância da realização da VPOE em clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva, realizou-se uma revisão sistemática da literatura, utilizando o protocolo PICO. No final da pesquisa, resultaram 8 artigos, selecionados com base em critérios predefinidos, pesquisados nas plataformas SciELO, SciELO Portugal, B-on, EBSCOhost, em bases científicas eletrónicas com texto integral.

Os resultados demonstram a importância de garantir a realização da VPOE para a sistematização dos cuidados de Enfermagem perioperatória, sendo que a mesma é considerada como um processo interativo que contribui para a promoção e recuperação da integridade e plenitude biopsicossocioespiritual do cliente. Concluiu-se que a VPOE é a intervenção ideal para a orientar e esclarecer o cliente em relação à cirurgia, diminuir a sua ansiedade e identificar as suas necessidades, de forma a favorecer a melhoria dos cuidados no período perioperatório.

Palavras-chave: visita pré-operatória de Enfermagem, informação pré-operatória, ansiedade pré e pós operatória.

ABSTRACT

The pre-operative nursing visit is a priority intervention of Perioperative Nursing by allowing the improvement of nursing care and fulfilling the physical and emotional needs of clients.

In order to determine the importance of accomplish the pre-operative nursing visit in adult patients undergoing elective surgery, we carried out a systematic review of the literature, using PICO protocol. At the end of the research, resulted 8 articles, selected based on predefined criteria, identified using SciELO, SciELO Portugal, B-on, EBSCOhost, in electronic bibliographic databases with full text.

The results demonstrate the importance of ensuring the pre-operative nursing visit, for the systematization of perioperative nursing care, and the same is considered as an interactive process that contributes to the promotion and recovery of health and biopsicossocioespiritual integrity of the patient.

It was concluded that the pré-operative nursing visit is the best intervention to guide and enlighten the patients about the surgery, to reduce their anxiety and to identify their needs in order to improve the perioperative care.

Key-words: pre-operative nursing visit; pre-operative information; pre and post operative anxiety

INTRODUÇÃO

A visita pré-operatória de Enfermagem (VPOE) é a primeira etapa na sistematização do Processo de Enfermagem Perioperatória, assumindo um papel fulcral quer na preparação física como emocional do cliente (Piccoli e Galvão, 2001). Traduz-se, por isso, numa oportunidade de excelência para promover a interação entre o Enfermeiro do Bloco Operatório e o cliente/pessoas significativas. Permite ainda transmitir à restante equipa de Enfermagem Perioperatória as informações recolhidas do cliente, para que em conjunto se planeiem os cuidados a prestar no período intra-operatório, utilizando os recursos necessários (AESOP, 2006).

Numa perspectiva de continuidade, a VPOE objetiva satisfazer, de forma eficiente, as necessidades dos clientes, tendo por base a humanização dos cuidados prestados em Bloco Operatório (AESOP, 2006).

A VPOE assume-se como o momento ideal para viabilizar esta humanização dos cuidados, pois tem como principais objetivos conhecer o cliente, identificar as necessidades/problemas existentes e prepará-lo física e emocionalmente para o ato cirúrgico e período pós-operatório (AESOP, 2006).

O enfermeiro perioperatório surge, desta forma, como a principal referência para o cliente no ambiente desconhecido e hostil tal como é o ambiente cirúrgico (Piccoli e Galvão 2001).

Neste contexto têm sido desenvolvidos, por diversos autores, estudos sobre a importância da VPOE e a sua influência em vários fatores, entre os quais a diminuição de medos e ansiedade e o esclarecimento de dúvidas no pré operatório. Segundo Frias, Costa e Sampaio (2010), a VPOE é uma intervenção utilizada inicialmente na década de 1980 em algumas instituições hospitalares, surgindo no cenário da prestação de cuidados fundamentada nas teorias holísticas e do autocuidado.

Neste sentido, o objetivo da VPOE passa pela diminuição da ansiedade face à intervenção cirúrgica através de um conjunto de ensinamentos adequados ao cliente, permitindo que o mesmo exponha as suas dúvidas e receios no sentido de o esclarecer (Mendes, 2005). A implementação da VPOE permite obter informações que servirão de alicerce para que o Enfermeiro perioperatório possa desenvolver um plano de cuidados individualizado e adequado às necessidades de cada cliente, permitindo satisfazê-las (AESOP, 2006).

É nesta visita que o Enfermeiro deve adotar estratégias para promover o estabelecimento de uma relação de ajuda com o cliente e sua família, de forma calma e num contexto mais tranquilo e protetor. Isso possibilita o planeamento de cuidados antes mesmo da admissão do cliente no Bloco Operatório, sempre com o intuito de promover cuidados holísticos, prestando cuidados individualizados e recorrendo à metodologia do processo de Enfermagem. Durante a VPOE, devem

ser abordados dois temas essenciais, a preparação emocional e a preparação física mais adequada para o tipo de cirurgia que o cliente vai realizar (AESOP, 2006).

A VPOE assume-se como uma intervenção prioritária da Enfermagem Perioperatória, no que respeita à melhoria dos cuidados de Enfermagem, à satisfação clientes submetidos a cirurgia, bem como à própria satisfação profissional dos Enfermeiros (AESOP, 2006).

No que respeita ao cliente, a VPOE serve não só para garantir a satisfação das suas necessidades físicas e emocionais, como permite aumentar a sua capacidade de superar o trauma da cirurgia e retornar rapidamente a um estado de bem-estar (Gritten, 2007).

De forma a reunir toda a evidência, demos início à Revisão Sistemática da Literatura que tem como principal objetivo perceber qual a sua importância da VPOE em adultos submetidos a cirurgia.

ENQUADRAMENTO

Atualmente vários são os autores que apresentam estudos na área da transmissão da informação pré-operatória. É o caso de Gomes (2009) que refere vários estudos de diferentes autores, em que todos eles apresentam resultados positivos inerentes à VPOE, nomeadamente no que concerne à diminuição do tempo de internamento, menor administração de analgésicos, à maior cooperação, adesão aos tratamentos e satisfação dos utentes.

Também Mendes *et al* (2005) sublinham que estudos recentes na área da psiconeuroimunologia têm demonstrado que a ansiedade pré-operatória tem influência no pós-operatório, traduzindo-se habitualmente por uma recuperação mais lenta, com mais dor e complicações associadas, aumentando inevitavelmente o período de internamento e o consumo de analgésicos, antibióticos e outras terapêuticas.

Em condições de ameaça o ser humano desencadeia um estado de ansiedade (Mitchell, 1997). Se por um lado é fundamental reduzir a ansiedade para

proporcionar conforto e bem-estar aos utentes, não deixa de ser menos importante encontrar estratégias que permitam uma recuperação mais rápida, já que isso se traduz em menos tempo de internamento e como tal menos custos para o hospital (Silva, 2010).

Sempre com o objetivo de uma prestação de cuidados individualizada, contínua e adaptada às necessidades do utente, no Bloco Operatório, o trabalho técnico e a relação Enfermeiro/utente têm a mesma importância. Idealmente os cuidados de Enfermagem perioperatórios deveriam dividir-se em três fases: antes da chegada do utente ao Bloco Operatório, a fim de se identificar as suas necessidades através da realização da VPOE; durante toda a sua permanência no Bloco Operatório; e, por fim, algumas horas ou dias após a intervenção cirúrgica, para se avaliar os cuidados prestados no intra-operatório com a realização da Visita Pós-Operatória (UNAIBODE, 2001).

Os registos efetuados na VPOE são, acima de tudo, uma mais-valia, pois nesse momento o Enfermeiro desempenha uma função primordial de elo de ligação não só entre a pessoa, os outros profissionais e a família/pessoa significativa, bem como entre o exterior e o interior do Bloco Operatório. Assim, o Enfermeiro tem a possibilidade de informar a equipa cirúrgica dos problemas ou necessidades da pessoa com os quais se vão deparar aquando da cirurgia (AESOP, 2006).

A VPOE permite que o Enfermeiro de Bloco Operatório estabeleça uma relação de ajuda essencial com o cliente, sendo um momento privilegiado para a recolha de dados, tanto no âmbito de uma consulta pré-operatória ou através da deslocação do Enfermeiro ao Serviço de Internamento onde se encontra o utente (UNAIBODE, 2001). A importância da VPOE, tal como já foi anteriormente referido, reside essencialmente no seu efeito sobre o excesso de stresse da pessoa que irá ser submetida a cirurgia, tranquilizando-a e fornecendo-lhe o apoio necessário para se familiarizar com um ambiente novo e hostil. No entanto, a VPO além de funcionar como estratégia para diminuição da ansiedade dos utentes, é também um importante recurso na colheita de dados, essenciais a um planeamento atempado e individualizado que permite prestar cuidados de excelência (Toniol e Macedo, 2007).

METODOLOGIA

A Revisão Sistemática da Literatura é um estudo secundário, que tem por objetivo reunir estudos semelhantes, publicados ou não, avaliando-os criticamente na sua metodologia. Por sintetizar estudos primários semelhantes e de boa qualidade é considerada o melhor nível de evidência para tomadas de decisões (Atallah, 1998).

Com esta Revisão sistemática pretendemos:

- Identificar toda a evidência científica relevante publicada, ou não, na área da VPOE;
- Selecionar estudos de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos;
- Avaliar a qualidade dos estudos;
- Sintetizar os resultados dos estudos selecionados, de forma imparcial;
- Interpretar os resultados e apresentar um resumo equilibrado e imparcial dos resultados tendo em conta as eventuais falhas na evidência.

Assim, o objetivo geral da presente Revisão Sistemática é determinar a importância da VPOE em clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva. Para tal, desenhou-se a seguinte pergunta de investigação que orientou a estratégia metodológica: “Qual a importância da Visita Pré-Operatória de Enfermagem em clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva?”. A revisão sistemática centrou-se na pesquisa de estudos que permitissem dar resposta a esta questão central. Para a formulação da questão de partida utilizámos o método PICO, como representamos no seguinte quadro:

P	Enfermeiros que realizam VPOE a adultos submetidos a cirurgia eletiva
I	Visita Pré-Operatória de Enfermagem
C	(não se aplica)
O	Importância da VPOE (Todos os resultados obtidos com a VPOE)

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estudos disponíveis em texto integral e nos idiomas português, inglês ou espanhol, estudos realizados exclusivamente em contexto hospitalar e cujos participantes incluíssem Enfermeiros que realizam VPOE a adultos submetidos a cirurgia eletiva. Os Critérios de exclusão definidos foram: todos os estudos que abrangessem utentes submetidos a cirurgia em situação de urgência; estudos cujos participantes fossem crianças; estudos relativos à visita pré-anestésica realizada pelos Anestesiologistas, pois o seu âmbito e objetivos são diferentes da VPO de Enfermagem.

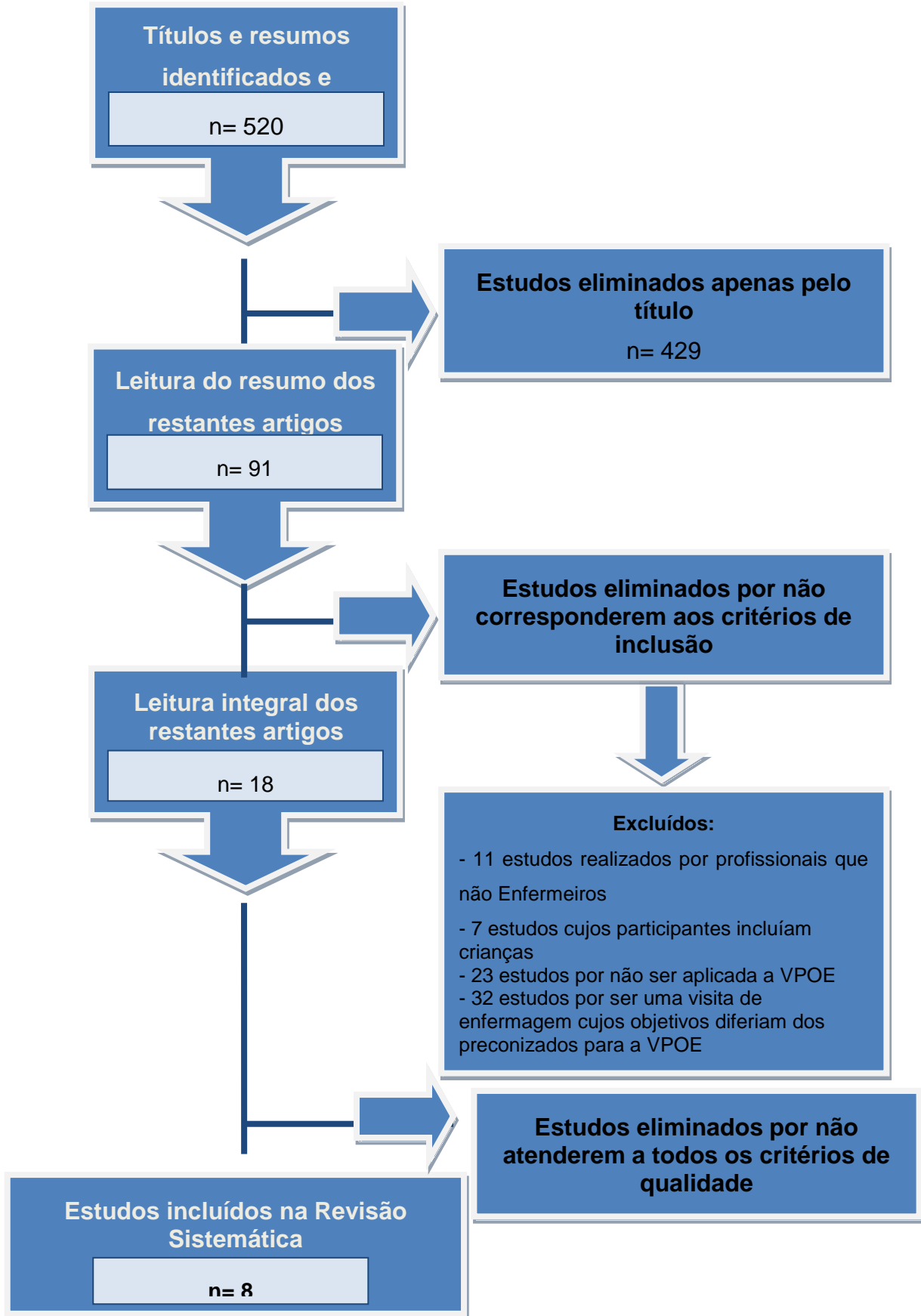
A pesquisa foi realizada nas seguintes plataformas: SciELO, SciELO Portugal, B-on, EBSCOhost, das quais foram selecionadas as seguintes bases de dados eletrónicas: CINAHL® Plus with Full Text; Nursing & Allied Health Collection; British Nursing Index; Cochrane Collection; MedicLatina; MEDLINE.

As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram: visita pré-operatória (pre-operative visit), visita pré-operatória de Enfermagem (pre-operative nursing visit), informação pré-operatória (pre-operative information), ansiedade pré e pós operatória (pre and post operative anxiety).

RESULTADOS

A pesquisa realizou-se durante os meses de Fevereiro a Abril de 2013, o que resultou num total de 520 artigos, dos quais 429 foram eliminados apenas pelo título, pois apesar de apresentarem alguma das palavras-chave no seu título, verificou-se que o objetivo da investigação não era direcionada para a VPOE. Passou-se à leitura do resumo dos restantes 91 artigos, o que permitiu selecionar apenas aqueles que correspondiam aos critérios de inclusão. Assim, foram eliminados 73 artigos: 11 estudos realizados por profissionais que não enfermeiros, 7 estudos cujos participantes incluíam crianças, 23 estudos por não ser aplicada a VPOE e 32 estudos por ser uma visita de Enfermagem cujos objetivos diferiam dos preconizados para a VPOE. Os restantes 18 artigos foram lidos integralmente pelos autores do presente estudo, de forma a validar a pertinência da sua inclusão e a sua qualidade metodológica. (Todo este processo encontra-se esquematizado no esquema 1).

Esquema 1



Para avaliar a qualidade do estudo foi necessário estabelecer se os resultados encontrados são de relevância no cenário em questão. De forma a incluir apenas artigos válidos e relevantes neste estudo, foi realizada uma avaliação crítica da evidência a cada um dos 18 artigos. Para tal, recorreremos aos seguintes critérios de qualidade, estabelecidos pelo Centre for Reviews and Dissemination (2009): se o estudo é adequado ao objetivo da pesquisa, se existe risco de viés e se os resultados podem ser generalizados. Dos 18 artigos, 10 foram eliminados por não atenderem a todos os critérios de qualidade.

Realizada a avaliação crítica da qualidade, foram escolhidos, de forma unânime, os 8 estudos que descrevem claramente os objetivos, indicam o número de participantes, a metodologia de recolha de dados coerente com os objetivos e análise de dados e apontam os resultados, como se constata no seguinte quadro (quadro 1).

Quadro 1

Identificação do artigo	Autor Ano País	Participantes	Objetivos	Metodologia e Instrumentos de colheita de dados	Resultados
VPO de Enfermagem: Percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino [E1]	Gritten; Meier; Gaievicz. 2006 Brasil	22 Enfermeiros: 17 Enfermeiros do internamento e 5 enfermeiros do Bloco Operatório.	Identificar a percepção dos enfermeiros relativamente à importância da VPOE, estabelecendo -a como primeira etapa da sistematização da prestação de cuidados de enfermagem	Pesquisa descritiva com dados analisados qualitativa e quantitativamente. Aplicação de um questionário com 6 questões fechadas e 2 abertas;	Todos os enfermeiros consideraram a VPOE importante, no entanto um número significativo não a realiza, devido a inúmeras dificuldades, como a falta de tempo e inexistência de um protocolo.

			no período perioperatório.		
<p>A importância da VPO de Enfermagem na Visão de enfermeiros e pacientes</p> <p>[E2]</p>	<p>Santos, Braga, Alcântara, Silva, Macedo.</p> <p>2009 Brasil</p>	<p>22 clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva e 15 enfermeiros</p>	<p>Verificar a importância e a necessidade da Visita Pré-Operatória de Enfermagem para os enfermeiros e para o cliente</p>	<p>Pesquisa descritiva através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas aos enfermeiros e clientes nos períodos pré e pós-operatório.</p>	<p>Muitos clientes não recebem a VPOE e, por esse motivo, são encaminhados para a cirurgia com dúvidas, receios e medos. Conclui-se que a VPOE é importante para esclarecer dúvidas, tanto dos clientes como dos seus familiares, proporcionando assim um pós-operatório tranquilo sem provocar alterações no resultado da cirurgia.</p>
<p>O impacto da Visita Pré-operatória de Enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos</p> <p>[E3]</p>	<p>Frias, Costa, Sampaio.</p> <p>2010 Brasil</p>	<p>30 clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva os quais 15 receberam a VPOE e os outros 15 não</p>	<p>Identificar a forma como a VPOE interfere no nível de ansiedade de estado do cliente</p>	<p>É uma abordagem qualitativa, comparativa e prospectiva. Utilizaram o inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) de Spielberg Gorsuch e Lushewne (1970)</p>	<p>Os resultados mostram que, no grupo de clientes, visitados por enfermeiros, o número de pessoas com níveis baixos de ansiedade aumentou quando comparado ao grupo que não recebeu a VPOE.</p>
<p>Estudo da</p>	<p>Jorgetto,</p>	<p>14</p>	<p>Analisar a</p>	<p>Avaliação</p>	<p>Dos enfermeiros</p>

<p>Visita Pré operatoria de Enfermagem sobre a óptica dos enfermeiros do centro cirúrgico de um hospital universitário</p> <p>[E4]</p>	<p>Noronha, Araújo. 2004 Brasil</p>	<p>Enfermeiros 62 clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva</p>	<p>importância da VPOE em cirurgias eletivas segundo os enfermeiros do Bloco Operatório de um Hospital Universitário do Estado de São Paulo.</p> <p>Testar o instrumento de comunicação escrita de Enfermagem na VPOE, proposto por ARAÚJO & NORONHA (1995).</p>	<p>quantitativa e qualitativa com base na análise de percentagens e nas respostas obtidas das entrevistas com Enfermeiros e clientes: Questionário semi-aberto; Entrevista e preenchimento do instrumento de comunicação escrita de Enfermagem utilizada na VPOE a adultos submetidos a cirurgia programada, na véspera da mesma.</p>	<p>entrevistados: 92,9% consideram importante a realização da VPOE para a pessoa em fase pré-operatória mas também para os cuidados de enfermagem.</p> <p>85,7% sublinham a importância da realização desta visita para o enfermeiro perioperatório enfatizando o relacionamento enfermeiro-doente e a satisfação profissional sentida pelo mesmo.</p> <p>Os resultados permitem sugerir a implementação do instrumento de comunicação escrita proposto por ARAÚJO & NORONHA (1995) neste Hospital Universitário.</p>
--	---	--	--	---	---

<p>O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico</p> <p>[E5]</p>	<p>Santos, Henckmeier, Benedet</p> <p>2011 Brasil</p>	<p>6 Enfermeiros e 25 clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva</p>	<p>Caracterizar as orientações pré-operatórias realizadas pelos enfermeiros e identificar o impacto da orientação pré-operatória na recuperação do cliente cirúrgico</p>	<p>Trabalho de natureza exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa.</p>	<p>Este estudo mostrou que a realização da orientação pré-operatória de maneira individualizada influenciou na melhoria da qualidade de vida do cliente cirúrgico, diminuindo o medo e a ansiedade e prevenindo complicações no pós-operatório, aumentando a confiança do cliente no enfermeiro e proporcionando maior satisfação profissional.</p>
<p>Influência da VPOE no controle da ansiedade pré-operatória</p> <p>[E6]</p>	<p>Santos</p> <p>2008 Portugal</p>	<p>60 Clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva: 30 do grupo experimental e 30 do grupo controle.</p>	<p>Explicar a relação entre a VPOE e o grau de ansiedade no pré-operatório, em clientes submetidos a anestesia espinal, e reforçar a importância da VPOE na redução da</p>	<p>Estudo explicativo/preditivo.</p>	<p>Os utentes do grupo experimental, por terem sido submetidos á VPOE, tinham menor ansiedade que os doentes do grupo de controlo. No intra-operatório os doentes do grupo que recebeu a VPOE estavam mais tranquilos, falavam mais com a</p>

			ansiedade pré operatória.		equipa e principalmente reconheciam a cara do enfermeiro da visita, ao mesmo tempo que não estranhavam tanto os procedimentos, por já lhes terem sido explicados na VPOE.
<p>Analisando a VPOE: o enfoque do cliente</p> <p>[E7]</p>	<p>Toniol, Macedo.</p> <p>2007</p> <p>Brasil</p>	<p>n=15 clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva</p>	<p>Elaborar um estudo da VPO, centrada no cliente e analisando a contribuição dessa visita como uma estratégia de sistematização dos cuidados de Enfermagem e promoção da sua melhoria ao cliente cirúrgico.</p>	<p>Pesquisa exploratória e descritiva com a aplicação de um questionário</p> <p>Aplicação de um questionário aberto durante a visita pré-operatória.</p> <p>Aplicação de um questionário aberto no período pós-operatório.</p>	<p>A VPO permite a abordagem ao cliente cirúrgico o levantamento das suas necessidades, favorecendo cuidados de Enfermagem individualizados e sistematizados.</p> <p>Todos os participantes reconheceram a importância da VPO, pela diminuição significativa da ansiedade pré-operatória e pelo estabelecimento de uma relação de ajuda, que lhes permite ter uma referência no</p>

					momento do acolhimento no Bloco Operatório.
<p>Orientação de Enfermagem no pré-operatório: a utilização de imagens como fonte de comunicação</p> <p>[E8]</p>	<p>Pattera, Maziero, Braga, Caldeira.</p> <p>2009 Brasil</p>	<p>n=26 clientes adultos submetidos a cirurgia eletiva</p>	<p>Identificar a percepção do cliente acerca das orientações pré-operatórias fornecidas pela equipa de Enfermagem;</p> <p>Realizar VPOE utilizando imagens do ambiente cirúrgico (fotografias) como instrumento de comunicação para as orientações.</p> <p>Realizar VPOE, visando obter a avaliação da percepção do cliente sobre as orientações recebidas no pré-operatório.</p>	<p>Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa e de campo.</p> <p>Entrevistas semi-estruturadas no pré e no pós-operatório;</p> <p>Análise de conteúdo.</p>	<p>As orientações fornecidas através da VPOE trouxeram tranquilidade aos participantes, e a apresentação do álbum de fotos, contendo imagens ilustrativas do ambiente do Bloco Operatório, ajudaram os participantes a sentirem-se familiarizados e preparados para o período intra-operatório, atenuando o medo do desconhecido.</p>

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando a relevância de integrar na Revisão Sistemática artigos recentes e atuais, os estudos selecionados para o presente trabalho foram divulgados em Portugal ou no Brasil entre os anos de 2004 e 2011, sendo que predomina a língua Portuguesa. Nestes artigos incluem-se estudos de metodologia qualitativa e quantitativa em que foram utilizados questionários, entrevistas e inventário como meio de recolha de dados.

Apesar de todos estudos selecionados se encontrarem dentro do âmbito da Visita pré-operatória de Enfermagem (VPOE), os seus objetivos e questões de investigação diferiam entre si. No entanto, todos eles são unânimes no que respeita à importância da VPOE para a excelência dos cuidados de Enfermagem Perioperatória.

No âmbito da importância da VPOE para a satisfação profissional do Enfermeiro, tanto o estudo **E4** como o **E5** confirmam esta hipótese.

Assim, de acordo com os resultados do estudo **E4**, o momento da VPOE permite ao Enfermeiro perioperatório construir uma relação de confiança e empatia, que não é possível em momento algum do período intra-operatório, o que leva a que o Enfermeiro desenvolva competências numa dimensão diferente, aumentando a sua satisfação profissional.

Da mesma forma, os resultados do estudo **E5** evidenciam o papel fundamental do Enfermeiro na educação dos clientes cirúrgicos, nomeadamente na responsabilidade que têm ao orientar os clientes diariamente. Este estudo mostrou que a realização da VPOE de maneira individualizada promove a melhoria da qualidade de vida do cliente cirúrgico, diminuindo o medo e a ansiedade e prevenindo complicações no pós-operatório. Comprova-se também, que a VPOE aumenta a confiança do cliente no Enfermeiro e confere maior satisfação profissional.

A VPOE permite ainda conhecer as necessidades de cada cliente, garantindo desta forma a prestação de cuidados individualizados. O estudo **E7** é sem dúvida um contributo importante para a presente revisão sistemática, sendo que os

autores procuraram conhecer a importância da VPOE sob o ponto de vista das pessoas submetidas a cirurgia. Os clientes consideraram que a diminuição da sua ansiedade, deixa-os mais tranquilos e preparados para o procedimento cirúrgico. Verificou-se ainda que a VPOE teve um impacto positivo nos procedimentos pré-anestésicos, uma vez que os clientes se encontravam com níveis de ansiedade mais baixos, e também no pós-operatório, pois as informações fornecidas durante a VPOE acerca do pós-operatório (nomeadamente dor e analgesia, presença de drenos, sondas, punções), permitiram que as pessoas interiorizassem essa informação e se sentissem mais tranquilas.

Por outro lado, no estudo **E8**, encontram-se resultados que sugerem que a informação padronizada pode ser útil quando utilizada no decorrer da VPOE. Deste modo, procuraram conhecer o impacto de imagens do ambiente intra-operatório na preparação pré-operatória de clientes submetidos a cirurgia e concluíram que a apresentação do álbum de fotos, contendo imagens ilustrativas do ambiente do Bloco Operatório, ajudaram os participantes do estudo, a entender melhor o ambiente e o circuito pelo qual iriam passar até o momento da anestesia e a compreender o objetivo da Sala de Recuperação Anestésica.

Contudo, o estudo **E1** revela que existem fatores que inibem o desenvolvimento deste tipo de projetos, nomeadamente a falta de apoio e motivação dos Enfermeiros. Essa falta de motivação, por sua vez, pode ser causada por sentimentos de insegurança, pois, responder a necessidades de informação e até mesmo necessidades emocionais, exige autoconfiança e um elevado grau de conhecimento clínico e científico.

O estudo **E2** confirma a importância da VPOE tanto para o profissional de Enfermagem como para o cliente cirúrgico. Os mesmos autores referem que, o ideal é que as VPOE sejam realizadas pelo Enfermeiro(a) do bloco operatório, permitindo que o cliente tenha como referência, no dia da cirurgia, um Enfermeiro que o ajude a enfrentar o desconhecido e possibilite ao Enfermeiro conhecer o cliente e as suas necessidades.

Nos estudos **E3** e **E6** é realizada uma análise comparativa entre clientes que recebem VPOE e um grupo de clientes que não a recebem. Em ambos os

estudos, verifica-se uma redução da ansiedade no grupo que recebeu VPOE, aquando da sua comparação ao grupo que não recebeu VPOE.

Desta forma, no estudo **E3**, foram encontrados resultados que demonstram os benefícios da VPOE, validando, assim, a hipótese de que VPOE reduz o nível de ansiedade dos clientes.

Também se verificou uma redução de ansiedade no grupo que recebeu VPOE quando comparado ao grupo que não a recebeu. Os autores referem que este estudo afirma a necessidade dos hospitais disponibilizarem Enfermeiros para a realização da VPOE, pelo que se confirma que os benefícios para o cliente são claros e evidentes, tratando-se portanto, de um caminho importante para a sistematização dos cuidados, o que possibilita que o trabalho do Enfermeiro seja reconhecido e que o cliente tenha um melhor atendimento.

No estudo **E6**, os resultados demonstram a importância da VPOE, tanto para Enfermagem como para os clientes que beneficiam de um percurso cirúrgico sem situações inesperadas. Desta forma, considera-se a VPOE uma atividade autónoma de Enfermagem.

CONCLUSÃO

Este estudo pretendeu identificar e analisar qual a importância da VPOE, com recurso à revisão sistemática de literatura. Pela análise efetuada, pode-se identificar quais os benefícios da VPOE para os clientes que irão ser submetidos a cirurgia e, também, para os Enfermeiros que a realizam. Esta mostrou ser uma intervenção relevante por se tratar de um processo de comunicação em que existe uma envolvimento mútua e onde se pretende proporcionar confiança e estabelecer uma relação entre o Enfermeiro Perioperatório e o cliente.

Conclui-se que a VPOE é a intervenção ideal para a orientação e esclarecimento de dúvidas em relação à cirurgia, em que o Enfermeiro deve identificar as necessidades dos clientes a fim de construir um plano de cuidados de Enfermagem adequado aos mesmos.

A VPOE permite também ao cliente uma aproximação ao meio que o rodeia, diminuindo medos e ansiedade relacionados com este novo contexto que experiencia, a ida ao bloco operatório, e assim passar pelos acontecimentos inerentes ao processo cirúrgico de forma mais tranquila, promovendo uma recuperação mais rápida.

Na pesquisa efetuada, existe uma concordância no que respeita à importância da realização da VPOE para a sistematização dos cuidados de Enfermagem perioperatória, sendo que a mesma é considerada como um processo interativo que contribui para a promoção e recuperação da integridade e plenitude biopsicossocioespiritual do cliente. Verificou-se que os Enfermeiros consideram a VPOE importante, no entanto um número significativo não a realiza devido a inúmeras dificuldades, como a falta de tempo e inexistência de um protocolo.

A VPOE promove a adaptação do cliente cirúrgico ao ambiente hospitalar, diminuindo os seus medos e ansiedade de forma a proporcionar uma cirurgia tranquila e uma boa recuperação cirúrgica.

REFERÊNCIAS

- AESOP - **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados**, Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 972-8930-16-X;
- ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES – **Position Statement on Perioperative Advanced Practice Nurse**. [Em linha]. Denver: 2013. [Consult. 26 Abril 2013]. Disponível em: <http://www.aorn.org/PracticeResources/AORNPositionStatements/Position_AdvancedPracticeNurse/>
- ATALLAH, A. N.; CASTRO A. A. - **Revisão Sistemática e Metanálises, em: Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo. Lemos Editorial. 1998. [Em linha]. [Consult. 15 Maio 2013]. Disponível em: <<http://www.centrocochranedobrasil.org/artigos/bestevidence.htm>>
- BELLMAN, L.; MANLEY, K.; – **Enfermagem Cirúrgica – Prática Avançada**; Lusociência; Loures; 2003; ISBN: 972-8383-54-1

- CHIRVECHES, E.;- **Efecto de una visita prequirurgica de enfermeria perioperatória sobre la ansiedad el dolor.** Enfermería Clínica. [Em linha]. Vol. 16, n.º 1, (2006), p. 3-10. [consult. 15 Maio 2013]. Disponível em: <<http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/efecto-una-visita-prequirurgica-enfermeria-perioperatoria-ansiedad-13084268-originales-2006#elsevierItemBibliografias>>. ISSN: 1130-8621

- CRUZ, E. E VARELA, Z. – **Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado.** [Em linha]. Revista Electrónica de Enfermagem, Vol.4, n.º 3, (2002), p. 51-58. [Consult. 30 de Junho de 2011]. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/742/803>>. ISSN 1518- 1944.

- FOSCHIERA, F.; PICCOLI, M. - **Enfermagem Perioperatória: Diagnósticos de Enfermagem emocionais e sociais na Visita Pré-Operatória fundamentados na Teoria de Ida Jean Orlando;** Maringá, vol. 3, n.º 2, p. 143-151, Maio/Agosto. 2004.

- FRIAS, T. F. P.; COSTA, M. A.; SAMPAIO, C. E. P.- **O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos.** Revista Mineira de Enfermagem. [Em linha]. Vol. 4, n.º 3, (Jul./Set. 2010), [Consult. 20 Abril 2013]. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4d3079563e899.pdf>. ISSN 1415-2762

- GOMES, N. – **O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas.**[Em linha]. 2009. [Consult. 20 Abril 2013]. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16187/2/O%20DOENTE%20CIRRGICO%20NO%20PERODO%20PROPERATRIO%20DA%20INFORMA%C3%83O%20R.pdf>>

- GRITTEM, L.; MEIER, M. J.; GAIEVICZ, A. P. - **Visita Pré-Operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino.** Cogitar Enfermagem [Em linha]. Vol. 11, n.º 3, (Set./Dez. 2006),p 245-51. [Consult. 30 Abril 2013]. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/7311/5243>>

- GRITTEN, L. - **Sistematização da assistência perioperatória: uma tecnologia de enfermagem.** [Em linha]. Curitiba, 2007. [Consult. em: 07 Abril 2013]. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oLucianaGrittem.pdf>>
- JORGETTO, G. V.; NORONHA, R.; ARAÚJO, I. E. M. - **Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centro-cirúrgico de um hospital universitário.** Revista Electrónica de Enfermagem, [Em linha]. Vol. 6, n.º 2, (2004). [Consult. em 29 Abril 2013]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/visita.html>. ISSN 1518-1944.
- LEITÃO J. M.- **Contributo da relação enfermeiro/utente no comportamento do doente cirúrgico.** Revista Nursing. ISSN 0871-6196. N.º 58, (1992), p. 6-16.
- MADEIRA, M. Z. A.; OLIVEIRA, É. F. V.; PEREIRA, N.; MARTINS, P. C.; JÚNIOR, F. J. G. S. - **A assistência de enfermagem perioperatoria e a satisfação do paciente.** Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, [Em linha]. Vol. 4, n.º2 (2011), p.9-15. [Consult. 16 Abril 2013]. Disponível em: <http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n2/pesquisa/p1_v4n2..pdf> ISSN 2317-5079
- MELO, M. - **Comunicação com o doente: certezas e incógnitas.** Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-86-X
- MENDES, A. [et al] – **Influência de um Programa Psico-educativo no Pré-Operatório nos Níveis de Ansiedade do Doente no Pós-operatório.** Revista Referência. ISSN 0874-0283. IIª Série, n.º1, (2005), p. 10-14.
- MITCHELL, M. - **Patients' perceptions of pre-operative preparation for day surgery.** Journal of Advanced Nursing, [Em linha]. Vol. 26, N.º 2, (1997), p. 356-363. [Consult. em: 25 Abril 2013]. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026356.x/abstract>> ISBN 1365-2648.
- NUNES, L. - **Um Olhar sobre o Ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998).** 1º ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-30-4.

➤ **ORDEM DOS ENFERMEIROS, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual/Enunciados descritivos.** 2001. [Em linha]. [Consult. em: 7 Junho 2013]. Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>

➤ **PATERRA, T.; MAZIERO, V.; BRAGA, E.; CALDEIRA, S. - Orientação de enfermagem no pré-operatório: a utilização de imagens como fonte de comunicação.** Campus de Botucatu – Faculdade de Medicina de Botucatu – Enfermagem. [Em linha]. [Consult. em 25 Abril 2013]. Disponível em <http://prope.unesp.br/xxi_cic/27_36874729810.pdf>

➤ **PHIPPS, W.; SANDS, J. e MAREK, J. - Enfermagem Médico- Cirúrgica : conceitos e prática clínica.** Volume II 6ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 2003. ISBN 972-8383-65-7;

PICCOLI, M. ; GALVAO, C. M. - Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de levine. Revista Latino-am Enfermagem. Vol. 9, n.º 4, (Jul. 2001), p. 37-43. [Em linha]. [Consult. 1 Maio 2013]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11481.pdf>> ISSN: 0104-1169.

➤ **SANTOS, J. ; HENCKMEIER, L; BENEDET, S. A. - O impacto da orientação pré-operatória na Recuperação do paciente cirúrgico.** Enfermagem em Foco. [Em linha]. Vol. 2, n.º 3 (2011), p. 184-187 [Consult. em 28 Abril 2013]. Disponível em: <<http://www.revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/131/112>>

➤ **SANTOS, L.; - Importância da Visita pré-operatória de enfermagem na visão de enfermeiros e pacientes.** [Em linha].(1996). [Consult. 26 Abril 2013]. Disponível em: <<http://189.75.118.68/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/l28894.E9.T5383.D5AS.pdf>>

- SANTOS, M; - **Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas.** Revista Eletrônica de Enfermagem. [Em linha]. Vol. 14, n.º 4, (2012), p.922-7. [Consult. 12 Maio 2013]. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf>> ISSN 1518-1944.

- SANTOS, V. S. - **Influência da Visita Pré-Operatória no Controlo da Ansiedade Pré-Operatória.** [Em linha]. Fórum Enfermagem (2008). [Consult. 28 Abril 2013]. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3440:influencia-da-visita-pre-operatoria-no-controlo-da-ansiedade-pre-operatoria&catid=189>

- SILVA, M. – **Necessidade pré-operatória do doente cirúrgico – Acolhimento de Enfermagem.** Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto; Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem; (2010). [Em linha]. [Consult. 28 Abril 2013]. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertacao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>>

- SYSTEMATIC REVIEWS - **CRD's guidance for undertaking systematic reviews in health care.** Centre for Reviews and Dissemination Systematic Reviews. York: York Publishing Services Ltd, (2009). ISBN 978-1-900640-47-3.

- TONIOL, K. E.; MACEDO, J. I. - **Analisando a Visita pré-operatória de enfermagem: o enfoque do cliente.** [Em linha]. Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. Brasil: Maringá-Paraná. Out. 2007. [Consult. 23 Maio 2013]. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2007/anais/juice_ishie_macedo.pdf>

- UNAIBODE (2001). **Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório. Desenvolver uma cultura de qualidade.** Loures. Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-24-X.

Apêndice IV

Ficha de Registo da VPO

Bloco Operatório	Folha de Registo da Visita Pré-operatória	Data da VPO	--/--/--
		Data da cirurgia	--/--/--
	Enfermaria		
	Cama		
	Diagnóstico		
	Cirurgia proposta		
	Cirurgião		
	Vinheta		

A) EXAME FISICO

1-SISTEMA RESPIRATÓRIO Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Superficial () Profunda () Ruidosa () Obs.: _____	2- SISTEMA GASTROINTESTINAL Peso ___ Kg Altura __, __ m IMC ___ Prótese Dentária: Sim () Não () Obs.: _____
2 – SISTEMA CARDIOVASCULAR FC ___ bpm TA ___ mmHG Pulso: rítmico () arritmico () Obs.: _____	5- SISTEMA IMUNOLOGICO Alergias: Não () Sim () Quais? _____ Obs.: _____
6 – SISTEMA NEUROLÓGICO Sono: > ou = 8h () < 8h () Outro padrão () Obs: _____ Orientação espaço-temporal: Sim () Não () Acuidade visual: Sim () Não () <u>Ocúlos / lentes de contacto</u> Acuidade auditiva: Sim () Não () <u>Prótese auditiva</u> Dor: Sim () Não () Local: _____ Características: _____	4 – PELE E MUCOSAS Temp. axilar: __C Integridade Cutânea? Sim () Não () Higiene cuidada? Sim () Não () Varizes: Sim () Não ()
	3 –SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Alterações da Mobilidade? Sim () Não() Obs: _____

B) FACTORES DE RISCO RELACIONADOS COM O DOENTE CIRURGICO

Antecedentes médicos: _____

Antecedentes cirúrgicos: Não () Sim ()

Cirurgias anteriores: 1) (data) (tipo de cirurgia) (Hospital)

2) _____

3) _____

Obs.: _____

Intercorrências: Não () Sim () Obs: _____

Medicação habitual: _____

Pré-medicação: Não () Sim () _____

Hábitos tabágicos: Não () Sim () _____ cigarros/dia

Consumo de álcool: Não () Sim () Quantidade _____

Consumo de outras substâncias: Não () Sim ()

Quais? _____ Quantidade: _____

Presença de sondas: Não () Sim ()

Obs.: _____

Punções venosas: Não () Sim () Local: _____

Potencial de contaminação da cirurgia: Limpa ()

Potencialmente contaminada () Contaminada () Infectada ()

Nível de dependência:

independente () parcial () total ()

Obs.: _____

C) CONHECIMENTO DO DOENTE PRÉVIO AOS ENSINOS

Consentimento informado assinado: Não () Sim ()

Informação da pessoa em relação à cirurgia/anestesia:

Nenhuma () Pouca () Suficiente () Muita ()

Obs.: _____

Atitude da pessoa face à VPO:

Interesse () Apatia () Indiferença () Desinteresse ()

Medo ()

Obs.: _____

A pessoa parece ter entendido toda a informação:

Sim () Não ()

Outros pedidos de informação realizados pela pessoa:

Diagnósticos de Enfermagem:

Cuidados especiais no dia da cirurgia:

O Enfermeiro,

CHECK-LIST DE ENSINOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Tricotomia da área cirúrgica	
Importância do jejum > 6h de alimentos sólidos, líquidos e água	
Banho pré-operatório	
Necessidade de remover adornos, próteses e roupa interior	
Círculo do dia da cirurgia	
Ambiente e estrutura física do Bloco Operatório e UCPA	
Constituição da equipa multidisciplinar e tipo de fardamento	
Tempo de permanência no Bloco Operatório e UCPA	
Impossibilidade de receber visitas na UCPA	

Apêndice V

**Formulário de Consentimento Informado para a
realização de VPO Exploratória**

Formulário de Consentimento informado⁸

Declaro ter sido informado(a), por Cátia Oliveira sobre o projeto «Visita Pré-operatória: um desafio para a melhoria dos cuidados de Enfermagem», realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Perioperatória, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Fui informado(a) que o estudo pretende validar a Norma de Orientação Clínica na área da Visita Pré-operatória através da realização da Visita Pré-operatória às pessoas internadas no serviço de Neurocirurgia e submetidas a cirurgia programada, na véspera da mesma. Compreendi as garantias de confidencialidade e proteção dos dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas. Fui também informado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações. Considerando-me esclarecido, declaro participar de livre vontade.

_____, ____ de _____ de 2013

O participante,

O investigador,

⁸ Nunes, Lucília - Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. [Em Linha]. [Consult.5.Julh. 2013]. Disponível na internet: <<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>>

Apêndice VI

Versão preliminar da NOC da VPO

Bloco Operatório	Norma de Orientação Clinica da Visita Pré-Operatória	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	

1. Objetivos

A presente Norma de Orientação Clínica (NOC) visa:

- Definir um conjunto de orientações para a prática do Enfermeiro Perioperatório na realização da Visita Pré-Operatória (VPO) garantido a uniformização deste procedimento;
- Promover a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados pelos Enfermeiros Perioperatórios.

2. Campo de Aplicação

Todas as pessoas submetidas a cirurgia eletiva no Bloco Operatório, com necessidade de internamento.

3. Siglas, abreviaturas e definições

A Visita Pré-Operatória é o momento em que o Enfermeiro Perioperatório se dirige ao serviço de internamento, na véspera da cirurgia, para colher os dados necessários ao planeamento de cuidados e para preparar a pessoa que será submetida a cirurgia a nível físico e psicológico, fornecendo-lhe os ensinamentos necessários e esclarecendo dúvidas (AESOP, 2006).

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

BO- Bloco Operatório

NOC – Norma de Orientação Clínica

UCPA - Unidade de cuidados pós-anestésicos

VPO – Visita pré-operatória

5. Procedimento

A VPO deve ser realizada todos os dias úteis na véspera da cirurgia, em horário a definir, preferencialmente pelo Enfermeiro de Anestesia que acompanhará a pessoa no período intraoperatório, respeitando as seguintes etapas:

1. Colheita de dados:

1.1. O Enfermeiro do BO escalado para a função de anestesia no dia seguinte, consulta o programa cirúrgico para tomar conhecimento sobre os nomes das pessoas e tipo de cirurgia a que vão ser submetidas. Na impossibilidade de ser o mesmo Enfermeiro, a decisão de quem realizará a visita, é da chefia do BO;

1.2. O Enfermeiro perioperatório deve estabelecer contacto telefónico com os enfermeiros do serviço de internamento para saber se o momento é oportuno para realizar a VPO;

1.3. Chegando ao serviço o Enfermeiro perioperatório deve colher o máximo de informação junto do processo clínico e em colaboração com o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados às pessoas que irão ser submetidas a cirurgia, utilizando essa informação para preencher a ficha de registo pré-operatório. Deve ainda verificar a realização dos exames de rotina pré-operatória e outros exames auxiliares de diagnóstico, necessários à cirurgia.

2-Durante a visita o Enfermeiro perioperatorio deve:

2.1. Apresentar-se à pessoa e família/pessoa significativa, explicando em que consiste a VPO e solicitando o seu consentimento para a realização da mesma.

2.2. Procurar que a VPO seja realizada em ambiente calmo, que não perturbe as atividades clínicas e onde seja assegurada a privacidade da pessoa.

2.3. Fornecer informações claras, objetivas, adequadas ao tipo de linguagem da pessoa em questão, deixando espaço e mostrando disponibilidade para que esta vá colocando as suas dúvidas;

2.4. Informar a pessoa de quem a irá receber no BOC no dia seguinte e explicar a necessidade de fardamento dos profissionais com recurso a touca e máscara.

2.5. Realizar os ensinamentos pré-operatórios, explicando a importância de cada um:

2.5.1. Banho pré-operatório e lavagem da cabeça (pessoas submetidas a intervenção cirúrgica pela Neurocirurgia) segundo protocolo do serviço;

2.5.2. Remover próteses e adornos. No caso de prótese imprescindível para a comunicação e bem-estar da pessoa submetida a cirurgia, pode ser equacionada a hipótese da mesma acompanhá-la até à indução anestésica e posteriormente na UCPA, desde que devidamente identificada com vinheta e guardada posteriormente em local próprio;

2.5.3. Manter jejum superior a 6 horas de alimentos e de líquidos;

2.5.4. Necessidade de tricotomia (nos casos em que assim se aplique) o mais próximo possível do tempo operatório.

2.6. Fornecer informações complementares sobre hora prevista da ida ao BO, tipo de transporte e tempo aproximado de permanência no BO e na UCPA;

2.7. Explicar o circuito pelo qual irá passar desde o transfer até à sala operatória, bem como os procedimentos realizados antes e depois da

indução anestésica: diferentes tipos de monitorização, colocação de meias elásticas, puncionar veia periférica;

2.8. Informar sobre os diferentes profissionais que estarão presentes na sala operatória (três enfermeiros, um anestesista, dois cirurgiões, um assistente operacional);

2.9. Descrever a estrutura física e ambiente do BO, referindo que é normal que os monitores alarmem frequentemente;

2.10. Explicar que depois da indução anestésica poderão ser realizados outros procedimentos invasivos e explicar a sua necessidade, nomeadamente: introdução de sonda nasogástrica, sonda vesical, outras punções venosas periféricas ou centrais, colocação de linha arterial e eventual presença de drenos. O enfermeiro que realiza a VPO deve adaptar esta informação a cada pessoa, uma vez que estes procedimentos variam de acordo com a intervenção cirúrgica em causa.

2.11. Explicar que depois de acordar poderá ser transferido para a UCPA e só depois para o serviço de internamento;

2.12. Abordar o problema da dor, explicando que atualmente é possível fazer um controlo analgésico rigoroso que alivie este sintoma;

2.13. Explicar que a UCPA é um espaço de acesso restrito, motivo pelo qual apenas poderá ter visitas quando voltar ao internamento. Informar que apesar dessa condicionante, os familiares ou pessoa significativa pode procurar informações tocando à campainha da entrada do BO;

2.14. Avaliar o nível de ansiedade da pessoa através da comunicação verbal e não verbal;

2.15. Questionar sobre dúvidas e questões que a pessoa não tenha esclarecido.

3. Após a VPO, o Enfermeiro perioperatório regressa ao BO, onde termina os registos na ficha de registo da visita pré-operatória e transmite a informação mais

relevante sobre a pessoa aos colegas escalados nas funções de circulação e instrumentação para o dia seguinte.

4. A ficha de registo da VPO deve ser guardada em pasta própria.

5. No dia da cirurgia, o enfermeiro responsável por receber a pessoa no transfer do BO, deve ler a ficha de registo da VPO (caso não tenha sido o mesmo a realizar a VPO) e adicioná-la ao processo clínico.

6. Anexos

Anexo I – Ficha de Registo da VPO

7.Referências Bibliográficas

- AESOP – Enfermagem Perioperatória – **Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Loures. Lusodidacta. 2006. ISBN: 972-8930-16-X
- FOSCHIERA, Franciele; PICCOLI, Marister - **Enfermagem Perioperatória: Diagnósticos de Enfermagem emocionais e sociais na Visita Pré-Operatória fundamentados na Teoria de Ida Jean Orlando**; Maringá, vol. 3, n.º 2, p. 143-151, Maio/Agosto. 2004.
- MANLEY, Kim; BELLMAN, Loretta – **Enfermagem Cirúrgica – Prática Avançada**; Lusociência; Loures; 2003; ISBN: 972-8383-54-1 .
- MENDES, Aida [et al] – **Influência de um Programa Psico-educativo no Pré-operatório nos níveis de ansiedade da pessoa no Pós-operatório**; Revista Referência; IIª série .º 1; Dezembro de 2005.
- PICOLLI, Marister; GALVÃO, Cristina - **Enfermagem Perioperatória: Identificação do Diagnóstico de Enfermagem Risco para Infecção Fundamentada no Modelo Concetual de Levine**; Revista Latino-americana de Enfermagem 2001 julho; p. 37-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11481.pdf> Consultado em: 27 de Maio de 2011.

Elaboração: Cátia Oliveira Data: Maio 2013	Aprovação: Nome: Data:	Revisão: Nome: Data: Julho 2013
---	-------------------------------------	--

Apêndice VII

Primeiro Questionário do Método de Delphi

Validação da Norma de Orientação Clínica da Visita Pré-operatória

O seguinte questionário pretende avaliar a utilidade e efetividade de uma Norma de Orientação Clínica (NOC) para a realização da Visita Pré-operatória (VPO), através do Método de Delphi.

Este método permite apurar as opiniões de peritos na área da Visita Pré-operatória, através da realização de uma série de questionários, onde são apresentados os itens a ser incluídos na Norma de Orientação Clínica da Visita Pré-operatória.

Pretende-se desta forma que cada participante atribua um grau de concordância a cada item. Os resultados em termos de concordância serão posteriormente analisados e devolvidos aos peritos participantes, para que possam reformular a sua posição face aos itens apresentados, as vezes necessárias até que seja atingido um consenso entre os peritos.

Por esse motivo, existe a possibilidade de ser solicitada a sua participação em rondas subsequentes de questionários.

Considera-se que o consenso de inclusão foi atingido quando para cada item, pelo menos 75% dos participantes atribuir um grau de concordância de "concordo" ou "concordo totalmente" e considera-se consenso de exclusão quando para cada item pelo menos 75% dos participantes atribuir um grau de concordância de "discordo" ou "discordo totalmente".

Todos os participantes são considerados peritos na área da Visita Pré-operatória e os critérios de seleção foram:

- Enfermeiros que durante o seu percurso profissional tenham realizado a Visita Pré-operatória de forma sistemática;
- Enfermeiros/docentes que tenham desenvolvido percurso académico relacionado com a Visita Pré-operatória;
- Enfermeiros chefes de Blocos Operatórios onde a Visita Pré-operatória se encontra implementada.

Garante-se o seu anonimato e o direito de desistir a qualquer momento do preenchimento do questionário.

*Obrigatório

Dados pessoais

Preencha por favor os seus dados pessoais. Estes serão utilizados apenas para caracterização da amostra.

Idade ___

Gênero ___

Experiência profissional * ___

Que tipo de funções desempenha atualmente?

- Prestação de cuidados

- Gestão/Chefia

- Docência

Há quanto tempo realiza a Visita pré-operatória? *

Caso não se encontre de momento a realizar a Visita Pré-operatória, indique por favor durante quanto tempo a realizou.

Indique por favor, para cada um dos itens o seu grau de concordância relativamente à introdução desse item na Norma de Orientação Clínica da VPO. Pode, sempre que desejar e apenas se considerar necessário, acrescentar comentários, sugestões e justificações às suas respostas.

1. A VPO deve ser realizada todos os dias úteis na véspera da cirurgia, em horário a definir, preferencialmente pelo Enfermeiro de Anestesia que acompanhará a pessoa no intraoperatório.*

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

2. O Enfermeiro escalado para a função de anestesia no dia seguinte, consulta o programa cirúrgico para tomar conhecimento sobre os nomes das pessoas e tipo de cirurgia a que vão ser submetidas. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

3. Na impossibilidade da Visita pré-operatória ser realizada pelo Enfermeiro que acolhe a pessoa submetida a cirurgia no dia da mesma, deve ser a chefia do Bloco Operatório a decidir quem realiza a Visita Pré-operatória.*

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

4. O Enfermeiro perioperatório deve estabelecer contacto telefónico com os Enfermeiros do serviço de internamento para saber se o momento é oportuno para realizar a Visita Pré-operatória. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

5. Chegado ao serviço de internamento o Enfermeiro Perioperatório deve colher o máximo de informação junto do processo clínico e em colaboração com o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados às pessoas que irão ser submetidas a cirurgia, utilizando essa informação para preencher a ficha de registo da Visita Pré-operatória. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

6. O Enfermeiro Perioperatório deve ainda verificar a realização dos exames de rotina pré-operatória e outros exames auxiliares de diagnóstico necessários à cirurgia. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

7. Durante a visita o Enfermeiro Perioperatório deve apresentar-se à pessoa e família/pessoa significativa, explicando em que consiste a Visita Pré-operatória e solicitando o seu consentimento verbal para a realização da mesma. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

8. Procurar que a VPO seja realizada em ambiente calmo, que não perturbe as atividades clínicas e onde seja assegurada a privacidade da pessoa. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

9. Fornecer informações claras, objetivas, adequadas ao tipo de linguagem da pessoa em questão, deixando espaço e mostrando disponibilidade para que esta vá colocando as suas dúvidas.*

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

10. Informar a pessoa de quem a irá receber no Bloco Operatório no dia seguinte e explicar a necessidade de fardamento dos profissionais com recurso a touca e máscara. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

11. Realizar os ensinamentos pré-operatórios, nomeadamente a importância do banho pré-operatório. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

12. Explicar a necessidade de remover próteses e adornos. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

13. No caso de prótese imprescindível para a comunicação e bem-estar da pessoa submetida a cirurgia (óculos e prótese auditiva nos casos de diminuição acentuada da acuidade visual e auditiva) esta pode acompanhar a pessoa até à indução anestésica e posteriormente na UCPA, desde que devidamente identificada com vinheta e guardada posteriormente em local próprio. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

14. Explicar a necessidade e importância de manter jejum superior a 6 horas de alimentos e de líquidos.*

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

15. Explicar a necessidade de tricotomia (nos casos em que assim se aplique) o mais próximo possível do tempo operatório.*

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

16. Fornecer informações complementares sobre hora prevista da ida ao Bloco, tipo de transporte e tempo aproximado de permanência no Bloco Operatório e na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

17. Explicar o circuito pelo qual irá passar desde o transfer até à sala operatória, bem como o ambiente, estrutura física do Bloco Operatório, necessidade e finalidade dos diferentes tipos de monitorização. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

14. Explicar a necessidade e importância de manter jejum superior a 6 horas de alimentos e de líquidos. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

15. Explicar a necessidade de tricotomia (nos casos em que assim se aplique) o mais próximo possível do tempo operatório. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

16. Fornecer informações complementares sobre hora prevista da ida ao Bloco, tipo de transporte e tempo aproximado de permanência no Bloco Operatório e na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

17. Explicar o circuito pelo qual irá passar desde o transfer até à sala operatória, bem como o ambiente, estrutura física do Bloco Operatório, necessidade e finalidade dos diferentes tipos de monitorização. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

18. Explicar que depois da indução anestésica poderão ser realizados outros procedimentos invasivos e explicar a sua necessidade, nomeadamente: introdução de sonda nasogástrica, sonda vesical, outras punções venosas periféricas ou centrais, colocação de linha arterial e eventual presença de drenos. O Enfermeiro que realiza a VPO deve adaptar esta informação a cada pessoa, uma vez que estes procedimentos variam de acordo com a intervenção cirúrgica em causa.*

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

19. Informar que os procedimentos invasivos apenas serão realizados após a anestesia de modo a evitar a dor e desconforto. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

20. Informar sobre os diferentes profissionais que estarão presentes na sala operatória (três enfermeiros, um anestesista, dois cirurgiões, um assistente operacional). *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

21. Explicar que depois de acordar poderá ser transferido para a UCPA e só depois para o serviço de internamento. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

22. Abordar o problema da dor, explicando que atualmente é possível fazer um controlo analgésico rigoroso que alivie este sintoma. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

23. Explicar que a Unidade de Cuidados Pós-anestésicos é um espaço de acesso restrito, motivo pelo qual apenas poderá ter visitas quando voltar ao internamento. Informar que apesar dessa condicionante, os familiares ou pessoa significativa pode procurar informações tocando à campainha da entrada do Bloco Operatório. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

24. Avaliar o nível de ansiedade do doente através da comunicação verbal e não verbal. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

25. Questionar sobre dúvidas e questões que a pessoa não tenha esclarecido. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

26. Após a Visita Pré-operatória, o Enfermeiro Perioperatório regressa ao Bloco Operatório, onde termina os registos na ficha de registo da visita pré-operatória e transmite a informação mais relevante sobre o doente aos colegas escalados nas funções de circulação e instrumentação para o dia da cirurgia. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

27. No dia da cirurgia, o Enfermeiro responsável por receber a pessoa no transfer do Bloco Operatório, deve ler a ficha de registo da VPO (caso não tenha sido o mesmo a realizar a Visita Pré-operatória) e adicioná-la ao processo clínico. *

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

Fim

Terá acesso aos resultados após receção de todos os questionários preenchidos. A necessidade de uma segunda ronda de questionários estará dependente do nível de concordância entre peritos, atingido nesta primeira ronda. Agradecemos a sua colaboração!

Apêndice VIII

***e-mail* enviado aos participantes na primeira
ronda do Delphi**

Exmo(a) Sr(a) Enfermeiro(a),

Encontro-me a trabalhar num projeto na área da Visita Pré-operatória (VPO) que consiste no desenvolvimento de uma Norma de Orientação Clínica (NOC) da Visita Pré-operatória. No entanto, a carência de estudos semelhantes dificulta a fundamentação e validação dessa Norma. Por esse motivo, venho solicitar a sua colaboração na validação da NOC da Visita pré-operatória através do Método de Delphi. O Método de Delphi pressupõe a escolha de um grupo de indivíduos que são consideradas peritos numa determinada área, para chegar a um consenso sobre o tema alvo de estudo. Esse consenso é obtido através das respostas dadas pelos peritos a um questionário, onde é solicitada a sua opinião, posição e grau de concordância ou discordância relativamente ao assunto em questão.

No caso deste estudo, cada item da NOC é alvo da sua avaliação através de uma escala de Likert, onde deve escolher o seu grau de concordância (Concordo totalmente, Concordo, Sem opinião, Discordo ou Discordo totalmente) tendo ainda a opção de acrescentar opiniões, comentários, sugestões ou justificar a sua resposta. O consenso de inclusão de cada item na NOC será atingido quando 75% dos participantes responderem "concordo" ou "concordo totalmente" e o consenso de exclusão de cada item é atingido quando 75% dos peritos responderem "discordo" ou "discordo totalmente".

Após apurados os resultados e analisadas as sugestões e opiniões dos peritos, serão enviados os resultados, onde terá oportunidade de rever a sua opinião. Os questionários levarão o número de rondas necessárias até se atingir o consenso. Os questionários são anónimos e os participantes têm o direito de desistir a qualquer momento. No entanto a sua participação é determinante para a afirmação da Enfermagem Perioperatória e para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia.

Face às condições anteriormente apresentadas, se aceitar participar neste estudo, aceda ao questionário clicando no link:

http://docs.google.com/forms/d/1jPEqTKD3Ao2Cne9WTnLkP_sZaacHq57XEBRY2c0JOI0/viewform

Agradeço a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Cátia Oliveira

Apêndice IX

Resultados do primeiro questionário do Método de Delphi

1. A VPO deve ser realizada todos os dias úteis na véspera da cirurgia, em horário a definir, preferencialmente pelo Enfermeiro de Anestesia que acompanhará a pessoa no intraoperatório.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=9	35%
Concordo totalmente	n=17	65%

“Embora na prática muitas das vezes não se consiga, que o enfermeiro que vai ver o doente seja o mesmo que o recebe no bloco, ainda assim, a possibilidade de conhecer um profissional do local onde vai ser operado, oferece tranquilidade e confiança ao doente.”

“Actualmente é muito difícil de aplicar este item, porque na maioria dos casos cirúrgicos os doentes são internados depois das 20 horas. Neste período o doente ainda tem muitos protocolos a cumprir e por isso a sua disponibilidade para a visita é muito pequena. Diria que a VPO deverá ser feita a todos os utentes, independentemente dos dias.”

“É fundamental que o enfermeiro que realiza a visita seja o mesmo que estará com a pessoa operada no dia seguinte. Caso o B.O. funcione também ao fim de semana poderá ser realizada ao sábado/domingo, para os doentes que sejam operados à segunda-feira.”

2. O Enfermeiro escalado para a função de anestesia no dia seguinte, consulta o programa cirúrgico para tomar conhecimento sobre os nomes das pessoas e tipo de cirurgia a que vão ser submetidas.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=5	19%
Concordo totalmente	n=21	81%

3. Na impossibilidade da Visita Pré-operatória ser realizada pelo Enfermeiro que acolhe a pessoa submetida a cirurgia no dia da mesma, deve ser a chefia do Bloco Operatório a decidir quem realiza a Visita Pré-operatória.

Discordo totalmente	n=2	8%
Discordo	n=11	42%
Sem opinião	n=3	12%
Concordo	n=7	27%
Concordo totalmente	n=3	12%

“Tem que ser feita por um enfermeiro que vai estar na sala Na impossibilidade de ser o enfermeiro de anestesia a realizar a visita, esta deve ser feita pelo enfermeiro circulante e/ou instrumentista, dessa sala. “

“Deve ser sempre um dos três enfermeiros escalados para o dia da cirurgia.”

“Considero que deve ficar definido que caso não possa ser o enfermeiro que acolhe que deve ser um dos Enfermeiros que esteja na sala operatória no dia da cirurgia. O circulante de preferência. Não ha necessidade de a chefia intervir nesse processo de decisão.”

“Penso que poderá ser decido entre a equipa de enfermeiros (instrumentista ou circulante) da sala em questão quem fara essa visita.”

“A realização da VPO deve preferencialmente ser realizada pelo Enfermeiro de Anestesia. Na impossibilidade deste a realizar, deverá ser outro

Enfermeiro que tenha com experiência na VPO e que idealmente esteja presente na sala no dia da cirurgia.”

“Na impossibilidade da VPO ser realizada pela enfermeira de anestesia, deverá ser realizada pela enfermeira circulante ou instrumentista que faz parte da quipá que vai acolher a doente. A visita pré-operatória poderá ser realizada por outro elemento que também esteja presente na cirurgia. A VPO pode ser realizada por outros elementos da Sala, o que a torna uma mais-valia para toda a equipa. Todos os elementos devem ser pró-activos. Poderá ser decidido entre os elementos da equipa (de anestesia, circulante e instrumentista), assim como a VPO ser realizada por cada um dos elementos.”

“Na impossibilidade do Enfermeiro de anestesia fazer a visita, esta deverá ser realizada pelo Enfermeiro circulante ou instrumentista da mesma sala. Embora não necessariamente, se no serviço já estiver protocolado que se o enfermeiro de anestesia não puder fazer a VPO, será outro dos enfermeiros escalados para aquela sala operatória a realizar o procedimento, os enfermeiros assumem essa responsabilidade sem necessidade de haver uma orientação expressa da chefia do BO. “

“Nestas circunstâncias, o ideal seria, ser possível a chefia do Bloco Operatório poder disponibilizar, na véspera, um outro enfermeiro da suite onde a pessoa irá ser submetida a cirurgia, para concretizar a Visita pré-operatória.”

“É muito importante que a Visita pré-operatória, seja concretizada por um enfermeiro, que a pessoa que irá ser submetida a cirurgia, possa reconhecer no dia da cirurgia, e por conseguinte sentir maior proximidade, confiança e segurança.”

4. O Enfermeiro Perioperatório deve estabelecer contacto telefónico com os enfermeiros do serviço de internamento para saber se o momento é oportuno para realizar a Visita Pré-operatória.

Discordo totalmente	n=1	4%
Discordo	n=4	15%
Sem opinião	n=7	27%
Concordo	n=10	38%
Concordo totalmente	n=4	15%

“Deverá existir um protocolo com os internamentos onde já esteja definido o momento ou momentos da visita.”

“Na minha opinião isso deve ser, logo, previamente estabelecido com os chefes dos serviços. Portanto deve constar logo na norma que vais realizar.”

“Deverá existir um protocolo/regulamento entre o BO e os serviços de internamento, onde deverá ficar assente o horário e o local onde devem ser realizadas as VPO e outros aspectos que considerem relevantes para evitar perturbações do serviço de internamento.”

5. Chegado ao serviço de internamento o Enfermeiro Perioperatório deve colher o máximo de informação junto do processo clínico e em colaboração com o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados às pessoas que irão ser submetidas a cirurgia, utilizando essa informação para preencher a ficha de registo da Visita Pré-operatória.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=4	15%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=7	27%
Concordo totalmente	n=15	58%

“Deve ser, sim consultado o processo do doente, deve-se recolher informações junto do enfermeiro responsável do mesmo, mas os dados

fornecidos pelo doente, são fundamentais, porque é no diálogo com o doente que se estabelece a relação de empatia que se pretende.”

“A visita Perioperatória serve não só para recolher dados sobre o doente, mas também e principalmente para o doente ter uma cara de referência e para esclarecer possíveis dúvidas.”

“Nem sempre é possível ao enfermeiro que realiza a visita recolher a informação necessária de forma sistematizada e pertinente caso a caso.”

6. O Enfermeiro Perioperatório deve ainda verificar a realização dos exames de rotina pré-operatória e outros exames auxiliares de diagnóstico necessários à cirurgia.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=5	19%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=11	42%
Concordo totalmente	n=10	38%

“A maioria das vezes não é possível aceder a esta informação, uma vez que têm palavras passe.”

“Na maioria dos casos não se consegue aceder a este tipo de informação. Por outro lado, penso que esse cuidado deverá ser do enfermeiro responsável pelo doente.”

“Concordo, embora para mim essa seja da área médica. Mas se for detectado por nós enfermeiros, podemos sempre informar o médico para este solicitar os exames que faltam, de forma a não haver atrasos desnecessários no dia da cirurgia.”

7. Durante a visita o Enfermeiro Perioperatório deve apresentar-se à pessoa e família/pessoa significativa, explicando em que consiste a Visita Pré-operatória e solicitando o seu consentimento verbal para a realização da mesma.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=3	12%
Concordo totalmente	n=23	88%

8. Procurar que a VPO seja realizada em ambiente calmo, que não perturbe as atividades clínicas e onde seja assegurada a privacidade da pessoa.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=2	8%
Concordo totalmente	n=24	92%

9. Fornecer informações claras, objetivas, adequadas ao tipo de linguagem da pessoa em questão, deixando espaço e mostrando disponibilidade para que esta vá colocando as suas dúvidas

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=2	8%
Concordo totalmente	n=24	92%

“É importante que o enfermeiro não debite apenas informações, é necessário que o enfermeiro estabelecer pontes entre o que considera importante e o complexo mundo dos utentes, o que sabem, o que pensam, o que sentem. Isto implica que exista uma sensibilidade do enfermeiro na aproximação com o utente para que alguma informação não possa provocar mais ansiedade.”

10. Informar a pessoa de quem a irá receber no Bloco Operatório no dia seguinte e explicar a necessidade de fardamento dos profissionais com recurso a touca e máscara.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=3	12%
Concordo totalmente	n=23	88%

11. Realizar os ensinamentos pré-operatórios, nomeadamente a importância do banho pré-operatório.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=4	15%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=6	23%
Concordo totalmente	n=16	62%

“Este ensino é da responsabilidade dos enfermeiros do internamento. Este ensino deverá ser realizado pelos enfermeiros do internamento.”

12. Explicar a necessidade de Remover próteses e adornos.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=5	19%
Concordo totalmente	n=21	81%

13. No caso de prótese imprescindível para a comunicação e bem-estar da pessoa submetida a cirurgia, pode ser equacionada a hipótese da mesma a acompanhar até à indução anestésica e posteriormente na UCPA, desde que devidamente identificada com vinheta e guardada posteriormente em local próprio.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=2	8%
Sem opinião	n=3	12%
Concordo	n=3	12%
Concordo totalmente	n=18	69%

“Se não houver inconveniente para a intervenção cirurgia/anestesia; o utente poderá fazer-se acompanhar dos adornos.”

“No meu serviço não é autorizado, mas se conseguirem, ótimo! Mas não se esqueçam que é mais uma função para o enfermeiro de anestesia: vigiar a presença de próteses no intra-op.”

“No caso de óculos ou de prótese auditiva poderá acompanhar a doente ao bloco.”

14. Explicar a necessidade e importância de manter jejum superior a 6 horas de alimentos e de líquidos

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=1	4%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=5	19%
Concordo totalmente	n=20	77%

“Existem diversos estudos que contrariam a necessidade de jejum absoluto antes da cirurgia.”

15. Explicar a necessidade de tricotomia (nos casos em que assim se aplique) o mais próximo possível do tempo operatório

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=3	12%
Concordo	n=6	23%
Concordo totalmente	n=17	65%

“Depende dos protocolos dos serviços. Em muitos já não se aplica, muitas vezes ocorre no BO.”

“Penso que em neurocirurgia há necessidade de perguntar se lhe falaram nesse aspecto e o que foi combinado entre o cirurgião e o doente.”

“A questão do "mais próximo possível do tempo operatório" é discutível.”

16. Fornecer informações complementares sobre hora prevista da ida ao Bloco, tipo de transporte e tempo aproximado de permanência no Bloco Operatório e na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=1	4%
Sem opinião	n=1	4%
Concordo	n=10	38%
Concordo totalmente	n=14	54%

“A hora prevista pode ser dada mas fornecendo sempre informação que essa hora pode ser alterada no dia da cirurgia.”

“Se perceptível que aumente a ansiedade deve-se equacionar dizer apenas que será operado durante o período da manhã ou da tarde. Avisar dos atrasos que muitas vezes ocorrem para estarem preparados para esse problema.”

“Não se aplica no nosso bloco operatório.”

“Depende sempre de caso para caso. Há situações em que será benéfico não adiantar informação acerca dos “tempos” cirúrgicos. Mas regra geral os utentes sentem este tipo de informação como uma necessidade importante.”

17. Explicar o circuito pelo qual irá passar desde o transfer até à sala operatória, bem como o ambiente, estrutura física do Bloco Operatório, necessidade e finalidade dos diferentes tipos de monitorização.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=9	35%
Concordo totalmente	n=17	65%

“No entanto existem casos em que as pessoas preferem não saber. Se bem que outras até gostariam de fazer uma pré-visita ao BO ou visualizar imagens e fotos do BO.”

18. Explicar que depois da indução anestésica poderão ser realizados outros procedimentos invasivos e explicar a sua necessidade, nomeadamente: introdução de sonda nasogástrica, sonda vesical, outras punções venosas periféricas ou centrais, colocação de linha arterial e eventual presença de drenos. O enfermeiro que realiza a VPO deve adaptar esta informação a cada pessoa, uma vez que estes procedimentos variam de acordo com a intervenção cirúrgica em causa.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=8	31%
Concordo totalmente	n=18	69%

“Com a ressalva assinalada na pergunta 9. Concordo, apesar de achar que este ponto poderá ser gerador de stress para a pessoa que vai ser submetida a cirurgia, mesmo tendo em conta que esses procedimentos serão realizados após anestesia.”

“Tal como questionado no ponto seguinte. A questão de "O enfermeiro que realiza a VPO deve adaptar esta informação a cada pessoa..." é fundamental.”

“Há pessoas que preferem não saber e serem confrontadas com estas informações pode contribuir para o aumento da ansiedade.

19. Informar que os procedimentos invasivos apenas serão realizados após a anestesia de modo a evitar a dor e desconforto

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=4	15%
Concordo totalmente	n=22	85%

20. Informar sobre os diferentes profissionais que estarão presentes na sala operatória (três enfermeiros, um anestesista, dois cirurgiões, um assistente operacional);

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=10	38%
Concordo totalmente	n=16	62%

21. Explicar que depois de acordar poderá ser transferido para a UCPA e só depois para o serviço de internamento.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=1	4%
Sem opinião	n=1	4%
Concordo	n=7	27%
Concordo totalmente	n=17	65%

“Não se aplica no nosso bloco operatório. Explicar o porquê dessa necessidade, ou mesmo outros serviços como UCM ou UCI.”

22. Abordar o problema da dor, explicando que atualmente é possível fazer um controlo analgésico rigoroso que alivie este sintoma.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=4	15%
Concordo totalmente	n=22	85%

“O enfermeiro deve saber se o doente já teve algum esclarecimento sobre as escalas de avaliação da dor para a poder classificar. Caso não tenha sido feito é importante que seja feito ensino nesta área. Não esquecer que a dor é considerada o quinto sinal vital pela sua necessidade de avaliação e registo.”

“Sendo a dor um fenómeno na maioria das vezes presente no pós-operatório imediato é importante considerá-lo logo no pré-operatório.”

“O controlo da dor constitui uma das principais preocupações dos utentes.”

23. Explicar que a Unidade de Cuidados Pós-anestésicos é um espaço de acesso restrito, motivo pelo qual apenas poderá ter visitas quando voltar ao internamento. Informar que apesar dessa condicionante, os familiares ou pessoa significativa pode procurar informações tocando à campanha da entrada do Bloco Operatório.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=1	4%
Concordo	n=8	31%
Concordo totalmente	n=17	65%

“Tocar à campanha do bloco pode ser uma alternativa, no entanto essas informações podem ser dadas de forma diferente, devem ser referentes ao modo como está preconizado no BO.”

“Existem alguns Bo que enviam SMS para os familiares, outros que têm um sistema de informações que humanizam o contacto com os familiares, ou realizando contacto telefónico.”

“Não se aplica no nosso serviço.”

24. Avaliar o nível de ansiedade do doente através da comunicação verbal e não verbal.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=6	23%
Concordo totalmente	n=20	77%

“O nível de ansiedade pressupõe a utilização de escalas de avaliação. Queremos antes dizer que estaremos atentas para este diagnóstico de enfermagem? Mas consideramos apenas este diagnóstico de enfermagem? Não existem mais? A VPO não também um momento de recolha de dados para identificar os diagnósticos de enfermagem e por em acção o processo de enfermagem?”

25. Questionar sobre dúvidas e questões que a pessoa não tenha esclarecido.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=3	12%
Concordo totalmente	n=23	88%

26. Após a Visita Pré-operatória, o Enfermeiro Perioperatório regressa ao Bloco Operatório, onde termina os registos na ficha de registo da Visita Pré-operatória e transmite a informação mais relevante sobre o doente aos colegas escalados nas funções de circulação e instrumentação para o dia da cirurgia.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=1	4%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=5	19%
Concordo totalmente	n=20	77%

“Se conseguirem ótimo.”

“Isso é complicado pois após a VPOE, parte da equipa de enfermagem já não está no serviço. Isto acontece, porque nós fazemos a VPOE no final da tarde (que é quando os doentes já se encontram internados) e a essa hora já só permanecem os enfermeiros do recobro (2 enf.) que é quem faz a VPOE.”

“Não necessita de ser imediatamente após a VPO, ou no mesmo dia. no entanto é importante envolver toda a equipa de enfermagem presente em sala.”

27. No dia da cirurgia, o Enfermeiro responsável por receber a pessoa no transfer do Bloco Operatório, deve ler a ficha de registo da VPO (caso não tenha sido o mesmo a realizar a Visita Pré-operatória) e adicioná-la ao processo clínico

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=8	31%
Concordo totalmente	n=18	69%

“Este será um procedimento para aqueles serviços que ainda não estão informatizados e aqueles que já o têm? É o que se passa no meu serviço O ideal, seria o enfermeiro que realizou a Visita pré-operatória, preferencialmente escalado para as competências de apoio à anestesia, acolhesse a pessoa no transfer do Bloco Operatório, no sentido de minimizar / controlar a ansiedade da pessoa, e confirmar com o utente a validade dos dados.”

Apêndice X

Segundo Questionário do Método de Delphi

Validação da NOC da VPO - segundo questionário

O seguinte questionário pretende obter consenso relativamente à inclusão de 9 recomendações que foram reestruturadas de acordo com as sugestões recolhidas durante o primeiro questionário.

O questionário mantém a mesma estrutura: pretende-se que cada participante atribua o seu grau de concordância a cada recomendação, tendo ainda a possibilidade de realizar novas sugestões ou comentários. À semelhança do que aconteceu com o primeiro questionário, os resultados em termos de concordância, serão posteriormente analisados e devolvidos aos peritos participantes, para que possam reformular a sua posição face aos itens apresentados, as vezes necessárias até que seja atingido um consenso entre os peritos.

Por esse motivo, continua a existir a possibilidade de ser solicitada a sua participação em rondas subsequentes de questionários. No entanto, isso apenas irá acontecer caso o consenso de inclusão ou de exclusão não for atingido em todas as 9 recomendações.

Mantêm-se os critérios de consenso aplicados ao questionário anterior: considera-se que o consenso de inclusão foi atingido quando para cada item, pelo menos 75% dos participantes atribuir um grau de concordância de "concordo" ou "concordo totalmente" e considera-se consenso de exclusão quando para cada item pelo menos 75% dos participantes atribuir um grau de concordância de "discordo" ou "discordo totalmente".

Apenas são convidados a participar neste questionário, os peritos que tiveram oportunidade de participar no questionário anterior (não serão convidados novos peritos).

Garante-se o seu anonimato e o direito de desistir a qualquer momento do preenchimento do questionário.

*Obrigatório

Indique por favor, para cada um dos itens o seu grau de concordância relativamente à introdução desse item na Norma de Orientação Clínica da VPO. Pode, sempre que desejar e apenas se considerar necessário, acrescentar comentários, sugestões e justificações às suas respostas.

1. Na impossibilidade da Visita Pré-operatória ser realizada pelo Enfermeiro escalado para a função de anestesia do dia da cirurgia, será realizada pelo enfermeiro escalado para a função de circulação ou de instrumentação, preferencialmente por esta ordem. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

2. A VPO deve ser realizada em horário a definir entre o BO e os serviços de internamento. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

3. Durante a VPO, a maioria dos dados devem ser colhidos através do diálogo com a pessoa submetida a cirurgia. No entanto, sempre que possível, o Enfermeiro Perioperatório deve colher a informação necessária e pertinente junto do processo clínico e em colaboração com o Enfermeiro

responsável pela prestação de cuidados à pessoa que irá ser submetida a cirurgia. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

4. O Enfermeiro Perioperatório deve procurar conhecer as necessidades da pessoa e gerir de forma adequada a informação a fornecer. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

5. Verificar o estado de ansiedade da pessoa submetida a cirurgia através da comunicação verbal e não verbal. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

6. Fornecer informações complementares sobre hora prevista da ida ao Bloco Operatório e tempo aproximado de permanência no Bloco Operatório e na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, sempre que essa informação for do interesse da pessoa submetida a cirurgia e alertando para a possibilidade de existirem atrasos ou alterações à hora prevista.*

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

7. Explicar, nos casos em que se aplique, que depois de acordar poderá ser transferido para a Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, Unidade de Cuidados intensivos (ou outros serviços, dependendo do tipo de cirurgia) e justificar a razão dessa necessidade. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

8. Explicar o que são e como funcionam as escalas de avaliação da dor, permitindo que a pessoa se familiarize com as mesmas. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

9. O Enfermeiro que realiza a VPO é responsável por transmitir a informação mais relevante aos colegas escalados nas funções de circulação e instrumentação para o dia da cirurgia. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Sem opinião
- Concordo
- Concordo totalmente

Comentário: _____

Fim

Apêndice XI

***e-mail* enviado aos participantes na Segunda
ronda do Delphi**

Exmo(a) Sr.(a) Enfermeiro(a),

Agradeço a sua participação no questionário anterior. A opinião e comentários realizados pelos diversos participantes foram determinantes para melhorar a qualidade das recomendações relativas à elaboração da NOC da VPO. Pode consultar, a apresentação dos resultados obtidos com o primeiro questionário no ficheiro "Resumo das Respostas.pdf" que encontra em anexo deste *e-mail*.

De forma geral, das 27 recomendações submetidas a consenso no primeiro questionário, apenas 2 não atingiram os critérios de inclusão ou de exclusão, o que implica, uma segunda ronda de questionários. Este segundo questionário segue os moldes do anterior e nele serão incluídas as 2 recomendações que não obtiveram consenso e outras 7 recomendações, que apesar de terem atingido o consenso de inclusão foram alvo de comentários por parte dos participantes, cuja validade e pertinência mereceu a devida consideração e ponderação e levou a uma reestruturação da recomendação. Nesse sentido, as 7 recomendações que foram redigidas de acordo com as sugestões realizadas pelos participantes, serão também submetidas a aprovação. Os peritos que responderam ao questionário anterior não têm qualquer obrigatoriedade de participar neste segundo questionário e é-lhes reservado o direito de desistir a qualquer momento.

No entanto, a sua participação é fundamental para este projeto. Nesse sentido, se aceitar participar neste segundo questionário, pode aceder ao mesmo clicando na seguinte hiperligação:

https://docs.google.com/forms/d/1q4uhMyLeELMncRI9Rt-2NZ800_CCKBacCekg5_mz86Y/viewform

Estou disponível para responder a eventuais dúvidas por *e-mail*. Mais uma vez agradeço a sua colaboração, disponibilidade e atenção, aproveitando para acrescentar que me encontro disponível se alguma vez necessitar de algo em que possa ser útil.

Cordialmente,
Cátia Oliveira.

Apêndice XII

Resultados do segundo questionário do Método de Delphi

1. Na impossibilidade da Visita pré-operatória ser realizada pelo Enfermeiro escalado para a função de anestesia do dia da cirurgia, será realizada pelo Enfermeiro escalado para a função de circulação ou de instrumentação, preferencialmente por esta ordem.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=2	12,5%
Concordo totalmente	n=14	87,5%

2. A VPO deve ser realizada em horário a definir entre o BO e os serviços de internamento.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=2	12,5%
Sem opinião	n=2	12,5%
Concordo	n=5	31,25%
Concordo totalmente	n=7	43,75%

“Mas com a seguinte condição: "A VPO deve ser realizada em horário, no período compreendido entre as 14:00 H e as 16:00" Justificação: Por forma a não interferir com a dinâmica funcional de ambas as partes - BO e Serviços de Internamento - o ideal, é a VPO ser realizada no período proposto, atendendo ao término das cirurgias programadas e a possibilidade de interação com os familiares próximos, no horário das visitas.”

“O meu serviço não tem possibilidade de estabelecer um horário fixo.”

3. Durante a VPO, a maioria dos dados devem ser colhidos através do diálogo com a pessoa submetida a cirurgia. No entanto, sempre que possível, o Enfermeiro Perioperatório deve colher a informação necessária e pertinente junto do processo clínico e em colaboração com o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados à pessoa que irá ser submetida a cirurgia.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=5	31%
Concordo totalmente	n=11	69%

“E, se possível, caso a situação o justifique, com os familiares próximos visitantes, no horário das visitas instituído.”

4. O Enfermeiro Perioperatório deve procurar conhecer as necessidades da pessoa e gerir de forma adequada a informação a fornecer.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=1	6%
Concordo totalmente	n=15	94%

“Considero importantíssima esta questão.”

5. Verificar o estado de ansiedade da pessoa submetida a cirurgia através da comunicação verbal e não verbal.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=0	0%
Concordo totalmente	n=16	100%

6. Fornecer informações complementares sobre hora prevista da ida ao Bloco Operatório e tempo aproximado de permanência no Bloco Operatório e na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, sempre que essa informação for do interesse da pessoa submetida a cirurgia e alertando para a possibilidade de existirem atrasos ou alterações à hora prevista.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=5	31%
Concordo totalmente	n=11	69%

7. Explicar, nos casos em que se aplique, que depois de acordar poderá ser transferido para a Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, Unidade de Cuidados intensivos (ou outros serviços, dependendo do tipo de cirurgia) e justificar a razão dessa necessidade.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=5	31%
Concordo totalmente	n=11	69%

“Não se aplica no nosso dia-a-dia, porque habitualmente seguem para a enfermaria.”

8. Explicar o que são e como funcionam as escalas de avaliação da dor, permitindo que a pessoa se familiarize com as mesmas.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=1	6%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=1	6%
Concordo totalmente	n=14	88%

9. O Enfermeiro que realiza a VPO é responsável por transmitir a informação mais relevante aos colegas escalados nas funções de circulação e instrumentação para o dia da cirurgia.

Discordo totalmente	n=0	0%
Discordo	n=0	0%
Sem opinião	n=0	0%
Concordo	n=0	0%
Concordo totalmente	n=16	100%

Apêndice XIII

NOC da VPO após Método de Delphi

Bloco Operatório	Norma de Orientação Clínica da Visita Pré-Operatória de Enfermagem	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	

1. Objetivos

A presente Norma de Orientação Clínica visa:

- Definir um conjunto de orientações para a prática do Enfermeiro Perioperatório na realização da Visita Pré-Operatória garantido a uniformização deste procedimento;
- Promover a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados pelos Enfermeiros Perioperatórios.

2. Campo de Aplicação

Todas as pessoas submetidas a cirurgia eletiva no Bloco Operatório, com necessidade de internamento.

3. Siglas, abreviaturas e definições

A Visita Pré-Operatória é o momento em que o enfermeiro perioperatório se dirige ao serviço de internamento, na véspera da cirurgia, para colher os dados necessários ao planeamento de cuidados e para preparar a pessoa que será submetida a cirurgia a nível físico e psicológico, fornecendo-lhe os ensinamentos necessários e esclarecendo dúvidas (AESOP, 2006).

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

BO - Bloco Operatório

NOC - Norma de Orientação Clínica

UCPA - Unidade de cuidados pós-anestésicos

VPO - Visita pré-operatória

5. Procedimento

1. A VPO deve ser realizada todos os dias úteis na véspera da cirurgia, preferencialmente pelo Enfermeiro de Anestesia que acompanhará a pessoa no intraoperatório.

2. O Enfermeiro escalado para a função de anestesia no dia seguinte, consulta o programa cirúrgico para tomar conhecimento sobre os nomes das pessoas e tipo de cirurgia a que vão ser submetidas.

3. Na impossibilidade da Visita Pré-operatória ser realizada pelo Enfermeiro escalado para a função de anestesia do dia da cirurgia, será o Enfermeiro escalado para a função de circulação ou de instrumentação, preferencialmente por esta ordem.

4. A VPO deve ser realizada em horário a definir entre o BO e os serviços de internamento.

5. Durante a VPO, a maioria dos dados devem ser colhidos através do diálogo com a pessoa submetida a cirurgia. No entanto, sempre que possível, o Enfermeiro Perioperatório deve recolher a informação necessária e pertinente junto do processo clínico e em colaboração com o Enfermeiro responsável pela prestação de cuidados à pessoa que irá ser submetida a cirurgia.

6. O Enfermeiro Perioperatório deve ainda verificar a realização dos exames de rotina pré-operatória e outros exames auxiliares de diagnóstico, necessários à cirurgia.

7. Durante a visita o Enfermeiro perioperatório deve apresentar-se à pessoa e família/pessoa significativa, explicando em que consiste a Visita Pré-operatória e solicitando o seu consentimento verbal para a realização da mesma.

8. Procurar que a VPO seja realizada em ambiente calmo, que não perturbe as atividades clínicas e onde seja assegurada a privacidade da pessoa.
9. O Enfermeiro Perioperatório deve procurar conhecer as necessidades da pessoa e gerir de forma adequada a informação a fornecer.
10. Informar a pessoa de quem a irá receber no Bloco Operatório no dia seguinte e explicar a necessidade de fardamento dos profissionais com recurso a touca e máscara.
11. Realizar os ensinamentos pré-operatórios, nomeadamente a importância do banho pré-operatório.
12. Explicar a necessidade de remover próteses e adornos.
13. No caso de prótese imprescindível para a comunicação e bem-estar da pessoa submetida a cirurgia (óculos e prótese auditiva nos casos de diminuição acentuada da acuidade visual e auditiva) esta pode acompanhar a pessoa até à indução anestésica e posteriormente na UCPA, desde que devidamente identificada com vinheta e guardada posteriormente em local próprio.
14. Explicar a necessidade e importância de manter jejum superior a 6 horas de alimentos e de líquidos.
15. Explicar a necessidade de tricotomia (nos casos em que assim se aplique) o mais próximo possível do tempo operatório.
16. Fornecer informações complementares sobre hora prevista da ida ao Bloco Operatório e tempo aproximado de permanência no Bloco Operatório e na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, sempre que essa informação for do interesse da pessoa submetida a cirurgia e alertando para a possibilidade de existirem atrasos ou alterações à hora prevista.
17. Explicar o circuito pelo qual irá passar desde o transfer até à sala operatória, bem como o ambiente, estrutura física do Bloco Operatório, necessidade e finalidade dos diferentes tipos de monitorização.

18. Explicar que depois da indução anestésica poderão ser realizados outros procedimentos invasivos e explicar a sua necessidade, nomeadamente: introdução de sonda nasogástrica, sonda vesical, outras punções venosas periféricas ou centrais, colocação de linha arterial e eventual presença de drenos. O Enfermeiro que realiza a VPO deve adaptar esta informação a cada pessoa, uma vez que estes procedimentos variam de acordo com a intervenção cirúrgica em causa.

19. Informar que os procedimentos invasivos apenas serão realizados após a anestesia de modo a evitar a dor e desconforto.

20. Informar sobre os diferentes profissionais que estarão presentes na sala operatória (três enfermeiros, um anestesista, dois cirurgiões, um assistente operacional).

21. Explicar, nos casos em que se aplique, que depois de acordar poderá ser transferido para a Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, Unidade de Cuidados intensivos (ou outros serviços, dependendo do tipo de cirurgia) e justificar a razão dessa necessidade.

22. Explicar o que são e como funcionam as escalas de avaliação da dor, permitindo que a pessoa se familiarize com as mesmas.

23. Explicar que a Unidade de Cuidados Pós-anestésicos é um espaço de acesso restrito, motivo pelo qual apenas poderá ter visitas quando voltar ao internamento. Informar que apesar dessa condicionante, os familiares ou pessoa significativa pode procurar informações tocando à campainha da entrada do Bloco Operatório.

24. Verificar o estado de ansiedade da pessoa submetida a cirurgia através da comunicação verbal e não verbal.

25. Questionar sobre dúvidas e questões que a pessoa não tenha esclarecido.

26. Após a VPO, o Enfermeiro Perioperatório regressa ao BO, onde termina os registos na ficha de registo da Visita Pré-operatória.

27. O Enfermeiro que realiza a VPO é responsável por transmitir a informação mais relevante aos colegas escalados nas funções de circulação e instrumentação para o dia da cirurgia.

28. No dia da cirurgia, o Enfermeiro responsável por receber a pessoa no transfer do Bloco Operatório, deve ler a ficha de registo da VPO (caso não tenha sido o mesmo a realizar a Visita Pré-operatória) e adicioná-la ao processo clínico.

6. Anexos

Anexo I – Ficha de Registo da VPO

7. Referências Bibliográficas

- AESOP – **Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Loures. Lusodidacta. 2006. ISBN: 972-8930-16-X
- FOSCHIERA, Franciele; PICCOLI, Marister - **Enfermagem Perioperatória: Diagnósticos de Enfermagem emocionais e sociais na Visita Pré-Operatória fundamentados na Teoria de Ida Jean Orlando**; Maringá, vol. 3, n.º 2, p. 143-151, Maio/Agosto. 2004.
- MANLEY, Kim; BELLMAN, Loretta – **Enfermagem Cirúrgica – Prática Avançada**; Lusociência; Loures; 2003; ISBN: 972-8383-54-1.
- MENDES, Aida [et al] – **Influência de um Programa Psico-educativo no Pré-operatório nos níveis de ansiedade da pessoa no Pós-operatório**; Revista Referência; IIª série .º 1; Dezembro de 2005.
- PICOLLI, Marister; GALVÃO, Cristina - **Enfermagem Perioperatória: Identificação do Diagnóstico de Enfermagem Risco para Infecção Fundamentada no Modelo Conceitual de Levine**; Revista Latino-americana de Enfermagem 2001 julho; p. 37-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11481.pdf> Consultado em: 27 de Maio de 2011.

Elaboração: Cátia Oliveira Data: Julho 2013	Aprovação: Nome: Data:	Revisão: Nome: Data: Julho 2016
--	-------------------------------------	--

Apêndice XIV

Plano de sessão de apresentação da NOC da VPO

Plano de Sessão

<u>Local</u>	Biblioteca do Bloco Operatório Central	
<u>Dia/Hora</u>	Dia 27 de Setembro às 15:00	
<u>Objetivos</u>	<input type="checkbox"/> Apresentar o projeto e os seus objetivos <input type="checkbox"/> Dar a conhecer as recomendações da NOC da VPO à equipa de Enfermagem do Bloco Operatório. <input type="checkbox"/> Esclarecer dúvidas sobre a NOC da VPO; <input type="checkbox"/> Recolher propostas de melhoria da NOC da VPO.	
<u>Estratégia</u>	<u>Duração: 50 min</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação da temática do projeto e explanação dos objetivos do projeto (5 min). ▪ Apresentação da NOC da VPO e distribuição de alguns exemplares (20min). ▪ Tempo de discussão com a Equipa para esclarecimento de dúvidas (20 min). ▪ Síntese e avaliação da sessão (5 minutos). 	
<u>Recursos</u>	<u>Materiais</u>	Computador, Sala, cadeiras, Datashow, exemplares da NOC da VPO.
	<u>Humanos</u>	Equipa de Enfermagem do BO Enfermeira Orientadora do estágio Enfermeira Chefe do BO.