



# **ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIA AMBULATORIA NO CONTEXTO DE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE**

Luis Carlos de Oliveira Teixeira

Relatório de estágio I Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica  
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória orientada pela Prof.<sup>a</sup>  
Doutora Márcia Alves e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Março de 2024

Porto

Nursing is a practical endeavor, but it is a practical endeavor engaged in by persons who have specialized theoretic nursing knowledge with developed capabilities to put this knowledge to work in a concrete situations of nursing practice.

*(Orem, 2001, p.161)*

## DEDICATÓRIA

Para os meus pais e a minha irmã,  
Para o Gonçalo e o Gustavo (que está a chegar...),  
e para ti Tânia ... a companheira, amiga, confidente e amor da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

A realização deste mestrado representou um enorme desafio para mim pois foram dois anos de luta constante contra o tempo, na tentativa de concluir o segundo nível de estudos com o melhor aproveitamento possível e não descurar das funções de pai, marido, filho, irmão e amigo. Apesar do esforço e cansaço manifestado sobretudo nestes últimos meses, acabo com a sensação de dever cumprido e que voltaria a fazer tudo de novo. Se esta não for a evidência mais concreta que saio desta experiência mais enfermeiro, mais competente e mais empoderado, poucos sentimentos neste Mundo farão mais sentido.

E por falar em sentimentos, resta-me expressar a minha mais profunda gratidão às seguintes pessoas/entidades:

- Prof.<sup>a</sup> Doutora Márcia Alves, pelo apoio, compreensão, disponibilidade e orientação de trabalhos;
- Prof.<sup>a</sup> Doutor Beatriz Edra da ESSSM, que me recebeu no seu gabinete para apresentar o mestrado e apoiou nesta caminhada com bondade e dedicação;
- Prof. Daniel Cunha da ESSSM, pelo apoio, disponibilidade e serenidade aportada;
- Aos Professores da ESESJC que colaboraram na docência dos diversos módulos do mestrado e partilharam a enorme qualidade do trabalho desenvolvido no ensino e investigação de Enfermagem na Madeira, que confesso desconhecia;
- Aos Enfermeiros da CA onde realizei ensino clínico, que me acolheram de forma maravilhosa no serviço, proporcionaram-me extraordinários momentos de aprendizagem e ajudaram-me na concretização dos meus objetivos;
- À Enf.<sup>a</sup> Especialista Paula Xavier, pela fabulosa orientação nos ensinamentos clínicos, compreensão, disponibilidade e empatia;
- À equipa de Enfermagem do BOC da ULS Matosinhos, em especial à equipa de urgência em que me integro (Sandra, Júlia, Andrea e Patrícia), obrigado pelas trocas, tolerância e apoio incondicional;
- Aos meus amigos, pelo incentivo, reforço positivo e compreensão dos diversos momentos de ausência registados;
- Aos meus pais, irmã, sogros, filho e esposa.... já está, conseguimos!! Obrigado!

## **CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

ASA – *American Society of Anesthesiologists*

ASCA - *Ambulatory Surgery Center Association*

AO - Assistente Operacional

APA - *American Psychological Association*

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

BO - Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central

CA - Cirurgia de Ambulatório

CCIRA - Comissão de Controlo de Infeção e de Resistências aos Antimicrobianos

CDI - Desfibrilhador Cardioversor Implantável

CHULN - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

CI - Consentimento Informado

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

CPAP - Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

DMID - Diabetes Mellitus Insulino-Dependente

DMNID - Diabetes Mellitus Não Insulino-Dependente

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC - Ensino Clínico

ECTS - *European Credits Transfer and Accumulation System*

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira

Enf.<sup>o</sup> - Enfermeiro

EPI's - Equipamentos de Proteção Individual

EPC - *Enterobacteriales* produtoras de carbapenemases

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESIP - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSSM - Escola Superior de Saúde de Santa Maria

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

EUA - Estados Unidos da América

FASA - *Federal Ambulatory Surgery Association*

GTADCA - Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

IAAS - *International Association for Ambulatory Surgery*

ICN - *International Council of Nurses*

IMC - Índice de Massa Corporal

ISBAR - Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendações

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SPA – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAOS - Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SASU - Serviço de Atendimento a Doentes Urgentes

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SU - Serviço de Urgência

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

TEP - Tromboembolismo Pulmonar

TVP - Trombose Venosa Profunda

SPEO - Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade

UADC - Unidade de Admissão de Doentes Cirúrgicos

UCA - Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

## RESUMO

A proposição em estudo neste relatório “Enfermagem Perioperatória em Cirurgia de Ambulatório no contexto de Unidade Local de Saúde”, apresenta-se inserida no I Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. O tema escolhido para desenvolver ao longo deste relatório encontra-se diretamente relacionado com as experiências mais recentes, recolhidas no âmbito do ensino clínico realizado em cirurgia ambulatória.

O objetivo geral deste trabalho passa por descrever a prestação de cuidados de enfermagem no perioperatório de cirurgia ambulatória, em contexto de uma unidade local de saúde e como objetivos específicos identificar a organização geral das unidades de cirurgia ambulatória; caracterizar o local de ensino clínico; realizar uma revisão do estado de arte da literatura acerca do aparecimento e funcionamento do modelo das unidades locais de saúde em Portugal; explicar a aplicação das teorias de enfermagem de Meleis e Orem à prestação de cuidados de enfermagem em cirurgia ambulatória; evidenciar o desenvolvimento pessoal de competências comuns de enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; e, demonstrar a aquisição de competências de mestre.

A metodologia utilizada foi descritiva/reflexiva, em conformidade com o pensamento crítico adquirido ao longo do percurso profissional e académico. A pesquisa bibliográfica foi realizada em obras literárias, *guidelines* internacionais, documentos legais, associativos e artigos científicos provenientes de bases de dados eletrónicas.

Os resultados obtidos permitiram-me aprofundar conhecimentos acerca da proposição em estudo e demonstrar o desenvolvimento das competências correspondentes ao segundo ciclo de estudos e ao grau de enfermeiro especialista da área supracitada.

Por conseguinte, concluo este mestrado com uma prática de cuidados perioperatórios melhorada, segura, competente e baseada na melhor evidência científica.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Cirurgia Ambulatória, Perioperatório e Unidade Local de Saúde.

## ABSTRACT

The proposal under study in this report, "Perioperative Nursing in Ambulatory Surgery in the context of a Local Health Unit", is part of the 1st master's degree in surgical medical nursing specialized in nursing to the person in a perioperative situation at Escola Superior de Saúde de Santa Maria, in partnership with Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. The topic chosen for this report is directly related to the most recent experiences gathered during clinical teaching in outpatient surgery.

The main goal of this work is to describe the provision of nursing care in the perioperative period of outpatient surgery, in the context of a local health unit. The specific objectives are to identify the general organization of outpatient surgery units; to characterize the clinical teaching site; to carry out a state-of-the-art review of the literature on the emergence and operating of the local health unit model in Portugal; explain the application of Meleis' and Orem's nursing theories to provide nursing care in outpatient surgery; show the personal development of the common competences of specialized nurses and the specific competences of specialist nurse in a surgical medical nursing to the person in a perioperative situation; and demonstrate the acquirement of master's competences.

The methodology used was descriptive/reflective, in accordance with the critical thinking acquired during my professional and academic career. The research was carried out in literary works, international guidelines, legal documents, associations, and scientific articles from electronic databases.

The results allowed me to deepen my knowledge of the proposition under study and demonstrate the development of the competences corresponding to the second cycle of studies and the degree of nurse specializing in the area.

Therefore, I am ending this master's with an improved perioperative care practice that is safe, competent, and based on scientific evidence.

**Keywords:** Nursing, Ambulatory Surgery, Perioperative and Local Health Unit.

# SUMÁRIO

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO .....</b>	<b>17</b>
1.1 A ORGANIZAÇÃO GERAL DAS UNIDADES DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO .....	24
1.2 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ENSINO CLÍNICO .....	32
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO APARECIMENTO E FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE EM PORTUGAL.....</b>	<b>38</b>
<b>3. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES E A TEORIA DO AUTOCUIDADO APLICADA À ENFERMAGEM EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO .....</b>	<b>43</b>
<b>4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA .....</b>	<b>53</b>
4.1 PADRÕES DE QUALIDADE E CULTURA DE SEGURANÇA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO .....	55
4.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	65
4.2.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	66
4.2.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade .....	67
4.2.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	68
4.2.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	71
4.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....	73
4.3.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa.....	77
4.3.2 Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.....	83
4.4 COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	86
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>108</b>

**APÊNDICE I** - MAPA CONCEPTUAL APRESENTADO EM FORMATO PÓSTER NO VI CONGRESSO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS “TIMELINE DO DOENTE EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: A EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM”

**APÊNDICE II** - PANFLETO INFORMATIVO “PROFILAXIA TROMBOEMBÓLICA”

**APÊNDICE III** - PROJETO DESENVOLVIDO EM CONTEXTO DO ENSINO CLÍNICO III “PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM CENTRADOS NO CLIENTE, NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA AMBULATÓRIA, EM ARTICULAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA ULS”

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Áreas de atuação do Enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.....	26
--	----

## INTRODUÇÃO

No âmbito do I mestrado de enfermagem médico-cirúrgica (EMC) na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória da Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM), em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), foi proposta a realização de um relatório final que desse expressão à aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre na área anteriormente mencionada. Deste modo, o tema escolhido para desenvolver ao longo deste documento encontra-se diretamente relacionado com as experiências mais recentes, recolhidas no âmbito do ensino clínico (EC) realizado em cirurgia ambulatória (CA), que ao nível pessoal permitiu-me desenvolver uma nova perspetiva de enfermagem no perioperatório, assim como adquirir/consolidar competências por desenvolver tanto na componente profissional, como académica.

A proposição em estudo relaciona-se com o tema “Enfermagem Perioperatória em Cirurgia de Ambulatório no contexto de Unidade Local de Saúde (ULS)”. O objetivo geral deste trabalho passou por descrever a prestação de cuidados de enfermagem no perioperatório de CA, em contexto de uma ULS. Foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a organização geral das unidades de CA;
- Caracterizar o local de EC;
- Realizar uma revisão do estado de arte na literatura acerca do aparecimento e funcionamento do modelo das ULS's em Portugal;
- Explicar a aplicação de teorias de enfermagem de Meleis e Orem à prestação de cuidados de enfermagem em CA;
- Evidenciar o desenvolvimento pessoal de competências comuns de enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória;
- Demonstrar a aquisição de competências de mestre em EMC.

Com a criação das ULS's em 1998, o legislador verificou a necessidade de “proceder a uma reengenharia do sistema de saúde numa perspetiva organizacional, criando as condições de integração dos cuidados, colectivizando os problemas que hoje cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos”

(Decreto-Lei Nº 207/99, 1999, p. 3258). A CA encontra-se conceptualmente definida em diário da república (Nº153/2015) como a realização de uma intervenção cirúrgica programada, sob anestesia local, loco-regional ou geral, em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, com instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica. Além disso, a consulta de enfermagem ao longo do processo perioperatório e a possibilidade de pernoita encontra-se devidamente contemplada nesta definição, desde que seja cumprido o período de estadia supracitado.

A CA apresenta atualmente um volume elevado de cirurgias programadas e com um enorme potencial de crescimento num futuro próximo, devido às vantagens associadas quer para o cliente, quer para as organizações de saúde, em comparação com o regime de internamento.

Em Portugal, segundo as informações de *Benchmarking* da Administração Central do Sistema de Saúde ([ACSS], 2023), existem 104 instituições em que se pratica CA, sendo que até novembro de 2022 realizaram-se 424.287 cirurgias só no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com uma média de 4223 cirurgias/dia, o que representou um aumento de 9,5%, ou seja, mais 36705 cirurgias que o total do período homólogo de 2021. Em junho de 2023, o atual Ministro da Saúde, Doutor Manuel Pizarro, anunciou o novo recorde de cirurgias de ambulatório nos primeiros quatro meses desse ano, o que fez um aumento de 12,1% face ao mesmo período de 2022, enaltecendo o desenvolvimento desta área (Ministério da Saúde, 2023). Em janeiro de 2024, a direção executiva do SNS colocou em funcionamento do modelo “ULS 2.0”, anunciando a conceção de mais 31 ULS’s e aglomerando todos os hospitais e centros hospitalares do país com a exceção dos três institutos de oncologia do Porto, Coimbra e Lisboa e o hospital de Cascais cuja administração e gestão é público-privada. No total, Portugal continental passará a ter 39 ULS’s com o objetivo de aumentar a eficiência e prevenir redundâncias e repetições de atos clínicos (SNS, 2023). Contudo, será que após 25 anos do início de funcionamento do modelo ULS foram aproveitadas todas as potencialidades que o mesmo previa, no que concerne à prestação contínua de cuidados de enfermagem, centrados no cliente, desde o perioperatório até aos Cuidados de Saúde Primários (CSP)? Foi essencialmente esta a questão que conduziu à formulação da problemática em estudo expressa no título deste relatório.

Na execução deste relatório foi realizada uma revisão narrativa do estado de arte na literatura, efetuando-se pesquisa bibliográfica em obras literárias, *guidelines* internacionais, documentos legais, associativos e artigos científicos, onde foram utilizadas a base de dados PubMed, a biblioteca virtual SciELO e Google Acadêmico, com os seguintes descritores: **Enfermagem, Cirurgia Ambulatória, Perioperatório e Unidade Local de Saúde.**

O relatório encontra-se dividido em quatro capítulos gerais, pretendendo-se, em primeiro e segundo lugar realizar um enquadramento conceptual da CA e do aparecimento das ULS's no nosso país. De seguida, procura-se explicar o trabalho e pensamento de enfermagem desenvolvido em CA, à luz das teorias de enfermagem de Meleis e Orem. Por último, evidencia-se o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, assim como a aquisição das competências de mestre, mediante a experiência profissional e académica e o processo de formação vivido ao longo do mestrado de EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória da ESSSM.

A norma de referência utilizada é da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição, de acordo com as regras pré-estabelecidas no guia de orientação de trabalhos da Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

A CA representa, no presente, a expressão inexorável da mudança paradigmática do conceito de cliente cirúrgico, em que no passado não muito longínquo, necessitava quase sempre de um período de internamento considerável para a realização de qualquer intervenção cirúrgica. Apesar da maioria dos clientes evidenciar a sua preferência pela CA, uma vez que o período de recuperação no domicílio representa um importante incentivo na decisão de serem operados, a CA ainda pode ser encarada por alguns elementos integrantes de equipas multidisciplinares de diferentes áreas geográficas, com aplicação restrita a procedimentos *minor* por medo da perda de controlo de camas hospitalares ou áreas de internamento (*International Association for Ambulatory Surgery* [IAAS], 2014).

Numa perspetiva histórica, a CA teve o seu preâmbulo através do pediatra James Nicoll no início do século XX, que com o trabalho realizado no *Sick Children's Hospital* em Glasgow, traçou as primeiras bases acerca do tema com a publicação de quase 9000 casos de crianças operadas a hérnias, fimoses, pé equino, espinha bífida, entre outras patologias (Jarrett & Staniszewski, 2006; IAAS, 2014). Mais tarde, na década de 60, David Cohen e John Dillon introduziram um princípio que preside a toda a CA, a segurança, que se traduz no seguinte: “quando é realizada uma boa seleção dos doentes pelo Cirurgião, uma cuidadosa avaliação pelo Anestésista, com escolha adequada da técnica anestésica, não há razão para esperar mais complicações do que aquelas que surgem no regime de internamento” (Direção Geral de Saúde [DGS], 2001, p.5). Desta forma, a sua prática tornou-se possível, em virtude dos avanços da ciência, sobretudo no âmbito da anestesiologia, das técnicas e materiais empregues na cirurgia, bem como pela melhoria perceptível do nível cultural da população. A anestesia loco-regional constituiu um excelente exemplo deste progresso, através da introdução e disseminação de novas técnicas de bloqueios nervosos sobretudo através de imagens eco guiadas e utilização de novos fármacos dotados de maior eficácia. Em relação aos enfermeiros, a Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), recomenda que tenham experiência no cuidar de doentes submetidos a anestesia regional e que “devem receber formação e treino sobre a preparação dos doentes, o apoio ao recobro, instruções da alta e sobre ajustes de agendamento necessários para não alterar o fluxo normal do bloco” (APCA, 2023, p.2).

Ao longo da evolução da CA e face aos bons resultados clínicos e vantagens económicas verificadas formaram-se várias associações, sendo que a primeira a ser fundada foi a *Federal Ambulatory Surgery Association* (FASA), nos Estados Unidos da América (EUA), em 1974 (Reed & Kershner, 1993). Atualmente, essa sociedade encontra-se integrada na *Ambulatory Surgery Center Association* (ASCA).

Mais tarde, em 1995, decorrente da necessidade que várias associações sentiram em criar uma organização internacional que discutisse normas e orientações específicas para a CA, formou-se a IAAS. Registada na Bélgica, no ano do seu primeiro congresso internacional em Bruxelas, a IAAS conta atualmente com a integração de 24 sociedades, entre as quais a APCA (IAAS, 2023). Os objetivos da IAAS (2023) são os seguintes:

- Promover o desenvolvimento de programas de CA de alta qualidade;
- Estimular a formação de associações nacionais de CA;
- Promover a prática e a formação de cirurgiões, anestesistas e enfermeiros em contexto de CA;
- Fomentar o trabalho multidisciplinar;
- Estimular a investigação;
- Formar um banco de dados de informações sobre CA;
- Organizar seminários e conferências;
- Promover a partilha internacional de conhecimentos e experiências acerca da CA;
- Publicar uma revista internacional com artigos revistos por pares;
- Colaborar com outras associações internacionais de saúde.

Em Portugal, a 15 de Setembro de 1998 foi criada a APCA, cujos principais objetivos são o de formar e promover a CA no nosso país, fomentando a expansão de programas no âmbito da cirurgia em regime ambulatorio em instituições públicas e privadas (APCA, 2023).

Cerca de 10 anos mais tarde, a 21 de novembro de 2008, são publicados os critérios a serem adotados pelos conselhos de administração hospitalar para admissão de clientes candidatos a CA (Despacho 30114/2008, 2008), após as conclusões de um grupo de trabalho criado em 2007, a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA), tornando legais os pressupostos da CA em Portugal. Com o objetivo de conhecer a perceção e satisfação da utilidade dos cuidados de saúde ao nível

da CA, para os profissionais, doentes e cidadãos, a CNADCA realizou o estudo “Percepção e Satisfação com a Cirurgia de Ambulatório”, de modo a enquadrar a preparação do Plano de Desenvolvimento Nacional para a Cirurgia de Ambulatório (CNADCA, 2008, p. 80). Nesta fase, os profissionais declararam a sua satisfação moderada com o processo organizativo, identificando como principais problemas a falta de autonomia das unidades de cirurgia ambulatória (UCA’s) e o baixo número de equipas fixas ou exclusivas da unidade, entre outras.

Em 2015, foi redigido em Diário da República o conceito atual de CA:

intervenção cirúrgica programada que, embora habitualmente efetuado em regime de internamento, é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica, incluindo a cirurgia de ambulatório no mesmo dia ou a cirurgia ambulatória com pernoita. (Diário da República N.º 153/2015, p.5518)

Curiosamente apresenta algumas diferenças em relação às definições emanadas pela IAAS, cuja utilização frequente dos termos “*ambulatory surgery*”, “*day surgery*” ou “*outpatient surgery*” tem a mesma significância (IAAS, 2014). No entanto, a este nível, o IAAS recomenda o descritor “*Ambulatory Surgery*”, sendo considerada uma intervenção cirúrgica eletiva onde os clientes são admitidos, operados e têm alta durante uma jornada de trabalho, ou seja, sem pernoita hospitalar. Nos casos de pernoita, a IAAS atribui o conceito de “*Ambulatory Surgery with Extended Recovery*”, em que os clientes são admitidos, operados e permanecem durante uma noite em regime pós-operatório nas instalações do hospital, não podendo, em geral, ultrapassar um período de estadia máximo de 23 horas (IAAS, 2014; Simões, 2016).

O desenvolvimento de equipamentos e técnicas cirúrgicas, com recurso a intervenções cada vez menos invasivas, aliada à inovação das técnicas anestésicas e ao estudo e otimização do cliente cirúrgico, permitiram a realização de mais cirurgias em regime ambulatório (IAAS, 2014). A diminuição das taxas de complicações pós-operatórias relacionadas por exemplo com as infeções do local cirúrgico e tromboembolismo pulmonar, bem como a maior acessibilidade aos cuidados de saúde,

diminuição dos índices de stress e de desorientação sobretudo nos idosos, reforçam a opção pela CA (Hansen et al., 2020; Maia, 2022; Seligson et al., 2019). Por último, a pressão política para a realização de cirurgias em regime ambulatorio, a par do aumento da população envelhecida, prevalência da obesidade, ou seja, de uma panóplia de fatores que reflete o aumento das comorbilidades do cliente cirúrgico, tornaram imperativo o alargamento dos critérios de inclusão para CA (APCA, 2022; IAAS, 2014; Mihailescu, 2020).

Segundo a Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade ([SPEO], 2016), a obesidade constitui o sexto fator de risco para mortalidade total e o quinto fator responsável por mais anos totais de vida saudável perdidos (11,5%), apenas precedido pelo consumo de álcool e drogas (11%), hábitos alimentares inadequados (10%), hipertensão arterial (10,0%) e o tabagismo (9%).

De acordo com o manual de boas práticas em CA do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte ([CHULN], 2019), os critérios de admissão em CA podem subdividir-se em critérios sociais e clínicos, além dos critérios de inclusão dos clientes classificados pela *American Society of Anesthesiologists* ([ASA]) ASA III e IV e as contra-indicações inexoráveis para CA. Deste modo, os critérios preconizados para admissão em CA são os seguintes:

- Sociais – O cliente compreende e aceita a proposta cirúrgica e as instruções dadas para o pré e pós-operatório e detém saneamento básico, domicílio fixo, e contacto telefónico, transporte para o domicílio em veículo automóvel com um tempo máximo de deslocação de sessenta minutos, presença de um acompanhante adulto no momento da alta e nas primeiras 24 horas de pós-operatório e a existência de uma unidade hospitalar com serviço de urgência (SU) perto do local de residência.
- Clínicos - Clientes clínica e psiquicamente estáveis, com idade fisiológica considerada em vez da idade nominal (com a exceção de bebés prematuros que devem ter 60 semanas pós-gestação devido ao risco de apneia da prematuridade); clientes classificados por um anesthesiologia como ASA I, II e III (caso preencham os critérios definidos) e eventualmente ASA IV; a intervenção cirúrgica deve ter uma duração inferior a 120 minutos, com perdas sanguíneas mínimas (inferior a

200ml) e possibilidade de complicações pós-operatórias mínimas; e, por último, um controlo da dor pós-operatória eficaz por via oral.

No que concerne aos critérios de inclusão de clientes ASA III e IV, o CHULN (2019) considera que os mesmos devem ser apurados mediante a avaliação de um anestesiológista da unidade de cirurgia ambulatória (UCA) cerca de uma semana antes da cirurgia, com demonstração por parte do cliente da sua boa capacidade funcional, sem necessidade de recorrer a posições de decúbito ventral ou posição de *fowler* no cadeirão durante o procedimento. Além disso, os critérios de inclusão dos clientes ASA III abrangem as seguintes situações: com *stent* coronário colocado há mais de doze meses, sem necessidade de manutenção de clopidogrel e possibilidade de manutenção de terapêutica com ácido acetilsalicílico no pré-operatório; com desfibrilador cardioversor implantado (CDI), apenas se não estiver prevista a utilização de electrocautério; clientes sem história de insuficiência cardíaca congestiva e com hipertensão arterial controlada; clientes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ligeira a moderada, não oxigénio ou córtico-dependentes; pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) inferior a 12 cm H<sub>2</sub>O; *diabetes mellitus* insulino dependente (DMID) e *diabetes mellitus* não-insulino dependente (DMNID) controlada; sem distúrbios hemorrágicos e risco de hipertermia maligna; clientes com doença renal crónica sem necessidade de hemodiálise ou diálise peritoneal e, se índice de massa corporal (IMC) inferior a 40, terá de ser avaliado por um anestesiológista.

Na categoria dos critérios de inclusão dos clientes ASA IV encontram-se todos aqueles que requeiram anestesia local para a execução de um determinado procedimento cirúrgico, desde que cuidadosamente avaliados no pré-operatório, hemodinamicamente estáveis e que suportem a posição de decúbito ventral.

Por último, no que diz respeito às contra-indicações inexoráveis para a realização de CA, salienta-se que se encontram diretamente relacionadas com os critérios enunciados anteriormente. Assim, o CHULN (2019), refere que todos os clientes com suspeita de hipertermia maligna; porfíria; alterações da coagulação; anemia de células falciformes; esclerose múltipla; patologia psiquiátrica não controlada; colocação de *stent* coronário há menos de 12 meses; com CDI, com excepção da não utilização de electrocautério; patologias cardiovasculares e respiratórias graves; Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) com CPAP > 12cm H<sub>2</sub>O; consumo abusivo de

fármacos/drogas; via aérea de difícil intubação; patologias endócrinas ou genéticas não controladas; previsibilidade de dificuldade no controlo da dor ou hemorragia abundante no pós-operatório; intervenções cirúrgicas que impliquem uma imobilização prolongada no pós-operatório; cirurgias emergentes; intervenções cirúrgicas com duração superior a quatro horas; crianças com SAOS e idade inferior a três anos ou, falta de adesão aos dispositivos de pressão positiva ou de acompanhamento adequado no pós-operatório, não reúnem os requisitos e indicações necessárias para serem operados em regime ambulatorio.

Em 2008, a Entidade Reguladora de Saúde (ERS) define CA da seguinte forma:

toda a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora geralmente realizada em regime de cirurgia convencional, possa ser realizada em regime de ambulatorio com admissão e alta do utente no mesmo dia, ou até um máximo de 23 horas após a admissão, em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *leges artis*. (ERS, 2008, p.5)

Segundo Lima e Pinto (2014), os principais objetivos da CA passam por reduzir os custos para o sistema de saúde; melhorar a velocidade na reintegração socioprofissional do cliente; aumentar a comodidade para o cliente e a possibilidade de compromisso do próprio na sua recuperação; proporcionar a colaboração do cliente na melhoria contínua da prestação de cuidados através dos seus índices de satisfação; e, promover a prestação de cuidados individualizados e humanizados.

No panorama internacional, Chambers et al. (2020) e Edwards et al. (2019) nos EUA, evidenciam uma grande evolução na realização de intervenções cirúrgicas em ortopedia que passaram a ser realizadas em CA. Associadas historicamente à necessidade inevitável de internamento, as cirurgias de artroplastia do joelho, por exemplo, outrora catalogadas como um processo perioperatório moroso e que em condições relativamente normais representava a ocupação de uma cama hospitalar durante pelo menos uma semana, passaram a ser realizadas em contexto ambulatorio segundo a aplicação de determinados critérios. Esta transição surge essencialmente devido à dialética presente entre a constante inovação/investigação presente na prestação contínua de cuidados de

saúde e a pressão financeira assente em políticas de redução de custos para a realização de procedimentos cirúrgicos. Nesta lógica, sabemos agora que a inovação/investigação possibilitou a realização destes procedimentos em CA e por sua vez uma redução dos seus custos, além de que esta redução da despesa, que se tornou uma demanda perene na prestação de cuidados de saúde, constitui o estímulo permanente para a produção e desenvolvimento da inovação (Chambers et al., 2020). Contudo, há que salientar a existência de discussão na comunidade científica acerca dos limites da adoção destes procedimentos em CA, bem como das implicações legais que deste progresso possam advir (Chambers et al., 2020).

Em Portugal, na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) realiza-se cirurgia bariátrica em CA, que conta com mais de 50 cirurgias de *Sleeve* Gástrico até ao momento e tendo sido realizado o primeiro *Bypass* Gástrico neste regime em janeiro de 2023. Deste modo, a UCA da ULSM tornou-se no primeiro centro de CA a realizar cirurgia bariátrica em Portugal em clientes criteriosamente selecionados, com a grande vantagem de o cliente ter alta até às 24h de estadia na unidade e da redução da lista de espera para os procedimentos desse tipo (ULSM, 2023).

Ainda em Portugal, com o objetivo de realizar um diagnóstico da situação, identificar áreas de intervenção prioritárias e maximizar as vantagens da CA, o Ministério da Saúde no despacho N° 1380/2018 criou o Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA), em 2018, o último a ser criado para investigação deste tema até à presente data. Este grupo de trabalho teve como missão a caracterização da CA desde 2008 até à atualidade, identificar constrangimentos estruturais, de recursos humanos e de formação, que condicionem o crescimento da CA. Por outro lado, a sua atividade visou a revisão de procedimentos cirúrgicos que pudessem ser realizados em regime de ambulatório (Despacho 1380/2018). Porém, devido aos trabalhos desencadeados pela pandemia Covid-19 e por dificuldades na conclusão do capítulo relativo às propostas de melhoria para o crescimento da CA em Portugal, o relatório final nunca foi apresentado até ao momento (APCA, 2019; APCA, 2020). Os resultados das conclusões desse trabalho teriam certamente impacto na melhoria dos números relativos à atividade cirúrgica e na organização, qualidade, indicadores de saúde e prestação de cuidados observados nas UCA's nacionais.

## 1.1 A ORGANIZAÇÃO GERAL DAS UNIDADES DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

O desenvolvimento da CA conduz a ganhos em saúde para os clientes que carecem de uma cirurgia, sem renunciar aos padrões de qualidade exigidos que fazem parte do processo cirúrgico (AESOP, 2010). Lima e Pinto (2014) referem que a operacionalização plena da CA dota o SNS de “maior eficiência, acessibilidade, humanização, satisfação e racionalidade” (p.123). Para tal, é “fundamental que todos os profissionais que trabalhem em CA sejam experientes nos diversos procedimentos programados, de modo a reduzir ao máximo o risco de complicações” (Duarte & Martins, 2014, p.123).

Por seu turno, o despacho 1380/2018 do Ministério da Saúde acrescenta que além de representar um fator extremamente positivo para o cliente que em menos de 24 horas é submetido à sua intervenção cirúrgica de forma programada, com oportunidade de poder recuperar no seu domicílio, a CA “possibilita uma organização da estrutura hospitalar no sentido de dedicar o internamento às situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares” (p.4511). Além disso, o mesmo despacho evidencia que a mesma “permite também uma redução do tempo de espera cirúrgica o que representa uma considerável mais-valia (...)” e, encontra-se atualmente relacionada com “uma menor taxa de complicações pós-operatórias, apresentando uma incidência de regressos ao hospital não superior àquela encontrada no pós-operatório da cirurgia clássica com internamento” (p.4511).

De acordo com a CNADCA (2008), as unidades de CA podem ser designadas por:

- Autónomas, isto é, com instalações próprias e independentes;
- Integradas, partilhando espaços como salas do bloco operatório (BO), com os clientes em regime de internamento;
- Mistas, ou seja, quando um determinado centro cirúrgico realiza intervenções quer de índole ambulatoria, quer de carácter convencional com internamento.

Lima e Pinto (2014) distinguem ainda as unidades Autónomas das Satélite, caracterizando-as como em tudo semelhantes às primeiras, mas localizadas geograficamente fora da estrutura física do hospital e com interdependência de um hospital para internamento de clientes sem critérios de alta. As autoras acrescentam ainda as unidades *Free Standing*, também análogas às unidades autónomas e satélite, mas com independência administrativa e estrutural de uma unidade hospitalar.

Em relação às unidades Integradas, estas apresentam como vantagens o funcionamento imediato e o baixo investimento financeiro, embora possam apresentar conflitos de prioridade e estratégia, maiores riscos de infeção e inadequação de espaços como inconvenientes, denotando ainda alguma inércia para evoluir. Simultaneamente, as unidades Autónomas e Satélite apresentam como vantagem a exclusividade dos espaços, denotando maior autonomia funcional e eficácia operatória, e a facilidade de transferência de doentes se necessário aumentar o nível de cuidados, apresentando como inconvenientes uma maior soma de investimento inicial, a possibilidade de duplicidade de áreas cirúrgicas, pessoal e material (Lima & Pinto, 2014).

A CNADCA (2008) considerou que o modelo mais vantajoso é aquele que funciona como unidade e recursos autónomos, explicando que se deve “encarar a autonomia da Unidade de Cirurgia Ambulatória como factor imprescindível para o sucesso (...)” (p.11) e “separar de forma transparente, as estruturas da cirurgia ambulatória da cirurgia convencional, considerando que tal é crítico para o processo”. (p.11) Segundo o trabalho realizado pela CNADCA, a CA funciona com maior eficiência e qualidade superlativa quando na programação cirúrgica dos blocos operatórios existem tempos atribuídos exclusivamente à CA (CNADCA, 2008).

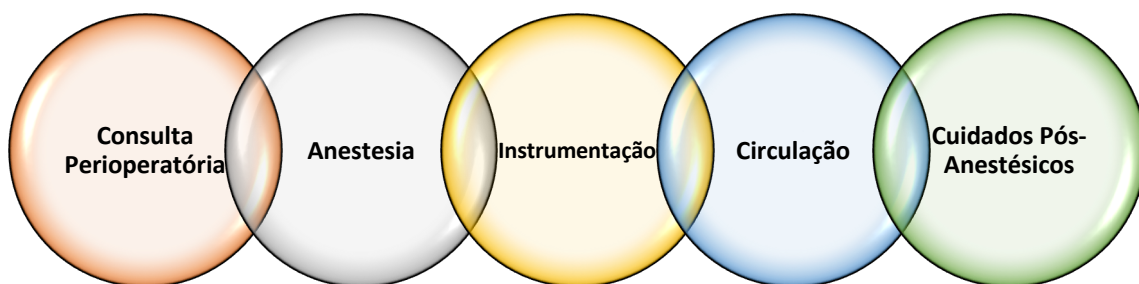
Neste contexto, os clientes candidatos a cirurgia devem obedecer a um conjunto de normas como aceitar ser intervencionado na condição ambulatória, ter área de residência/pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital; ter a companhia de cuidador/ adulto responsável durante as primeiras 24h no domicílio; e ainda, tendo em conta o tipo de procedimento cirúrgico e a classificação ASA do cliente, aceitando-se que corresponda a I, II e III desde que devidamente estabilizados. (Joshi, 2020) Outros fatores relacionados com os antecedentes clínicos do cliente, bem como o seu estado mental ou psíquico também devem ser equacionados (CHULN, 2019).

O sucesso da CA depende da seleção criteriosa dos clientes, procedimentos anestésicos e cirúrgicos, desenvolvido em trabalho de equipa e em prol do melhor para a pessoa a ser intervencionada. Contudo, ao nível do trabalho desenvolvido, existe unanimidade na apreciação dos enfermeiros como o grupo profissional mais dinamizador do processo perioperatório realizado nas diversas unidades. A prova deste facto está precisamente no prefácio do relatório realizado pela CNADCA (2008), onde globalmente é manifestada a carência na perceção “que os Enfermeiros são o *core* dos programas de

cirurgia de ambulatório (humanização, segurança, qualidade), daí a necessidade de uma seleção, profissionalização e motivação cuidadas” (p.11).

No que concerne à atuação do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, desenvolve-se em cinco áreas compreendidas nas fases do pré, intra e pós-operatório, complementares entre si, conforme se encontra evidenciado na figura 1:

**Figura 1. Áreas de atuação do Enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória** (Regulamento N° 429/2018 de 16 de Julho)



- Pré-operatório – tem início quando o cliente e o cirurgião tomam a decisão pela cirurgia e termina quando o cliente é transferido para a mesa operatória;
- Intraoperatório - Inicia-se quando o cliente se transfere para a mesa operatória e termina quando esta é transferido para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA);
- Pós-operatório – Inicia-se desde o momento em que o cliente dá entrada na UCPA e termina quando se considera que o mesmo está recuperado do processo cirúrgico/anestésico.

Ao longo do perioperatório de CA, as áreas de atuação são as mesmas embora com algumas nuances específicas (IAAS, 2014). No que concerne à relação das fases supracitadas com as etapas da CA, podemos categorizar no período pré-operatório as etapas correspondentes à consulta de enfermagem e acolhimento, no intraoperatório a etapa da cirurgia e, por último, no pós-operatório a fase I e II do recobro, a alta de enfermagem e a consulta de enfermagem de *follow-up* (IAAS, 2014).

A consulta de enfermagem é realizada com o intuito de proceder à avaliação das necessidades físicas e psicológicas do cliente, descrição das etapas do perioperatório desde a admissão à alta, envolvimento da família/pessoa significativa no plano de alta, entrega da documentação existente no serviço e ensino para a alta (IAAS, 2014). Deste modo, pretende-se oferecer um momento ideal para esclarecer os cuidados a ter em conta no pré-operatório, reduzindo-se estados de ansiedade através de diagnósticos de enfermagem pertinentes e intervenções bem-sucedidas, que primem, por sua vez, pelo empoderamento do cliente e família/pessoa significativa face ao evento cirúrgico. Nesta fase, torna-se essencial estabelecer uma relação de ajuda com estes, ser sensível aos seus problemas para que se possam encontrar estratégias específicas que promovam a sua resolução de modo que se possa concretizar a cirurgia em regime ambulatorio. Além disso, deve ser explicado o circuito perioperatório da CA, quem os vai acolher no dia da cirurgia e o ambiente que vai encontrar (Duarte & Martins, 2014).

Na consulta de enfermagem pretende-se ainda elucidar o cliente e dotá-lo de conhecimento acerca do pós-operatório, tentando dar resposta a todas as dúvidas que possa ter, com o objetivo de minimizar os riscos inerentes a esse período, assim como melhorar a sua satisfação com a experiência global da cirurgia em contexto ambulatorio. No seu processo de empoderamento é importante que também se explique com clareza os dispositivos que pode apresentar no final da cirurgia, assim como preparar o cliente e a família/pessoa significativa para a diminuição da sua capacidade decorrente da intervenção cirúrgica (AESOP, 2010; Duarte & Martins, 2014).

Um cliente informado estará mais preparado para enfrentar as vicissitudes relacionadas com a cirurgia, estará menos exposto à ocorrência de qualquer atraso e/ou cancelamento do seu procedimento cirúrgico ou mesmo a voltar a uma unidade hospitalar devido ao aparecimento de alguma complicação pós-operatória. Para tal, a informação deve ser sempre disponibilizada através de documentação escrita, complementando a informação transmitida verbalmente pelo profissional de saúde, de forma a recordar o cliente acerca de todos os aspetos relacionados com o processo perioperatório e a torná-lo mais capaz de encarar o mesmo (IAAS, 2014). O desenvolvimento de uma comunicação eficaz e a certeza de que a informação disponibilizada é compreendida por parte do cliente e família/pessoa significativa, traduzem-se em condições relevantes com vista ao sucesso da etapa pré-operatória.

De salientar ainda que esta consulta deve ser realizada uma ou duas semanas antes da intervenção cirúrgica, concomitantemente com a consulta de anestesia e consulta da especialidade cirúrgica. O consentimento informado (CI) para a cirurgia deve ser verificado e validado para dar continuidade ao processo perioperatório do cliente (Cardante, 2020; IAAS, 2014). O método mais utilizado na consulta de Enfermagem para recolha de informações é a entrevista clínica e o instrumento de orientação para recolha de dados é o guião da entrevista, que pode ser estruturado através de um conjunto de questões abertas, semi-abertas ou fechadas (Ribeiro et al., 2021). O enfermeiro/a pretende essencialmente com esta metodologia executar uma anamnese associativa com o cliente e família e/ou pessoa significativa, ou seja, obter informações que uma vez organizadas possibilitem a identificação, caracterização ou exclusão de um ou mais diagnósticos de enfermagem (Sequeira & Fortuño, 2016). Estes diagnósticos darão origem a intervenções, conforme o natural processo de enfermagem, que visem a correta preparação e otimização do cliente/família no processo perioperatório, com vista a alcançar o sucesso e os objetivos previstos para a cirurgia em regime ambulatorio.

A segunda etapa do processo perioperatório de enfermagem em CA é o acolhimento e corresponde ao momento de entrada do cliente na área cirúrgica, geralmente caracterizado por grande ansiedade. Nesta fase, o cliente pode ou não ser acompanhado por um familiar/pessoa significativa que pode necessitar de algum esclarecimento ou informação e deve deixar um contacto telefónico. O cliente deve despír as suas vestes incluindo o calçado e guardá-las juntamente com os restantes pertences num lugar próprio para o efeito. Posteriormente, deve vestir uma bata, colocar uma touca que abranja a total cobertura do couro cabeludo e calçar uns protetores de sapato/chinelos de uso único, conforme protocolo de cada instituição de saúde.

Além de estabelecer uma relação empática e terapêutica, o enfermeiro/a deve validar a informação obtida através da consulta de enfermagem e o conhecimento e o CI do procedimento a realizar, dando espaço para a colocação de dúvidas que possam surgir. É um período de execução de técnicas de Enfermagem, segundo protocolos instituídos das diversas especialidades cirúrgicas (AESOP, 2012). O cliente deve identificar quem o acompanhará no momento da alta e no domicílio nas primeiras 24 horas, devendo este ser um adulto; deve especificar se o transporte para o domicílio será realizado num veículo adequado e que distância existe entre o domicílio e um SU, pois a mesma, por norma,

deve ser percorrida em menos de 60 minutos; assim como cumprir os demais requisitos necessários para a realização de uma cirurgia em contexto ambulatorio (CHULN, 2019; IAAS, 2014).

O momento Intraoperatório, que compreende o período de tempo desde que o cliente entra na sala operatória até que sai da mesma, contempla a etapa da cirurgia propriamente dita. O papel de enfermagem é desempenhado mediante o trabalho de três enfermeiros presentes na sala operatória, o de anestesia, o circulante e o instrumentista, todos eles com funções bem definidas e essenciais para a obtenção do sucesso cirúrgico. Contudo, a entreaajuda entre todos é fundamental para a prestação de cuidados de excelência ao cliente cirúrgico e, segundo a AESOP (2012), devem ter em consideração os seguintes itens:

- Identificação completa do cliente;
- Comunicação verbal e não verbal;
- Conforto e posicionamento;
- Alteração do estado de consciência e percepção da dor;
- Alterações da função cardíaca, respiratória e circulatória;
- Manutenção da segurança;
- Prevenção da infecção.

Em CA, a comunicação eficiente e eficaz entre os enfermeiros do acolhimento, intraoperatório e de recobro/UCPA é indispensável, sobretudo devido ao escasso tempo de contato efetivo entre o cliente e os diversos profissionais de saúde.

O Recobro diz respeito à primeira fase do período pós-operatório da CA e tem início a partir do momento em que se dá a transferência de um cliente desde a sala operatória até ao Recobro/UCPA. Neste espaço, o cliente “permanecerá o tempo necessário ao restabelecimento das suas funções vitais, de acordo com o tipo de cirurgia e anestesia realizadas” (AESOP, 2012, p.347). A monitorização e o acompanhamento do estado do cliente, tendo em conta o controlo da dor, do conforto, da sua capacidade física e do seu nível de consciência torna-se fundamental.

Em CA o recobro divide-se em fase I e II, sendo que o primeiro diz respeito à fase inicial de recuperação da consciência e bloqueio sensorial e motor imediatamente após a anestesia, similar aos clientes submetidos a cirurgia convencional. Portanto, nesta fase, os cuidados e o foco de enfermagem é análogo aos dois regimes cirúrgicos, pelo que a

existência de protocolos para controlo da dor, náuseas e vômitos pós-operatórios é essencial, devido à especificidade da CA e com vista a uma suave passagem para a Fase II de Recobro (AESOP, 2012; IAAS, 2014).

O recobro fase II é o período mais importante para que o processo transversal à totalidade das etapas da CA alcance o devido sucesso (IAAS, 2014). Nesta etapa, o cliente deve apresentar sinais vitais estáveis, ausência de sinais e sintomas relacionados com depressão respiratória, orientação temporal e espacial adequada, capacidade de ingestão de líquidos e sua tolerância, realizar a primeira micção, de realizar o seu autocuidado ainda que com algum grau de dependência e que não apresente semiologia relacionada com náuseas, vômitos, hemorragia e dor. Esta última, se existir, deverá ser controlada com recursos a analgésicos administrados por via oral (AESOP, 2012).

Durante a preparação para a alta, o enfermeiro/a deve assegurar-se, se possível através de uma *check-list*, que todos os documentos relativos ao ato cirúrgico são entregues, tais como, a carta de alta médica e de enfermagem, o atestado de incapacidade se necessário, a marcação de consulta de vigilância pós-operatória, bem como as prescrições de terapêutica e a medicação necessária para as primeiras 72 horas após alta hospitalar. (AESOP, 2012) Esta medicação deve ser fornecida pela farmácia do hospital e entregue em mão ao cliente e/ou família/pessoa significativa que o acompanha (Portaria 234/2015). Deve ainda ser realizado o correto ensino de enfermagem para o período pós-operatório, com recurso a linguagem adequada, demonstrações e panfletos informativos, incluindo ainda a carta de alta de enfermagem com a descrição detalhada da cirurgia realizada, para ser entregue à enfermeira de família no Centro de Saúde (CS) da área de residência (AESOP, 2012).

Por outro lado, deve ser fornecido o contacto do centro de CA, assim como outros números de urgência a utilizar em SOS, pois correspondem a um critério de qualidade e segurança assistencial. Além disso, deverá ser reforçado o ensino acerca da impossibilidade de manipular/conduzir máquinas e de não assinar documentos legais importantes durante as primeiras 24 horas, assim como deverá se apelada a prudência no retorno às atividades laborais, com vista à inexistência de complicações no período pós-operatório (IAAS, 2014).

De referir ainda, que o processo de alta de CA deve ser bem estruturado, assente em critérios protocolados pela organização e com recurso a escalas de avaliação do cliente (Cardante, 2020).

Por último, a consulta de enfermagem *follow-up* é descrita por a uma consulta de enfermagem pós-operatória que visa garantir o sucesso do processo de convalescença do cliente, através de um acompanhamento personalizado da transição para o seu autocuidado. Apesar do cliente ter tido alta do serviço, torna-se importante e corresponde a um critério de qualidade, medir ou ter conhecimento de eventuais complicações que possam comprometer a qualidade da recuperação no pós-operatório e que podem anular muitas das vantagens da CA. (Cardante, 2020) De facto, a origem e justificação na criação da consulta de *follow-up* relaciona-se essencialmente com a melhora do suporte e acompanhamento do cliente pós-alta da CA e a necessidade de monitorização e mensuração da sua experiência e recolha de outros dados associados a auditorias de qualidade (IAAS, 2014).

Neste sentido, o *follow-up* tem ainda como objetivo proporcionar ao cliente um momento para esclarecimento de dúvidas que possam eventualmente surgir, reforçar o ensino e readaptar as orientações fornecidas anteriormente durante o ensino para alta. O grau de satisfação dos clientes diz respeito a um indicador relevante na avaliação dos cuidados prestados, contudo há que ter em consideração a vontade inequívoca do cliente se não quiser ser contactado para a realização de *follow-up* através de um questionário estruturado (AESOP, 2012; IAAS, 2014).

Por último, esta consulta é geralmente realizada de forma não presencial, isto é, por contato telefónico às 24 horas e sete dias após a cirurgia de acordo com uma grelha protocolada de questões, e através de um questionário de satisfação expedido por carta pelo próprio cliente ou realizado por contato telefónico aos 30 dias após a intervenção cirúrgica.

O trabalho desenvolvido em enfermagem numa UCA assume-se fulcral para a dinâmica de funcionamento da mesma. Segundo o relatório final da CNADCA (2008, p. 11), “não basta praticar cirurgia de ambulatório: se esta não for efetuada de acordo com a organização mais adequada, perdem-se muitos dos benefícios da sua realização, nomeadamente a maior rentabilidade dos blocos e dos recursos humanos. Uma oportunidade desperdiçada!”.

As unidades autónomas de CA são aquelas que reúnem o maior número de requisitos para a prestação de cuidados com elevados índices de qualidade, segurança, conforto e satisfação dos clientes e dos profissionais de saúde, através de um modelo que revela índices de eficiência elevados. A especialidade de EMC na área de Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória revelou-se essencial na investigação, observação e análise com uma lente mais madura, responsável e competente das várias etapas descritas do percurso do cliente em CA.

## 1.2 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ENSINO CLÍNICO

A escolha pela CA decorreu da indispensável assimilação de conceitos específicos deste tipo de unidades no local de EC, reconhecendo, desta forma, o seu crescimento abrupto nos últimos anos em Portugal e, na conseqüente necessidade de prestar cuidados de enfermagem de acordo com os mais altos padrões de qualidade especializados em EMC, na área da pessoa em situação perioperatória (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

De acordo com os dados de *benchmarking* apresentados pela ACSS (2023), que dizem respeito ao número total de cirurgias realizadas em regime de ambulatório a nível nacional até ao mês de novembro de 2022, em comparação com o período homólogo em 2021, a CA apresenta um crescimento mais acentuado que o crescimento do número de cirurgias realizadas em regime de internamento (+9,5%). Por outro lado, regista-se também um aumento dos indicadores relativos à percentagem de cirurgias com ambulatorização cirúrgica (+1,2 p.p.) e do número de procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis (+1.3 p.p.), no mesmo período analisado (ACSS, 2023).

Atualmente, a CA representa um volume de cirurgias programadas muito elevado e com um enorme potencial de crescimento num futuro próximo, devido às vantagens associadas a este regime quer para o cliente, quer para as organizações de saúde, em comparação com o regime de internamento subjacente às cirurgias de cariz urgente e convencional. De facto, já em 2008 o relatório da ERS acerca da relação entre a CA e um modelo de qualidade centrado no doente, previa que a médio prazo, a CA representaria cerca de metade do total de procedimentos realizados no SNS em Portugal.

Além disso, no que concerne aos indicadores avaliados em CA pela ERS são os seguintes:

- Seleção do cliente para administração da profilaxia das náuseas e vômitos;

- Seleção da profilaxia das náuseas e vômitos;
- Registos regulares da intensidade da dor em CA;
- Dor moderada a máxima em clientes submetidos a CA;
- Cedência de fármacos na alta;
- Ensino e orientação na alta;
- Avaliação pós-operatória nas 24h após a alta (ERS, 2024).

Neste sentido, tendo em conta a importância que a CA apresenta nos nossos dias, aliada à falta de experiência nesta área, pois a nível pessoal, ao longo dos mais de catorze anos em BO, sempre desenvolvi o meu trabalho em cirurgia *major* de diferentes especialidades cirúrgicas, concluí que na minha formação, encontro uma conjuntura ideal para desenvolvimento de uma nova perspetiva de enfermagem no perioperatório. Assim sendo, julgo que seria vantajoso apreender acerca do impacto das intervenções de enfermagem realizadas neste contexto, na gestão do período pós-operatório do cliente cirúrgico, assim como na sua preparação para alta no domicílio, entre outras atividades inerentes ao trabalho do enfermeiro em CA.

Neste momento, interessou-me adquirir sobretudo uma nova perspetiva para os cuidados prestados antes e após a cirurgia, formando-me no tipo de preparação do cliente para a cirurgia, os ensinamentos e preparativos a acautelar no regresso ao domicílio por mais precoce que seja, apurar e sentir diretamente o grau de satisfação que o cliente e família/pessoa significativa possa expressar perante a nossa atuação em enfermagem e assim poder completar e melhorar continuamente o meu desempenho. Desta forma, julgo que o desenvolvimento das competências em EMC, especializada na área da pessoa em situação perioperatória, traduzidas essencialmente nas competências específicas “cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” e “maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica” (Regulamento nº 429/2018, p. 19366-19367), foram mais facilmente adquiridas, dotando-me, enquanto enfermeiro, com maior capacidade e ferramentas para a prática de um cuidado mais personalizado, especializado e holístico em relação ao cliente cirúrgico. Por isso, optei por realizar o Ensino Clínico III (EC III) no mesmo local do Ensino Clínico II (EC II), de modo a desenvolver competências numa unidade de CA.

Felizmente, na oportunidade formativa vivenciada tive a felicidade de conhecer uma UCA que funciona segundo um modelo Autônomo e Integrado, de forma a poder dar resposta ao elevado número de clientes propostos para este tipo de cirurgia. Deste modo, utiliza o bloco operatório central (BOC) em conjunto com outras capacidades instaladas, como uma unidade de admissão de doentes cirúrgicos (UADC) para a realização de etapas do processo perioperatório.

Esta unidade encontra-se dividida entre duas áreas, através de gabinetes de consulta contíguos à sala de espera e a área cirúrgica propriamente dita, com todas as condições para a realização dos diversos procedimentos em enfermagem com a qualidade indispensável.

Deste modo, após ser devidamente referenciado para a possibilidade de CA, o cliente é convocado para um momento de consulta, designado por passo 1,2,3, em que é possível realizar a consulta de especialidade de cirurgia, anestesia e enfermagem no mesmo dia. Estas consultas certificam a aptidão do indivíduo para a intervenção cirúrgica, esclarecendo igualmente todas as dúvidas subjacentes a este processo. Caso tenha de realizar algum exame ou rastreio necessário, antes de ser submetido a cirurgia, o cliente poderá igualmente fazê-lo neste dia na mesma unidade hospitalar, ou se não for possível, é tudo agendado para a mesma data, com horas aproximadas de modo a minimizar possíveis incómodos relacionados com a deslocação e ausências laborais.

Posteriormente, o cliente é novamente convocado para comparecer no serviço a fim de realizar a intervenção cirúrgica, onde poderá ter alta no mesmo dia ou na manhã do dia seguinte. Desta forma, o cliente e o acompanhante familiar e/ou pessoa significativa são recebidos pelo mesmo secretariado e aguardam na mesma sala de espera até serem chamados para o interior da área cirúrgica.

Neste local, existem um conjunto de divisões por onde os clientes passam, de acordo com a etapa correspondente ao seu processo cirúrgico ao longo da CA. Desde logo os vestiários, num total de três, onde os clientes podem despir as suas vestes e acondicionar os seus pertences, deixando-os num cacifo com chave que se encontra diante da porta de saída do vestiário.

Posteriormente, na área cirúrgica propriamente dita, a unidade dispõe de duas zonas de acolhimento de doentes com um total de cinco cadeirões, dois deles destinados

exclusivamente a clientes de oftalmologia pois é a especialidade que mais contribui para o volume cirúrgico.

Nesta fase de acolhimento os enfermeiros são os principais responsáveis pela dinâmica desta área, preparando o cliente para a cirurgia e assegurando o cumprimento de todas as normas de segurança preconizadas em protocolos internos tais como retirar a roupa exterior e colocação da bata cirúrgica e roupa interior descartável; assegurar que o cliente cumpre o jejum de seis horas se necessário sedoanalgesia, com a exceção da anestesia local, salientando que pode ingerir até um copo de água ou uma chávena de chá até duas horas antes da cirurgia e que crianças em amamentação podem receber leite materno até às quatro horas que antecedem a cirurgia; garantir que o cliente realizou o duche pré-operatório com as esponjas de clorhexidina fornecidas na consulta de enfermagem e, que não aplicaram qualquer produto cosmético; garantir que retiraram as joias e adornos; assegurar um acompanhamento programado para alta por um adulto responsável nas primeiras 24 horas após a cirurgia e que fornece o seu contato; verificar que o cliente não irá conduzir, manipular máquinas, tomar decisões ou assinar documentos importantes; confirmar que o domicílio do cliente não fica a mais 60 minutos da unidade hospitalar; verificar que o CI está assinado para a cirurgia e para o ato anestésico; averiguar os antecedentes de saúde de cada cliente, medicação que toma habitualmente no domicílio, avaliações registadas na consulta pré-operatória e presença de exames médicos recentes; observar a marcação da lateralidade cirúrgica pelo cirurgião responsável pelo ato cirúrgico; proceder à cateterização de um acesso venoso; e, certificar a correta preparação cirúrgica com perfusões e/ou administração de medicação protocolada.

De seguida, na fase intraoperatória, os clientes são encaminhados para uma zona dotada por três salas operatórias, cada uma delas com diferentes dimensões e finalidades. Posteriormente, no final da cirurgia o cliente passa pelo corredor dos sujos, que constitui a grande falha desta unidade, pois jamais os doentes podem ter o mesmo circuito que os resíduos ou materiais sujos (AESOP, 2012), e são encaminhados para o recobro, categorizada como uma unidade aberta.

A fase I de recobro somente é atribuída a clientes com sedoanalgesia profundas, isto é, anestésias gerais balanceadas ou endovenosas, que têm a necessidade de sair do período intraoperatório em maca. É uma unidade com possibilidade de lotação até dez

clientes, com boxes individuais equipadas com cortinas e monitores próprios. De referir que os dados dos monitores passam por telemetria para o controlo do balcão de enfermagem.

Na fase II do recobro ocorre o levante do cliente para o cadeirão ou quando o mesmo já sai da sala operatória no mesmo. Dependendo da situação, o cliente faz a primeira refeição nesta fase ou então na fase I antes mesmo de proceder à transferência para o cadeirão. Esta divisão da unidade é composta por oito cadeirões, com três monitores situados em pontos estratégicos de modo a avaliar os sinais vitais de todos os clientes.

No interior da unidade de recobro existe uma divisão destinada a consultas de *follow-up* pós-operatório por contato telefónico, sendo a mesma também utilizada para períodos de relaxamento e meditação, integrado num projeto de estímulo e manutenção de saúde mental previsto para a unidade.

Por último, o cliente sai com alta do recobro, de novo através dos vestiários que dão acesso ao corredor principal contíguo à sala de espera.

No que diz respeito aos recursos humanos da unidade, não existe grande variação no que diz respeito ao seu número, uma vez que o objetivo pretendido é que a taxa de ocupação das três salas operatórias ronde os 100% todos os dias, de segunda a sexta, das 8h-20h e sábados das 8h-14h30minutos.

Em relação à equipa de enfermagem existem enfermeiros/as residentes em exclusividade na UCA, destacando-se a presença de enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (ESMP), enfermagem de saúde infantil e pediátrica (ESIP) e EMC. Outro dado importante a registar, é que como a unidade não possui pessoal afeto à mesma em número suficiente para assegurar os rácios, todos os dias recruta enfermeiros ao BOC. Este facto pode diminuir de alguma forma os índices de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem mais especializados, mas é minimizado pela razão de já existir um grupo de enfermeiros formado para desenvolver funções na UCA e que se encontra informado da necessidade de ser mobilizado várias vezes a partir do BOC.

Neste sentido, esta unidade apresenta os seguintes rácios durante o turno da manhã:

- Um enfermeiro gestor;

- Um enfermeiro responsável de turno que também presta cuidados no acolhimento do cliente.
- Um enfermeiro no acolhimento do cliente;
- Três enfermeiros por cada uma das três salas operatórias, com funções de enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista;
- Três enfermeiros para o recobro fase I e II.
- Um enfermeiro para a consulta pré-operatória;
- Um enfermeiro para a consulta de *follow-up*;

Durante o turno da tarde, os rácios são semelhantes com a exceção dos enfermeiros gestor, da consulta pré-operatória e de *follow-up*. Durante o turno da noite fica apenas um enfermeiro com clientes em regime de pernoita, até um máximo de seis leitos.

No geral, os rácios parecem ser ajustados, até porque devem cumprir as recomendações emanadas pelos diversos grupos de trabalho, em particular pela profissão de enfermagem no *International Council of Nurses* (ICN, 2006). Porém, devo salientar a existência de um número limitado de enfermeiros especialistas, nomeadamente no que diz respeito à EMC no serviço. Apenas dois enfermeiros com exclusividade na UCA é que possuem a especialidade de EMC, pelo que a sua distribuição é aleatória e de acordo com as necessidades internas do serviço, não tendo a ver com as funções a desempenhar durante os turnos de manhã, tarde ou noite. Os demais são enfermeiros de cuidados gerais, à exceção da gestora da unidade que é especialista em EC, uma enfermeira especialista em ESIP e duas enfermeiras especialistas em ESMP.

Por último, em relação aos assistentes operacionais (AO's) são quatro por turno, com exceção da noite que é apenas um; um ou dois elementos do secretariado conforme o decorrer do dia de trabalho; e, a técnica de limpeza é apenas uma por turno, auxiliada por uma segunda que faz um horário misto entre a manhã e a tarde.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO APARECIMENTO E FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE EM PORTUGAL**

Ao nível conceptual a ULS encontra-se descrita na página oficial do XXIII Governo da Constituição Portuguesa (2023/08/30) como aquela que integra numa mesma entidade os cuidados prestados pelos CS e pelos hospitais. Deste modo, cada ULS tem como objetivo a concentração da organização dos recursos humanos, financeiros e materiais, facilitando o acesso das pessoas e a sua circulação, em função das necessidades, entre os centros de saúde e os hospitais, reforçando ainda uma aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença (XXIII Governo de Portugal, 2023).

A primeira ULS a surgir no nosso país ocorreu em 1998 concomitantemente com o Hospital Pedro Hispano, que através do seu modelo de organização e correlação com os CS, deu origem à ULSM (2023).

De acordo com o documento redigido à data acerca da criação das ULS's, o legislador verificou a necessidade de “proceder a uma reengenharia do sistema de saúde numa perspectiva organizacional, criando as condições de integração dos cuidados, colectivizando os problemas que hoje cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos” (Decreto-Lei N° 207/99, 1999, p. 3258). No caso da ULSM, procurou-se criar, desde logo, um modelo inovador de integração e organização de serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares. Com efeito, o seu conselho de administração apresentou-se à data como único órgão de gestão, dirigindo não só o Hospital Pedro Hispano, como também os CS existentes no concelho de Matosinhos (Moreira, 2011).

Segundo a ERS (2011, p.14), na procedência das ULS's ao nível nacional “esteve o objetivo de criar uma melhor interligação entre centros de saúde, hospitais e outras entidades responsáveis pela saúde regional ou local”. Este modelo de organização de serviços foi inovador pelo carácter integrador dos serviços que são prestados aos cidadãos, não fracionando, ao nível da gestão, os cuidados primários e hospitalares. De facto, segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a fragmentação na prestação de cuidados de saúde é um dos problemas apontados ao nível global, sobretudo devido à centralização de cuidados em determinadas patologias ou especialidades, ao invés da atenção centrada no cliente e na sua condição,

quer seja no processo de doença, saúde, ou na transição entre cada uma delas (Hofmarcher et al., 2007).

Portanto, a integração dos cuidados de saúde representa um conceito basilar neste contexto e pode ser definida como um “conjunto de técnicas e/ou modelos de organização concebidos com o objetivo primordial de fomentar a colaboração, coordenação e cooperação dentro e entre os prestadores, tanto na área financeira como administrativa”. (Dias, 2018, p.15) Contudo, este conceito pode ter algumas diferenças consoante a forma que é percecionado, desde o consumidor, ao prestador de saúde, ao gestor e/ou ao poder político.

Para desenvolvermos o tema da integração de cuidados de saúde, devemos considerar o *brainstorming* de conceitos que podem estar associados a esta definição (Lopes et al., 2014):

- Continuidade, coordenação, gestão e colaboração de cuidados;
- Gestão da doença e de casos;
- Cuidados centrados no cliente, que inexoravelmente tendem a dificultar a implementação deste modelo no que concerne à sua perspetiva estrutural.

Os principais objetivos da integração dos cuidados de saúde passam por controlar os custos e regular a despesa; aumentar a eficiência na prestação de cuidados de saúde; e criar novos padrões de cuidados de saúde com continuidade dos mesmos, aumentando a sua qualidade, a satisfação dos clientes e os ganhos em saúde (Sobczak, 2002).

Ao nível da categorização, a integração pode ser perspetivada através de quatro dimensões: estrutural, funcional, normativa e sistémica.

A integração estrutural acontece quando os elementos que fazem parte da estrutura organizacional de um sistema sofrem alterações e dão lugar à criação de uma nova estrutura, modificando-se os organigramas individuais, as responsabilidades e a hierarquia de poder. Nesta dimensão pode ainda ser catalogadas a integração horizontal e a integração vertical (Santana et al., 2014).

A integração funcional diz respeito à forma como as unidades operacionais do sistema de produção de uma organização, independentemente se relacionam, coordenam e comunicam para a prestação de cuidados com produção de valor para o cliente. Fazem parte desta, a integração clínica, a integração da informação, a integração financeira e a integração administrativa (Santana et al., 2014).

Na integração normativa surge a possibilidade de criar a norma numa ou mais organizações, isto é, de um conjunto de procedimentos escritos e do conhecimento dos elementos que as compõem, que dão lugar à uniformização dos procedimentos internos e à aplicação de um sistema de referência de valores comuns (Santana et al., 2014).

Por último, a integração sistémica orienta a compreensão de uma estrutura ou organização de saúde como parte integrante de um sistema, que através da sinergia das diversas entidades ou componentes que o constitui, almeja atingir objetivos comuns num determinado contexto (Santana et al., 2014).

Neste sentido, reconhece-se que no que concerne a estas dimensões, apesar de interligadas entre elas, a que mais interessa abordar na temática das ULS's é a estrutural, uma vez que nesta categoria a integração pode ser percecionada como horizontal ou vertical (Dias, 2018), sendo justamente a evolução destes conceitos que conduziu à criação do modelo de gestão das ULS's. O projeto das ULS's surgiu na sequência do desenvolvimento do conceito de integração vertical entre organizações, que desponta nos EUA no início da década de 90 do século passado. Este modelo, rompe com o conceito de integração horizontal praticado até àquela data, em que múltiplas instituições com a prestação do mesmo tipo de serviços são assimiladas e passam a ser geridas pela mesma égide, para o conceito de integração vertical, em que instituições com linhas de orientação e finalidades distintas passam a ser administradas por uma única equipa de gestão (Bruno & Nunes, 2019; Sobczak, 2002).

Assim sendo, na integração vertical, as organizações de saúde são geridas pelo mesmo conselho de administração nos ramos diferentes da sua atividade, quer ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, mas também na prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, promovendo a coordenação dos diferentes níveis. Neste modelo a estrutura de gestão é responsável por pelo menos duas entidades, em que pelo menos uma delas utiliza como *input* o *output* da outra (Dias, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde ([OMS], 2008) a integração vertical é definida como "a gestão e prestação de serviços de saúde para que os doentes recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades ao longo do tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde" (p.1). Mais tarde, em 2018, a OMS destaca ainda que "hospitais com cuidados ambulatoriais e primários totalmente integrados constituem uma correspondência muito importante, de garantia de prestação

de cuidados contínuos aos pacientes” (p.7). Na perspetiva económico-financeira da integração vertical, salienta-se a criação de sistemas complexos que procuram interligar recursos, produção, aprovisionamento, distribuição, entre outros (Bruno & Nunes, 2019).

O nascimento das ULS's em Portugal constituiu um marco histórico apreciável no SNS, traduzindo-se segundo Bruno e Nunes (2019), “num processo de integração vertical dos cuidados de saúde, que fundiu a gestão da atenção hospitalar com a atenção primária(…)” (p.7). Num estudo realizado na sub-região da Beira Baixa, utilizando uma metodologia qualitativa com recurso à entrevista semi-estruturada, Bruno e Nunes (2019) procuraram analisar a integração do hospital Amato Lusitano na ULS de Castelo Branco ao nível da eficiência de serviços e prestação de cuidados. Os resultados verificados a este nível foram bastante positivos, porém, foi reconhecido que ainda se encontram aquém do esperado, uma vez que existiram falhas na articulação entre as diferentes equipas. Em suma, concluiu-se que a eficiência do trabalho desenvolvido no meio hospitalar seria melhorada se a articulação com os cuidados prestados nos CSP fosse fortalecida.

Em Portugal, a conceção e projeção das ULS's conduziu a um ponto de viragem e transformação profunda no paradigma de prestação de cuidados de saúde centrados no cliente. Atualmente, o sucesso das ULS's traduz-se na criação de mais doze novas unidades só em 2023, que juntamente com as demais que já se encontram em funcionamento somam já 20 em território nacional, assegurando a resposta a mais de 30% da população portuguesa.

Para 2024, a direção executiva do SNS planeou a entrada em funcionamento do modelo “ULS 2.0”. A partir de janeiro de 2024, foram criadas mais 31 ULS's, aglomerando todos os hospitais e centros hospitalares do país, que em conjunto cobrem quase a totalidade da população de Portugal continental, com a exceção dos três institutos de oncologia do Porto, Coimbra e Lisboa e o hospital de Cascais cuja administração e gestão é público-privada. No total, Portugal continental passa a ter 39 ULS's com o objetivo de aumentar a eficiência e prevenir redundâncias e repetições de atos clínicos (SNS, 2023). O modelo de financiamento de cada ULS será *per capita* e pela estratificação do risco, isto é, pelo número de utentes de cada ULS e as suas características.

Porém, existem algumas críticas em relação a esta opção política, assentes sobretudo na baixa eficiência do funcionamento em rede ao nível dos diversos níveis de prestação de cuidados descritas no último relatório da ERS acerca deste tema (ERS,

2015). Neste documento, sugere-se que no caso das ULS's “os eventuais ganhos ao nível da coordenação entre cuidados de saúde primários e hospitalares proporcionados pela criação de ULS não se estarão a refletir numa redução de hospitalizações desnecessárias (p. 78)”, o tempo de estadia em internamento é em média superior, a proporção média de procedimentos realizados em ambulatório é inferior e que na exibição de resultados relacionados com o item “segurança do doente” são em média mais débeis que nas organizações em saúde não integradas no modelo de ULS (ERS, 2015).

Deste modo, pelos motivos históricos e organizacionais enunciados, a organização dos cuidados de enfermagem em contexto de CA deve ser alvo de investigação, no sentido de aproximar as organizações em Saúde e de proporcionar um cuidado centrado no cliente, sobretudo no âmbito do trabalho destas ULS's.

### **3. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES E A TEORIA DO AUTOCUIDADO APLICADA À ENFERMAGEM EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO**

Ao longo deste relatório tornou-se necessária a mobilização de uma teoria de enfermagem que se considerasse mais adequada e aplicável ao contexto de trabalho descrito anteriormente numa UCA. Desde logo, surgiram duas teorias compatíveis com a orientação do pensamento e exercício profissional de Enfermagem neste ramo: a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

A investigação científica tem subjacente a necessidade de construir um conhecimento que dê suporte à prática de cuidados exercida na nossa rotina diária. A prática de cuidados de enfermagem encontra os seus alicerces basilares nas teorias de enfermagem, que ao longo dos anos, com maior ou menor impacto na evolução da ciência, procuraram explicar o foco e a orientação de ação dos Enfermeiros. Assim sendo, as teorias de enfermagem sustentam a construção da identidade da profissão, favorecendo a sua expansão enquanto ciência e disciplina (Santos et al., 2022). Além disso, as teorias proporcionam uma base de sustentabilidade estrutural e organizativa ao saber em enfermagem, possibilitando perspetivar a situação do cliente, colher dados de forma sistemática, analisá-los e planejar e implementar as intervenções também elas de forma sistemática (Ribeiro, 2017). Isto é, possibilitar na prática a aplicação do processo de enfermagem no cuidado ao cliente/família e/ou pessoa significativa.

Como refere Caetano e Pagliuca (2003), Meleis apresenta a definição de teoria como uma articulação organizada, coerente, sistemática e comunicada num todo significativo da realidade, que é descoberta ou inventada, de maneira a descrever, explicar e prever situações ou relações.

A Teoria das Transições é uma teoria de médio alcance (Meleis, 2000), em que para Meleis a transição consiste em passar de um lugar ou condição estável para outro estado estável, requerendo um processo de incorporação de conhecimentos, alteração de comportamentos e mudança na definição do *self* (Im, 2013). O processo de transição é caracterizado pela singularidade do cliente que a vivencia e pelas complexas e numerosas dimensões que estão na origem da perceção diferente que cada cliente detém acerca de uma situação em causa (Meleis, 2012). Para Meleis, as transições são o resultado das

mudanças na vida, na saúde, nas relações e nos ambientes em que o cliente se encontra inserido (Jacob, 2019).

Afaf Meleis preconiza que as experiências humanas de transição e os processos inerentes à mesma representam o conceito basilar em enfermagem, sendo que o maior desafio dos enfermeiros/as passa por interpretar esses mesmos processos e aplicar intervenções de Enfermagem que auxiliem o cliente a recuperar a saúde e o bem-estar (Meleis, 2012). No fundo, este passa por transições quando necessita de se adaptar a uma nova situação e circunstância, de forma a assimilar uma etapa de mudança na sua vida, que implica, por si só, a construção de uma nova realidade. Esta teoria representa um referencial para o reconhecimento da mudança num cliente desencadeada por um processo de doença, durante a qual esta e a família/pessoa significativa necessitam de cuidados. Neste sentido, a “mudança” é redigida conceptualmente de forma claramente distinta de “transição”, pois pode haver “mudança” sem que haja uma “transição”, assim como não pode haver “transição” se não ocorrer uma “mudança” (Jacob, 2019).

A teoria das Transições apresenta quatro pilares que caracterizam o processo transicional (Meleis, 2000):

- Natureza das Transições - tipos, padrões e propriedades da transição;
- Condicionantes da transição: facilitadores e inibidores - pessoais, comunidade e sociedade;
- Padrões de Resposta - indicadores de processo e indicadores de resultado;
- Intervenções de Enfermagem - ação que interrelaciona os pilares anteriores.

Esta teoria permite que o enfermeiro interprete o processo de transição que cada cliente e família/pessoa significativa está a viver e que, mediante os diagnósticos de enfermagem formulados, planeie intervenções de enfermagem que surjam como facilitadores desse mesmo processo. Assim, durante o período perioperatório, o enfermeiro apresentar-se-á como agente facilitador, que mediante as suas intervenções junto do cliente e família/pessoa significativa, procurará alcançar transições promotoras de sentimento de bem-estar (Meleis, 2012), numa fase caracterizada pela imensa vulnerabilidade.

Na perspetiva do enfermeiro especialista em EMC na área da pessoa em situação perioperatória, a consulta pré-operatória constituirá o momento ideal para mobilização do corpo de conceitos teóricos de Meleis, de modo a identificar as necessidades, o potencial

e os fatores de risco que possam afetar a experiência cirúrgica do cliente. Nesta fase, a colheita sistemática de dados permite-nos formular diagnósticos de enfermagem, que por sua vez desencadeará o desenvolvimento e aplicação de intervenções ao longo das diversas fases do perioperatório em CA. Por seu turno, as mesmas podem ser novamente avaliadas nas fases do acolhimento, recobro, no ensino ao cliente e família/pessoa significativa, ou na consulta de *follow-up*, conduzindo, se necessário, à formulação de novas intervenções de acordo com a experiência perioperatória do cliente e à identificação da natureza e dos condicionantes da sua transição e dos seus padrões de resposta.

No que concerne ao primeiro pilar da teoria de Afaf Meleis (2000), a natureza das transições pode ser categorizada em relação aos tipos, padrões ou propriedades. Deste modo, em relação aos tipos, o desenvolvimento de uma transição pode estar associado a etapas que acompanham o ciclo vital do cliente como o nascimento, a adolescência, a menopausa, a senescência ou a morte. A saúde/doença corresponde a uma transição relacionada com um processo de convalescença ou alta hospitalar (Im, 2013), sendo este um dos principais enfoques de aplicação desta teoria em CA como já foi referido. Por último, as transições do tipo organizacional referem-se às mudanças das condições do entorno dos clientes que possam afetar a sua condição (Im, 2013) sobretudo num período de enorme vulnerabilidade como o perioperatório.

No que diz respeito aos padrões das transições, cada cliente pode vivenciar um ou vários momentos de transição, com ou sem relação e sequência entre cada uma delas, que podem não ser fáceis de entender e interpretá-las no seu quotidiano (Im, 2013).

Nesta categoria, Meleis (2000) também refere que as propriedades na natureza das transições não podem ser perspetivadas em separado uma vez que se relacionam entre si, tanto no reconhecimento consciente dessa transição, como no empenho, na mudança e diferença, pois constituem elementos fundamentais no *trigger* para o início e desenvolvimento de uma transição por parte do cliente. Outros elementos importantes destas propriedades são o espaço temporal em que se realiza uma transição com todas as características identificáveis nesse período desde o começo, a demonstração da mudança, a instabilidade, a confusão, entre outras etapas até alcançar um novo estado com a estabilidade pretendida; e os eventos e pontos críticos que podem caracterizar uma transição como a morte, a menopausa e o diagnóstico de uma doença que justamente podem acelerar a consciência e o empenho do cliente no processo de transição,

espelhando precisamente a dialética de relações existente nas propriedades da natureza das transições (Meleis, 2000).

Por outro lado, os condicionantes da transição descritos por Meleis são descritos por Im (2013), como a pragmática associada à maneira como este vive a transição e como a mesma pode facilitar ou inibir a evolução da mesma para um patamar de bem-estar. Estes fatores podem ser de índole pessoal como o significado atribuído a certos eventos, as atitudes e crenças culturais, o status socioeconómico e a preparação/conhecimento antecipado de certas situações. Ou também podem ser de índole social e comunitária, que se interrelacionam com os condicionantes pessoais das transições anteriormente descritas, contribuindo de igual forma para facilitar ou inibir a mesma (Im, 2013).

Por último, os padrões de resposta na Teoria das Transições podem ser categorizados através de indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo sugerem que a pessoa possa estar no rumo certo para alcançar uma transição ou que possa estar a encontrar dificuldades, que os enfermeiros/as através da sua experiência e sensibilidade devem poder perceber mediante a expressão de comportamentos de contacto, interação, confiança e *coping* por parte do cliente. Em relação aos indicadores de resultado, são a evidência positiva ou negativa que a pessoa conseguiu alcançar um novo estado de bem-estar, adquirindo ferramentas e comportamentos congruentes com a sua nova condição de saúde ou entorno.

Em suma, está claro que no contexto cronológico de CA, não é suposto que um cliente evidencie uma grande e demarcada transição entre uma condição de doença e saúde. Contudo, existem detalhes importantes que um enfermeiro/a especialista em EMC na área da pessoa em situação perioperatória deve estar desperto e sensível para poder ajudar um cliente proposto a cirurgia em regime ambulatorio. Desde logo, na consulta pré-operatória onde pude avaliar clientes que tinham uma doença ou dificuldade músculo-esquelética, que nunca tinham sido operados em CA, tinham receio e que ao longo das etapas previstas deste ciclo perioperatório através de intervenções de enfermagem essencialmente direccionadas para a literacia em saúde e para o ensino pós-operatório, conseguiram alcançar estados de mestria na sua nova condição. Estes estados eram evidenciados não só através de comportamentos demonstrados no momento da alta, mas também nas consultas de *follow-up* pós-24 horas da intervenção cirúrgica, que funcionaram sempre segundo o processo de enfermagem anteriormente descrito, cuja

última avaliação de todas, apenas poderia ser aferida, através do índice de satisfação dos clientes aos 30 dias após a CA.

Um dos indicadores de resultado mais vezes obtido era o diagnóstico andar com auxiliar de marcha efetivo ou melhorado, cujo grau de mestria era mais observado no momento de alta de enfermagem. Em relação aos indicadores de processo, ocorre-me um episódio específico durante uma consulta pré-operatória de enfermagem, em que um jovem cliente que iria ser operado a uma sutura do tendão de aquiles no pé direito apresentou-se no gabinete em cadeira de rodas, com muletas no regaço, acompanhado da esposa que se encontrava num estado de ansiedade e agitação psicomotora. Este cliente tinha sarcoidose como diagnóstico médico principal e, conseqüente desta, doença granulomatosa pulmonar, que o impossibilitava de trabalhar. Desde logo, demonstrou-se calmo apesar de algo alheado da informação trocada connosco, ao contrário da esposa que facilmente respondia por ele à medida que a consulta pré-operatória se ia desenrolando. Apresentava imensas dúvidas, detalhava os antecedentes médicos do marido, assim como nos explicou vários pormenores do dia-a-dia.

Por entre os ensinamentos de enfermagem realizados relativos à cirurgia proposta e perante o fato do cliente utilizar a cadeira de rodas para deambular, foi possível perceber que o cliente não usava as canadianas porque não estava muito familiarizado com a sua prática. Além disso, quando o incentivámos a utilizar corretamente as canadianas para auxílio da marcha, aferimos que ninguém lhe tinha explicado a forma correta de andar e que estas nem sequer estavam à altura correta, daí que as dificuldades sentidas conduziram ao pedido da cadeira de rodas à entrada do hospital para deslocar-se no seu interior. Desta forma, procedemos à explicação do procedimento, sendo que o cliente e a esposa ficaram satisfeitos e rapidamente conquistámos a sua confiança.

Contudo, a acompanhante continuava muito apelativa e nervosa com toda a situação, pelo que aferimos que era um estado frequente, embora manifestado de forma exacerbada naquele momento pelo fato da acompanhante deter um enorme instinto protetor em relação ao marido. Deste modo, todos os detalhes da cirurgia do marido representavam um momento de aflição, pelo que a determinado momento da nossa consulta, perguntamos se já era comum sentir-se assim nervosa/ansiosa no quotidiano, ao que a senhora assentiu com um sorriso nervoso e acrescentou que era algo que não conseguia controlar. Em seguida, sugerimos a adoção de estratégias de autocontrolo,

nomeadamente a técnica da respiração diafragmática, especificando que era algo muito simples e que lhe podia ajudar a superar a ansiedade que sentia. A dado momento, dei pelo marido também a treinar a técnica de respiração, surpreendido e satisfeito com a ideia.

A técnica de respiração diafragmática surge como uma estratégia simples de combater a ansiedade, fácil de aprender e reproduzir, apresentando como vantagens a possibilidade de permitir o relaxamento por ativação do sistema nervoso parassimpático além da distração do próprio indivíduo que executa esta técnica. Assim sendo, o cerne desta técnica diz respeito ao processo de respiração abdominal, pelo que está aconselhada até dez vezes ao dia com a duração de 3-5 minutos (Lucas & Freitas, 2017). Uma das principais tarefas do profissional de saúde será a de persuadir o cliente, de modo que este se sinta confortável com a realização da técnica e não se sinta constrangido pela prática de movimentos respiratórios distintos do habitual em público.

Deste modo, de forma subtil e distraída, fomos capazes de aproveitar um momento vulnerável dos dois para proporcionar um ensino importante. A sua aceitação por parte da acompanhante pode ter desencadeado um processo de mudança no seu estado de ansiedade, não só naquele momento em contexto de consulta, mas também durante a rotina do seu dia-a-dia. Trata-se, portanto, de um fenómeno de empoderamento do cliente/família, que se encontra bem presente nas competências do enfermeiro especialista de EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, através do cuidado “da pessoa em situação Perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa” (Regulamento N° 429/2018, p.19360).

No final da consulta falavam calmamente, sem atropelos, com conhecimento acerca do pré-operatório, com planeamento de alta após a cirurgia e até, de uma forma serena. Todas as etapas do perioperatório desenrolaram-se calmamente e no final do perioperatório, o cliente saiu da UCA a andar com canadianas com alta de enfermagem. Portanto, acredito que a resposta que o cliente e a acompanhante deram ao reduzir o nível de ansiedade e agitação psicomotora possa ser um indicador de processo, que deve ser trabalhado, mas que simultaneamente representa o desenvolvimento de alguma capacidade para lidar com a situação perioperatória, numa intervenção de enfermagem aplicada com conteúdo, assertividade e personalidade.

Em relação à Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem, classifica-se como uma teoria de longo alcance, pois possui um largo espectro de diversas áreas de interesse em enfermagem e foi desenvolvida em 1971, com uma visão filosófica do realismo moderado (Berbiglia & Banfield, 2013). Orem, define o autocuidado como a prática de atividades que a Pessoa inicia e realiza no sentido da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 2001). O autocuidado pressupõe o conjunto de ações deliberadas que visam colmatar ou garantir a continuidade da vida, o crescimento e o desenvolvimento, assim como da manutenção da integridade humana (Orem, 2001), “sendo, por isso, um fenómeno ativo, voluntário e intencional que envolve a tomada de decisão” (Martins & Brito, 2021, p.8).

Paralelamente, o *browser* do ICN (2023) define o autocuidado como “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”.

As principais premissas em que Orem (2001) se baseia na construção da Teoria Geral do Autocuidado demonstram que o cliente tem necessidade de se sentir contínuo e deliberadamente estimulado para permanecer vivo e funcional de acordo com as suas qualidades humanas filantropas naturais; que este tem o poder de agir deliberadamente no seu autocuidado e dos outros através da identificação de necessidades e da tomada de decisão; que o processo natural de envelhecimento conduz a limitações no seu autocuidado e dos outros; que a existência humana desenvolve-se na descoberta, evolução e transmissão de meios e formas para identificar necessidades através de *inputs* em si e nos outros; e, por último, que as comunidades com relações estruturadas reúnem tarefas e alocam responsabilidades na prestação de cuidados aos membros do grupo que evidenciam essa necessidade de autocuidado (Berbiglia & Banfield, 2013). Desta forma, Orem dá destaque ao período em que o cliente, por si próprio, não tem capacidade de prever e executar as atividades necessárias de autocuidado e requer ajuda de outra pessoa, assentando nesta premissa o pressuposto do papel social da enfermagem. (Berbiglia & Banfield, 2013)

Em resumo, esta teoria assenta em quatro outras teorias:

- Teoria do Autocuidado – que menciona como e porquê as pessoas cuidam e/ou devem cuidar de si, explicitando que o desenvolvimento das práticas do autocuidado é um processo pelo qual as atividades são assimiladas como resultado dos requisitos

universais como crenças, hábitos, costumes e práticas culturais do grupo, ao qual pertence o cliente que as executa. Por outro lado, a capacidade de autocuidado refere-se à capacidade adquirida e utilizada pelo cliente para realizar as diversas atividades de autocuidado, isto é, requisitos de desenvolvimento para manter aspetos básicos como a saúde, a vida e o bem-estar (Berbiglia & Banfield, 2013). Por sua vez, estes requisitos são adquiridos com o crescimento e desenvolvimento do ser humano, estando relacionados com o seu entorno, conjuntura e estado de saúde e ainda com os níveis de empenho e energia despendidos (Berbiglia & Banfield, 2013). Já a necessidade de autocuidado diz respeito à soma de ações necessárias em determinados momentos, ou durante um período de tempo em que ocorre um certo desvio em saúde, de forma a satisfazer os requisitos de autocuidado associados a uma função de autorregulação (Martins & Brito, 2021).

- Teoria do Dependente de Autocuidado – surge paralelamente à teoria supracitada e expressa a perda de capacidade do cliente para realizar tarefas associadas ao autocuidado, motivada pelo envelhecimento ou fatores relacionados como o desenvolvimento de doenças crónicas. O aparecimento desta teoria articulada à Teoria do Autocuidado desponta pela necessidade de categorizar o conjunto de pessoas socialmente dependentes e incapazes de desempenhar o seu próprio autocuidado, necessitando obrigatoriamente da assistência de outras, física e mentalmente mais capazes (Orem, 2001).

- Teoria do Déficit de Autocuidado – o défice de autocuidado num cliente existe quando a capacidade de ação do mesmo não é suficiente para dar resposta às suas necessidades. Esta teoria esclarece e explicita a razão pela qual as pessoas ao longo da sua maturidade ou processo de envelhecimento podem ser auxiliadas através da prestação de cuidados de enfermagem, pela identificação das suas limitações ou necessidades (Berbiglia & Banfield, 2013). Orem, identifica estas necessidades como totais ou parciais, sendo que o primeiro implica a ausência de capacidade para satisfazer as necessidades e o segundo, diz respeito à incapacidade de satisfazer alguma ou várias necessidades (Martins & Brito, 2021). Por sua vez, essa categorização das necessidades evidencia a capacidade do cliente desenvolver o controlo e regulação do seu autocuidado.

- Teoria dos Sistemas de Enfermagem - que aborda as relações mantidas com o cliente, sustentadas na prescrição de enfermagem como ferramenta de prestação de cuidados, abrangendo as atividades de diagnóstico, de prescrição e de regulação

(Berbiglia & Banfield, 2013). Esta prática apresenta como finalidade o objetivo de conduzir o cliente à sua independência para o autocuidado e baseia-se no conjunto de intervenções educativas, além das realizadas em substituição da sua ação do indivíduo, isto é, quando este não apresenta capacidade de autocuidar-se (Santos et al., 2022). As intervenções de enfermagem podem dividir-se em totalmente compensatórias, parcialmente compensatórias, quando existe a substituição do cliente em algumas atividades que este esteja impedido de executar e, de apoio/educação, ou seja, auxiliando o cliente na tomada de decisão, fornecendo informação e incentivando a aprendizagem (Martins & Brito, 2021). Estas intervenções de enfermagem surgem num contexto de mecanismo compensatório e de apoio/educação para a saúde descrito na Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Deste modo, subentende-se que os conceitos centrais apresentados na teoria são a capacidade de autocuidado, ações de autocuidado, a demanda de autocuidado terapêutico, o défice de autocuidado e as intervenções de enfermagem (Santos et al., 2022).

Conclui-se que em todas as áreas de atuação de enfermagem, excepto quando o cliente se encontra muito ou totalmente dependente, torna-se fundamental o *trigger* para que haja um compromisso/vinculação deste com o seu autocuidado. A Teoria de Orem assenta conceptualmente numa pragmática de prevenção, que como refere Santos (2022), Orem preconizava que a enfermagem só devia ser acionada quando existe claramente um défice na relação entre a demanda de autocuidado e a capacidade da pessoa para o seu autocuidado.

Analogamente aos pressupostos desta teoria, o trabalho desempenhado pelo enfermeiro/a numa UCA visa apoiar ou substituir a pessoa proposta para a cirurgia nos diversos autocuidados, durante um determinado período, como seja o alimentar-se, o transferir-se, o virar-se, o cuidar da higiene pessoal, mas também na autogestão do risco de doença.

Este tipo de intervenção é constantemente executado nas diversas fases do perioperatório, inclusivamente na consulta de *follow-up*. Deste modo, a mobilização dos conceitos desta teoria permite explicar que o objetivo das ações de enfermagem na CA assentam na promoção da autonomia do cliente e no fomento do seu poder de decisão, empoderamento e capacidade de gestão terapêutica. Por outro lado, em momentos como a consulta pré-operatória ou na alta de enfermagem, procuramos igualmente sensibilizar

e instruir o acompanhante do cliente, seja ele familiar ou pessoa significativa, para a necessidade de auxílio para realização das atividades relacionadas com o autocuidado no domicílio, durante o período de convalescença.

Em complementaridade com a Teoria das Transições de Meleis, a Teoria Geral do Autocuidado de Orem permite a compreensão do foco e da orientação do pensamento em enfermagem, com reflexo na sua prática especificamente numa UCA. Mediante esta oportunidade formativa, pode observar o amplo espectro etário dos clientes alvo da prestação de cuidados de enfermagem. Deste modo, pode observar e inferir que se num cliente adulto podemos identificar uma transição ou evolução no seu autocuidado, num cliente pediátrico, dependendo da sua idade, já não será assim tão fácil, pelo que resulta mais adequada a aplicação da complementaridade das teorias apresentadas.

Após a realização deste exercício conceptual de reflexão, abordando as bases da profissão e ciência de enfermagem, foi possível promover e executar funções enquanto enfermeiro especialista, isto é, segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem” (OE, 1998, p.3). Apenas desta forma, foi criada uma linha de orientação coesa, caracterizada por fortes alicerces e capaz de alcançar os objetivos propostos para o desenvolvimento de competências, com vista à obtenção do título profissional proposto no mestrado de EMC na área da pessoa em situação perioperatória.

#### 4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Ao longo do meu trajeto profissional procurei dar passos seguros na minha formação e desenvolvimento de competências. Desde que terminei o curso de licenciatura em 2008, construí uma base sólida de conhecimentos práticos baseados na evidência científica mais atual e congruente com os padrões de qualidade e excelência de prestação de cuidados adequados ao nível de estudos frequentados.

Contudo, desde o primeiro contato com a profissão tive a oportunidade de trabalhar em contexto de BO, com uma panóplia de procedimentos técnicos distintos dos apreendidos no curso base de enfermagem e consequente interação com um meio tecnológico tentador e eloquente, característico dos fenômenos de inovação. Lembro-me que no primeiro impacto instalou-se em mim uma sensação aterradora de falta de conhecimento e insegurança, que inexoravelmente me conduziu ao estudo e à investigação das linhas gerais de trabalho em BO. Desde então passaram 15 anos, continuei a somar conhecimentos específicos nesta área e sinto que atualmente ainda aprendo coisas novas a cada dia que passa. Em parte, julgo que residirá nesta premissa o gosto que continuo a sentir ao vestir a farda no início de cada jornada de trabalho, apesar das dificuldades sentidas e da falta de reconhecimento social e financeiro da nossa profissão.

O primeiro BO onde desempenhei funções tinha apenas duas salas operatórias, mas um volume cirúrgico considerável. Nesse local, trabalhei cerca de sete meses que se revelaram suficientes para apreender os conceitos básicos inerentes às funções de enfermeiro de recobro, circulante, instrumentista e de anestesia presentes nessa unidade.

Posteriormente, tive uma experiência profissional internacional de cerca de sete anos em Barcelona, num BO exigente, com todas as especialidades cirúrgicas existentes, inclusivamente as mais complexas, como cirurgia vascular, cardio-torácica e neurocirurgia, quer pelo *status* instável característico desse tipo de clientes, quer pela logística e manipulação de equipamentos e materiais mais sofisticados ao nível tecnológico. Por outro lado, foi uma experiência enriquecedora, que jamais poderia ter vivido no contexto nacional e que me deu a conhecer a profissão de enfermagem na perspetiva catalã, que passou por volta do início da segunda década do presente século

por uma transição. O curso base de licenciatura passou a ser lecionado em quatro anos ao invés dos três anos anteriores correspondentes ao título de diplomado em enfermagem.

Porém, devo salientar a presença clara de um modelo de enfermagem com influência biomédica nas organizações hospitalares privadas, como era o caso da instituição onde exercia, e o contraste existente nas organizações públicas ou público-privadas, cujo grau de independência das ações de enfermagem era maior e de maior visibilidade externa. Não obstante, devo salientar que dos vários serviços de BO que conheci na Catalunha, a figura de proa e gestora dessa unidade foi sempre um enfermeiro/a, o que por si só, é bastante revelador do grau de reconhecimento do mérito da nossa profissão na dinâmica e no funcionamento do ambiente perioperatório.

Ainda em Barcelona, no sentido de continuar a estudar e a desenvolver competências frequentei o máster de enfermagem de anestesia, recobro e controlo da dor com um total de 60 *European Credits Transfer and Accumulation System* (ECTS) em 2012 e no ano seguinte o máster de enfermagem cirúrgica, também com um total de 60 ECTS. Ambos foram realizados no *Campus de Bellvitge* da Universidade de Barcelona, com EC no BO de uma unidade cardio-torácica de um hospital público em Barcelona e com a realização de um desenho de investigação experimental, acerca da influência da visita pré-operatória na redução dos níveis de ansiedade dos clientes propostos para colocação de um catéter venoso central com reservatório subcutâneo.

Neste sentido, considero que esses dois anos representaram uma oportunidade formativa única e extremamente valiosa, quer pela quantidade como pela qualidade de conhecimentos adquiridos nesse período. Desta experiência, foram validadas pelo conselho científico da ESSSM as unidades curriculares de investigação, enfermagem perioperatória I, enfermagem perioperatória II e EC I – cuidar na sala operatória, para a realização do presente mestrado de EMC na área da pessoa em situação perioperatória. Para tal, foi necessário cumprir criteriosamente os requisitos e apresentar os documentos relativos às unidades curriculares frequentadas com plano de estudos e classificação final obtida.

Em 2016, regressei a Portugal para exercer funções no BO de uma instituição privada, onde continuei a desempenhar funções de enfermeiro instrumentista, circulante, anestesia e de UCPA nas diversas especialidades. Por último, ingressei em 2018 no BOC de um hospital público do Porto, para desempenhar as mesmas funções com a exceção de

anestesia, nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, urologia e serviço de urgência que abrange a especialidade de ginecologia e obstetrícia. No âmbito desta unidade sou atualmente elo de ligação do BOC à Comissão de Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA) desde dezembro de 2019. Destaco o enorme trabalho desenvolvido na pandemia provocada pela Covid-19 em que foi revisto por inúmeras vezes, conforme as constantes atualizações, os protocolos de atuação na área cirúrgica de acordo com as *guidelines* mais atuais da época, assim como a gestão dos equipamentos de proteção individual (EPI'S) e a formação dos diversos profissionais no seu manuseamento. Além disso, foram ainda realizadas várias ações de formação e sensibilização para a necessidade de cumprimento de isolamento em clientes colonizados com *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), *Enterobacteriales* produtoras de carbapenemases (EPC), ou outras/os.

Por outro lado, o trabalho desenvolvido como elo de ligação da CCIRA exige a realização periódica de auditorias e a monitorização contínua de indicadores relacionados com a qualidade do ar e superfícies no BOC, no sentido de minorar o aparecimento de possíveis focos de infeção na unidade.

Em 2022, no âmbito do processo de acreditação da idoneidade formativa do BOC da ULSM, realizei o curso intitulado “Gestão de risco em saúde: a segurança do cliente” promovido pela OE com o intuito de capacitar o serviço para este tema e posteriormente formar os colegas de trabalho acerca do mesmo.

#### 4.1 PADRÕES DE QUALIDADE E CULTURA DE SEGURANÇA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

A enfermagem perioperatória foi reconhecida recentemente pela OE, contribuindo para a dignificação da profissão e conseqüentemente para o seu prestígio.

Em 2012, a AESOP define enfermagem perioperatória como:

o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os

com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado. (AESOP, 2012, p.107)

Porém, em 2017, a OE através do documento elucidativo dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em EMC – enfermagem à pessoa em situação perioperatória, enuncia que os cuidados de enfermagem perioperatórios:

desenvolvem-se num processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico. Visam proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde. (OE, 2017, p.26)

A excelência do cuidar em CA encontra-se claramente alicerçada e demonstrada nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, nomeadamente no que diz respeito à satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem, e por último, a segurança da pessoa (OE, 2017). Contudo, importa recordar a tríade conceptual que se encontra na génese dos padrões de qualidade em EMC:

- A Pessoa, enquanto “ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2017, p.1). A prestação de cuidados de enfermagem holísticos, tendo em conta a índole bio-psico-socio-histórico-cultural e espiritual da pessoa humana, bem como as suas necessidades e processos de autocuidado devem constituir o foco do enfermeiro/a em CA;
- A Saúde, definida como o “estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (OE, 2017, p.1). Apesar do curto contato, ao nível

temporal ou cronológico, realizado entre o enfermeiro/a e o cliente em CA é possível realizar uma abordagem multifatorial da saúde da pessoa a ser intervencionada através do processo de enfermagem. Tal situação será tão ou mais produtiva quanto maior for a sensibilidade do enfermeiro para poder comunicar, escutar, interpretar e formular diagnósticos e intervenções de enfermagem adequadas e em consonância com as necessidades evidenciadas pelo cliente;

- O Ambiente em que as pessoas vivem, relacionam-se e desenvolvem-se “é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2017, p.2). Os enfermeiros em CA devem estar particularmente atentos ao ambiente que proporcionam à pessoa nas diferentes fases do perioperatório, para que a transição entre cada uma das etapas se desenrole da forma mais harmoniosa possível. Nos EC’s vivenciados, após alguma reflexão, concluo que algumas vezes foi um item algo negligenciado, sobretudo devido à alta rotação de clientes registada, pressão do meio perioperatório para aligeirar transição de etapas e dificuldades na comunicação eficaz entre profissionais. Este facto pode-se traduzir em estados de confiança deficitários por parte da pessoa cuidada, insatisfação, além de problemas relacionados com o processo de alta de enfermagem em CA.

O ambiente perioperatório é frequentemente percecionado como um lugar dotado de tecnologia de ponta, com ferramentas de regulação e controlo ambiental rigorosamente verificadas devido ao potencial risco elevado de surgirem eventos adversos durante um procedimento cirúrgico. A segurança e a gestão de risco no contexto perioperatório são conceitos intimamente relacionados, existindo uma relação de dialética/interdependência no que concerne ao explicar da sua semântica. Segundo a NP ISSO 31000, o processo de gestão de risco desenvolve-se através das etapas de comunicação/consulta, apreciação, tratamento, monitorização/revisão do risco e, registo/reporte do mesmo. A cultura de segurança perioperatória é o principal objetivo deste processo contínuo e sistemático (Instituto Português da Qualidade, 2012).

Mediante a permanente necessidade de aumentar e ressaltar a importância da segurança dos clientes, o Ministério da Saúde publicou em diário da república o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNDS) 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 do

Ministério da Saúde, 2021), e mais tarde a DGS (2022) publicou o documento técnico relativo à sua implementação, no qual estão redigidos os pilares, os objetivos estratégicos, as ações e as metas a alcançar em Portugal no que concerne a este tema. Este plano tem como objetivo dar o máximo de atenção à personalização do cuidado, fortalecendo e promovendo a segurança na prestação de cuidados de saúde, incorporando os contextos inerentes aos sistemas de saúde modernos como o domicílio e a telessaúde, sem descurar os princípios que sustentam a área da saúde como é o caso da cultura de segurança, da comunicação e também da implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. Assim, o PNSD 2021-2026 assenta em cinco pilares: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; e práticas seguras em ambientes seguros (DGS, 2022). Neste sentido, é crucial a adoção e implementação de políticas e estratégias que reduzam os incidentes e que se traduzam em ganhos de saúde para o cliente.

A cultura de segurança numa organização de saúde representa “o conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente” (Despacho n.º 9390/2021, p. 99).

A liderança e a governança, “ao priorizar, desenvolver e criar condições que permitam garantir uma cultura de segurança (...)” (Despacho no 9390/2021, p.99), representam um esteio fundamental na estrutura e mecânica de uma organização de saúde. Segundo Mota et al. (2021), os enfermeiros portugueses do perioperatório têm uma percepção moderadamente positiva do exercício de liderança, manifestando, no entanto, a necessidade de desenvolvimento do papel de facilitador, oportunidades de melhoria em consensos, tomada de decisões participativas e trabalho em equipa. Os papéis de liderança mais reconhecidos são o de produtor e diretor, compatíveis com o foco na produtividade e cumprimento de determinados objetivos. A evidência científica demonstra que processos de liderança mais eficazes em enfermagem conduzem a ganhos extraordinários em saúde para o cliente cirúrgico (Mota et al., 2021).

Infelizmente a ocorrência de incidentes relacionados com a segurança do cliente durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade. A possibilidade de ocorrência dos mesmos assume-se cada vez mais como um dos principais focos de atenção nos sistemas de saúde quer pela dimensão que representa, quer pelo impacto e consequências

para todos os intervenientes envolvidos. A insegurança nos cuidados de saúde confunde-se com a imprevisibilidade do resultado de uma determinada ação, tendo em conta a excessiva variação aleatória que caracteriza a saúde de uma pessoa. Por isso, tornaram-se o quarto pilar do PNDS 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021).

No que concerne ao quinto pilar do PNDS 2021-2026, práticas seguras em ambientes seguros, a segurança, a eficácia e a efetividade dos cuidados de saúde estão relacionadas com os recursos e circunstâncias nas quais os mesmos são prestados, sobretudo no que concerne à qualidade e segurança. Neste sentido, a experiência em EC revelou-se muito positiva, talvez porque as dotações de enfermagem necessárias às diversas etapas do perioperatório em CA eram rigorosamente calculadas e sem as quais não era viável a prestação de cuidados com qualidade aos clientes visados. Certamente que a ausência de determinados materiais em algum momento do EC II e III, como esponjas de clorhexidina para o banho pré-operatório ou lâminas para máquina de tricotomia, cujo benefício é unanimemente aceite em relação à *gilete* para a realização de tricotomia pré-operatória (Lima et al, 2014), constituíram um entrave na realização das boas práticas em enfermagem. Porém, são percalços que acontecem diariamente no SNS devido à escassez de equipamentos e materiais que o caracteriza, que, contudo, não coloca em causa a segurança da pessoa em ambiente perioperatório, como de resto não ocorreu em nenhum momento.

Por último, reservei para o final deste capítulo o terceiro pilar do PNDS 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021) devido à sua importância e extensão, a comunicação. Comunicar advém do latim *communicare*, significa dividir alguma coisa com alguém e pode ser usado sob a forma de verbo transitivo como “dar a conhecer”, “divulgar” ou “transmitir algo”; ou, sob a forma de verbo pronominal, isto é, “propagar-se”, “relacionar-se”, “estar em comunicação” (Dicionário Porto Editora, 2024). A comunicação é parte integrante da vida de todas as pessoas e possui uma função basilar pois permite-nos a troca de informações, o entendimento em relação a si próprio e aos outros, a integração em grupos, comunidades, organizações e na própria sociedade, a satisfação das necessidades económicas e a interação com os outros. Sem comunicação, não existe qualquer organização, quer seja ao nível da disposição, ordenação e estrutura

ou quando aplicada a uma instituição, corporação ou organismo (Dicionário Porto Editora, 2024).

Uma organização só alcança a efetividade no processo de comunicação quando é capaz de identificar os fatores que contribuem para a eficácia e a eficiência do objetivo delineado. A análise dos meios, das funções e das influências comunicacionais possibilita elaborar e transmitir mensagens que possam ser compreendidas e aceitas pelos colaboradores e público.

A comunicação é eficaz quando um indivíduo consegue transmitir ideias e estas são captadas por outros a quem a mensagem é destinada, quer seja de forma oral ou escrita (Marques, 2022).

Quanto ao tipo, pode ser formalmente classificada em dois tipos: a comunicação interna e a externa. A comunicação interna, enquanto forma de informação aos diferentes departamentos de uma organização, parece ser uma condição fundamental para a sobrevivência e gestão de qualquer organização. Uma comunicação interna bem estruturada é uma poderosa ferramenta de integração, pois potencia um ambiente positivo favorável de modo a atingir as metas estratégicas de uma organização (Marques, 2022).

Por seu turno, a comunicação organizacional pode também realizar-se sob a forma de comunicação externa (Marques, 2022). A estratégia de comunicação organizacional deve ser encarada como um meio para chegar a um produto final, isto é, através de uma multiplicidade de fatores que devem conduzir à produção de valor por parte de uma organização. Perspetivada por um modo estratégico, a comunicação organizacional servirá como um guia de orientação de todas as ações desenvolvidas, quer seja de forma interna ou externa, junto das diferentes partes interessadas, reforçando a dimensão humana e social (Brandão, 2018).

Na verdade, numa sociedade democrática, os consensos são experiências “anormais”, uma vez que mediante um determinado problema, todos os intervenientes tendem a olhar para o mesmo com diferentes perspetivas segundo as suas vivências, valores, culturas e perspetivas. A criação e implementação de um projeto de comunicação, “de ações comprometidas com os valores e a missão da organização, capazes de fazer chegar de modo eficiente as informações necessárias aos diversos públicos” (Nassar, 2006, p. 2-3), podem ajudar na orientação da prática diária dos profissionais de saúde. Para isso, é necessário entender o ponto de partida, ou seja, saber se a comunicação

interna existente num determinado departamento da organização é suficiente ou se existe margem para aprimorá-la, com o objetivo de mensurar o ponto de chegada, isto é, se as potenciais alterações no processo comunicativo resultem num suficiente impacto que justifique o investimento da mudança. Portanto, trata-se de um processo relacionado com a avaliação da qualidade em saúde, um modelo unificado desenvolvido por Avedis Donabedian a partir de um modelo conceptual primordial que se encontra dividido em Estrutura, Processo e Resultado (Donabedian, 1966).

Numa unidade de saúde convencional, e apesar dos diversos meios de comunicação utilizados de troca de mensagens internas, é comum encontrar alguns obstáculos para que certas informações sejam integralmente entregues aos devidos destinatários. Quer seja ao nível interno, quer seja ao nível dos clientes das unidades de saúde, “os indivíduos deixaram de ser apenas consumidores de informação e passaram a ser também produtores de informação. Estamos, sem dúvida, diante de um novo modelo social e comunicacional” (Marques, 2022, p.126).

Por outro lado, a qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro perioperatório tem vindo a melhorar de forma significativa (AESOP, 2010), aliando a evolução tecnológica e a humanização dos cuidados. Deste modo, o enfermeiro que cuida do cliente no perioperatório deve produzir um “plano de intervenção em função das necessidades identificadas” e “utilizar estratégias de comunicação adequadas para assegurar documentação precisa e a continuidade de cuidados” (Regulamento 429/2018, p.19366-19367) e que estão de acordo com as suas competências do enfermeiro especialista em EMC na área da pessoa em situação perioperatória, por forma a restabelecer a saúde do cliente e a sua participação no processo de enfermagem.

A utilização de uma comunicação efetiva torna-se fundamental ao longo de todo o ciclo de prestação de cuidados em CA, com particular destaque para os momentos de transição, de transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde. De acordo com a DGS (2017) “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (p.1), e reconhece esta técnica como uma “ferramenta de padronização de comunicação em saúde (...) para promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (DGS, 2017, p.1).

Deste modo, o ISBAR é uma mnemónica anglo-saxónica utilizada para as seguintes etapas usadas no processo de comunicação:

- Identificação – identificar e localizar o emissor e recetor da comunicação, assim como o cliente, cujas informações vão ser transmitidas;
- Situação Atual - descrever o motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;
- Antecedentes (Background) - descrever os dados clínicos, de enfermagem e outras informações consideradas relevantes;
- Avaliação – transmissão de informações acerca do estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas, entre outras;
- Recomendações – descrever atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do cliente.

A utilização da mnemónica supracitada é comumente partilhada pelos enfermeiros, no sentido de prestar a melhor qualidade assistencial possível ao cliente em regime de ambulatório. Os problemas que a nossa profissão se depara diariamente na transferência de informação, estão geralmente relacionados com o volume excessivo de informação recebida e dificuldade em colocá-la em funcionamento, registo da mesma em recursos e plataformas pouco amigáveis e com diversos entraves ao nível da consulta.

Ao nível nacional, a informatização dos hospitais teve início com a ferramenta administrativa designada por “SONHO” na década de 80. Posteriormente, nos anos 90 começaram a existir os primeiros sistemas de registo para os profissionais de saúde, como o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) para os médicos e, anos mais tarde o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) para os enfermeiros, coexistindo com outros que também possam ter existido no setor privado (Oliveira, 2015).

Ao longo de todo o processo de afirmação e disponibilização geral destes sistemas de informação, assistimos a uma enorme evolução das tecnologias, culminando na atualidade com a implementação geral no território nacional dos serviços da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), o designado SClínico<sup>®</sup> para a maioria dos profissionais de saúde, concomitantemente com outros sistemas como o *Patient Care*<sup>®</sup>, o *Siglic*<sup>®</sup>, a *Glintt*<sup>®</sup>, o *Alert*<sup>®</sup>, entre outros.

Na verdade, todos eles contribuíram claramente para ganhos substanciais em múltiplas perspectivas tanto para profissionais de saúde, como para os clientes. “O contributo da investigação em enfermagem nesta área facilitou a transição do modelo tradicional de registos e enfermagem para modelos SIE (Sistemas de Informação em Enfermagem) com base em novas estruturas e incorporando uma linguagem padronizada” (Sousa & Figueiredo, 2021, p.3). Nascimento et al. (2021), reconhecem que futuramente os SIE vão continuar a conquistar cada vez maior importância, pois representam o futuro da nossa profissão através da avaliação de desempenho dos cuidados prestados.

Contudo, na prática diária em enfermagem verifica-se a inclusão de mais do que um sistema de informação em várias unidades, que conduz muitas vezes à duplicação de registos (ou muitas vezes triplicação, devido ao uso continuado de documentação em papel), perda de informação clínica relevante e ausência de interoperabilidade entre as mesmas. No EC’s II e III tive a necessidade de fazer registos em papel, no SClinico, *Patient Care*<sup>®</sup> e *Glintt*<sup>®</sup>. Esta falta de interoperabilidade pode-se traduzir na perda de continuidade nos cuidados, devido ao desaparecimento indevido de detalhes processuais relacionados com o estado de saúde dos clientes e com as suas dimensões pessoal, familiar, entre outros. Portanto, será um cenário totalmente contrário à ideia de prestação de cuidados ao cliente em contexto de ULS, que se recorda, tinha por objetivo na sua génese “proceder a uma reengenharia do sistema de saúde numa perspectiva organizacional, criando as condições de integração dos cuidados, colectivizando os problemas que hoje cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos” (Decreto-Lei Nº 207/99, 1999, p. 3258) e ainda de “criar uma melhor interligação entre centros de saúde, hospitais e outras entidades responsáveis pela saúde regional ou local” (ERS, 2011, p.14).

Nascimento et al. (2021, p. 509), através de uma revisão narrativa da literatura concluíram que “é essencial que se desenvolvam mecanismos que permitam uma maior interoperabilidade entre os vários sistemas, aumentando em simultâneo a capacidade de serem *user friendly* (...)”, enfatizando a necessidade de auscultar a opinião dos profissionais para a obtenção de maiores ganhos na prestação de cuidados. Além disso, concluem que em relação aos sistemas de saúde atuais, torna-se necessário a “translação dos resultados para a prática e com impacto nas políticas de saúde” (Nascimento et al.,

2021, p. 509), no sentido de preencher a lacuna gerada pela multiplicação de fontes de informação.

A interoperabilidade entre sistemas de informação como ferramenta fundamental na prática de cuidados diários, tem-se revelado um problema constante dos últimos anos em Portugal. Pinheiro (2018, p.251), afirma que em Portugal “a maior parte dos serviços de saúde é suportado por um conjunto de ilhas de sistemas fragmentados de informação que foram sendo adquiridos sem qualquer estratégia”.

Ao nível da experiência em contexto de EC e beneficiando da oportunidade de ter tido uma experiência formativa no mesmo local de estágio, desde o início do EC II que senti as dificuldades adjacentes ao processo comunicacional dos registos de enfermagem em vários sítios ao mesmo tempo. Nesse primeiro estágio registava duplamente em formato papel e no *Patient Care*<sup>®</sup>. Com a passagem para o EC III, percebi que a referida unidade de CA reconhecia a dificuldade inerente ao registo do trabalho desenvolvido em enfermagem e situava-se numa transição para um SIE exclusivo. Tendo em conta que o maior volume de trabalho pertencia à especialidade de oftalmologia, a gestão da unidade elegeu os registos dessa especialidade como os primeiros a serem produzidos integralmente em formato informático. As primeiras conclusões obtidas durante o período correspondente ao meu estágio foram muito satisfatórias, pois além de facilitar o trabalho dos enfermeiros numa especialidade geralmente caracterizada por etapas perioperatórias curtas, o programa informático permitiu aglutinar o percurso perioperatório do cliente numa perspetiva multidisciplinar, isto é, de enfermagem e anestesia.

No entanto, ao nível pessoal, devo registar a minha dificuldade na abertura de mais plataformas informáticas para marcação de consultas de enfermagem quando tal era necessário ou para registar a entrega da medicação fornecida ao cliente para o domicílio, nas primeiras 72 horas pós-alta da CA. Tratava-se de um processo moroso, que complicava o desenvolvimento do trabalho de enfermagem no recobro e que com projetos bem estruturados poderia e deveria ser melhorado no futuro.

Em suma, a comunicação revela-se um instrumento basilar desde a admissão e ao longo das várias etapas do perioperatório em CA, mas também no momento da alta através de uma transferência segura e adequada do cliente para CSP de acordo com as competências descritas pela OE para o enfermeiro especialista (Regulamento nº 429/2018, 2018), onde o mesmo poderá encontrar continuidade do cuidar em

enfermagem. Tudo isto numa perspetiva organizacional do tema, uma vez que sob o ponto de vista da dialética enfermeiro/cliente em CA, a comunicação emerge num papel distinto, onde se destaca o *empowerment*.

#### 4.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Enquadrado na revisão dos estatutos da OE que elenca a atribuição do título de enfermeiro especialista a seis ramos de especialidade distintos (Lei Nº 156/2015), a definição de enfermeiro especialista surge de forma consensual e agregadora das mesmas como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade (...)” (Regulamento Nº 140/2019, p. 4744).

As competências comuns do enfermeiro especialista são partilhadas por todos os portadores do título qualquer que seja a sua área de especialidade, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento Nº 140/2019, p. 4745). Por outro lado, as competências específicas dizem respeito às atribuições decorrentes “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento Nº 140/2019, p. 4745).

Segundo a OE

é essencial que os futuros Enfermeiros Especialistas, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção. A realização de estágios permite que estas aprendizagens, essenciais, ocorram no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos. (OE, 2021, p. 2)

Neste ponto do relatório final de mestrado, pretende-se colocar em evidência o desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito da realização dos EC's e da experiência académica adquirida anteriormente.

#### **4.2.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

De acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, desde logo surge a responsabilidade profissional, ética e legal no primeiro domínio (Regulamento Nº140/2019). Ao longo da minha prática profissional desde sempre procurei fomentar práticas seguras baseadas na melhor evidência científica encontrada, assim como nos pilares dos cuidados de enfermagem perioperatórios enunciados anteriormente e de acordo com a base ético-deontológica e legal em que assenta a nossa profissão, o REPE (OE, 1998) e o código deontológico (OE, 2005). Para tal, julgo que o reconhecimento da vulnerabilidade do cliente que surge envolvido na nossa prática diária assume um particular destaque, não só devido à consciencialização da importância que um ato cirúrgico acarreta para si, bem como os riscos associados ao mesmo e à capacidade de nos colocarmos no papel de cada um dos clientes de enfermagem. Estes factos, por si só, justificam a adoção dos padrões de excelência de cuidados elencados pela OE que procuram a permanente satisfação dos nossos clientes, tal como seria a nossa se estivéssemos no seu lugar.

Deste modo, aspetos como a constante preservação da privacidade de cada cliente; a sua dignidade individual; o direito à informação; a autodeterminação e a confidencialidade presente em cada etapa perioperatória; a verificação da autorização do consentimento informado; a participação baseada no conhecimento; e, a experiência no processo de tomada de decisão associado às necessidades perioperatórias de cada cliente para a cirurgia e a avaliação do processo e resultados obtidos dessa tomada de decisão e o respeito pelos seus valores, crenças e costumes foram desenvolvidos tanto ao longo da minha experiência profissional, mediante a experiência académica realizada na Universidade de Barcelona, como da realização do EC II e III em CA no âmbito deste mestrado. Por outro lado, as unidades curriculares como Enfermagem Profissão e Disciplina, Ética e Deontologia, Investigação e Gestão de unidades de saúde e de enfermagem ao longo do mestrado de EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória contribuíram igualmente para o desenvolvimento desta competência.

#### 4.2.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento Nº140/2019), ao longo da minha prática profissional desde 2009 sempre tentei promover e liderar estratégias que garantissem a prática de cuidados de qualidade, enquadradas nas orientações emanadas das mais recentes evidências científicas. Para tal, entre os anos 2012-2016, fui um elo de ligação do bloco operatório aos programas relativos à CCIRA do hospital onde trabalhei em Barcelona. Desde sempre tive uma participação muito ativa e consciente neste tema, estando presente em congressos anuais acerca da epidemiologia, controlo de infeção e das resistências aos antimicrobianos na Catalunha, com o intuito de proporcionar a informação mais recente aos meus colegas de trabalho, assim como partilhar as práticas mais adequadas a adotar no serviço onde trabalhava.

Em 2019, já em Portugal, fui convidado a realizar as mesmas funções no BO onde trabalho atualmente e assim continuar a desempenhar um papel importante na melhoria contínua da qualidade relacionada com este tema. Neste sentido, fazemos inclusivamente auditorias periódicas ao fardamento do pessoal de enfermagem avaliando por exemplo a correta colocação e eleição de máscaras cirúrgicas, uso de jóias e adornos, unhas pintadas, entre outros, e ainda a correta higiene das mãos nos diversos contextos de contato com o cliente.

No decorrer dos EC II e III senti que desenvolvi mais esta competência na área da consulta de enfermagem em CA, através da adoção de uma sequência metodológica de temas a abordar na entrevista pré-operatória e ensino ao cliente cirúrgico nas diferentes fases. Para tal, julgo que a comunicação constituiu a ferramenta chave na obtenção desta competência, associada à sensibilidade, *timing*, lógica e estrutura na abordagem dos diversos assuntos, cuja experiência e saber em enfermagem ajudam a otimizar. Por outro lado, a consulta de *follow-up* de enfermagem também permitiu extrair dados acerca dos ensinamentos efetuados, procedendo à sua avaliação e reestruturação se assim for necessário, num processo contínuo de melhoria de prestação de cuidados e transmissão de informação pertinente, sustentado em registos adequados.

A promoção de uma cultura de segurança assente em sistemas de proteção para o cliente e família ou pessoa significativa envolvida, capaz de gerar bem-estar e redução da probabilidade de ocorrência de acidente ou erro, diz também respeito do domínio relativo à melhoria contínua da qualidade como competência comum do enfermeiro especialista.

O foco no cliente e família/pessoa significativa deve ser o cerne da nossa atividade em enfermagem, pelo que ao longo dos EC's procurei apoiar ou substituir a pessoa proposta para a cirurgia nos diversos autocuidados, durante um determinado período, como seja o alimentar-se, o transferir-se, o virar-se, o cuidar da higiene pessoal, mas também na autogestão do risco de doença. O objetivo foi sempre a promoção da autonomia do cliente e no fomento do seu poder de decisão, empoderamento e capacidade de gestão terapêutica no domicílio tendo em conta a sua curta estadia nas instalações da UCA, respeitando as suas perceções e necessidades culturais e espirituais através da escuta ativa e criando estratégias personalizadas para resolver com eficiência os problemas emanados.

#### **4.2.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados**

O último ponto supracitado no anterior parágrafo encontra-se também diretamente relacionado com o domínio da gestão de cuidados exigido a um enfermeiro especialista.

O desenvolvimento de cuidados especializados otimiza as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Regulamento N°140/2019). Ao enfermeiro especialista impõe-se que seja dotado da mais recente evidência científica para proporcionar à restante equipa de enfermagem a melhor matéria-prima para um processo de tomada de decisão sólido, coeso e eficaz. Deste modo, o processo de prestação de cuidados ganha conteúdo e base argumentativa para conhecer e transmitir a qualidade da nossa atuação em enfermagem, bem como para reconhecer os nossos limites e necessidades de referenciação para outras áreas de atuação.

Por exemplo, ao longo do EC III tive uma cliente que após ter sido intervencionada em CA, ficou com terapêutica prescrita para o domicílio por um ortopedista, com outro protocolo de medicação selecionado por um anestesista e, simultaneamente, já fazia analgesia no pré-operatório da cirurgia devido às queixas álgicas que sentia no ombro. Ao reunir a informação protocolada através de uma *check-list* para proceder à alta de enfermagem da cliente, que já tinha alta médica, percebi que não podia ter alta com uma dosagem tão elevada de um medicamento prescrito, pois teria consequências catastróficas no seu processo de convalescença. Assim sendo, identifiquei o erro médico e tive conhecimento da medicação que estava a ser

administrada no domicílio, isto é, geri o processo de prestação de cuidados. Posteriormente, referenciei essa informação ao cirurgião e anestesista para que pudessem entrar num acordo e prescrever adequadamente a medicação para o domicílio da cliente, reconhecendo a minha limitação nessa tarefa.

No que diz respeito às tarefas delegadas como por exemplo a AO's e técnicos de limpeza, devem ser bem instruídos, se possível com demonstrações práticas das tarefas delegadas e os conteúdos partilhados devem ser selecionados na mais recente evidência científica. Ao longo do processo de enfermagem é responsabilidade do enfermeiro especialista demonstrar e avaliar a correta execução das tarefas delegadas no âmbito da prestação dos cuidados. Neste sentido, em contexto de EC tive oportunidade de perceber junto dos AO's a sua relevância através de pequenos atos por si executados, como ajudar a vestir os clientes para a cirurgia segundo o protocolo, pedir-lhes que higienizassem as suas mãos à entrada da UCA, preparar corretamente a primeira refeição após cirurgia tendo em conta as suas preferências e especificidades como a condição do doente diabético, entre outros aspetos.

Ainda neste domínio, ao longo dos EC's lavrados desenvolveram-se competências na área de identificação das necessidades de atuação da unidade, pelo que tive oportunidade de relatar ao longo dos relatórios de estágio problemas estruturais relacionados com o circuito de lixos e materiais sujos pelo recobro e a realização de registos de enfermagem em duas plataformas informáticas ao mesmo tempo dos registos escritos. Além disso, os planos de cuidados no que diz respeito à fase de acolhimento, intraoperatório e recobro ficam muito centrados na vigilância de parâmetros de índole biomédica, notoriamente de ordem quantitativa, gestão da prescrição terapêutica sobretudo analgésica e antiemética, controlo da segurança do cliente, entrega de documentos e ensino para alta. Sabemos que o tempo é curto para o desempenho das atividades relativas ao processo de enfermagem, mas o tempo por si só, não responde à esta ausência de produção de documentação. Apenas nas consultas pré e pós-operatórias são utilizadas estratégias de comunicação relacionadas com plano de cuidados CIPE®, mas assente numa prática demasiado teórica através dos ensinamentos personalizados, mas sem a produção de um plano de cuidados documentado com maior detalhe.

Em oftalmologia, tive a possibilidade de partilhar uma ideia junto da enfermeira responsável pela área de especialidade, no sentido de otimizar o processo de registo de

enfermagem, sobretudo no que diz respeito à referência e lote de medicação intra-ocular administrada. Um intervalo cirúrgico tão pequeno como o tempo médio registado numa cirurgia oftalmológica, não pode ser compatível com registos informáticos repetitivos e demorados, pelo que sugeri a criação de um registo padrão para todos os clientes, que possibilitasse completar o registo apenas com o acrescento de informação personalizada e específica, poupando desgaste e tempo ao enfermeiro redator. Esta sugestão foi possível através do conhecimento prévio da aplicação *Patient Care*<sup>®</sup> e da existência da funcionalidade descrita anteriormente, já utilizada ao longo do meu percurso profissional noutra instituição.

Paralelamente às necessidades enunciadas anteriormente, o processo de comunicação entre colegas de enfermagem também deverá ser alvo de um processo de melhoria através da utilização e aplicação da técnica ISBAR (DGS, 2017), no sentido de prestar a melhor qualidade assistencial possível ao cliente em regime de ambulatório. Não pude deixar de observar que na rotina diária de prestação de cuidados existem colegas de profissão que pouco fazem valer o processo de comunicação, limitando-se às palavras mínimas e indispensáveis na execução de processos que denominam por semelhantes. Não parece a prática mais adequada sobretudo devido à idiosincrasia de cada cliente, mas também com vista à não ocorrência de erros durante o desenrolar do processo perioperatório.

Outra necessidade identificada na unidade teve a ver com a ausência de um documento orientador acerca da profilaxia da doença tromboembólica, a entregar ao cliente no pós-operatório em caso de necessidade. Em CA trata-se de uma realidade muito comum sobretudo na especialidade de ortopedia e que apesar do ensino realizado no momento da alta ao cliente cirúrgico, ainda carecia de informação que complementasse o mesmo. Deste modo, a pessoa e família/pessoa significativa ficariam com a possibilidade de consultar no domicílio toda a informação veiculada pelo enfermeiro e assim sentirem-se mais seguros na administração da terapêutica subcutânea.

Portanto, penso que ao longo dos EC's tive oportunidade de demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada e participativa no seio da equipa multidisciplinar, composta por cirurgiões de diversas especialidades e anestesistas. Interdisciplinar através da interação com enfermeiros especialistas em EMC e demais colegas de profissão e outras equipas de suporte da unidade de CA como o secretariado e

a segurança, que se revelaram tão importantes na interação com o cliente cirúrgico e respetiva família/pessoa significativa.

#### **4.2.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Por último, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, julgo que será sempre um domínio em constante evolução e assimilação de conhecimentos baseados na mais recente evidência científica através da investigação, que promovam a criação de ferramentas necessárias para fortalecer a assertividade, facilitar os processos de tomada de decisão e melhorar a interação no modelo organizacional. Na minha perspetiva, julgo que ao longo deste relatório foi possível demonstrar a minha preocupação pela revisão do estado de arte da literatura acerca do tema selecionado, identificando as minhas limitações no conhecimento aprofundado da dinâmica da CA quer na sua vertente histórica, categorização, vantagens, boas práticas e relação com o aparecimento das ULS's.

No entanto, ao longo do meu percurso profissional e académico sempre utilizei a minha curiosidade e interesse na investigação como veículo de aquisição e desenvolvimento de competências e saber no perioperatório. Com cerca de 15 anos de prática profissional em contexto de BO, desde o primeiro momento dediquei muito tempo no conhecimento das competências do enfermeiro de anestesia, circulante, instrumentista e da UCPA, através da leitura do manual da AESOP (2006) e presença em workshops e congressos. Em 2011, em Barcelona, como reconhecia as minhas limitações na área de anestesia realizei o *Máster de enfermería de anestesia, reanimación e control del dolor*, na Universidade de Barcelona, onde aprendi bastante acerca do tema nas diversas especialidades cirúrgicas através dos diferentes módulos lecionados e frequência de EC na sala de cardio-torácica num hospital público, nos serviços de hemodinâmica e endoscopia, além da dor crónica do referido hospital. Por outro lado, apurei as minhas competências no âmbito da investigação através da disciplina lecionada nesse *máster*, realizando em conjunto com dois colegas um desenho de investigação preditivo-causal, intitulado "*Influencia de la visita preoperatoria en la ansiedad durante la colocación del port-a-cath en el hospital de Barcelona en 2013*". Este desenho de investigação tinha como objetivo geral avaliar a eficácia da visita pré-operatória de enfermagem nos clientes

de CA do referido hospital, propostos para colocação de um cateter venoso central subcutâneo com reservatório no ano de 2013, tendo ainda os seguintes objetivos específicos:

- Monitorizar os valores hemodinâmicos da frequência cardíaca e tensão arterial no pré-operatório, segundo a realização ou não da visita pré-operatória;
- Comparar o grau de ansiedade registada no período pré-operatório através da escala IDARE, segundo a realização ou ausência da visita pré-operatória;
- Identificar o perfil do cliente com maior grau de ansiedade tanto ao nível fisiológico como emocional.

Através da produção do documento e revisão do estado de arte do referido tema na literatura, tive uma primeira noção acerca da importância da visita pré-operatória de enfermagem no esclarecimento, tranquilidade, preparação e empoderamento do cliente para o dia da cirurgia. Desde então, fiquei mais sensibilizado com esse tema e procurei implementar e desenvolver o projeto da consulta pré-operatória na organização onde trabalhava, com suporte na evidência científica disponível à época. De salientar, que mediante a frequência e avaliação da disciplina de investigação neste máster tive a validação dos conteúdos programáticos a lecionar no mestrado de EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória da ESSSM.

Em 2012, mais uma vez pelo reconhecimento das minhas limitações na área da instrumentação e de enfermeiro circulante nas diferentes especialidades cirúrgicas, sobretudo na especialidade de cárdio-torácica que à época representava um enorme desafio para mim, decidi realizar o *Máster de enfermería quirúrgica* da Universidade de Barcelona. De igual modo, frequentei os diferentes módulos de estudos relativos ao papel de enfermeiro instrumentista e circulante nas diversas especialidades cirúrgicas e realizei o EC também no serviço de cárdio-torácica do mesmo hospital público de Barcelona. Graças a esta oportunidade formativa consegui estar presente na sala de cárdio-torácica do hospital onde exerci funções até 2016.

Ao longo das experiências relatadas e das vividas até ao presente, desenvolvi ainda competências na comunicação interpessoal e da informação ao cliente, família e/ou pessoa significativa, utilizando a assertividade no discurso tendo em conta as normas éticas e deontológicas subjacentes à nossa profissão. Para tal, ao longo do meu percurso profissional procurei alertar e partilhar com os pares a necessidade de proteger e cuidar o

cliente nas suas distintas dimensões, privilegiando o respeito do código deontológico de enfermagem (OE, 2005) e dos padrões de qualidade enunciados na área da EMC (OE, 2017). Esta atitude recordatória com base nos documentos que alicerçam a profissão de enfermagem permitiu-me ao longo dos anos partilhar e transmitir conhecimentos, além de promover a mudança de comportamentos dos pares pela realização de exercícios de reflexão acerca da prática dos cuidados prestados.

#### 4.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Em 2018, com a entrada em vigor do novo regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, ficaram descritas as competências gerais requeridas para um enfermeiro especialista em EMC qualquer que fosse a sua área de desempenho:

- Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

(Regulamento N° 429/2018, p. 19359)

Estas competências encontram-se em linha de pensamento com as competências comuns do enfermeiro especialista e visam sobretudo dotar a prática nas áreas médico-cirúrgicas, das especificidades características dessas unidades com o objetivo de atingir, nada mais, nada menos, que a excelência do cuidar. Para tal, o foco do enfermeiro especialista deve ser pautado pela obtenção de resultados eficazes e que traduzam os cuidados de enfermagem, atuando ainda como líderes e modelos de boas práticas a seguir.

De salientar, que os enfermeiros especialistas devem ainda desempenhar funções de coordenação de projetos de formação, assessoria e investigação, de modo a continuarem a desenvolver ainda mais as suas competências (Regulamento N° 429/2018).

Ao nível da descrição das competências específicas de um enfermeiro especialista, houve ainda necessidade de elencar e concretizar aquelas cuja especificidade do ambiente perioperatório, aliado a conhecimentos teóricos e procedimentos técnicos particulares à área de enfermagem perioperatória, conduziram à criação e redação de um documento oficial. No regulamento N° 429/2018, os cuidados de enfermagem desta área de especialização são evidenciados através da descrição das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas, que participam nos projetos de saúde do cliente e família/pessoa significativa que são submetidas a procedimentos anestésicos e cirúrgicos, na promoção da saúde, no tratamento da doença e na preservação da segurança do cliente em ambiente perioperatório, mediante a prevenção dos eventos adversos aos atos prestados. Além disso, são ainda descritas as áreas de atuação do enfermeiro especialista nesta área, complementares e compartimentadas, como a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos, bem como a sua relação com as fases pré, intra e pós-operatórias e definição.

Neste contexto, manifesta-se a importância que os pilares inerentes à prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios como, o reconhecimento do outro e a sua capacitação, a vulnerabilidade, a responsabilidade de cuidado, a prudência e a gestão de risco e, a consciência cirúrgica, tiveram na reflexão diária do trabalho desenvolvido durante o EC e na orientação dos princípios presentes na conduta da prática de enfermagem desenvolvida. Enquanto um profissional de saúde que reconhece os riscos associados à situação anestésico-cirúrgica do cliente e que adota uma atitude congruente com a prudência e a responsabilidade profissional exigida, tornou-se necessário distinguir ao longo da prática e processo de assimilação de conceitos e papéis, a diferença subjacente à prestação de cuidados no perioperatório por um enfermeiro de cuidados gerais e um enfermeiro especialista.

Assim sendo, segundo o regulamento N° 429/2018, as competências exigidas para a obtenção do grau de enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória são as seguintes:

- Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa;
  - Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.
- (Regulamento N° 429/2018, p.19366-19367)

Ao longo dos EC's II e III procurei desenvolver, ao nível pessoal, uma nova perspetiva de prestação de cuidados distinta da experiência profissional obtida até à data, de modo a adquirir as competências mencionadas como enfermeiro especialista e dotar-me das ferramentas necessárias para a prática de um cuidado mais personalizado, especializado e holístico em relação ao cliente cirúrgico. Acreditando que os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de desenvolver os seus conhecimentos através da prática baseada na evidência, de forma a aperfeiçoar as suas competências, foquei a minha aprendizagem numa área que não tinha tanta experiência. Assim sendo, direcionei os meus projetos de EC para os cuidados prestados antes e após a cirurgia, formando-me no tipo de preparação do cliente para a cirurgia, os ensinamentos de enfermagem e preparativos a acautelar no regresso ao domicílio por mais precoce que seja, no reconhecimento direto do grau de satisfação que o cliente e família/pessoa significativa pudessem expressar durante a nossa atuação, e assim procurar melhorar continuamente o meu desempenho.

Para tal, apresentei os seguintes objetivos gerais e específicos para o ECII:

- Interpretar a organização e funcionamento de uma UCA;
  - Analisar o funcionamento da UCA numa perspetiva multidisciplinar;
  - Reconhecer o circuito do cliente em situação perioperatória;
  - Elencar as especialidades existentes e as cirurgias mais frequentes na UCA onde realizei o EC.
- Cuidar da pessoa em situação perioperatória
  - Descrever as intervenções do enfermeiro especialista em EMC na dinâmica da CA nos seus diferentes papéis;
  - Prestar cuidados perioperatórios à pessoa/família ou pessoa significativa em situação ambulatória.
- Capacitar a pessoa/família ou pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica em regime ambulatório.

- Adequar estratégias de comunicação, promotoras de segurança nos procedimentos cirúrgicos;
- Executar alguma tarefa/atividade em enfermagem, com vista ao empoderamento da pessoa/família no período perioperatório, em CA.

Sendo uma oportunidade formativa com a duração escassa de 95h, a CA evidenciou-se como um campo extenso do saber em enfermagem que soma a experiência de acompanhamento do cliente em processos cirúrgicos, o conhecimento do cliente “alvo” e dos critérios para cirurgia neste modelo e a monitorização personalizada de todas as etapas que compõe o período perioperatório em enfermagem, desde a consulta pré-operatória até ao ensino, alta e consulta pós-operatória.

Durante esta primeira experiência no local de estágio tentei aliar a metodologia, disciplina e perspicácia no aproveitamento das experiências potencialmente proporcionadas pelo mesmo, que num espaço tão reduzido de tempo, exigiu um reconhecimento tácito da unidade e do seu funcionamento, assim como uma atenção redobrada em todos os detalhes que representassem aquisição de saber. A possibilidade de gerar conhecimento num local com protocolos próprios bem definidos e baseados na evidência das guidelines mais atuais da APCA, AESOP, ERS, DGS, entre outras, e com o objetivo claro de formação com conteúdos de alto e comprovado valor científico, representou um argumento muito forte para procurar realizar o ECIII no mesmo local.

Portanto, após uma reflexão profunda, a sensação que me deu é que não existiu uma separação vincada entre os EC II e III, mas antes um trabalho contínuo de formação, com objetivos que se complementaram ao longo do tempo e de acordo com os projetos de autoformação traçados. Deste modo, procurei responder tanto às minhas necessidades quanto às da unidade que me recebeu.

Os objetivos gerais e específicos definidos para o ECIII foram os seguintes:

- Realizar o diagnóstico de situação da prestação de cuidados de enfermagem em CA;
  - Analisar a organização e dinâmica da CA da unidade;
  - Identificar a constituição da equipa de CA da unidade;
  - Descrever os principais focos de enfermagem na dinâmica da CA;
  - Identificar indicadores em saúde utilizados em CA;

- Desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação Perioperatória em contexto de CA
  - Proporcionar o mais elevado nível de segurança à pessoa em situação perioperatória;
  - Prestar cuidados perioperatórios à pessoa e família/pessoa significativa em situação ambulatoria;
- Capacitar a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da recuperação pós-operatória em regime ambulatorio;
  - Prevenir a ocorrência de eventos adversos no domicílio;
  - Realizar ensinamentos sobre os cuidados pós-operatórios;
  - Promover a readaptação funcional;
  - Maximizar o autocuidado da pessoa em situação perioperatória.
- Promover a articulação entre os profissionais de enfermagem da UCA e dos CSP da ULS para continuidade na prestação de cuidados, centrados no cliente, no período pós-operatório.
  - Analisar os processos de comunicação entre as duas unidades;
  - Realizar uma análise SWOT;
  - Fomentar a continuidade de prestação de cuidados de enfermagem de acordo com os mais elevados padrões de qualidade;
  - Prever o possível impacto na continuidade da prestação dos cuidados de enfermagem.

Atualmente e tendo em conta o tempo decorrido e a possibilidade de refletir com alguma distância acerca do trabalho efetuado nos EC's, julgo que os objetivos foram praticamente todos alcançados, contando com a preciosa ajuda do tutor de EC e do orientador designado pela escola.

#### **4.3.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa**

Cada competência específica do enfermeiro especialista em EMC à pessoa em situação perioperatória é composta por diversas unidades de competência. Ao nível da primeira unidade de competência “capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica” (Regulamento nº 429/2018, p.19366), penso que foi

assimilada ao longo do acompanhamento das diversas fases perioperatórias que o cliente atravessou.

Desde logo, a consulta pré-operatória em CA apresenta-se como o momento ideal de construir os alicerces da gestão da experiência cirúrgica da forma mais precoce possível. Na consulta pré-operatória em CA, tentei estabelecer um primeiro contato positivo com o cliente a ser intervencionado e família/pessoa significativa. Através da apresentação, empatia criada e uma entrevista clínica devidamente estruturada consegui colocar o cliente numa posição mais confortável relativa à preparação para a cirurgia, delegando responsabilidades, apresentando os seus direitos, explicando as vantagens das intervenções cirúrgicas em regime ambulatorio e desmistificando trabalho de enfermagem e o contexto hospitalar. No fundo, procurei que o cliente entendesse o nosso profissionalismo e conhecimento no desempenho das nossas funções e sentisse que podia confiar nos enfermeiros/as como um aliado, na tentativa de ultrapassar uma situação de maior vulnerabilidade que lhe ocorrera naquela fase da vida. Está claramente demonstrado pela literatura, que a satisfação do cliente e família/pessoa significativa é maior quando existe uma consulta pré-operatória de enfermagem (Cardante, 2020; Breda & Cerejo, 2021).

Por outro lado, à medida que lhes proporcionava um ambiente acolhedor e cuidado personalizado, procurei extrair os dados antropométricos, religiosos, sociais, terapêutica farmacológica instituída, possíveis alergias e uma breve história das intervenções cirúrgicas, necessários para formulação de diagnósticos de enfermagem e planear intervenções de enfermagem a ser realizadas. Os diagnósticos mais comuns foram a presença de ansiedade, falta de conhecimento sobre a doença e andar comprometido. Neste último, a intervenção promover o andar usando dispositivo, como por exemplo as canadianas, era uma intervenção desde logo ensinada no decorrer da consulta pré-operatória de enfermagem. Contudo, se no decorrer da nossa atividade verificássemos que o mais conveniente para o cliente no final da cirurgia fosse andar com recurso a um dispositivo de cadeira de rodas, a mesma seria aconselhada e explicado o seu circuito no interior das instalações do hospital. Além disso, seria igualmente explicado ao acompanhante, quando presente, como auxiliar o cliente a transferir-se de e para a cadeira de rodas.

Refletindo sobre este último parágrafo, atualmente concluo que nestes clientes que tinham alguma doença ou dificuldade músculo-esquelética, alguns deles que nunca tinham sido operados em CA, revelavam medo na abordagem ao dia da cirurgia. Através de intervenções de enfermagem implementadas ao longo das etapas previstas no ciclo perioperatório, essencialmente direcionadas para a literacia em saúde, empoderamento e para o ensino pós-operatório pela promoção do conhecimento e da sua autonomia, conseguiram alcançar estados de mestria na sua nova condição após terem sido operados. O cliente em situação perioperatória apresenta necessidades particulares e complexas, onde a relação de ajuda evidenciada entre este, a família/pessoa significativa e o enfermeiro tem um papel preponderante. O enfermeiro deve promover uma série de intervenções com vista à satisfação das necessidades do cliente e concordantes com a definição do seu projeto de saúde, dado que este se encontra numa situação vulnerável perante uma realidade que desconhece.

Deste modo, é fundamental e da competência do enfermeiro especialista, assegurar a compreensão da informação por parte do cliente e da família/pessoa significativa de modo a potenciar o exercício da autodeterminação e tomada de decisão no seu processo terapêutico e a prepará-la para a diminuição da sua capacidade como resultado da cirurgia. Não obstante, o enfermeiro deve verificar o cumprimento das recomendações legais e éticas necessárias para a realização da intervenção cirúrgica. Neste caso, o CI é considerado um documento que evidencia “a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem” (OE, 2007, p.1). A informação deverá ser facultada numa linguagem clara e acessível, baseada no estado da arte e isenta de juízos de valor. Contém, em si, dois conceitos inseparáveis: a compreensão e a autonomia.

Além disso, para uma melhor eficiência da informação relativa à legislação em vigor para a CA assim como as condições e requisitos fundamentais para a realização da cirurgia em regime de ambulatório, a mesma era entregue em formato papel para que o cliente a possa interpretar e orientar a sua vida da melhor forma na decisão e programação do seu acompanhamento no dia da cirurgia, sobretudo no momento de alta para o domicílio. Por diversas vezes tive a oportunidade de explicar aos clientes e família/pessoa significativa, a necessidade legal, ética e moral do cliente operado em CA estar

acompanhado no momento de alta, devido às limitações físicas para o autocuidado e para realização das atividades de vida diária no período pós-operatório, assim como da diminuição da competência e autonomia para tomar decisões responsáveis e percepção total dos ensinamentos de enfermagem efetuados.

Na verdade, admito que por várias vezes senti que sempre que fiz as consultas de pré-operatório e os clientes me voltavam a encontrar no acolhimento/admissão no dia da cirurgia, sentiam-se mais empoderados para encarar as fases seguintes do processo perioperatório, uma vez que me tornava uma referência para eles. Ao lembrarem-se das informações obtidas na consulta, era frequente anteciparem-se às minhas palavras quando era necessário vestir a bata ou colocar um acesso venoso e notava que se sentiam mais à vontade para esclarecer alguma dúvida que surgisse ao longo da preparação cirúrgica.

Contudo, a gestão da experiência cirúrgica e empoderamento é transversal às várias etapas do processo perioperatório. Inclusivamente durante a etapa intraoperatória é fundamental que o enfermeiro/a demonstre disponibilidade para voltar a reforçar os conhecimentos dos clientes e informar acerca dos procedimentos de enfermagem ou relativos à anestesia ou mesmo à cirurgia, de acordo com os nossos limites sem usurpar as nossas funções.

No que concerne à unidade de competência “promove cuidados à pessoa em situação perioperatória” (Regulamento nº 429/2018, p.19366), durante o EC na fase de acolhimento do cliente em CA tive oportunidade de efetuar a *check-list* de segurança protocolada, de modo a garantir a exequibilidade da realização da intervenção cirúrgica naquele contexto, tais como a identificação inequívoca do cliente; estar acompanhado/a, CI assinado; regresso ao domicílio em transporte próprio com um tempo máximo de viagem de 60 minutos; domicílio situado a menos de 30 minutos de viagem de uma unidade de saúde; cumprimento de suspensão de medicação para a cirurgia, se necessário; registo de alergias; realização do banho pré-operatório no domicílio; ausência de joias, adornos ou outros dispositivos metálicos que possam interferir com a eletrocirurgia; colocação de bata, touca e protetores dos pés; monitorização de sinais vitais compatíveis com a realização do procedimento anestésico e cirúrgico; colocação de um acesso venoso, administração de terapêutica pré-operatória; e, realização de outras técnicas de enfermagem se necessário. Algumas das ações elencadas foram sendo repetidas também

no intraoperatório e já no recobro, de modo a garantir a segurança do cliente ao longo de todo o processo perioperatório.

De facto, foi justamente na fase pós-operatória onde estive alocado mais tempo na CA em contexto de EC, e entendi que nem sempre é fácil lidar com situações de complexidade e imprevisibilidade nesta etapa do perioperatório. Esta situação exige conhecimento, experiência, atenção, sensibilidade e capacidade de previsão, uma vez que através da monitorização dos sinais vitais e semiologia evidenciada pelo cliente adaptada ao seu contexto cirúrgico, o enfermeiro especialista mediante a mais atual evidência científica tem de ser capaz de evitar complicações e proporcionar a melhor recuperação possível ao cliente operado. Foi isso que aconteceu diariamente durante a minha frequência em EC e recordo particularmente duas situações:

- A primeira teve a ver com um jovem cliente que vivenciava um pós-operatório de uma osteossíntese do astrágalo do pé esquerdo, que no final da cirurgia ficou com a perna imobilizada com ligadura elástica e colocação de uma tala gessada posterior. Ora, para a sua recuperação no domicílio o ortopedista prescreveu-lhe uma bota ortopédica para substituição da tala gessada, que deveria ser colocada o mais cedo possível de modo a facilitar a sua recuperação. Como é um dispositivo caro e o cliente com cerca de 20 anos, com escassa literacia em saúde e reduzidos recursos económicos, foi necessário recorrer à nossa criatividade para encontrar soluções. No início, o cliente não estava nada interessado em comprar o dispositivo e estava convencido que podia escolher ficar com a tala gessada durante a totalidade da sua recuperação. No entanto, foi necessário informá-lo que a opção pela bota ortopédica era melhor, porque permitia uma recuperação mais rápida, com menor risco de complicações pós-operatórias devido ao aumento da mobilidade aliada a uma menor perda da funcionalidade do membro inferior. Deste modo, ele ficou mais empoderado no que diz respeito ao conhecimento da melhor estratégia para a sua recuperação e foi então que comecei a procurar em conjunto com o cliente, a melhor forma deste não despendar muito dinheiro na aquisição da bota, quer pela sondagem no seio familiar e grupo de amigos/conhecidos sobre se alguém tinha uma igual para empréstimo, ou pela compra em segunda mão do artigo em plataformas virtuais, por exemplo. E, por

fim, conseguimos ajudá-lo na sua recuperação pois soubemos que na primeira consulta de ortopedia trouxe a bota ortopédica prescrita.

- A segunda situação ocorreu com um cliente idoso que vivenciava um pós-operatório de uma biópsia de lesão situada nas cordas vocais, realizada pela especialidade de otorrinolaringologia no BOC. Sendo a UCA do EC II e III autónoma e integrada, o referido cliente foi admitido nessa unidade, foi operado e fez o recobro fase I no BOC e regressou para realizar o recobro fase II à UCA. Durante a sua estadia na UCA, aliado a um quadro de diminuição da saturação de oxigénio no sangue e aumento da frequência cardíaca e tensão arterial, desenvolveu estridor e tosse intensa pelo que tive de providenciar material para abordagem de via aérea em situação de urgência, contactar a especialidade de otorrinolaringologia e anestesiologia para virem avaliá-lo, solicitar o envio de um fibroscópio da consulta externa para observação das cordas vocais do cliente, ao mesmo tempo que procurava a sua colaboração para o exame através da informação acerca dos procedimentos que estavam a ser realizados e empoderando-o a manter uma respiração eficaz. O diagnóstico confirmou a necessidade de reintervenção do cliente para colocação de uma traqueostomia de urgência novamente no BOC. Para tal, foi necessário contactar o BOC com o intuito de verificar a disponibilidade da sala de urgência para realizar o procedimento e coordenar com o responsável o transporte do cliente. Deste modo, provavelmente foi possível prevenir uma paragem respiratória de um cliente idoso, com algumas comorbilidades, que apenas tinha ido realizar um procedimento relativamente simples em regime ambulatorio.

Na descrição de ambos os casos, julgo ter ficado patente o desenvolvimento da terceira unidade de competência “desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional” (Regulamento N° 429/2018, p.19367), decorrente da primeira competência específica cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” (Regulamento n° 429/2018, p.19366).

Os profissionais de enfermagem que desempenham funções em CA devem ser dotados de experiência e rotina neste contexto, de modo a minimizar o risco de complicações pós-operatórias para os clientes intervencionados. (CNADCA, 2008; Duarte & Martins, 2014) Além deste indicador, temos ainda a diminuição de readmissões

hospitalares, de custos financeiros para a unidade de saúde, a diminuição da ansiedade e stress cirúrgico para o cliente, aumento da literacia em saúde e satisfação do cliente e família/pessoa significativa (CNADCA, 2008; Breda & Cerejo, 2021; ACSS, 2023). Porém, existem ainda outros indicadores que enquanto enfermeiro de CA em EC tive oportunidade de trabalhar durante o pós-operatório dos clientes como o registo regular da intensidade da dor; cedência de fármacos, ensino e orientação no momento da alta de enfermagem do cliente; e, avaliação pós-operatória nas 24 horas seguintes à alta de enfermagem. (ERS, 2024) Todos os indicadores enunciados permitiram-me promover a autonomia do cliente, fomentar o seu poder de decisão, empoderamento e capacidade de gestão terapêutica, tanto no pós-operatório imediato como na consulta de *follow-up* às 24h da cirurgia.

#### **4.3.2 Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica**

No que diz respeito à segunda competência específica do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, a primeira unidade de competência intitula-se “demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório” (Regulamento N° 429/2018, p.19367). A consciência cirúrgica foi uma competência que aprendi a aperfeiçoar não só ao longo dos EC’s mas também ao longo do mestrado. Antes de dar-me conta da sua definição no regulamento das competências específicas, sempre pensei que ao longo dos anos todos que trabalho no perioperatório já tivesse adquirido essa capacidade, que resumidamente definiria como fazer o bem ou o melhor que sei, da melhor forma possível à pessoa que precisa e se encontra à minha frente durante um processo perioperatório. Porém, isso não se revelou suficiente para a aquisição da unidade de competência supracitada.

Segundo o regulamento N° 429/2018, a consciência cirúrgica é definida como um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e

aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável. (Regulamento N° 429/2018, p.19366)

Atualmente sinto-me mais preocupado, sensível e desperto para este tema durante a prática de enfermagem, pois sei que ao tornar-me uma referência para os meus pares devo adotar uma postura mais estimulante possível na procura da evidência científica mais atual e recomendável, que baseie as minhas ações. Deste modo e doravante, certamente que fomentarei na minha prática um ambiente perioperatório mais seguro, com medidas corretivas pontuais de acordo com a evidência científica encontrada e estratégias que promovam a eficiência de cuidados e a organização do processo cirúrgico centrada na pessoa operada e família/pessoa significativa.

Foi esta a postura que adotei durante os EC's e após reflexão ao longo do tempo que passou, julgo que no processo de alta, onde acordava com o cliente estratégias facilitadoras para a sua convalescença e desenvolvia contactos com a família/pessoa significativa para o melhor cuidado possível no regresso ao domicílio, promovia a ascensão de um momento de partilha de conhecimentos e empoderamento entre todos, mediante o ensino para a alta de enfermagem. Devo salientar que até eu próprio ficava empoderado após cada ensino, pois cada vez que cada cliente e família/pessoa significativa demonstrava capacidade de autocuidado no domicílio, literacia do seu estado de saúde e competência para cumprir o plano de cuidados estipulado, proporcionava-me a certeza de que o meu trabalho estava a ser bem desempenhado rumo à permanente procura pela excelência na prestação de cuidados.

Noutra unidade de competência, “lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios” (Regulamento N° 429/2018, p.19367), já integro grupos de trabalho para vigilância epidemiológica, processo de prevenção e controlo da infeção como elo de ligação da CCIRA ao BO onde desempenho funções, pelo que tentarei envolver-me nesse trabalho ainda com mais afinco. Neste sentido, já tenho esta preocupação pela referida unidade de competência concomitantemente à minha prática de enfermagem, pelo que já elaboro periodicamente ações de formação neste sentido e sou responsável pela identificação e cumprimento de indicadores e princípios relacionados com este tema.

Por último, relativamente à unidade de competência “promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório” (Regulamento N° 429/2018, p.19368), penso que acaba por ser um processo natural de mudança de postura e perspetiva do meu papel profissional para o ambiente perioperatório que me rodeia. A gestão de dispositivos de acordo com a sua disponibilidade, integridade e função, a sua rastreabilidade e documentação, utilização segura e de acordo com as normas indicadas pelo fabricante, constituem papeis que o enfermeiro especialista na área do perioperatório deve estar sensível e capacitado para realizar. Ao longo do EC, mediante a demonstração e ensino orientado da minha tutora, uma enfermeira especialista em EMC muito experiente e principal responsável do recobro da UCA frequentada, entendi que existem certas áreas de controlo da qualidade e logística que alguém tem de fazer e estar desperto para essas necessidades, com vista à correta e harmoniosa funcionalidade de uma unidade.

Deste modo, durante o EC II e III participei na verificação da idoneidade de monitores, computadores, microscópio e desfibrilador da UCA, gestão de *stock* de materiais fungíveis e soros através do método *kaizen*, fármacos para administração endovenosa/intramuscular/subcutânea e oftálmica, material cirúrgico reprocessável através do serviço de esterilização, assim como na extração de sangue para análise ao longo do perioperatório de CA. Estou em crer que é uma função absolutamente essencial na dinâmica de trabalho de uma unidade deste tipo e que realmente deve ser desempenhada por um enfermeiro especialista experiente e bastante desperto para esta temática.

A componente teórica e partilha de conhecimentos dos professores, a produção dos diversos trabalhos escritos, além da realização dos EC's com um orientador perito em EMC em CA, possibilitou o desenvolvimento das competências específicas de enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Neste sentido, tenho a certeza de que atualmente sou uma pessoa mais empoderada, mais sensível e ciente dos pilares de prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios e que adota uma atitude sábia e congruente com a prudência e a responsabilidade profissional exigida pelas competências específicas descritas.

#### 4.4 COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O presente relatório de mestrado representa simultaneamente o final de um ciclo de estudos e o apogeu da reflexão crítica acerca da dimensão teórica ampliada ao longo das unidades curriculares lecionadas e da componente teórico-prática desenvolvida em contexto de EC. O pensamento reflexivo em enfermagem motivado pelas oportunidades formativas recebidas, com a aquisição de competências de enfermeiro especialista e de um segundo nível de estudos, dar-me-ão a possibilidade de alcançar o título de mestre em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Esta nova condição permitirá destacar-me no seio de uma equipa multidisciplinar, na prestação de cuidados de enfermagem em contexto perioperatório, baseados na evidência científica mais recente, contribuindo para a promoção de um ambiente cirúrgico mais seguro e eficiente, facilitando o processo de tomada de decisão em enfermagem, gerindo situações complexas de forma ainda mais competente e eficaz e, fomentando o *empowerment* do cliente, família e/ou pessoa significativa. Além disso, possibilitará o auxílio na formação e capacitação de outros profissionais de enfermagem com conhecimentos, competência e respeito no cumprimento das normas éticas e deontológicas da profissão num contexto tão específico como o perioperatório.

A palavra mestre aparece definida como a pessoa que ensina ou orienta, sábia, perita em qualquer ciência, arte ou ramo profissional e que é especialista (Dicionário Porto Editora, 2024). Segundo a lei portuguesa, o grau de mestre é atribuído a quem demonstre:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
  - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar 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;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Decreto-Lei 65/2018, p. 4162)

Por este motivo, ao longo deste mestrado procurei demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre exigidas por lei e monitorizadas pela ESSSM.

No decurso do primeiro ano de formação, no contexto da unidade curricular Enfermagem Perioperatória I, foi sugerido pelos docentes a produção de um documento que identificasse a prática de enfermagem perioperatória com recurso a um mapa conceptual. Assim sendo, foi elaborado o mesmo com o título “Timeline do doente em situação perioperatória: a excelência dos cuidados de enfermagem” (APÊNDICE I), que posteriormente foi apresentado em formato póster no VI Congresso da OE, denominado “Todos pela Saúde”, realizado em Braga. Foi uma experiência muito positiva, com relevantes momentos de aprendizagem proporcionados tanto pelos reputados elementos do júri, como pelas apresentações dos colegas de enfermagem. Estes ensinamentos revelaram-se fundamentais para me tornar melhor aluno de mestrado, melhor colega de profissão e certamente melhor enfermeiro, norteados pela premissa basilar da prática de enfermagem baseada na mais correta e recente evidência científica a lapidar futuramente o desempenho da minha formação como mestre.

Além disso, estive presente no I Congresso de Obesidade realizado no Hospital Central do grupo Trofa Saúde®, em março de 2023, onde foram palestrados diferentes

tipos de abordagem de cuidado e tratamento ao cliente obeso, por diversos grupos profissionais de saúde. Nesse congresso, fiquei muito satisfeito com a partilha do conhecimento acerca das novidades e avanço científico e tecnológico utilizado na abordagem a este tipo de clientes, mas achei que faltava a perspectiva do enfermeiro e do anesthesiologista para completar o leque multidisciplinar de profissionais apresentados que cuidam este tipo de clientes, pelo que tive oportunidade de declarar a minha opinião publicamente.

Posteriormente, durante o módulo I do ECII, vislumbrei uma oportunidade de melhoria na UCA, pelo que elaborei um panfleto informativo acerca da relevância da profilaxia tromboembólica (APÊNDICE II), que complementa o ensino de enfermagem ao cliente perioperatório. O objetivo deste panfleto enquadrou-se na necessidade de informar o cliente acerca da importância desse tema, motivá-lo na adesão à terapêutica instituída, padronizar o ensino da profilaxia tromboembólica na equipa de enfermagem, proporcionar documentação de suporte para o cliente e família/pessoa significativa para os cuidados a realizar no domicílio e promover a literacia individual de saúde.

O cuidado de enfermagem à pessoa em situação perioperatória demonstra que a profilaxia tromboembólica, em torno das dimensões farmacológicas e não farmacológicas inerentes ao conjunto das medidas praticadas, tais como o uso de meias elásticas de compressão graduada e a administração de heparinas de baixo peso molecular, revela-se insuficiente de acordo com as guidelines internacionais (Anderson et al., 2019). Se por um lado podem não ser estritamente cumpridas todas as indicações sugeridas, quer por falta de financiamento, equipamentos ou sensibilidade/inquietude relacionado com o tema por parte de uma organização em saúde, por outro lado a não adesão às recomendações sugeridas pelos profissionais de saúde e a provável ausência de predisposição para a literacia em saúde da população em geral, podem refletir-se no aumento de episódios de ocorrência de trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP).

Sabemos ainda, através da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) que “a avaliação do risco de tromboembolismo venoso está indicada em todos os doentes propostos para cirurgia(...)” e, constitui um tema de “responsabilidade multidisciplinar” (SPA, 2014, p.62). Os enfermeiros do perioperatório devem assumir um papel fundamental na compreensão do cliente cirúrgico de acordo com as suas dimensões bio-

psico-socio-histórico-cultural e espiritual, do meio e contexto em que se encontra inserido, assim como do seu ensino nesta área.

O âmbito da aplicação deste panfleto informativo adequou-se ao universo de clientes sujeitos a procedimentos cirúrgicos na UCA de um hospital do norte do país onde realizei EC, em que se previa a necessidade de profilaxia tromboembólica durante o período intra e pós-operatório. Assim, no decorrer da intervenção esteve previsto:

- Administrar a primeira dose da terapêutica *in loco* pela equipa de enfermagem, explicando todos as etapas que a concretizam;
- Informar sobre a importância da profilaxia tromboembólica, almejando um compromisso do cliente e família/pessoa significativa;
- Fornecer um panfleto informativo com toda a informação prestada pela equipa de enfermagem de forma sistematizada, simples e apelativa, assim como o contato telefónico da UCA, horário de funcionamento e indicação de, em caso urgente, recorrer ao SU.

Além do exposto, no trajeto do Módulo II do ECIII, concebi um novo projeto no âmbito do mestrado, integrado no EC da mesma unidade hospitalar anteriormente descrita, que por sua vez, se encontra incluída numa ULS. O projeto intitulou-se “Prestação de cuidados de enfermagem centrados no cliente, no período pós-operatório de CA, em articulação com os CSP, na ULS”. (APÊNDICE III)

O objetivo central desse documento residiu na promoção da articulação entre os profissionais de enfermagem da UCA e dos CSP da ULS para continuidade na prestação de cuidados de enfermagem. Como objetivos específicos estabeleceram-se a análise dos processos de comunicação entre a UCA e os CSP, a realização de uma análise *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats* (SWOT) do projeto, o fomento da continuidade da prestação de cuidados de enfermagem centrados no cliente e família/pessoa significativa e a previsão do possível impacto do projeto na prestação dos cuidados de enfermagem nas duas unidades, através de indicadores de medida, ciclo de *Deming* e da relação custo/benefício.

Na procedência das ULS's ao nível nacional “esteve o objectivo de criar uma melhor interligação entre centros de saúde, hospitais e outras entidades responsáveis pela saúde regional ou local” (ERS, 2011, p.14). Este modelo de organização de serviços foi

inovador pelo carácter integrador dos serviços que são prestados aos cidadãos, não fracionando, ao nível da gestão, os cuidados primários e hospitalares.

Ao longo do ECIII, tornou-se evidente a transferência contínua de clientes da UCA da ULS para o respetivo CS de referência, quer seja para continuidade de prescrições terapêuticas relacionadas com o ato cirúrgico, como para tratamento de feridas, administração de terapêutica, remoção de material de sutura, entre outros procedimentos de enfermagem levados a cabo pelo enfermeiro de família do cliente. Por esse motivo, pareceu-me pertinente estudar estratégias de aproximação entre os cuidados prestados ao nível ambulatório hospitalar e os CSP, em prol de cuidados de enfermagem centrados no cliente e na família/pessoa significativa que o acompanha.

Assim sendo, com este projeto pretende-se essencialmente que os clientes operados saiam da UCA com alta já com a consulta de enfermagem marcada no respetivo CS da sua área de residência, com o seu enfermeiro de família. Nesta perspetiva, seguramente sairá reforçado o vínculo e sentido de compromisso/responsabilidade entre os clientes e a ULS, bem como os índices de satisfação dos clientes calculados com base na resolução de problemas e nos cuidados prestados, num processo vivencial frequentemente associado a momentos de grande vulnerabilidade. Por outro lado, com esta medida também reforçaremos o nível de literacia em saúde dos nossos clientes, sensibilizando-os para a necessidade de se estabelecerem como parte integrante do processo. Por fim, pretendemos que a recuperação deste se traduza não só em ganhos em saúde para o próprio, como para a organização, através da redução dos custos associados a possíveis complicações existentes no período pós-operatório e na aproximação das equipas da mesma organização de saúde e, que laboram no sentido do mesmo bem-comum.

Este projeto teve uma receção muito boa não só por parte da gestora da UCA, como também do enfermeiro diretor da ULS. Mediante a interação com os CSP, a eleição da melhor estratégia de comunicação e a realização das etapas descritas no ciclo de *Deming* do projeto, o mesmo tem luz verde para avançar na prática e possui muito potencial para obtenção de bons resultados.

Com base nessa expectativa, fui convidado em março de 2024 como palestrante no II Congresso de Obesidade realizado no Hospital Central do grupo Trofa Saúde®, pelo grupo de cirurgiões que se dedica à cirurgia bariátrica na ULS onde pretendo implementar

o projeto. Este convite para apresentação do projeto de enfermagem surgiu precisamente pela concordância na sua pertinência e oportunidade de melhoria para a prática clínica e enquadrou-se na escolha desta especialidade cirúrgica para a realização do projeto-piloto com os CSP.

O *feedback* recebido pelo auditório foi bastante positivo, não só pela interação registada com os diversos grupos profissionais presentes, como pelo reconhecimento generalizado da falta de comunicação percecionada entre centros cirúrgicos e os CSP. Foi bastante gratificante observar o impacto que a ideia teve numa sala com mais de duas centenas de pessoas presentes, e cuja importância do congresso foi reconhecida pela presença da Secretária de Estado da Promoção da Saúde, Doutora Margarida Tavares e do Presidente do Conselho diretivo da secção regional do norte da OE, o Enf.º Miguel Vasconcelos.

Em suma, penso que mediante a leitura deste relatório resulta evidente a aquisição das competências de mestre previstas para o segundo ciclo de estudos na ESSSM, através da demonstração de conhecimentos profundos na área científica de EMC e desenvolvimento com recurso à investigação, inovação e aprofundamento das competências profissionais; a compreensão e resolução de problemas em situações novas ou em contextos alargados e multidisciplinares, no exercício da atividade profissional especializada na área da EMC; a integração de conhecimentos especializados da área de EMC, lidando com questões complexas, com o desenvolvimento de soluções ou emissão de juízos, considerando as implicações e responsabilidades éticas e sociais associadas; a comunicação das conclusões, e dos conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e, a evidência de competências que nos permita uma aprendizagem autónoma ao longo da nossa vida profissional.

## CONCLUSÃO

Em Portugal, a conceção e projeção das ULS's conduziu a um ponto de viragem e transformação profunda no paradigma de prestação de cuidados de saúde, centrados no cliente. A criação da CA em meados do século passado constituiu uma mudança de paradigma do período perioperatório realizado até então, impelindo a adaptação das equipas multidisciplinares, a conceção de estratégias de minimização de complicações intra e pós-operatórias e a prevenção de reinternamentos, com notórios ganhos em saúde para clientes, profissionais e organizações. Os enfermeiros/as fazem parte do sucesso da CA, enquanto *core* da humanização, segurança e qualidade dos cuidados prestados, daí a necessidade de seleção, profissionalização e motivação adequada.

Com a realização deste relatório fica evidente o longo trabalho que ainda falta realizar para implementar o modelo de ULS idealizado (Decreto-Lei N° 207/99, 1999), que abranja a prestação de cuidados de enfermagem promovendo a coordenação e articulação dos diferentes níveis, os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados. Para tal, a enfermagem detém um papel fundamental na criação de pontes entre as equipas multidisciplinares do SNS, na gestão, execução, monitorização e avaliação de projetos que contribuam para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, sobretudo em períodos críticos e vulneráveis como o perioperatório. No plano geral foi esta a crença que motivou a elaboração deste relatório, cujo projeto de articulação acerca da prestação de cuidados de enfermagem entre a CA e os CSP apresentado (APÊNDICE III) espera-se que constitua um contributo significativo para o desenvolvimento do conhecimento científico da nossa profissão.

A redação do regulamento 429/2018 em diário da república permitiu o reconhecimento da especialidade de enfermagem perioperatória em Portugal. A nível pessoal, apesar de já deter dois *másters* realizados em Espanha acerca do referido tema, numa altura em que fui “obrigado” a emigrar para desempenhar a minha profissão e não sabia se voltaria a Portugal, entendi que uma vez estando de volta ao meu país deveria estudar e deter o título de enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Este relatório de estágio proporcionou-me momentos de reflexão profunda acerca da prática de enfermagem nesta área, à qual dedico a minha vida profissional há mais de

15 anos, sempre em contexto de BO, em diferentes especialidades cirúrgicas e com ênfase nas fases intraoperatória e recobro imediato.

A escolha de uma unidade de CA para realização de EC representou um enorme desafio pessoal e profissional. Deste modo, fiquei a conhecer e a compreender melhor o cliente cirúrgico nas diversas dimensões, as dificuldades sentidas em enfermagem no período pré e pós-operatório, o trabalho fabuloso de instrução e incremento de literacia em saúde promovido por enfermeiros sobretudo durante a consulta de enfermagem e no momento da alta, além da premente necessidade de envolver a família e/ou pessoa significativa do cliente durante o seu processo perioperatório, ainda mais porque se trata de um requisito legal para realização da CA, pois trata-se de uma oportunidade única de construção de um projeto de saúde devidamente alicerçado.

Durante a experiência em EC nasceram imensos projetos no meu intelecto e fiquei muito satisfeito da projeção de um deles para a UCA que me acolheu neste período, até porque existe uma grande probabilidade da sua execução em contexto de ULS. Neste sentido, espero que represente uma melhoria na qualidade de vida dos clientes afetos a essa ULS, e simultaneamente o aumento da qualidade de cuidados prestados em enfermagem, de modo a reforçar diametralmente o compromisso na relação terapêutica estabelecida com o cliente cirúrgico em regime ambulatorio e aproximar equipas pertencentes à mesma organização de saúde que procuram laborar no mesmo sentido.

Este trabalho permitiu-me adquirir e aprofundar conhecimentos acerca da proposição em estudo, assim como demonstrar o desenvolvimento de competências correspondentes ao nível de enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e mestre em EMC. Desta forma, os objetivos propostos para a elaboração deste documento foram alcançados e penso que estarei pronto a apresentar e partilhar publicamente o conteúdo deste relatório perante os colegas de profissão e comunidade científica.

A prestação de cuidados de enfermagem em contexto da CA é indubitavelmente uma área de enfermagem perioperatória com enorme potencial de desenvolvimento, não só pelo aumento do volume cirúrgico desta modalidade como pela permanente adaptação de protocolos de enfermagem a uma maior variedade e tipologia de cirurgias realizadas.

O fator tempo constituiu uma limitação para a não realização de outro tipo de estudo com a problemática selecionada, pois teria certamente dificuldades na colheita e

tratamento de dados, assim como na apresentação de resultados em tempo útil. A investigação revela-se uma ferramenta indispensável de progressão de conhecimentos de forma sistematizada, sendo absolutamente essencial para uma prática segura, competente e com base científica em enfermagem.

De futuro, penso que o trabalho desenvolvido ao longo destes dois anos de mestrado poderá ser devidamente capitalizado e desenvolvido nesta área de estudo. Ao longo do meu trajeto profissional, pretendo continuar a apostar na minha formação profissional e, se possível, na formação dos novos colegas da profissão. Se as circunstâncias de vida familiar e profissional me permitirem, avançarei para o desenvolvimento de competências num terceiro nível de estudos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS (2023). *Produção de Rácios e Eficiência – Cirurgias*. ACSS - Benchmarking Hospitais;

[https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH\\_ProdRacioEficAtividadeDashboard](https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficAtividadeDashboard)

AESOP (2006) *Enfermagem Perioperatória – da Filosofia à Prática dos Cuidados* (1ª Edição). Lusodidacta;

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2010) *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório* (2ª Edição). Lusociência;

AESOP (2012) *Enfermagem Perioperatória – da Filosofia à Prática dos Cuidados*. 1ª Reimpressão, Lusodidacta;

Anderson, D., Morgano, G., Bennett, C., Dentali, F., Francis, C., Garcia, D., Kahn S., Rahman, M., Rajasekhar, A., Rogers, F., Smythe, M., Tikkinen, K., Yates, A., Baldeh, T., Balduzzi, S., Brožek, J., Ikobaltzeta, I., Johal, H., Neumann, I., Wiercioch, W., Yepes-Nuñez, J., Schünemann, H., & Dahm, P. (2019). American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients. *Blood Adv.* 2019, 3 (23), 3898-3944; [doi: 10.1182/bloodadvances.2019000975](https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2019000975)

APCA (2019) *Relatório de atividades 2019*. APCA;

[https://www.apca.com.pt/documentos/2021/Relatorio\\_Atividades\\_APCA\\_2019.pdf](https://www.apca.com.pt/documentos/2021/Relatorio_Atividades_APCA_2019.pdf)

APCA (2020) *Relatório de atividades-APCA-2020*;

[https://www.apca.com.pt/documentos/2021/Relatorio\\_Atividades\\_APCA\\_2020.pdf](https://www.apca.com.pt/documentos/2021/Relatorio_Atividades_APCA_2020.pdf)

APCA (2022) *Recomendações para Anestesia Regional em Cirurgia Ambulatória*.

<https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional2.pdf>

APCA (2023). *Historial*. <https://www.apca.com.pt/v1F0F/historial>

Berbiglia, B.; & Banfield, B. (2013). Self-Care Deficit Theory of Nursing. In M. Alligood (Ed.) *Nursing Theorists and Their Work*. (pp. 240 - 255), 8ª Ed, Mosby Elsevier, EUA;

Brandão, N. (2018) A comunicação interna estratégica como reforço da valorização das pessoas e seus níveis de *engagement* nas organizações. Faculdade de Ciências Humanas - Universidade Católica Portuguesa, *Media&Jornalismo*, 18 (33), 91-102;  
[https://impactum-journals.uc.pt/mj/article/view/2183-5462\\_33\\_6/4916](https://impactum-journals.uc.pt/mj/article/view/2183-5462_33_6/4916)

Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista De Enfermagem Referência*, 5 (5), 1–8;  
<https://doi.org/10.12707/RV20088>

Caetano, J., & Pagliuca, L. (2003). Análise descritiva da teoria dos sistemas de enfermagem de OREM: aplicabilidade no ensino do auto-exame ocular dos portadores do HIV/AIDS *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 7 (1), 89 – 96;  
<https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v7n1a11.pdf>

Cardante, S. (2020) *Consulta de Enfermagem Pré-operatória e de Follow-up em Cirurgia de Ambulatório: A Perspetiva dos Enfermeiros*. [Master's Thesis, Escola Superior de enfermagem do Porto]. RCAAP;  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34037/1/Dissertação\\_Sandra%20Cardante.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34037/1/Dissertação_Sandra%20Cardante.pdf)

Chambers, M., Huddleston, J., & Halawi, M. (2020) Total Knee Arthroplasty in Ambulatory Surgery Centers: The New Reality!. ELSEVIER, *Arthroplasty Today*, Junho, 6 (2): 146–148;  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7183008/>

CHULN (2019) *Manual de Boas práticas em Cirurgia de Ambulatório*. 3ª Edição;  
[https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade\\_cirurgia\\_ambulatorio/12\\_Manual%202019.pdf](https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual%202019.pdf)

Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). *Relatório Preliminar - Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no doente*. Ministério da Saúde;

<https://docplayer.com.br/17595121-Relatorio-preliminar-cirurgia-de-ambulatorio-um-modelo-de-qualidade-centrado-no-utente.html>

Decreto-lei Nº 13/93 do Ministério da Saúde (1993). Licenciamento e Fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas de saúde. (Anexo III, pp. 135–138). Diário da República: Série I-A, Nº12 (15 de Janeiro); <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/13-1993-586007>

Decreto-Lei Nº 207/99 do Ministério da Saúde (1999). Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (pp. 3258 – 3265). Diário da República: Série I-A, Nº133 (9 de Junho); <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/207-310798>

Decreto-Lei 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros (2018). Mestrado (Anexos, Capítulo III, Art.º15º, p. 4162). Diário da República: I Série, Nº 157 (16 de Agosto); <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Despacho 30114/2008 do Ministério da Saúde (2008). Cirurgia de Ambulatório – definição de critérios a serem adoptados pelos conselhos de administração dos hospitais do SNS em que existe bloco operatório (p.47550). Diário da República: II Série, Nº 227 (21 de Novembro); <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2008/11/227000000/4755047551.pdf>

Despacho 1380/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2018). Criação de Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória (GTADCA) (p.4511). Diário da República: II Série, Nº 28 (8 de Fevereiro); <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1380-2018-114654436>

Despacho no 9390/2021 do Ministério da Saúde (2021). Diário da República: II Série, Nº 187, C, (24 de setembro); <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

DGS (2001) *Cirurgia de Ambulatório*. Lisboa, Direção Geral de Serviços de Planeamento;

<https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/consultoria/DGS%20Cirurgia%20de%20ambulatã³rio.pdf>

DGS (2022) *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*.;

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Dias, F. (2018) *O modelo de financiamento das unidades de saúde verticalmente integradas em Portugal: desafios e oportunidades*. [Master's Thesis, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa]. Repositório;

<http://hdl.handle.net/10451/36866>

Dicionário Porto Editora (2023). *Infopédia*;

<https://www.infopedia.pt/dicionarios>

Donabedian A. (1966) *Evaluating the quality of medical care*. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 166-203, Reeditado por Milbank Quarterly, 2005, Vol. 83, N.º.4, 691-729;

Duarte, A., & Martins, O. (2014) *Enfermagem em Bloco Operatório* (1ª Ed.). LIDEL – Edições Técnicas, Lda.;

Edwards, P., Milles, J., Stambough, J., Barnes, C. L., & Mears, S. (2019) Inpatient versus Outpatient Total Knee Arthroplasty. *J Knee Surg*, 32 (08): 730–735;

[DOI: 10.1055/s-0039-1683935](https://doi.org/10.1055/s-0039-1683935)

Entidade Reguladora da Saúde. (2008). *Estudo sobre qualidade da cirurgia de ambulatório*.;

[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/75/Microsoft\\_Word\\_-\\_Relatorio\\_Qualidade\\_em\\_Cirurgia\\_de\\_Ambulatorio-VFinal.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/75/Microsoft_Word_-_Relatorio_Qualidade_em_Cirurgia_de_Ambulatorio-VFinal.pdf)

Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde – Relatório Preliminar I*;

[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/39/ULS\\_11.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf)

Entidade Reguladora da Saúde (2015). *Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde*;

[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1298/Estudo\\_sobre\\_o\\_Desempenho\\_das\\_ULS\\_-\\_final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1298/Estudo_sobre_o_Desempenho_das_ULS_-_final.pdf)

Entidade Reguladora da Saúde (2024). *Indicadores de Cirurgia de Ambulatório*;

<https://apch2.ers.pt/pages/232>

Hansen, J., Rasmussen, L., & Steinmetz, J. (2020). *Management of Ambulatory Anesthesia in older Adults*. *Drugs Aging*, 37 (12), 863-874;

[doi: 10.1007/s40266-020-00803-9](https://doi.org/10.1007/s40266-020-00803-9)

Hofmarcher, M., Oxley, H. & Rusticelli, E. (2007), Improved Health System Performance through better Care Coordination, *OECD Health Working Papers*, Nº 30, OECD Publishing, Paris

<https://doi.org/10.1787/246446201766>

IAAS (2014). *Ambulatory Surgery Handbook*. (2.<sup>nd</sup> Edition);

[https://theiaas.net/wp-content/uploads/2022/06/Day\\_Surgery\\_Manual.pdf](https://theiaas.net/wp-content/uploads/2022/06/Day_Surgery_Manual.pdf)

IAAS (2023); <https://theiaas.net/about-the-iaas>

ICN (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas – Instrumentos de Informação e Acção*. Genebra, Suíça;

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf)

ICN (2022). *ICNP Browser*;

<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Im, E. (2013). Self-Care Deficit Theory of Nursing. In M. Allgood (Ed.) *Nursing Theorists and Their Work*. (pp. 378-395), 8ª Ed, Mosby Elsevier, EUA;

Instituto Português da Qualidade (2012) *Gestão do risco – Princípios e linhas de orientação NP ISSO 31000*. Ministério da Economia, Agosto, Portugal;  
[http://qualitividade.pt/wp-content/uploads/2016/04/NPISO031000\\_2012.pdf](http://qualitividade.pt/wp-content/uploads/2016/04/NPISO031000_2012.pdf)

Jacob, S. (2019). *Cirurgia de Ambulatório um futuro presente – Importância de cuidados de enfermagem pré-operatórios*. [Master's Thesis, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde]. RCAAP;  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30153/1/relatorio%20versão%20final.pdf>

Jarrett, P. & Staniszewski, A. (2006). The development of ambulatory surgery and future challenges. In. Lemos, P., Jarrett, P., & Philip, B. *Day Surgery – Development and Practice*. (pp. 21-34), Porto, Portugal, Clássica Artes Gráficas;

Joshi, G. (2020). Enhanced recovery pathways for ambulatory surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 33 (6), 711-717;  
[doi:10.1097/ACO.0000000000000923](https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000923)

Lei Nº 156/2015 da Assembleia da República (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei Nº 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais (Artigo 40º, Subsecção VII, p.8068). Diário da República: I série, N.º 181 (16 de setembro);

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Lemos, P., Jarrett, P., & Philip, B. (2006). *Day Surgery: Development and Practice*. International Association for Ambulatory Surgery. Porto. Abril, Clássica Artes Gráficas;

Lima, C., Melchior, L., Menezes, N., Soares, R., & Prado, M. (2014). Tricotomia pré-operatória: aspectos relacionados à segurança do paciente. *Revista Enfermería Global*, 13 (34), Murcia, 264-275;

[https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt\\_administracion3.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_administracion3.pdf)

Lima, N., & Pinto, S. (2014). Cirurgia Ambulatória. In. Duarte, A., Martins, O. *Enfermagem em Bloco Operatório*. (pp.123-133), 1ª Edição, Lisboa, Lidel – Edições Técnicas;

Lucas, C., & Freitas, C. (2017) *Ansiedade e Pânico – Guia Prático de Intervenção*. Porto, Livpsic Editora

Maia, F. (2022). *Updates on selection criteria for ambulatory surgery*. [Master's Thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto]. RCAAP; [https://sigarra.up.pt/faup/en/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=359132](https://sigarra.up.pt/faup/en/pub_geral.show_file?pi_doc_id=359132)

Marques, S. (2022) A Comunicação no contexto Organizacional In. Frederico, M. e Sousa, F. *Gerir com qualidade em saúde*. (pp. 125-131), 1ª Edição, Lisboa, Lidel – Edições Técnicas;

Martins, T., & Brito, A. (2021). Autocuidado: uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. In. ESEP, *Autocuidado: um foco central da Enfermagem*. (pp. 5-14). ESEP, Porto, RCAAP;

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39313/1/e-book-1.pdf>

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28;

[Doi: 10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5 Ed.). EUA;

Mihailescu, S-D., Maréchal, I., Thillard D., Gillibert, A., & Compère, V. (2020). Socioenvironmental criteria and postoperative complications in ambulatory surgery in a French university hospital: a prospective cross-sectional observational study. *BMJ Open*, 10: e036795, 1-8;

[doi:10.1136/bmjopen-2020-036795](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036795)

Ministério da Saúde (2023). *Novo Recorde de Cirurgias de Ambulatório*. XIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória, APCA, Santo Tirso;

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/06/19/novo-recorde-de-cirurgias-de-ambulatorio/>

Moreira, I. (2011). *Comparação de Resultados: Prestação de Cuidados de Saúde Hospitalares Públicos e Privados*. [Master's Thesis, Faculdade de Economia - Universidade do Porto], Repositório;

[https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=6893](https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=6893)

Mota, A., Castilho, A., Martins, M. (2021). Papéis de Liderança em Enfermagem Preditores da Segurança do Doente no Bloco Operatório. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36, 2022, 1-12;

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura, *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (2), 505-510;

<https://www.scielo.br/j/csc/a/gXgZpscZ5qcNH9hHF5WD9Xd/?format=pdf&lang=pt>

Nassar, M. (2006). *O Papel da Comunicação nas Organizações de Saúde: oportunidades e desafios*. Intercom, XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, UnB, 1-9.

<http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/124774426789181000807901524350708876107.pdf>

Neiva, F. (2018) Comunicação das organizações: um olhar sobre a importância da comunicação interna. *Media & Jornalismo*, 18 (33), 61-74.

[https://impactum-journals.uc.pt/mj/article/view/2183-5462\\_33\\_4](https://impactum-journals.uc.pt/mj/article/view/2183-5462_33_4)

Oliveira, P. (2015) *A Importância da Qualidade dos Registo Médicos para os Hospitais*. [Máster's Thesis, ISCTE Business School] Repositório ISCTE – IUL;  
[https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/11651/1/master\\_paulo\\_gil\\_oliveira.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/11651/1/master_paulo_gil_oliveira.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (1998). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* (Decreto-lei N° 104/98 de 21 de Abril). 1ª Série-A, N°93;  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro – Dos comentários à análise dos casos*. Edição Ordem dos Enfermeiros, Lisboa  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Consentimento informado para intervenções de enfermagem*. Enunciado de posição Ordem dos Enfermeiros, Lisboa;  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2014) *Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Assembleia Geral Ordinária, 30 de Maio;  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesseguras\\_dos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_ag\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem é Pessoa em situação Perioperatória*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Leiria;  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros, (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à*

atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Orem, D. (1959). *Guides for developing curricula for the education of practical nurses*. Washington: U.S. Department Of Health, Education and Welfare;

<http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED013305.pdf>

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6<sup>th</sup> edition). St. Louis: Mosby, EUA;

Pinheiro, A. (2018). Os Sistemas de Informação na prática de um médico de família: onde está a interoperabilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 34, 250-254;

[https://www.researchgate.net/publication/328197295\\_Os\\_sistemas\\_de\\_informacao\\_na\\_pratica\\_do\\_medico\\_de\\_familia\\_onde\\_esta\\_a\\_interoperabilidade](https://www.researchgate.net/publication/328197295_Os_sistemas_de_informacao_na_pratica_do_medico_de_familia_onde_esta_a_interoperabilidade)

Popov, D., & Peniche, A. (2009). As Intervenções do Enfermeiro e as Complicações em Sala de recuperação Pós-Anestésica. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 43 (4), 953-961;

<https://www.scielo.br/j/reensp/a/NBtDkD9DVBNCFR4fJjLfzvv/?format=pdf&lang=pt>

Portaria n.º 234/2015 (2015). Regulamento das Tabelas de preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde (Anexo I, Secção I, pp. 5518-5522).

Diário da República: I Série, N.º 153 (7 de Agosto);

<https://files.dre.pt/1s/2015/08/15300/0551605654.pdf>

Reed, W., & Kershner, B. (1993). The history of the Federated Ambulatory Surgery Association. *Revista Elsevier*, 1 (1), Março, 18-21;

[https://doi.org/10.1016/0966-6532\(93\)90064-V](https://doi.org/10.1016/0966-6532(93)90064-V)

Regulamento N.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (artigo 5º, anexo IV, pp. 19366 - 19368). Diário da República: II série, Nº 135 (16 de julho);

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

Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (pp. 4744 – 4750). Diário da República: II série, nº 26 (6 de fevereiro);

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

Ribeiro, O. (2017). *Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem: Olhares sobre o real da qualidade e o ideal da excelência no exercício profissional dos enfermeiros*. [Doctoral Dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. RCAAP.

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/105835/2/202221.pdf>

Ribeiro, I., Pires, R., Sequeira, C., Cruz, M., Lima, L., Carvalho, J. C., Gonçalves, P., & Coelho, J. (2021) *Entrevista Clínica – Documento de Apoio*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, UC: Comportamento e Relação;

Santana, R., Lopes, H., Carlos, J. S., Rodrigues, M., Mestre, R., Matias, T., & Ribeiro, V. (2014). *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*. Ministério da Saúde.

[http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9E8DC6EA-34D1-4E18-A4BA-BCE312693BF4/0/Integracao\\_Cuidados\\_Saude\\_Relatorio.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9E8DC6EA-34D1-4E18-A4BA-BCE312693BF4/0/Integracao_Cuidados_Saude_Relatorio.pdf)

Santos, M., Bittencourt, G., Beserra, P., & Nóbrega, M. (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, 6 (1);

<https://doi.org/10.12707/RV21047>

Seligson, E., Beutler, S., & Urman, R. (2019). Office-based anesthesia: an update on safety and outcomes (2017-2019). *Current Opinion in Anaesthesiology*, 32 (6), 756-761; [doi: 10.1097/ACO.0000000000000789](https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000789).

Sequeira, C., & Fortuño, M. L. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa, Lidel Edições Técnicas Lda, 237-250;

Simões, S. (2016). *A Cirurgia de Ambulatório em Portugal*. [Master's Thesis, ISEG – Universidade de Lisboa]. RCAAP; <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13164/1/DM-SPHS-2016.pdf>

Sobczak, A. (2002) Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland. *International Journal of Integrate Care*, Vol. 2, (1), 1-9  
[DOI:10.5334/ijic.58](https://doi.org/10.5334/ijic.58)

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2014). Recomendações Perioperatórias para Profilaxia do Tromboembolismo Venoso no doente adulto. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 23 (3), 61- 75;  
<http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Tromboembolismo.pdf>

SNS (2023) *Duas Novas Unidades Locais de Saúde no SNS*. Direção Executiva SNS, 26/07/2023, Ministério da Saúde;  
<https://www.sns.min-saude.pt/pesquisa-deliberacoes/page/3/?keyword&numero&ano#>

Sousa, M., Figueiredo, A. (2021). Os registos de enfermagem nas revistas portuguesas (1958-1998): um estudo bibliométrico. *Revista Referência*, 5 (8), e20173; <https://www.redalyc.org/journal/3882/388270215014/388270215014.pdf>

SPEO (2018). *Tratamento Não Cirúrgico da Obesidade do Adulto – Recomendações da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade*. Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, 11–19;  
[https://www.speo-obesidade.pt/wp-content/uploads/2020/06/Ap\\_Livro-SPEO\\_v7-.pdf](https://www.speo-obesidade.pt/wp-content/uploads/2020/06/Ap_Livro-SPEO_v7-.pdf)

ULSM (2022). *Relatório de Governo Societário*;

<https://www.ulsm.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2022/05/RGS-ULSM-2021.pdf>

ULSM (2023). *Equipa de Cirurgia de Obesidade realiza pela primeira vez Bypasss gástrico em Ambulatório*;

<https://www.ulsm.min-saude.pt/noticias/equipa-de-cirurgia-de-obesidade-realiza-pela-primeira-vez-bypasss-gastrico-em-ambulatorio/>

XXIII Governo de Portugal (2023) *Nova organização dos cuidados de saúde: conheça a grande reforma do SNS para 2024*. Portugal.Gov.PT, Comunicação/Notícias.

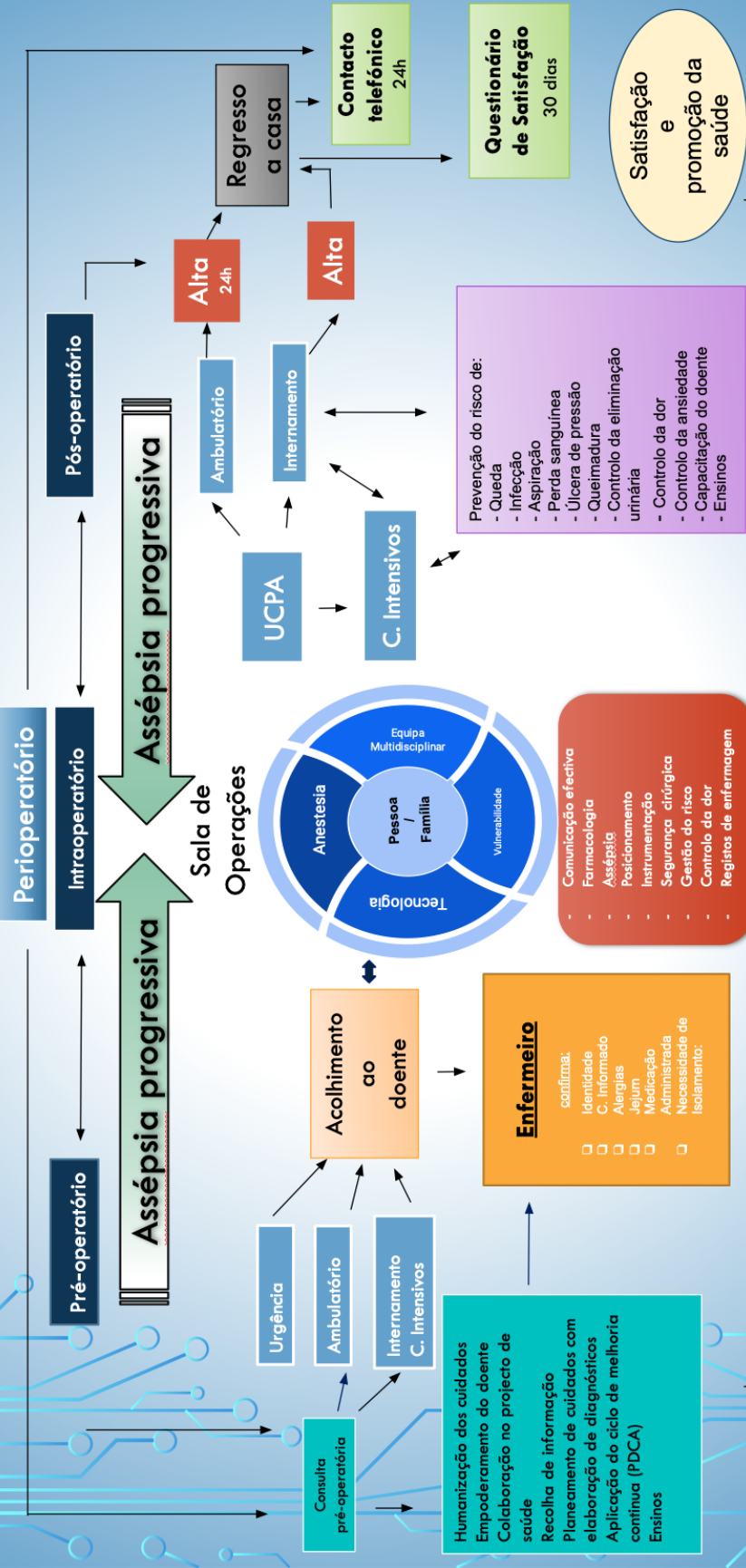
<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=nova-organizacao-dos-cuidados-de-saude-conheca-a-grande-reforma-do-sns-para-2024>

## **APÊNDICE**

## **APÊNDICE I**

MAPA CONCEPTUAL APRESENTADO EM FORMATO PÓSTER NO VI  
CONGRESSO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS “TIMELINE DO DOENTE EM  
SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: A EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM”

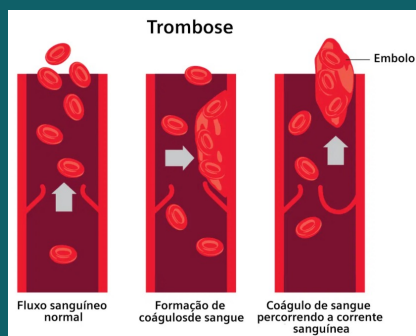
# TIME LINE DO DOENTE EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: A EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM



**APÊNDICE II**  
**PANFLETO INFORMATIVO**  
**“PROFILAXIA TROMBOEMBÓLICA”**

## O QUE É A PROFILAXIA TROMBOEMBÓLICA?

➤ São um conjunto de recomendações terapêuticas e não terapêuticas, que têm como objetivo a prevenção do aparecimento de Trombos ou Coágulos Venosos na circulação sanguínea.



## O QUE SÃO HEPARINAS DE BAIXO PESO MOLECULAR (HBPM)?

➤ São medicamentos anticoagulantes utilizados no tratamento de Tromboses ou Coágulos Sanguíneos, administrados por via subcutânea.

## Se apresentar Sinais/Sintomas de...

- ✓ Dor Intensa
- ✓ Hemorragia ativa
- ✓ Hematoma exacerbado no local de administração do medicamento
- ✓ Febre
- ✓ Náuseas/Vômitos
- ✓ Confusão
- ✓ Reações alérgicas cutâneas

... fale com um Profissional de Saúde!

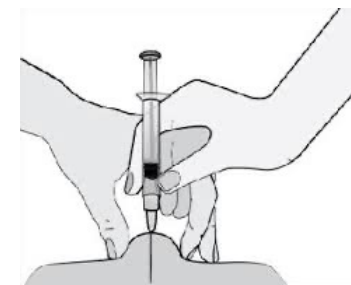
Contate-nos de segunda a sexta-feira das  
8h00 às 20H00

Telefone de Enfermagem da Unidade de  
Cirurgia de Ambulatório:  
22(...) ou 91(...)



## Unidade de Cirurgia de Ambulatório

### Profilaxia Tromboembólica



**Enfermagem Perioperatória**

## PROFILAXIA TROMBOEMBÓLICA

### **Deve saber que:**

➤ Esta medicação deve ser administrada todos os dias, aproximadamente à mesma hora, durante o número de dias prescrito pelo seu médico;

➤ A seringa apresenta-se pré-cheia, é descartável e está pronta para uso imediato;

➤ Uma vez administrada a medicação, a seringa deve ser descartada para um contentor adequado, colocando-o sempre num local seguro;

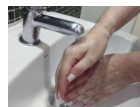
➤ Não deve voltar a colocar a “tampa” nas seringas utilizadas;

➤ No final da terapêutica deve acondicionar e entregar as seringas vazias nos locais apropriados (Exº: Farmácia, Centros de Saúde).



## PROCEDIMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO

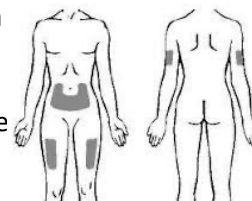
→ Lave as mãos;



→ Deve estar de preferência deitado ou sentado;

→ Não expelir a bolha de ar da seringa antes da injeção, para evitar a perda do medicamento → **A medicação está pronta a ser administrada!**

→ A administração deve ser realizada preferencialmente na parte lateral da parede abdominal, alternadamente entre o lado direito e



o lado esquerdo, começando da parte superior para a inferior. Também pode ser realizada na parte lateral das coxas e braços;

→ Na zona abdominal, tenha como referência a medida de pelo menos 2 ou 3 dedos para a direita ou esquerda do umbigo;



→ Desinfetar o local de administração do medicamento, com algodão ou compressa embebida em Álcool 70°. Deixe secar;

→ A agulha deve ser totalmente introduzida na vertical numa prega cutânea feita entre o polegar e o indicador. A prega cutânea deve ser mantida durante a injeção;



→ No final, deve retirar a seringa mantendo a prega cutânea;

→ Não deve friccionar o local de injeção após a administração. Pode passar de forma leve uma compressa, não sendo habitual que sangre após a picada.

### **Saiba ainda que...**

☞ No que diz respeito à retoma da medicação habitual relacionada com o sistema circulatório sanguíneo, deve seguir as orientações específicas da equipa cirúrgica.

### **APÊNDICE III**

**PROJETO DESENVOLVIDO EM CONTEXTO DO ENSINO CLÍNICO III  
“PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM CENTRADOS NO CLIENTE,  
NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA AMBULATORIA, EM  
ARTICULAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA ULS”**

**I Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica  
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória**

Ano letivo 2022/2023

**“Prestação de cuidados de Enfermagem  
centrados no cliente, no período pós-  
operatório de Cirurgia Ambulatória, em  
articulação com os Cuidados de Saúde  
Primários”**

**Projeto integrado na Unidade Curricular do Ensino Clínico III:  
Estágio com Relatório**

Trabalho elaborado por:  
Luis Teixeira (20210738)

**Porto, 9 de Junho de 2023**

**I Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica  
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória**

Ano letivo 2022/2023

**“Prestação de cuidados de Enfermagem  
centrados no cliente, no período pós-  
operatório de Cirurgia Ambulatória, em  
articulação com os Cuidados de Saúde  
Primários”**

**Projeto integrado na Unidade Curricular do Ensino Clínico III:  
Estágio com Relatório**

Trabalho elaborado por:  
Luis Teixeira (20210738)

*Sob orientação da Professora: Márcia Alves  
Enf<sup>a</sup> Gestora da Unidade de Cirurgia Ambulatória: Leticia Sousa  
Enf.<sup>a</sup> Orientadora do Estágio: Paula Xavier*

**Porto, 7 de Julho de 2023**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DAS ULS´S.....</b>	<b>9</b>
<b>2. ANÁLISE DE PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO ENTRE A UCA E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....</b>	<b>12</b>
<b>3. INDICADORES DE MEDIDA.....</b>	<b>18</b>
<b>4. CUSTO / BENEFÍCIO.....</b>	<b>20</b>
<b>5. ANÁLISE SWOT.....</b>	<b>22</b>
<b>6. PDCA / CICLO DE DEMING.....</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>32</b>
ANEXO I - “CARTA DE TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM – UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIA”	
ANEXO II - “QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES OPERADOS NA UCA APÓS 30 DIAS DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA”	
<b>APÊNDICE</b>	
APÊNDICE I - “ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA”	
APÊNDICE II - “CONSENTIMENTO INFORMADO DA ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA”	
APÊNDICE III - “PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO”	
APÊNDICE IV - “QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS DA UCA E CSP”	

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Análise SWOT.....	23
Figura 2 – PDCA / Ciclo de Deming.....	24

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

APA – *American Psychological Association*

BOC – Bloco Operatório Central

CA – Cirurgia de Ambulatório

CS – Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

Enf<sup>o</sup> - Enfermeiro

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

SASU - Serviço de Atendimento a Doentes Urgentes

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

UADC - Unidade de Admissão de Doentes Cirúrgicos

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório – Módulo II, Ensino Clínico III, inserida no terceiro semestre do I Mestrado de Enfermagem de Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, foi identificada uma oportunidade de melhoria na interface clientes em período pós-operatório na Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) e as diversas unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP) inseridas na Unidade Local de Saúde seleccionada. Deste modo, elencou-se como um dos objetivos deste módulo formativo, promover a articulação entre os profissionais de Enfermagem da UCA e dos Cuidados de Saúde Primários da ULS para continuidade na prestação de cuidados, centrados no cliente, no período pós-operatório, dando posteriormente origem ao título do presente projeto “Prestação de cuidados de Enfermagem centrados no cliente, no período pós-operatório de Cirurgia Ambulatória, em articulação com os Cuidados de Saúde Primários”.

Na conceção e projeção deste documento, foram determinantes a visão e conhecimento da dinâmica global do serviço obtida ao longo de vários anos da gestora da UCA; a experiência de campo da Enf.<sup>a</sup> especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que atualmente desenvolve exclusivamente a sua atividade no recobro da UCA; da Prof.<sup>a</sup> Márcia Alves, como orientadora do módulo formativo do Mestrado frequentado e elemento de adjudicação do carácter científico do trabalho; bem como os restantes profissionais de Enfermagem que prestaram o seu contributo através da partilha de informação acerca do tema.

A Cirurgia Ambulatória (CA) representa um volume de cirurgias programadas muito elevado e com um enorme potencial de crescimento num futuro próximo, devido às vantagens associadas quer para o cliente, quer para as organizações de saúde, em comparação com o regime de internamento subjacente às cirurgias de cariz urgente e convencional. Segundo os dados do portal de *benchmarking* da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2023), de acordo com o número de cirurgias realizadas em 2022 até ao mês de Novembro, a ULS seleccionada regista um aumento de 17,7% das

intervenções cirúrgicas programadas em regime ambulatorio em comparação ao desempenho obtido em 2021.

No último ponto dos objetivos que esta ULS se predispõe alcançar e apresenta na sua página oficial da internet, faz referência à “prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, de forma integrada, consubstanciando um *continuum* de cuidados centrados na pessoa do utente” (... , 2023). Portanto, torna-se evidente a transferência contínua de clientes da UCA para o respetivo Centro de Saúde de referência, quer seja para continuidade de prescrições terapêuticas relacionadas com o ato cirúrgico, como para tratamento de feridas, administração de terapêutica, remoção de material de sutura, entre outros procedimentos de Enfermagem levados a cabo pelo Enfermeiro de família do cliente. Sendo pioneiros na implementação do modelo de Unidade Local de Saúde, pode ser importante voltar a estudar formas de aproximação e respetivas estratégias entre os cuidados prestados ao nível ambulatorio hospitalar e os CSP, em prol de cuidados de Enfermagem centrados no cliente e na família/pessoa significativa que o acompanha.

Na produção deste projeto foi utilizada uma metodologia de revisão narrativa da literatura, através da base de dados PubMed, biblioteca virtual SciELO e Google Académico, com os seguintes descritores: **Unidade Local de Saúde, Enfermagem, Cirurgia Ambulatória, Cuidados de Saúde Primários e Pós-operatório**. Neste contexto foram definidos os seguintes objetivos específicos predelineados:

- Analisar os processos de comunicação entre a UCA e os CSP;
- Realizar uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) do projeto;
- Fomentar a continuidade da prestação de cuidados de Enfermagem contínuos centrados no cliente e família/pessoa significativa;
- Prever o possível impacto do projeto na continuidade da prestação dos cuidados de Enfermagem.

Para a realização deste projeto foi utilizada a norma de referenciação utilizada é a APA (*American Psychological Association*), 7ª edição, de acordo com as regras pré-estabelecidas no guia de orientação de trabalhos do Mestrado.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DAS ULS'S

A Unidade Local de Saúde selecionada, é uma organização em Saúde constituída no seu centro nevrálgico e polo dinâmico pelo Hospital, que além de dar resposta à prestação de cuidados de saúde da população residente no município, também presta serviços de saúde em diversas especialidades médicas e cirúrgicas à comunidade residente nos concelhos vizinhos. Além disso, esta ULS é constituída por quatro Centros de Saúde; pelo Centro de Diagnóstico Pneumológico; pelo Serviço de Atendimento a Doentes Urgentes (SASU); e pela Unidade de Saúde Pública (... , 2023).

A UCA desta ULS opera segundo um modelo autónomo e integrado, de forma a poder dar resposta ao elevado número de doentes propostos para este tipo de cirurgia, segundo os critérios nacionais preconizados pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2001). Deste modo, utiliza o Bloco Operatório Central (BOC) em conjunto com outras capacidades instaladas, como a Unidade de Admissão de Doentes Cirúrgicos (UADC) para a realização de etapas do processo perioperatório.

Através da regulamentação interna do funcionamento da CA ao nível intra-hospitalar, o hospital iniciou a sua atividade nesta área de forma relativamente precoce em comparação com o panorama nacional. Esta Unidade de Cirurgia Ambulatória encontra-se integrada na dinâmica da ULS.

De acordo com o documento redigido à data acerca da criação das ULS's, o legislador verificou a necessidade de “proceder a uma reengenharia do sistema de saúde numa perspectiva organizacional, criando as condições de integração dos cuidados, colectivizando os problemas que hoje cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos” (Decreto-Lei Nº 207/99, 1999, p. 3258). No caso da referida ULS, procurou-se criar, desde logo, um modelo inovador de integração e organização de serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares. Com efeito, o seu Conselho de Administração apresentou-se à data como único órgão de gestão, dirigindo não só o hospital, como também os centros de saúde existentes (Moreira, 2011).

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2011, p.14), na procedência das ULS's ao nível nacional “esteve o objetivo de criar uma melhor interligação entre centros de saúde, hospitais e outras entidades responsáveis pela saúde regional ou local”. Este

modelo de organização de serviços foi inovador pelo carácter integrador dos serviços que são prestados aos cidadãos, não fraccionando, ao nível da gestão, os cuidados primários e hospitalares. De facto, segundo a OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), em 2007 (as cited in ERS, 2011), a fragmentação na prestação de cuidados de saúde é um dos problemas apontados ao nível global, sobretudo devido à centralização de cuidados em determinadas patologias ou especialidades, ao invés da atenção centrada no cliente e na sua condição, quer seja no processo de Doença, de Saúde, ou na transição entre cada uma delas.

O projeto das Unidades Locais de Saúde surgiu na sequência do desenvolvimento do conceito de integração vertical entre organizações, que desponta nos EUA no início da década de 90 do século passado. Este modelo, rompe com o conceito de integração horizontal praticado até àquela data, em que múltiplas instituições com a prestação do mesmo tipo de serviços são assimiladas e passam a ser geridas pela mesma égide, para o conceito de integração vertical, em que instituições com linhas de orientação e finalidades distintas passam a ser administradas por uma única equipa de gestão (Bruno&Nunes, 2019; Sobczak, 2002). Para desenvolvermos o tema da integração de cuidados de saúde, devemos considerar o *brainstorming* de conceitos que podem estar associados a esta definição como a continuidade, coordenação, gestão e colaboração de cuidados; gestão da doença e de casos; e cuidados centrados no doente, que inexoravelmente tendem a dificultar a implementação deste modelo no que concerne à sua perspetiva estrutural (Lopes et al., 2014). Os principais objetivos da integração dos cuidados de saúde passam pelo controlo de custos/ regulação da despesa; aumento da eficiência na prestação de cuidados de saúde; e pela criação de novos padrões de cuidados de saúde com continuidade dos mesmos, aumentando a sua qualidade, a satisfação dos clientes e os ganhos em saúde (Sobczak, 2002).

Assim sendo, na integração vertical, as organizações de saúde são geridas pelo mesmo conselho de administração nos ramos diferentes da sua atividade, quer ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, mas também na prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, promovendo a coordenação dos diferentes níveis. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008, p.1) este conceito é definido como "a gestão e prestação de serviços de saúde para que os doentes recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades ao

longo do tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde". Mais tarde, em 2018, a OMS (p. 7) destaca ainda que “hospitais com cuidados ambulatoriais e primários totalmente integrados constituem uma correspondência muito importante, de garantia de prestação de cuidados contínuos aos pacientes”. Na perspetiva económico-financeira da integração vertical, salienta-se a criação de sistemas complexos que procuram interligar recursos, produção, aprovisionamento, distribuição, entre outros (Bruno&Nunes, 2019).

O nascimento das ULS's em Portugal constituíram um marco histórico apreciável no Sistema Nacional de Saúde (SNS), traduzindo-se segundo Bruno e Nunes (2019, p. 7), “num processo de integração vertical dos cuidados de saúde, que fundiu a gestão da atenção hospitalar com a atenção primária(...)”. Num estudo realizado na sub-região da Beira Baixa, utilizando uma metodologia qualitativa com recurso à entrevista semi-estruturada, Bruno e Nunes (2019) procuraram analisar a integração do Hospital Amato Lusitano na ULS de Castelo Branco ao nível da eficiência de serviços e prestação de cuidados. Os resultados verificados a este nível foram bastante positivos, porém, foi reconhecido que ainda se encontram aquém do esperado, uma vez que existiram falhas na articulação entre as diferentes equipas. Em suma, concluiu-se que a eficiência do trabalho desenvolvido no meio hospitalar seria melhorada se a articulação com os cuidados prestados nos CSP fosse fortalecida, justificando a ideia concebida *à priori* neste documento para a realização deste projeto.

Pelos motivos históricos e organizacionais enunciados, a organização dos cuidados de Enfermagem em contexto de CA deve ser alvo de investigação, no sentido de aproximar as organizações em Saúde e de proporcionar um cuidado centrado no cliente, sobretudo no âmbito do trabalho das Unidades Locais de Saúde.

## 2. ANÁLISE DE PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO ENTRE A UCA E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Comunicar advém do latim *communicare*, significa dividir alguma coisa com alguém e pode ser usado sob a forma de verbo transitivo como “dar a conhecer”, “divulgar” ou “transmitir algo”; ou, sob a forma de verbo pronominal, isto é, “propagar-se”, “relacionar-se”, “estar em comunicação” (Dicionário Porto Editora, 2023). A comunicação é parte integrante da vida de todos os indivíduos e possui uma função basilar pois permite-nos a troca de informações, o entendimento em relação a si próprio e aos outros, a integração em grupos, comunidades, organizações e na própria sociedade, a satisfação das necessidades económicas e a interação com os outros. “Sem comunicação, não existe qualquer organização. A comunicação é eficaz quando um indivíduo é capaz de transmitir ideias e essas ideias são captadas pelos indivíduos a quem a mensagem é destinada, quer seja de forma oral ou escrita” (Rego, 2007, as cited in Marques, 2022, p.126).

Uma organização só alcança a efetividade no processo de comunicação quando é capaz de identificar os fatores que contribuem para a eficácia e a eficiência do objetivo delineado. A análise dos meios, das funções e das influências comunicacionais possibilita elaborar e transmitir mensagens que possam ser compreendidas e aceites pelos colaboradores e público. Para Kreps (1990, as cited in Neiva, 2018, p.64), a comunicação organizacional é:

o processo através do qual os membros de uma organização reúnem informação pertinente sobre esta e sobre as mudanças que ocorrem no seu interior, e a fazem circular endógena e exogenamente. (...) As duas funções básicas da comunicação organizacional são fornecer aos membros da organização a informação necessária sobre a sua cultura e integrá-los nessa mesma cultura”.

A comunicação da informação aos diferentes departamentos de uma organização, a comunicação Interna, parece ser uma condição fundamental para a sobrevivência e

gestão de qualquer organização. Uma comunicação interna bem estruturada é uma poderosa ferramenta de integração, pois potencia um ambiente positivo favorável de modo a atingir as metas estratégicas da organização (Marques, 2022). A comunicação organizacional pode também realizar-se sob a forma de comunicação Externa, sendo “a responsável pelo posicionamento e imagem de qualquer organização na sociedade, e que tem como propósito promover a sua imagem, com vista à obtenção de atitudes favoráveis por parte dos públicos externos” (Pontes, 2011, as cited in Marques, 2022, p. 129).

A estratégia de comunicação organizacional deve ser encarada como um meio para chegar a um produto final, isto é, através de uma multiplicidade de fatores que devem conduzir à produção de valor por parte de uma organização. Perspetivada por um modo estratégico, a comunicação organizacional, servirá como um guia de orientação de todas as ações desenvolvidas, quer seja de forma interna ou externa, junto das diferentes partes interessadas, reforçando a dimensão humana e social (Brandão, 2018).

Na verdade, numa sociedade democrática os consensos são experiências “anormais”, uma vez que mediante um determinado problema, todos os intervenientes tendem a olhar para o mesmo com diferentes perspetivas segundo as suas vivências, valores, cultura e perspetivas. A criação e implementação de um projeto de comunicação, “de ações comprometidas com os valores e a missão da organização, capazes de fazer chegar de modo eficiente as informações necessárias aos diversos públicos” (Nassar, 2006, p. 2-3), podem ajudar na orientação da prática diária dos profissionais de saúde. Para isso, é necessário entender o ponto de partida, ou seja, saber se a comunicação interna existente num determinado departamento da organização é suficiente ou se existe margem para aprimorá-la, com o objetivo de mensurar o ponto de chegada, isto é, se as potenciais alterações no processo comunicativo resultem num suficiente impacto que justifique o investimento da mudança. Portanto, trata-se de um processo relacionado com a avaliação da qualidade em saúde, um modelo unificado desenvolvido por Avedis Donabedian a partir de um modelo conceptual primordial que se encontra dividido em Estrutura, Processo e Resultado (Donabedian, 1966).

Numa Unidade de Saúde convencional, e apesar dos diversos meios de comunicação utilizados de troca de mensagens internas, é comum encontrar alguns obstáculos para que certas informações sejam integralmente entregues aos devidos destinatários. Quer seja ao nível interno, quer seja ao nível dos clientes das Unidades de

Saúde, “os indivíduos deixaram de ser apenas consumidores de informação e passaram a ser também produtores de informação. Estamos, sem dúvida, diante de um novo modelo social e comunicacional” (Marques, 2022, p.126).

Por outro lado, a qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro perioperatório tem vindo a melhorar de forma significativa (AESOP, 2010), aliando a evolução tecnológica e a humanização dos cuidados. Deste modo, o enfermeiro que cuida do cliente no Perioperatório deve produzir um “plano de intervenção em função das necessidades identificadas” e “utilizar estratégias de comunicação adequadas para assegurar documentação precisa e a continuidade de cuidados” (Regulamento 42/2018, p.19366-19367) e que estão de acordo com as suas competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área a Pessoa em situação Perioperatória, por forma a restabelecer a saúde do cliente e a sua participação no processo de Enfermagem.

Em resultado do exposto, pretende-se realizar numa primeira fase deste projeto, uma auscultação de alguns profissionais de Enfermagem e responsáveis/gestores de departamentos de Enfermagem, quer ao nível da UCA, como dos CSP (APÊNDICE I), após o seu consentimento informado para gravação de uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE II). Utilizando a técnica de análise de conteúdo, ambiciona-se reconhecer a importância do tema, efetuar pontes e encontrar o melhor veículo possível de troca de informação entre os dois departamentos para otimizar a informação dos nossos clientes, disponibilizando-a ao serviço das suas necessidades, qualidade de vida e aquisição/restabelecimento do melhor estado de saúde possível.

Neste sentido, almeja-se que os clientes operados saiam com alta da UCA já com a consulta de Enfermagem marcada no respetivo Centro de Saúde (CS) da sua área de residência, com o seu Enfermeiro de família. Nesta perspetiva, seguramente sairá reforçado o vínculo e sentido de compromisso/responsabilidade entre clientes e a ULS, bem como os índices de satisfação veiculados aos cuidados prestados e à resolução de problemas, num processo vivencial frequentemente associado a momentos de grande vulnerabilidade por parte do cliente. Por outro lado, com esta medida também reforçaremos o nível de literacia em saúde dos nossos clientes, sensibilizando-os para a necessidade de se estabelecerem como parte integrante do processo. Por fim, pretendemos que a recuperação do cliente operado se traduza não só em ganhos em saúde para o indivíduo como para a organização, através da redução dos custos associados a possíveis

complicações existentes no período pós-operatório. De referir ainda que a execução deste projeto implicará a necessária emissão de um pedido de autorização à Direção de Enfermagem para o seu desenvolvimento (APÊNDICE III).

Na atualidade, os profissionais de saúde trabalham mais do que nunca em equipa, com elevada tecnologia, pelo que o registo correto e oportuno das informações relativas ao processo clínico dos clientes evitam acidentes graves (Pereira, 2006). Portanto, assistimos a uma enorme evolução das tecnologias e através dos registos de Enfermagem comunicamos com os serviços da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, o designado SClínico para a maioria dos profissionais de saúde, concomitantemente com outros sistemas como o Patient Care, o email institucional, entre outros.

Neste contexto, este projeto pretende também dar resposta às necessidades dos colegas de Enfermagem dos CSP, que recorrentemente nem têm prévio conhecimento que os seus clientes vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica, algo tão importante para planear os cuidados pós-alta da CA. Além disso, o atual circuito entre UCA e CSP realiza-se através do preenchimento de uma carta de transferência de Enfermagem (ANEXO I) que o cliente operado e/ou família/pessoa significativa que o acompanha deve apresentar no respetivo centro de saúde, para que se proceda à marcação de consulta de Enfermagem. A mesma é marcada conforme a agenda e disponibilidade do Enfermeiro de família. Ainda se deve salientar que para a marcação da consulta de Enfermagem, o contato telefónico para o Centro de Saúde é frequentemente infrutífero, pois por experiência pessoal como utente de um CS da ULS em causa, é recorrente não ser atendido.

Assim sendo, resta procurar a melhor forma de comunicação para que a UCA possa entrar em contato com os CSP durante o processo perioperatório e o cliente possa sair com alta deste serviço com a consulta de Enfermagem marcada no CS, propondo-se as seguintes opções:

- 1) Através da consulta de Enfermagem pré-operatória na UCA - o Enfermeiro (En<sup>o</sup>) da UCA utilizando a ferramenta de trabalho SClínico, visualiza o En<sup>o</sup> de família do cliente e através do email institucional ou outro canal de trabalho a acordar, sinaliza que o cliente X vai ser operado em determinado dia e que necessita de consulta de Enfermagem nos CSP 2/3 dias após ser operado, conforme protocolo a instituir. O secretariado da UCA gere esse pedido e

entrega à equipa de Enfermagem a marcação da consulta de Enfermagem nos CSP em anexo ao processo clínico do cliente no dia da intervenção cirúrgica. O cliente recebe essa marcação juntamente com a restante documentação que é normalmente entregue no ensino para alta da CA;

- 2) Através da consulta de Enfermagem pré-operatória na UCA - o Enfermeiro da UCA utilizando a ferramenta de trabalho SClínico, visualiza o CS que o cliente pertence e mediante contato informático/ telefónico com um responsável por esta atividade em cada CS, sinaliza que o cliente X vai ser operado em determinado dia e que necessita de consulta de Enfermagem nos CSP 2/3 dias após ser operado, conforme protocolo a instituir. O secretariado da UCA gere esse pedido e entrega à equipa de Enfermagem a marcação da consulta de Enfermagem nos CSP em anexo ao processo clínico no dia da intervenção cirúrgica. O cliente recebe essa marcação juntamente com a restante documentação que é normalmente entregue no ensino para alta da CA;
- 3) No dia da cirurgia - o Enfermeiro de acolhimento na UCA, ao receber o cliente e mediante o procedimento cirúrgico a executar, reconhece a necessidade de marcar uma consulta de Enfermagem nos CSP 2/3 dias após ser operado, conforme protocolo a instituir. Utilizando a ferramenta de trabalho SClínico, visualiza o CS que o cliente pertence e solicita ao secretariado da UCA que através de contato informático/ telefónico com um responsável por esta atividade em cada CS, sinaliza que o cliente X vai ser operado e que necessita de consulta de Enfermagem. Esse pedido deverá ser processado em tempo útil para permitir que o cliente receba essa marcação juntamente com a restante documentação que é normalmente entregue no ensino para alta da CA realizado pelo enfermeiro do recobro;
- 4) No momento da alta da UCA – o Enfermeiro de recobro da UCA reconhece a necessidade de marcar uma consulta de Enfermagem nos CSP 2/3 dias após ser operado e tem acesso informático a partir do SClínico para fazer essas marcações nos respetivos CS da ULS, mediante protocolo a instituir com os CSP. Imprime a marcação e entrega-a ao cliente durante o ensino para alta da CA;

5) Outras propostas a considerar durante o desenvolvimento do projeto e interação entre a UCA e os CSP.

Em relação a estas propostas, evidencia-se que as duas primeiras possibilitam mais tempo para contatar os CS e obter uma resposta em tempo útil. É certo que ao agendar atempadamente a consulta de Enfermagem nos CSP pode gerar uma ou outra desmarcação pela não realização do procedimento cirúrgico, mas serão sempre situações previstas no âmbito do desenvolvimento deste projeto. Por outro lado, a última proposta implicaria mais uma tarefa a realizar na lista de um elevadíssimo volume de trabalho para os Enfermeiros do recobro, que além de um elevado *turnover* de clientes entre as diversas fases do perioperatório, como acolhimento, Recobro Fase I e Recobro Fase II e ensinos para alta, teriam de conhecer especificamente o *modus operandi* da marcação de consultas de Enfermagem de cada CS, segundo as orientações transmitidas por cada um deles, acarretando tempo de formação a todos os enfermeiros e conseqüentemente maior dificuldade na implementação imediata do projeto.

### 3. INDICADORES DE MEDIDA

No que concerne aos indicadores associados a este projeto, numa lógica de indicadores de estrutura, processo e resultado expostos por Avedis Donabedian (1966) como já fora referido anteriormente, elaboram-se os seguintes tópicos:

- Estrutura – Não existindo ainda um protocolo ou procedimento exposto/uniformizado por ambas as Unidades, não possibilita a apresentação de indicadores de medida. Acredita-se que surjam com o desenvolvimento do projeto;
- Processo – Nº de consultas de Enfermagem efetivamente marcadas pela UCA nos CSP / Nº total de consultas de Enfermagem com indicação para marcação pela UCA nos CSP. Ou seja, após a validação do procedimento e início do projeto-piloto, deve-se procurar a sua avaliação em contexto de ciclo de Deming/PDCA ao final de seis meses, e assim sucessivamente.
- Resultado – Grau de satisfação dos clientes da ULS, medido através da resposta a questionário de satisfação entregue na UCA, apresentando-se as seguintes metas:
  - Insuficiente: grau de satisfação inferior a 30%;
  - Suficiente/Bom: grau de satisfação superior a 50%;
  - Muito Bom: grau de satisfação superior a 80%.

O indicador grau de satisfação deve ter em conta a experiência/expectativa dos indivíduos com este projeto, de forma a evidenciar um gradiente de produtividade compatível com ganhos em saúde tanto para clientes como para a Enfermagem, embora reconheça-se que nem sempre é exequível a sua aferição. Após início do projeto-piloto este indicador deve ser avaliado ao final de 6 meses, reconhecendo assim a necessidade de o cliente carecer de tempo para ter uma opinião formada acerca da experiência. De ressaltar que no ensino aos clientes com alta da UCA, a instrução passa pelo preenchimento e entrega do questionário de satisfação após 30 dias de ser operado (ANEXO II).

- Grau de satisfação dos Enfermeiros dos CSP com a prática e conteúdo do projeto, medido através de questionário fechado, com perguntas de resposta tipo *lickert* (APÊNDICE IV) enviado através da aplicação Google Forms®, apresentando-se as seguintes metas:

- Insuficiente: grau de satisfação inferior a 30%;
- Suficiente/Bom: grau de satisfação superior a 50%;
- Muito Bom: grau de satisfação superior a 80%.

- Grau de satisfação dos Enfermeiros da UCA com a prática e conteúdo do projeto, medido através de questionário fechado, com perguntas de resposta tipo *lickert* (APÊNDICE IV) enviado através da aplicação Google Forms®, apresentando-se as seguintes metas:

- Insuficiente: grau de satisfação inferior a 30%;
- Suficiente/Bom: grau de satisfação superior a 50%;
- Muito Bom: grau de satisfação superior a 80%.

De salientar que este indicador de medida deve também ser avaliado ao final de 6 meses após o início do projeto-piloto, a fim de avaliar o primeiro ciclo de PDCA e estudar a hipótese de alargamento do projeto.

#### 4. CUSTO/BENEFÍCIO

Tendo em conta que a estrutura basilar já se encontra protocolada e presente no fluxo ativo de clientes entre a UCA e os CSP, estimam-se que os custos associados ao projeto estejam relacionados com o tempo disponibilizado por pessoal de Enfermagem e Administrativo para a consecução dos objetivos deste trabalho. Contudo, devem ser sempre considerados como custos imputáveis a Recursos Humanos, numa lógica de cálculo de número de horas para desempenhar esta tarefa, somada às restantes tarefas já desempenhadas, para concluir o custo real relativo a este item.

Por outro lado, podem ser necessários alguns ajustes informáticos na criação de atalhos ou conexão entre os programas informáticos já utilizados como o SClínico e o Patient Care, no sentido de melhorar a sua interoperabilidade e a dos serviços a que se destinam (UCA e CSP) enquanto ferramenta de trabalho. Deste modo, deve constar neste projeto a possibilidade de custos também relativa a este tema.

Neste projeto devemos ainda elencar os benefícios que o mesmo pode proporcionar aos diversos elementos incluídos no mesmo:

- ✓ Equipa de Enfermagem da UCA - que poderão desempenhar as suas funções com maior qualidade, promovendo o *empowerment* do cliente em situação perioperatória, aliado à melhoria do acesso aos CSP para continuação de prestação de cuidados de Enfermagem, que se preconizam que devem ser de excelência ao longo da experiência do utente. Esta excelência do cuidar é por sua vez alicerçada e evidenciada nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória no que diz respeito à Satisfação do Cliente; Promoção da Saúde; Prevenção de complicações; Bem-estar e o autocuidado; Readaptação Funcional; Organização dos cuidados de Enfermagem; e, por último, Segurança da Pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Além disso, terão uma linha de contato mais pronunciada com cada CS dos CSP para atualização de protocolos, esclarecimento de dúvidas entre ambos e melhoria contínua da prestação de cuidados de Enfermagem.

✓ Equipas de Enfermagem dos CSP – que passarão a ficar informados com antecedência da intervenção cirúrgica dos seus clientes e da necessidade de planear uma consulta de Enfermagem nos CSP após terem sido submetidos a esse mesmo procedimento. Deste modo, terão a possibilidade de planear atempadamente os cuidados de Enfermagem a prestar, agendando-os com maior brevidade de acordo com cada Enf.º de família. Além disso, terão uma linha de contato mais evidente com a UCA para atualização de protocolos, esclarecimento de dúvidas entre ambos e melhoria contínua da prestação de cuidados de Enfermagem.

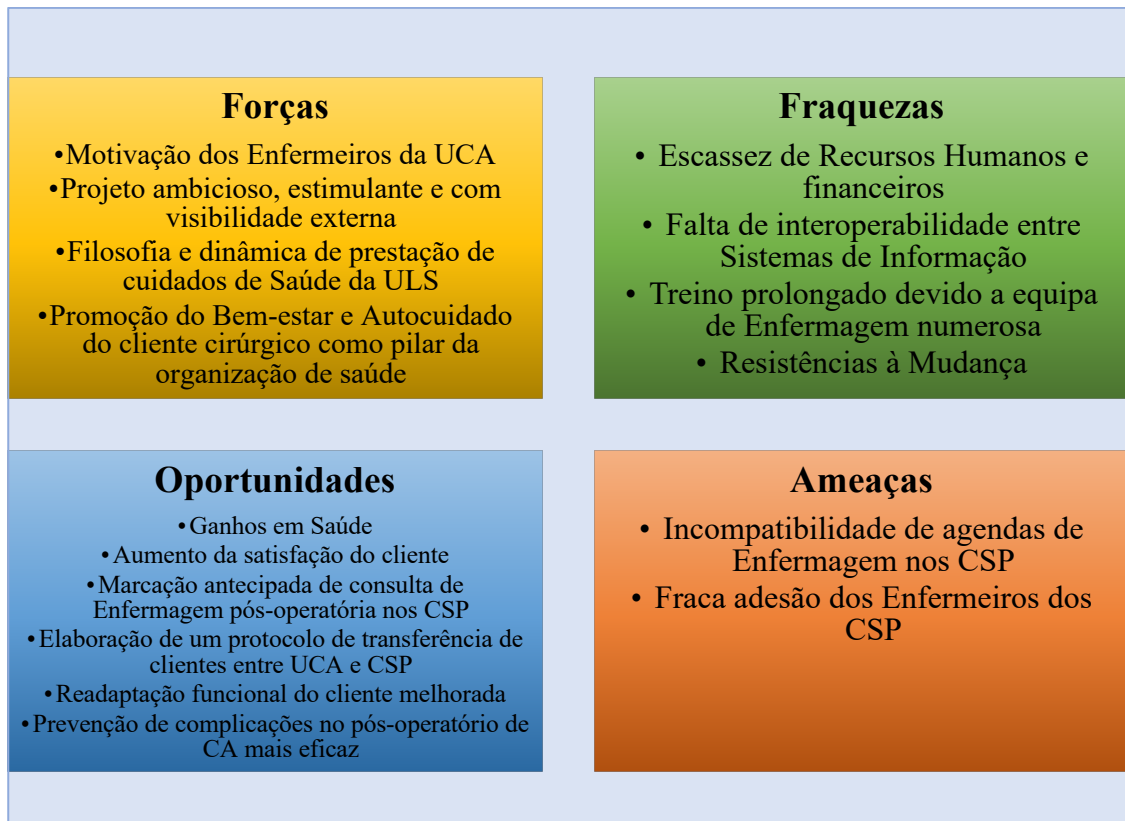
✓ Cliente – Enquanto elo ativo na dialética dos dois serviços enunciados, ficará com a consulta de Enfermagem agendada nos CSP desde o momento que sai com alta da UCA; tendo em conta a sua situação de vulnerabilidade em sequência da intervenção cirúrgica, deixará de gastar tempo e recursos económicos na marcação de consulta de Enfermagem por telefone ou mediante deslocação ao seu CS, evitando constrangimentos a si e/ou família/pessoa significativa que o acompanhe; e, em princípio, sairá da UCA com um compromisso mais vinculativo no que concerne ao cumprimento das recomendações sugeridas no momento da alta, com vista à sua recuperação e readaptação funcional total ou possível.

## 5. ANÁLISE SWOT

A análise SWOT constitui uma ferramenta amplamente utilizada na apresentação de um plano estratégico de trabalho, identificando elementos-chave para a gestão de um projeto ou organização e procurando estabelecer prioridades de atuação. Baseada na exposição de uma matriz que evidencie uma apreciação situacional de um projeto face a fatores internos e externos relacionados com a organização alvo, a análise SWOT ajuda a executar um diagnóstico de situação, com o objetivo de fortalecer os pontos fortes, melhorar os pontos fracos, potenciar as oportunidades identificadas e minimizar os riscos envolventes. No que concerne à sua terminologia, a sigla SWOT tem o seguinte significado e tradução:

- **S** - Strengths (Forças)
- **W** - Weaknesses (Fraquezas)
- **O** - Opportunities (Oportunidades)
- **T** - Threats (Ameaças)

Além de ser simples ao nível da sua utilização, a análise SWOT permite uma rápida perceção dos resultados inerentes à caracterização de uma situação através de um esquema. Neste sentido, de seguida tentaremos colocar em prática essa estratégia tendo em conta a implementação do projeto descrito ao longo do presente documento, de forma a alcançarmos o seu êxito.



**Figura 1: Análise SWOT. Fonte: O Autor.**

## **6. PDCA / CICLO DE DEMING**

Por último, no que concerne aos passos de desenvolvimento do projeto, pretendemos através da metodologia PDCA (Plan, Do, Check and Act) ou Ciclo de Deming, atingir os objetivos a que este se propõe. Deste modo, reconhecemos que o trajeto pode ser longo, mas que deve obedecer a uma série de níveis devidamente previstos e com flexibilidade suficiente para serem revistos e transitáveis quer no sentido ascendente como descendente, conforme o desenvolvimento do projeto.

O Ciclo de Deming é um método utilizado para otimizar processos e melhorar a qualidade dos resultados. A sua finalidade prende-se com o aperfeiçoamento contínuo do processo, conduzindo-o à sua forma mais perfeita possível no que diz respeito à sua apresentação. Desta forma, os procedimentos tornar-se-ão padronizados através do processo de repetição, o qual representa a chave desta ferramenta (Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Em suma, o PDCA ou ciclo de Deming constitui um instrumento de gestão inerente ao planeamento estratégico, que através do desenvolvimento de um procedimento/instrução ou projeto e sua repetição, permite aos gestores entenderem a origem dos problemas e a dedução acerca das suas soluções.

Para a realização deste projeto de articulação entre a UCA e os CSP escolhemos o seguinte plano de trabalho:

**PLAN**

- Identificar a lacuna na transferência de clientes entre a UCA e os CSP, descrevendo o problema
- Entender o problema através de revisão do estado de arte na literatura
- Elencar objetivos para a realização do projeto
- Compreender as causas junto das pessoas responsáveis e implicadas no processo de transferência de clientes entre a UCA e os CSP

**DO**

- Planear a implementação do projeto com base nas opiniões auscultadas através de entrevista semi-estruturada e após a eleição do melhor método de comunicação entre a UCA e os CSP
- Realizar uma sessão informativa acerca do trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros da UCA e explicar os passos do projeto de articulação aos Enfermeiros da UCA e CSP no auditório da ULS
- Executar os passos decorrentes do protocolo/padrão adoptado, realizando um projeto-piloto com a duração de 6 meses, nos clientes operados de cirurgia Bariátrica
- De salientar que a realização do projeto-piloto, salvo a existência de algum contra-tempo, contará com a participação dos 4 Centros de Saúde pertencentes à ULS

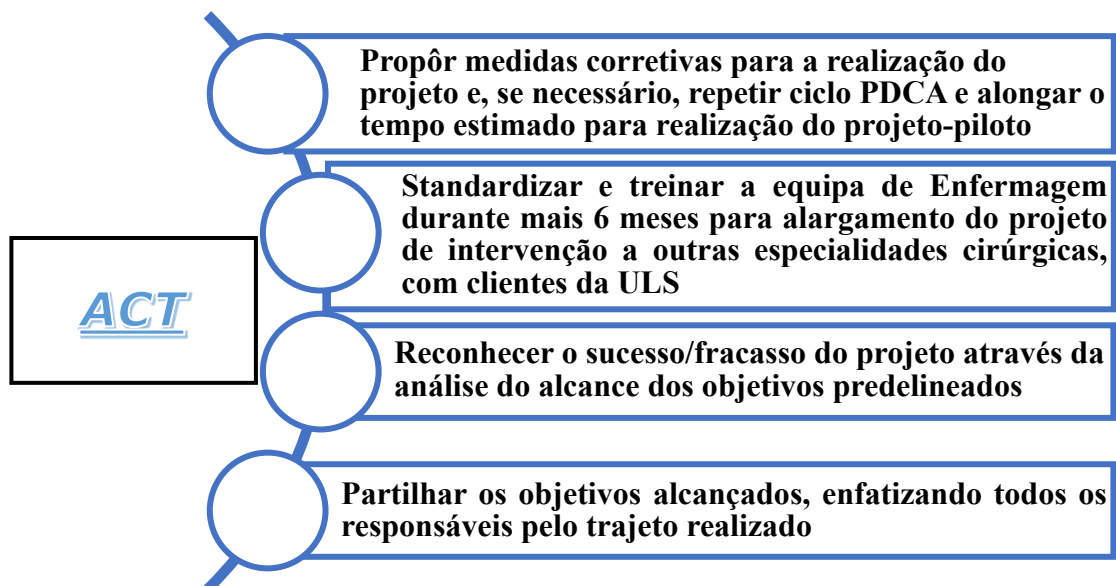
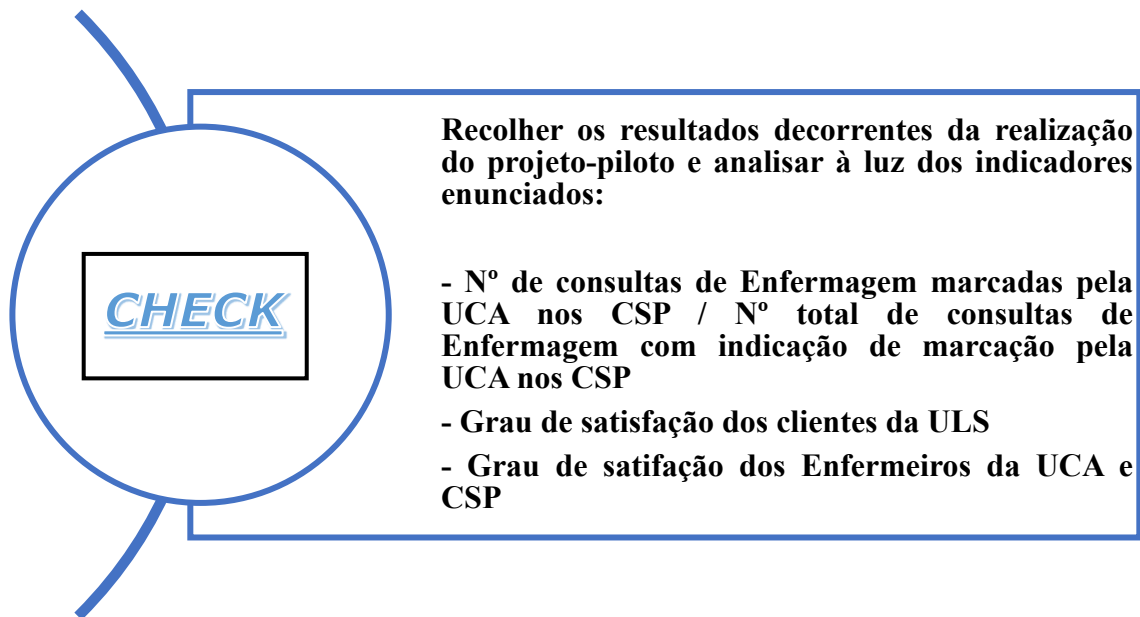


Figura 2: PDCA / Ciclo de Deming do projeto. Fonte: O Autor.

## CONCLUSÃO

Em Portugal, a conceção e projeção das Unidades Locais de Saúde conduziu a um ponto de viragem e transformação profunda no paradigma de prestação de cuidados de saúde centrados no cliente. Atualmente, o sucesso das ULS's traduz-se na criação de mais doze novas unidades só em 2023, que juntamente com as demais que já se encontram em funcionamento somam já 20 em território nacional, assegurando a resposta a mais de 30% da população portuguesa.

A realização deste projeto de Enfermagem procurou dar resposta a um problema percecionado durante a realização do Ensino Clínico do I Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, que temos a ambição que futuramente represente uma melhoria na qualidade de vida dos clientes de CA da ULS estudada, fundamentalmente num período tão vulnerável como o pós-operatório. Por outro lado, pretendemos também melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos Enfermeiros da UCA e CSP da ULS, de modo a reforçar diametralmente o compromisso na relação terapêutica estabelecida com o cliente cirúrgico em regime ambulatorio e aproximar equipas pertencentes à mesma organização de saúde que laboram no sentido do mesmo bem-comum.

A ULS objeto de estudo, pensamos que tem a responsabilidade de explanar o processo de introspeção e conexão das interfaces CA e os diversos Centros de Saúde da sua área de atuação.

Assim sendo, pensamos que os objetivos que propusemos para a consecução deste projeto de Enfermagem foram alcançados. Contudo, cremos que a comunicação entre a CA e os CSP representa a “chave” para o sucesso deste trabalho. Portanto, torna-se necessário que futuramente se identifique e defina a melhor estratégia possível de abertura de um canal de transmissão de informação entre as diversas equipas de Enfermagem, com vista à prestação de cuidados de acordo com os mais altos padrões de qualidade preconizados quer pela especialidade de Enfermagem Comunitária, quer pela especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS (2023). *Produção de Rácios e Eficiência – Cirurgias*. ACSS - Benchmarking Hospitais

[https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH\\_ProdRacioEficAtividadeDashboard](https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficAtividadeDashboard)

AESOP, (2010). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório*. 2ª Edição, Lusociência;

Brandão, N. G. (2018) A comunicação interna estratégica como reforço da valorização das pessoas e seus níveis de engagement nas organizações. Faculdade de Ciências Humanas - Universidade Católica Portuguesa, *Media&Jornalismo*, 18 (33), 91-102

Bruno, J., Nunes, A. (2019) A constituição de Unidades Locais de Saúde em Portugal: seus efeitos para a promoção da eficiência do Serviço Nacional de Saúde. *Saúde em Redes*, 5(3), 7-20

[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1116298/a-constituicao-de-unidades-locais-de-saude-em-portugal-seus-ef\\_6XVYMaL.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1116298/a-constituicao-de-unidades-locais-de-saude-em-portugal-seus-ef_6XVYMaL.pdf)

Decreto-Lei N° 207/99 (1999). Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (pp. 3258 – 3265). Diário da República, Série I-A, nº133 (9 de Junho), Ministério da Saúde;

<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/207-310798>

Dicionário Porto Editora (2023/06/05) *Infopédia- Dicionários Porto Editora*. Porto Editora.

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/pesquisa/>

DGS (2001) *Cirurgia de Ambulatório*. Lisboa, Direção Geral de Serviços de Planeamento;

<https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/consultoria/DGS%20Cirurgia%20de%20ambulat%3Ario.pdf>

Direção Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma I – Departamento da Qualidade na Saúde; <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Donabedian A. (1966) *Evaluating the quality of medical care*. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 166-203, Reeditado por Milbank Quarterly, 2005, Vol. 83, No. 4, 691-729  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde (2011) *Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde – Relatório Preliminar I*. Porto, ERS  
[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/39/ULS\\_11.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf)

Lopes, H., Carlos, J., Rodrigues, M., Mestre, R., Santana, R., Matias, T., Ribeiro, V. (2014) *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*. Ministério da saúde, Despacho N° 9567/2013  
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relatório-do-Grupo-de-Trabalho-criado-para-a-definição-de-proposta-de-metodologia-de-integração-dos-níveis-de-cuidados-de-saúde.pdf>

Marques, (2022) A Comunicação no contexto Organizacional In. Frederico, M. e Sousa, F. *Gerir com qualidade em saúde*. (pp. 125-131), 1ª Edição, Lisboa, Lidel – Edições Técnicas

Moreira, I. (2011). *Comparação de Resultados: Prestação de Cuidados de Saúde Hospitalares Públicos e Privados*. [Master's Thesis, Faculdade de Economia – Universidade do Porto], 34-35  
[https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=6893](https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=6893)

Nassar, M. R. F. (2006) O Papel da Comunicação nas Organizações de Saúde: oportunidades e desafios. Intercom, XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, UnB, 1-9.

<http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/124774426789181000807901524350708876107.pdf>

Neiva, F. (2018) Comunicação das organizações: um olhar sobre a importância da comunicação interna. *Media & Jornalismo*. 18, 33 (Novembro 2018), 61-74.

[https://impactum-journals.uc.pt/mj/article/view/2183-5462\\_33\\_4](https://impactum-journals.uc.pt/mj/article/view/2183-5462_33_4)

OMS (2008) *Integrated Health Services – What and Why?* Technical Brief N°1, WHO

[https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE\\_Docs\\_Ppt\\_Apr2014/10\\_session\\_c\\_hild\\_health\\_services/Apr2014\\_session10\\_integrated\\_health\\_services.pdf](https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_Docs_Ppt_Apr2014/10_session_c_hild_health_services/Apr2014_session10_integrated_health_services.pdf)

OMS (2018) *Technical Series on Primary Health Care*. Integrating Health Services Brief, WHO

<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, paliativa, perioperatória e em situação crónica*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Pereira, A. (2006). Dever da Documentação, Acesso ao Processo Clínico e sua Propriedade. Uma perspetiva Europeia. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, Ano XV, 16, 9-24

<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/2795/1/Dever%20de%20documenta%C3%A7%C3%A3o%20Acesso%20ao%20Processo%20Cl%C3%ADnico%20e%20a%20a%20propriedade%20do%20Processo%20cl%C3%ADnico.pdf>

Regulamento nº 429/2018, (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à

Pessoa em Situação Perioperatória (artigo 5º, anexo IV, pp. 19366 - 19368). Diário da República: II série, nº 135 (16 Julho), Ordem dos Enfermeiros;

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

Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros (2013) *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Guião%20para%20elaborac,ão%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Sobczak, A. (2002) Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland. *International Journal of Integrate Care*, Vol. 2, (1), 1-9

[DOI:10.5334/ijic.58](https://doi.org/10.5334/ijic.58)

## **APÊNDICE**

## **APÊNDICE I**

**“ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA”**

## **GUIÃO DA ENTREVISTA**

Tendo em conta a realidade atual, considera que existe margem para melhorar o processo de fluxo de clientes em período pós-operatório de Cirurgia Ambulatória entre a UCA e os CSP, no contexto dos princípios orientadores emanados pela ULS?

Considera relevante que o Enf.º de família de um cliente proposto a Cirurgia Ambulatória, seja previamente alertado do agendamento dessa cirurgia, de modo a preparar da melhor forma a prestação de cuidados de Enfermagem no período pós-operatório?

Na sua opinião, qual seria o melhor meio de comunicação entre a UCA e os CSP, para a melhoria em Enfermagem na transferência de clientes em período pós-operatório? Telefone? Mail institucional? Serviços Administrativos? Outras?

Na sua opinião, qual seria a melhor estratégia a adotar para agendamento de Consulta de Enfermagem nos CSP pós-alta da Unidade de Cirurgia Ambulatória?

Quais as vantagens/desvantagens, fraquezas e ameaças que, *à priori*, destacaria no desenvolvimento deste projeto?

## **APÊNDICE II**

**“CONSENTIMENTO INFORMADO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA”**

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA

**Tema do Projeto de Enfermagem:** “Prestação de cuidados de Enfermagem centrados no cliente, no período pós-operatório de Cirurgia Ambulatória, em articulação com os Cuidados de Saúde Primários na ULS”

Eu, \_\_\_\_\_, aceito de minha livre vontade participar no projeto supracitado, através da resposta a uma entrevista semiestruturada com gravação de voz para posterior análise de conteúdo da mesma. Esta participação irá permitir encontrar a melhor estratégia de cooperação entre a Unidade de Cirurgia Ambulatória e os Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde.

Solicitamos igualmente a sua autorização para utilizar as informações e dados recolhidos no nosso estudo, comprometendo-nos a não divulgar qualquer expressão que o possa identificar. Os dados serão utilizados respeitando o carácter sigiloso de todas as informações recolhidas.

Todos os dados recolhidos têm a garantia de confidencialidade e servem somente para fins de investigação. O responsável pelo projeto encontra-se permanentemente disponível para qualquer esclarecimento.

Este projeto surge no âmbito do I Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny no ano letivo 2022/2023.

Inquirido \_\_\_\_\_

Investigador \_\_\_\_\_

, 3 de Julho de 2023

### **APÊNDICE III**

**“PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO”**

Exm.º Senhor Diretor de Enfermagem  
da Unidade Local de Saúde

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de projeto de articulação da Unidade de Cirurgia Ambulatória com os Cuidados de Saúde Primários

No âmbito do I Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny no ano letivo 2022/2023, surgiu a ideia de realização do projeto com o título “Prestação de cuidados de Enfermagem centrados no cliente, no período pós-operatório de Cirurgia Ambulatória, em articulação com os Cuidados de Saúde Primários na ULS”, com os seguintes objetivos predelineados:

- Analisar e aperfeiçoar os processos de comunicação entre a UCA e os CSP;
- Fomentar a continuidade da prestação de cuidados de Enfermagem contínuos centrados no cliente e família/pessoa significativa, após alta da UCA;
- Proporcionar ao cliente uma consulta de Enfermagem agendada nos CSP desde o momento em que sai com alta da Unidade de Cirurgia Ambulatória;
- Promover o agendamento e planificação da prestação de cuidados de Enfermagem ao cliente no período pós-operatório de cirurgia ambulatória, pelos CSP.

Vimos, através deste ofício, solicitar a Vossa Excelência a autorização para o desenvolvimento deste projeto, tendo em consideração a metodologia PDCA apresentada ao longo do trabalho.

Com os sinceros cumprimentos,

---

**APÊNDICE IV**

**“QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS DA UCA E  
CSP”**

## QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

O presente questionário constitui um indicador fundamental de avaliação do grau de satisfação dos Enfermeiros da UCA e dos CSP com a prática e conteúdo do projeto de articulação entre as equipas de Enfermagem da UCA e dos CSP da ULS. Trata-se de um pequeno questionário fechado, com perguntas de resposta tipo *lickert*, apresentado através da plataforma Google Forms®, relacionado com o desenvolvimento e implementação desse trabalho.

Este projeto foi realizado no âmbito da realização do I Mestrado de Enfermagem de Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, no ano letivo 2022/2023.

Os dados recolhidos servem unicamente para o propósito mencionado, sendo necessário aproximadamente 4 minutos para o preenchimento do inquérito.

Muito obrigado pela sua colaboração.

**Tema:** “Prestação de cuidados de Enfermagem centrados no cliente, no período pós-operatório de Cirurgia Ambulatória, em articulação com os Cuidados de Saúde Primários na ULS”

### Dados do Entrevistado:

1. Sexo

- M
- F

2. Idade:

- 21 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- > 50

3. Tempo de atividade profissional no Bloco Operatório?

- < 3 Anos
- 3 – 5 Anos
- > 5 Anos

4. Categoria profissional?

- Enfermeiro
- Enfermeiro especialista

5. Local de Trabalho (serviço)?

- UCA
- USF ...
- USF ...
- USF ...
- USF ...
- USF Lagoa ...
- USF ...
- USF ...
- USF...
- USF ...
- USF ...
- USF ...
- USF ...

**No que diz respeito ao projeto de articulação entre as unidades de CA e CSP para prestação de cuidados de Enfermagem, classifique segundo o seu grau de concordância:**

1. Considera que o projeto de articulação entre as unidades de CA e CSP contribuiu para a melhoria de prestação de cuidados de Enfermagem centrada no cliente em período pós-operatório de CA?

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Não Concordo/Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

2. Considera que este projeto de Enfermagem representa uma mais-valia no processo de convalescência e readaptação funcional dos clientes em período pós-operatório de CA, promovendo um compromisso mais vinculativo dos mesmos?

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Não Concordo/Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

3. Os canais de comunicação interna da ULS utilizados pelos serviços UCA e CSP para promoverem antecipadamente um plano de prestação de cuidados nos CSP são eficazes?

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Não Concordo/Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

4. Se discorda, selecione a razão que essencialmente dificulta:

- Falta de interoperabilidade entre Sistemas de Informação
- Incompatibilidade nas agendas de Enfermagem nos CSP
- Fraca adesão dos Enfermeiros nos CSP ao projeto
- Resistência na participação do projeto pelas Administrativas
- Outras: \_\_\_\_\_

5. No geral, considera-se satisfeito com a sua participação no desenvolvimento deste projeto, no que concerne à prestação de cuidados de Enfermagem mais eficazes e personalizados ao cliente e família/pessoa significativa, conforme os Padrões de Qualidade descritos pela Ordem dos Enfermeiros?

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Não Concordo/Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente