



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
PERIOPERATÓRIA**

Ilda Fernanda Landeiro da Silva

**A ANSIEDADE NA FAMÍLIA/CUIDADORES DA PESSOA
PROPOSTA A CIRURGIA PROGRAMADA NO PERÍODO
PRÉ-OPERATÓRIO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**A ANSIEDADE NA FAMÍLIA/CUIDADORES DA PESSOA
PROPOSTA A CIRURGIA PROGRAMADA NO PERÍODO
PRÉ-OPERATÓRIO**

Relatório Final de Estágio

Ilda Fernanda Landeiro da Silva

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação do Professor Mestre Nelson Gabriel Gomes Ferreira Coimbra

Oliveira de Azeméis | 2023

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram num navio sem timão nem bússola, nunca tendo a certeza do seu destino”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

A obtenção de um mestrado ou uma especialidade não é responsabilidade única e exclusiva de quem se propõe seguir este caminho. Trata-se de um caminho longo, cheio de altos e baixos, de alegrias e de desânimos, que se misturam numa amálgama de sentimentos. Nesta fase do percurso do mestrado, lembro-me reiteradamente das palavras de D. António Machado “caminhante, não há caminho, faz-se o caminho ao andar”.

Este desbravar de caminho só se torna possível pelo contributo de várias pessoas que me acompanharam e que pela sua intervenção aportaram força, incentivo, conhecimento e generosidade na sua partilha, motivo pelo qual não posso deixar de sentir uma imensa gratidão.

Agradeço especialmente, ao meu orientador, o Professor Mestre Nelson Coimbra pela sua disponibilidade, pelo seu incentivo incansável, pelo aporte a nível científico, pelas críticas construtivas e por contribuir para a valorização deste trabalho.

Agradeço, às enfermeiras tutoras de estágio, à Enfermeira Especialista Catarina Vidal e à Enfermeira Especialista Cátia Martins do Centro Hospitalar Universitário do Porto, pela partilha de conhecimentos, pelo seu interesse constante, pelo seu apoio, por serem profissionais com um alto nível de competências, com sentido crítico e reflexivo que tornaram este período de estágio mais enriquecedor.

Agradeço, à Enfermeira Gestora do Bloco Operatório, Enfermeira Fátima Borges, pela sua aceitação, pela sua visão e incentivo à melhoria.

Agradeço a todos os enfermeiros do Bloco Operatório, por me fazerem sentir em casa, pela colaboração em todos os projetos, por tudo o que pude assimilar como pessoa e como enfermeira.

Agradeço ainda à minha mãe e à minha filha pelo apoio incondicional, pela paciência, e por toda a motivação ao longo deste percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – *Association PeriOperative Registered Nurses*

AOS- Assistentes operacionais

BN – Bloco de Neurocirurgia

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

CCIRA- Comissão de Controle de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

CGM – Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães

CHUP– Centro Hospitalar Universitário do Porto

CICA – Centro integrado de Cirurgia de Ambulatório

CMIN – Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

EEEMCEPSP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória

HSA – Hospital de santo António

IACS- Infecção Associadas aos Cuidados de Saúde

JBI – *The Joanna Briggs Institute*

LeanOR – *Lean in Operating Room*

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – População, Conceito e Contexto

PCCIRA- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PNSD- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PRISMA-ScR– *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews*

RAM- Resistência aos antimicrobianos

RCAAP –Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

ScR – *Scoping Review*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCPA– Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos

VPOE – Visita Pré-Operatória de Enfermagem

WHO- World Health Organization

RESUMO

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória representa uma possibilidade de evolução e melhoria pessoal e como enfermeira. Manifesta a progressão natural num percurso de 27 anos de enfermagem perioperatória. O estágio, ao estabelecer o contato com a realidade profissional, permite a aplicação e consolidação dos conhecimentos teóricos ministrados à praxis clínica. Tem como objetivo a aquisição de competências comuns e específicas no domínio do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com especialização na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Neste relatório de estágio pretende-se apresentar o trabalho desenvolvido no estágio, nomeadamente as atividades realizadas e a forma como contribuíram para a aquisição destas competências, tendo por base uma análise crítico-reflexiva. Possui também uma componente de investigação, pelo que se encontra dividido em duas partes: componente de estágio e componente de investigação.

Relativamente à componente de investigação, foi realizada sobre o tema “A Ansiedade na Família/Cuidadores da Pessoa proposta a Cirurgia Programada, no Período Pré-operatório”, por se considerar importante o papel da família enquanto elemento de suporte à pessoa em situação cirúrgica, mas também por esta ser alvo da atenção do enfermeiro perioperatório.

A ansiedade entende-se como um sentimento vago, desagradável, que causa desconforto e mal-estar físico e psíquico. Quando um elemento da família precisa de cirurgia, a sua família é envolvida nesta situação e acometida também ela pela ansiedade. Habitualmente, a atenção do enfermeiro perioperatório recai sobre a pessoa, mas torna-se fundamental que os cuidados de enfermagem se alarguem à família/cuidadores pois eles são essenciais para reduzir a ansiedade da pessoa, evitar complicações no pós-operatório e ajudar à adesão terapêutica.

O objetivo foi o de mapear o conhecimento que suporta o processo de gestão de ansiedade na família/cuidadores da pessoa proposta a cirurgia programada, no período pré-operatório. A metodologia seguida foi é uma Scoping Review (ScR), tendo como referência o método de Joanna Briggs Institute (JBI), em concordância com o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses for Scoping Review (PRISMA-ScR). A pesquisa foi realizada nas bases de dados Medline via Pubmed, CINAHL (via EBSCOHost), Scielo, Lilacs e BVS. Para literatura cinzenta recorreu-se à Opensigle, à Dart Europe e ao RCAAP. Foram definidos como

critérios de inclusão: estudos quantitativos, qualitativos e mistos, primários e secundários, centrados na ansiedade da família/cuidadores de pessoa proposta para cirurgia programada, no período pré-operatório, escritos nos idiomas português, inglês, francês e espanhol, realizados em adultos. A análise, extração e síntese de dados foram feitos dois revisores independentes e recurso a um terceiro revisor independente, em caso de discordância.

Os dados dos estudos foram colocados numa tabela de extração que permitiu a organização dos dados – autor, título, data, objetivos, participantes, desenho, metodologia, resultados e conclusão.

Os resultados sugerem que a investigação desenvolvida sobre esta temática é reduzida, o que revela um campo de ação a ser explorado no sentido de permitir uma continuidade de cuidados durante todo o período perioperatório, incluindo o pré-operatório, período no qual existe menor investimento, essencialmente no que toca à família. O envolvimento da família, revela-se essencial em grupos especiais como a pediatria. O investimento em ações educativas e visita pré-operatória de enfermagem permite a humanização dos cuidados, a implementação da relação terapêutica e a diminuição da ansiedade.

Palavras-chave: enfermagem perioperatória, família, cuidadores, cuidados de enfermagem, ansiedade

ABSTRACT

The master's degree in medical-surgical Nursing, in the Specialization Area in Nursing for the Person in Perioperative Situation, represents a possibility of evolution and personal improvement and as a nurse. It manifests the natural progression in a 27-years journey of perioperative nursing. The internship, when establishing contact with the professional reality, allows the application and consolidation of the theoretical knowledge taught into clinical practice. Its objective is to acquire skills in the domain of the specialist nurse in medical-surgical nursing, with specialization in nursing for the person in a perioperative situation.

This internship report intends to present the work conducted during the internship, namely the activities conducted and the way in which they contributed to the acquisition of these skills, based on a critical-reflective analysis.

It also has an investigation component, for this reason it is divided into two parts: internship component and investigation component.

Regarding the research component, the theme "Anxiety in the Family/Caregivers of the Person proposed for Scheduled Surgery, in the Preoperative Period" was carried out, as the role of the family as an element of support for the person in a surgical situation is considered important, but also because it is the target of the perioperative nurse's attention.

Anxiety is understood as a vague, unpleasant feeling that causes physical and mental discomfort. When a family member needs to undergo surgery, their entire family support system engages in this situation, and they too are affected by anxiety. Usually, the perioperative nurse's attention falls on the person, but it is essential that nursing care be extended to the family/caregivers as they are essential to reduce the person's anxiety, avoid complications in the postoperative period and help with therapeutic adherence.

The aim was to map the knowledge that supports the anxiety management process in the family/caregivers of the person scheduled for surgery, in the preoperative period. The methodology followed was a Scoping review (ScR), with reference to the method of Joanna Briggs Institute (JBI), in agreement with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Review (PRISMA-ScR). Search in Medline databases via Pubmed, CINAHL (via EBSCOHost), Scielo, Lilacs and BVS was performed. For gray literature, Opensigle, Dart europe and RCAAP were used. Inclusion criteria were: quantitative, qualitative, and mixed studies, primary and secondary, centered on the anxiety of the family/caregivers of a person

proposed for scheduled surgery, in the preoperative period, written in Portuguese, English, French and Spanish, performed in adults. The analysis, extraction and synthesis of data were carried out by two independent reviewers and a third independent reviewer was used in case of disagreement.

The data of the studies were placed in an extraction table that allowing data organizations – author, title of the study, date, objectives, participants, methodology, results, and conclusion.

Results suggest that research on this topic is limited, which reveals a field of action to be explored to allow continuity of care throughout the perioperative period, including the preoperative period, a period in which there is less investment, regarding the family. Family involvement is crucial in special groups such as pediatrics. Investment in educational actions and preoperative nursing visits allows for the humanization of care, the implementation of a therapeutic relationship and the reduction of anxiety.

Keywords: perioperative nursing, family, caregivers, nursing care, anxiety

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Objetivos gerais/atividades de estágio	31
Tabela 2. Competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019)	35
Tabela 3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, em enfermagem à pessoa em situação perioperatória	47
Tabela 4. Critérios de seleção	87
Tabela 5. Estratégia de pesquisa.....	88
Tabela 6. Síntese de resultados	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA	89
--	----

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	v
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	vii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT	xi
ÍNDICE DE TABELAS.....	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xv
INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	25
1. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	27
1.1. Estágio em contexto bloco operatório central e bloco de urgência	27
1.2. Objetivos de estágio	30
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	33
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....	45
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	59
1. RESUMO	61
2. ABSTRACT.....	63
3. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO	65
3.1. A ansiedade	65
3.2. A Família e a interação familiar	69
3.3. Enfermagem perioperatória.....	72
3.4. Humanização dos cuidados perioperatórios	75
3.5. Teoria das transições de Meleis	77

4. FINALIDADE E OBJETIVOS	83
5. METODOLOGIA	85
5.1. Desenho do estudo.....	85
5.2. Considerações éticas	90
6. RESULTADOS	91
7. DISCUSSÃO	95
8. CONCLUSÃO	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS.....	115
ANEXO I: <i>Preferences cards</i>.....	117
ANEXO II: Procedimento, guia, impresso e panfleto da VPOE.....	133
ANEXO III: Formação Visita Pré-operatória de Enfermagem	145
ANEXO IV: Lentes.....	151
ANEXO V: Carro de apoio à sala Oftalmologia	155
ANEXO VI: Certificado de Participação no Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2022	159
ANEXO VII: Comunicação livre em forma de póster: Determinantes da adesão às Boas Práticas de Higiene das Mãos na Sala Operatória	163
ANEXO VIII: <i>Webinar “Enfermagem às Quintas” subordinado ao tema Segurança nos Cuidados”</i>	169
ANEXO IX: V Conferência Internacional de Investigação em Saúde das Tecnologias à Disseminação Científica	173
ANEXO X: <i>Webinar “Enfermagem às Quintas”, subordinado ao tema “Reprocessamento em Endoscopia digestiva - update”</i>	177
ANEXO XI: <i>Webinar “Enfermagem às Quintas”, subordinado ao tema “Prevenção e Controlo da Infecção relacionada com a cateterização Vesical”</i>	181
ANEXO XII: <i>Webinar “Enfermagem às Quintas”, subordinado ao tema “Riscos físicos e Ambientais em Perioperatório”</i>	185
ANEXO XIII: V Jornadas de Enfermagem Perioperatório de Leiria - Enfermagem	

Perioperatória 2030. Pensar o Futuro, construir o presente	189
ANEXO XIV: <i>Webinar</i> “Prevenção da Infecção do local cirúrgico. Como fazer melhor?”	193
ANEXO XV: 2.º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”, com a Comunicação Livre intitulada “Protocolo de Scoping Review “Ansiedade na Família/ Cuidadores da Pessoa Proposta a Cirurgia Programada, no Período Pré-operatório”	197
ANEXO XVI: III Simpósio de Investigação em Enfermagem: O Enfermeiro Investigador- 10 anos do Núcleo de Investigação em Enfermagem do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.	201
ANEXO XVII: III Simpósio de Investigação em Enfermagem: O Enfermeiro Investigador- 10 anos do Núcleo de Investigação em Enfermagem do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E., apresentação de póster intitulado “ Ansiedade na Família/ Cuidadores da Pessoa Proposta a cirurgia programada, no Período Pré-operatória: <i>Scoping Review</i>	205
ANEXO XVIII: Formação sobre a metodologia ISBAR - Melhoria da transição dos cuidados do intraoperatório para a UCPA.....	209
ANEXO XIX: Formação sobre limpeza de desinfecções de superfícies ambientais- bloco operatório.....	213
ANEXO XX: Formação sobre a uso de luvas cirúrgicas no bloco operatório - recomendações	221
ANEXO XXI: Formação sobre higiene das mãos e uso de luvas	227
ANEXO XXII: Formação sobre a humanização	233
ANEXO XXIII: Guia de acolhimento do bloco operatório	237
ANEXO XXIV: Plano de formação	241

INTRODUÇÃO

A motivação para a realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em situação perioperatória passa indubitavelmente pelo desejo de melhoria.

O aperfeiçoamento profissional não se detém na simples atualização de conhecimentos, que garante a construção de competências e que cumpre o dever de zelo. Centra-se na operacionalização e na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional na busca de formas de conhecimentos sustentadas em evidências científicas.

Neste mestrado, foi possível colocar em prática os conhecimentos teóricos obtidos neste percurso acadêmico.

A importância do estágio de prática clínica reside na promoção do desenvolvimento do pensamento crítico, do raciocínio clínico, nas competências avançadas de enfermagem e está dependente da qualidade do campo de estágio enquanto ambiente propício a essas atividades (Ozga et al, 2020, Zhao et al, 2021).

O campo de estágio num bloco operatório (BO) de um hospital central conduz-nos a situações complexas que implicam a aquisição e consolidação de competências no domínio do enfermeiro especialista perioperatório (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

No contexto atual da Enfermagem a prática baseada na evidência, apesar da sua importância está condicionada pela insuficiência de recursos e pela falta de tempo manifestada pelos enfermeiros, que causa entraves à seleção e aplicação das melhores evidências científicas, bem como ao desenvolvimento da investigação, interferindo com a qualidade da assistência (Chicória, 2013).

Por esse motivo, este mestrado ganha ele próprio dimensão ao criar espaço para fazer investigação e permitir momentos de reflexão mais direcionada.

A excelência do exercício profissional está patente nos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, na sua responsabilidade e representatividade social, no respeito pelos direitos humanos na relação com a pessoa e com os restantes profissionais (OE, 2015).

A profissão está assente num conceito moral que é a preocupação pelo bem-estar dos outros seres humanos e pretende dar resposta às necessidades de saúde percebidas, de forma que mantenham, melhorem ou recuperem a saúde, maximizando a sua capacidade funcional o mais rapidamente possível (OE, 2015).

Assim sendo, não basta a qualidade científica e técnica, pois na nossa essência seremos sempre gente que cuida de gente, pelo que exige uma qualidade humana e humanizadora. Por este motivo, a qualidade dos cuidados está dependente da interação entre a humanização e a excelência da técnica. Para além das competências técnicas, o domínio das competências comportamentais, ganham dimensão numa profissão como a enfermagem que vive da relação de ajuda e da comunicação (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012).

Nesta perspetiva, faz todo o sentido a junção das duas vertentes contidas neste mestrado: a componente de estágio e a componente de investigação, pois o estágio permite efetivamente investir na aquisição e na aplicação de conhecimentos direcionado à praxis clínica, possibilitando a melhoria de capacidades e a obtenção e consolidação de competências, que capacitam o exercício enquanto enfermeiro especialista em perioperatório.

Relativamente à componente de investigação optou pelo tema “A ansiedade na família/cuidadores da pessoa proposta a cirurgia programada no período pré-operatório”, que lhe permitiu trabalhar o conhecimento relativo ao processo de investigação e à produção de conhecimento.

Existem dois aspetos fundamentais a considerar: na área de intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de especialização em Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória (EEEMCEPSP) o seu alvo é a pessoa e família/ pessoa significativa a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica e os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença (Regulamento n.º 429,2018, p.19366).

A escolha do tema a investigar está relacionado com os aspetos passíveis de melhoria na ação do enfermeiro perioperatório, nomeadamente no período pré-operatório, pois os cuidados perioperatórios fazem parte de um processo contínuo, no qual estão incluídos os períodos antes, durante e após o procedimento cirúrgico/ anestésico (AESOP, 2012). Encontra-se também relacionada com a dinâmica familiar, o papel da ansiedade na família/ cuidadores e indiretamente na pessoa em situação perioperatória e na contribuição do enfermeiro enquanto agente facilitador da transição, para que esta experiência cirúrgica possa ser o mais harmoniosa possível. Na garantia deste bem-estar aliado à segurança e proteção da pessoa e família e na procura da excelência dos cuidados garantindo a qualidade dos mesmos, reside o expoente máximo da ação do enfermeiro especialista perioperatório.

A interação família/cuidadores não pode ser tomada como irrelevante. O papel da família está considerado quando estamos perante utentes pediátricos, legalmente incapazes, ou com grau de dependência elevado, no entanto na grande maioria dos adultos, possivelmente não se dá a devida atenção. O que é facto, é que face à pessoa em situação perioperatória, a família representa em muitos casos um elemento-chave que é negligenciado e visto como secundário. Não podemos relevar o estreito vínculo que une a pessoa e a sua família, nem negar o quanto a ansiedade da pessoa pode ser condicionada pelo apoio familiar. A gestão da ansiedade da família assume assim importância direta pelos benefícios à própria família e indireta pelos benefícios à pessoa, sendo que a ação do enfermeiro será sempre no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. Por este motivo, faz todo o sentido a intervenção à família/cuidadores, englobando-a nos cuidados perioperatórios.

A investigação cursou sobre a forma de uma ScR, tendo como referência o método de *JB1*, em concordância com o PRISMA-ScR. O objetivo foi o de mapear o conhecimento que suporta o processo de gestão de ansiedade na família/cuidadores da pessoa proposta a cirurgia programada, no período pré-operatório. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados Medline via Pubmed, CINAHL (via EBSCOHost), Scielo, Lilacs e BVS e para a literatura cinzenta recorreu-se à OpenSigele, à Dart Europe e ao RCAAP. A análise, extração e síntese de dados foram realizados por dois revisores independentes e recurso a um terceiro revisor independente, em caso de discordância.

Os dados dos estudos foram colocados numa tabela de extração que permitiu a sua organização para análise – autores, título do estudo, data, objetivos, participantes, metodologia, resultados e conclusão.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA II

1. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Neste capítulo pretende-se descrever o contexto no qual decorreu o estágio, bem como os objetivos propostos que nortearam o mesmo.

1.1. Estágio em contexto bloco operatório central e bloco de urgência

O estágio decorreu no Centro Universitário Hospitalar do Porto (CHUP).

O CHUP nasceu da unificação do Hospital Geral de Santo António, E.P.E. com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis, pela aplicação do Decreto-Lei n.º 326/2007 de 28 de setembro, a 1 de outubro de 2007. Em março de 2011, vieram associar-se o Hospital Joaquim Urbano e em maio de 2013 o Centro de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães.

Presentemente, é construído por quatro polos, nomeadamente:

- Hospital de Santo António (HSA)
- Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso (CMIN)
- Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães (CGM)
- Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA).

O CHUP é um hospital central e universitário, em parceria com o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Tem como visão a excelência da totalidade das suas atividades e a integralidade da saúde. “Tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e desenvolvimento científico na área da saúde” (CHUP, 2022, p.3).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), o bloco operatório (BO) é uma “unidade orgânico funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia” (Ministério da Saúde (MS), 2015, p.33).

O BO da Cirurgia Convencional do CHUP é considerado uma estrutura transversal relativamente à organização e aos restantes serviços. Tem como missão: proporcionar o

ambiente físico e os recursos humanos e materiais necessários à prestação dos melhores cuidados de saúde cirúrgicos, manter elevados níveis de excelência e rigor, respeitando sempre o princípio da humanização, e fomentar a formação pré e pós-graduada, assim como a investigação. Deve promover o orgulho e sentimento de pertença de todos os profissionais, assegurando com empenho os objetivos institucionais de forma a obter a máxima rentabilização dos recursos (CHUP, 2022).

A perspetiva pela qual se rege o BO de cirurgia convencional consiste na promoção de uma reflexão positiva na qual o elemento central é o doente, tendo como prioridade o seu tratamento, diretamente relacionado com os resultados e os ganhos em saúde para o mesmo.

Todo este processo visa obter a valorização do BO enquanto serviço de referência com o reconhecimento social e dos seus pares, como garante de excelência clínica, da diferenciação técnica aliada à inovação e eficácia.

O BO de cirurgia convencional reúne um conjunto de valores pelos quais valida a sua atuação: equidade, acessibilidade e responsabilidade; a busca de novos conhecimentos afirmados e sustentados pela investigação; a conceção de uma equipa de trabalho comprometida com os objetivos do CHUP.

Apresentam-se ainda como princípios a colocar em prática:

- Humanização e Respeito: Tratar cada doente com atenção e de forma personalizada, promovendo a humanização entre todos os envolvidos.
- Honestidade e Integridade Profissional: Tratar os restantes profissionais de saúde, doentes e suas famílias, com empatia, honestidade e ética.
- Transparência na Comunicação: Fomentar a comunicação entre profissionais de forma a envolver e integrar toda a equipa nos cuidados prestados aos doentes em prole da segurança e qualidade no tratamento destes.
- Qualidade: Estabelecer e superar padrões mais elevados, construindo um serviço inteligente e eficiente, que ofereça cuidados de excelência de forma atempada, apostando num processo de melhoria contínua da qualidade, através de auditorias e indicadores de desempenho.
- Ambição, Espírito Crítico e Investigação Científica: Antecipar os desafios desenvolvendo formas inovadoras para inspirar comunidades com ganhos em saúde.

(CHUP, 2022)

O Serviço do BO apresenta 3 polos: o bloco operatório central (BOC), o bloco de ortopedia e o bloco de neurocirurgia (BN). O BOC tem 6 salas operatórias, sendo que uma delas funciona sempre como sala de urgência; o bloco de ortopedia tem 3 salas (A, B e C). A sala B funciona como urgência diferida e o BN tem 2 salas. Todos os polos têm unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), com capacidades diferentes. No BOC existem 10 unidades, no Bloco de Ortopedia 4 unidades e no BN 2 unidades.

A equipa de enfermagem do BO é constituída por enfermeiros que asseguram as quatro funções como enfermeiros: de anestesia, circulante, instrumentista e como enfermeiro da UCPA.

O campo de estágio foi no BOC por uma questão de ficar no local onde os tutores desenvolviam mais frequentemente a sua atividade profissional. Habitualmente estão alocados 3 enfermeiros por sala, exceto em situações nas quais é necessário manter isolamento de contato com as pessoas com COVID-19 positivo, que requerem mais um elemento que fica de apoio à sala para estabelecer contato entre sala operatória e área restrita limpa COVID-19 *free*. Na UCPA estão alocados 3 enfermeiros. Os enfermeiros do bloco também dão resposta a postos de trabalho em serviço externos como a Neurorradiologia e a Cardiologia. Dão ainda apoio à consulta da dor aguda e à via verde. Participam na colheita de córneas. Por turno têm uma enfermeira coordenadora por polo para além da Enfermeira Gestora/Chefe.

Funcionam especialidades como: Cirurgia geral, Urologia, Cirurgia Vascular, Oftalmologia Otorrinolaringologia, Cirurgia Maxilo-facial.

Relativamente à gestão de stock, o BO funciona com HLS (Sistema Logístico Hospitalar), baseado na filosofia Kaizen / Leon OR, sendo o HSA um pioneiro na sua aplicação em Portugal (Luz, 2019). Permite melhor gestão dos stocks e controlo dos gastos, bem como a diminuição de custos operacionais e a gestão da limitação dos espaços físicos disponíveis. A sua aplicação comparativamente ao sistema convencional, promove uma maior organização no armazenamento, uma menor necessidade de espaço, com stocks de materiais menores e mais facilmente renováveis e a redução de materiais fora de validade. Permite ainda, menor rotura de consumo clínico, o que indiretamente conduz a prestações de cuidados mais eficientes e eficazes, colocando o doente no centro das operações (Luz, 2019; Ramos, 2006).

O conceito de *Lean* implica menos horas de trabalho, menos capital, menos espaço, mas mantém a qualidade e resposta às necessidades dos clientes. A filosofia Kaizen, originária do Japão baseia-se no Kai que significa mudar e no zen que significa para melhor. Implica a melhoria contínua num paradigma de envolvência de toda a organização desde o topo ao nível da gestão até ao operário. Determina a aplicação do conceito a tempo e horas aliado à eficiência (Luz, 2019).

Não sendo uma técnica aplicada especificamente no setor da saúde, centra-se na melhoria dos processos e na redução dos desperdícios, no entanto mantém como foco o cliente, a qualidade e segurança, sendo estes aspetos comuns da metodologia *Lean* e da área de saúde (Fernandes, 2019).

1.2. Objetivos de estágio

Os objetivos de estágio foram delineados tendo em conta as competências do EEEMCEPSP, as necessidades do serviço de acolhimento do estágio e as áreas de interesse e objetivos pessoais enquanto futura enfermeira especialista.

Os objetivos gerais são os seguintes:

1. Aplicar na prática clínica, as competências específicas do EEEMCEPSP; alcançadas até ao final de maio 2022.
2. Desenvolver práticas de enfermagem congruentes com consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório, de acordo com a melhor evidência científica disponível, até ao final de maio de 2022.
3. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatório, com particular enfoque na humanização dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, até final de maio de 2022.
4. Contribuir para o corpo científico da disciplina de Enfermagem, na área da enfermagem perioperatória, contribuindo para a distinção da profissão.

Optou-se por relacionar os objetivos gerais do estágio com as atividades mais relevantes desenvolvidas individualmente, apresentadas na tabela seguinte:

Tabela 1. Objetivos gerais/atividades de estágio

Objetivos gerais	Atividades de estágio
1. Aplicar na prática clínica, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Perioperatória alcançadas, até ao final de maio 2022.	1.1. Analisar e refletir de forma crítica sobre a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área à Pessoa em Situação Perioperatória;
	1.2. Analisar e refletir de forma crítica sobre tomada de decisão sustentada nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área à Pessoa em Situação Perioperatória desenvolvidas.
2. Desenvolver práticas de enfermagem congruentes com consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório, de acordo com a melhor evidência científica disponível, até ao final de maio de 2022.	2.1. Colaborar na gestão de dispositivos médicos, nomeadamente lentes de afaquia e adapt-ao;
	2.2. Efetuar reestruturação dos materiais de Oftalmologia, colaborar na organização e gestão dos mesmos;
	2.3. Elaboração de <i>preferences cards</i> para cirurgia oftalmológica.
3. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatório, com particular enfoque no empoderamento e na humanização dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, até final de maio de 2022.	3.1. Efetuar o planeamento da visita pré-operatória de enfermagem;
	3.2. Elaborar panfleto informativo para aplicar na visita pré-operatória de enfermagem;
	3.3. Contribuir para a aplicabilidade da visita pré-operatória de enfermagem, melhorando a qualidade dos cuidados;
	3.4 Realizar formação aos enfermeiros sobre visita pré-operatória de enfermagem, sensibilizando os enfermeiros para a sua importância enquanto elemento-chave para promover a relação de ajuda, humanização dos cuidados, avaliação de necessidades, diminuição de eventos adversos, gestão emocional da pessoa e melhoria da qualidade.

Objetivos gerais	Atividades de estágio
<p>4. Contribuir para o corpo científico da disciplina de Enfermagem, na área da enfermagem perioperatória, contribuindo para a distinção da profissão.</p>	<p>4.1. Elaborar relatório final de estágio refletindo de forma crítica sobre as atividades efetuadas, os ganhos em saúde obtidos e a melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios, até final de junho 2022;</p>
	<p>4.2 Apresentar a componente de investigação, integrada no relatório final de estágio, sob a forma de <i>Scoping Review</i> (ScR), com o título “A Ansiedade da Família/ Cuidadores da Pessoa Proposta a Cirurgia Programada no Período Pré-Operatório.</p>

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo procura-se estabelecer a correspondência entre as atividades desenvolvidas no estágio e a forma como estas contribuíram para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista.

Não existe um consenso no que concerne à definição de competência. A competência pode ser definida como a capacidade de mobilizar e aplicar conhecimentos, em determinada situação, socorrendo-se de recursos como o conhecimento e as capacidades cognitivas, integrativas, relacionais e outras. (Dias & Paiva, 2011) Pode ainda, definir-se como “a capacidade de articular valores, conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o desempenho eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho, além do alcance dos objetivos estabelecidos” (Dias & Paiva, 2011, p.2). Fleury & Fleury, de acordo com o conceito de Le Boterf (1995), definem competência como “um saber agir responsável que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado” (Fleury & Fleury, 2001, p.187).

Para o enfermeiro a competência é definida como um nível de desempenho profissional, no qual demonstra a aplicação do conhecimento e capacidade que tornam possível o juízo clínico e a tomada de decisão. Mediante o grau de especialização, assim estarão ajustadas as respetivas competências (Cantante et al, 2019).

No BO, a atividade de enfermagem processa-se em quatro funções: enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro da UCPA (Teixeira, 2018, AESOP, 2012).

O enfermeiro de anestesia trabalha em colaboração com o médico anestesista, nas diversas técnicas de anestesia executadas. Atende a pessoa quando está com consciência alterada sendo responsável pela vigilância do estado de consciência garantindo proteção à sua vulnerabilidade (Teixeira, 2018, AESOP, 2012).

O enfermeiro circulante desenvolve a sua atividade em conjunto com o enfermeiro instrumentista, desenvolvendo também complementaridade com a área de anestesia e com a UCPA. Circula à volta do campo operatório, da equipa cirúrgica estéril, da pessoa, estabelecendo a ligação entre o estéril e o não estéril. O domínio das suas funções requer conhecimentos, habilidades e experiência. É o responsável pelo que o procedimento cirúrgico decorra nas melhores condições, pois é ele que dá resposta às necessidades da equipa ao organizar, gerir,

controlar todo o trabalho e ambiente em sala. Atua como elemento de ligação ao exterior da sala, motivo pelo qual a organização e gestão de “tempos mortos” também é da sua responsabilidade. Assim sendo, o enfermeiro circulante garante as condições de segurança da equipa e da pessoa, mantém o ambiente seguro e zela pela assepsia do campo operatório. Atua como líder quando coordena a equipa enfermagem em sala e como gestor ao assegurar a melhor gestão dos tempos cirúrgicos, a gestão dos materiais necessários ao procedimento cirúrgico e a gestão organizacional da sala operatória (AESOP, 2012).

O enfermeiro instrumentista é encarado como a função mais tecnicista, por estar mais ligada ao saber-fazer, à operacionalização. No entanto, tal como o enfermeiro nas restantes funções do bloco utiliza o processo de enfermagem e é-lhe requerido competências específicas na área da enfermagem perioperatória. A pessoa que necessita de cuidados perioperatórios está vulnerável, fragilizada e tem de ser vista pelo enfermeiro como alguém com necessidade de cuidados específicos, globais e holísticos, e que na prestação dos cuidados o enfermeiro deve ter em conta o ajuste dos cuidados às suas necessidades e ao seu contexto de vida. Por este motivo, também o enfermeiro instrumentista necessita de ter competências relacionais, técnicas e científicas especializadas que o tornem habilitado para prestar cuidados específicos (AESOP,2012).

O enfermeiro de anestesia e o enfermeiro circulante são responsáveis pela realização da visita pré-operatória de enfermagem (VPOE) e pela transferência de informação ao enfermeiro da UCPA (Teixeira, 2018).

O enfermeiro da UCPA não atuando diretamente em sala é responsável pela pessoa num momento de maior instabilidade. Esta instabilidade está intimamente relacionada com o ato cirúrgico, a anestesia e a dor pós-operatória. Cerca de 50% das complicações anestésicas ocorrem na 1ª hora de recobro. Por este motivo, o enfermeiro da UCPA, deve ser um profissional devidamente capacitado na área perioperatória com o conhecimento de técnicas cirúrgicas e anestésicas, capaz de atuar prontamente em caso de complicações, reconhecendo precocemente sinais e sintomas. Nesta área, o enfermeiro exerce a sua ação maioritariamente como monitorização e vigilância, procurando o bem-estar da pessoa. Alterações de várias funções como função respiratória, cardiovascular, renal, do equilíbrio hidro-eletrólítico, do estado de consciência, do conforto (hipertermia, hipotermia e fotofobia) e motora são frequentes. Também é frequente a dor, o aumento da suscetibilidade à infeção, alterações da integridade da pele e equilíbrio psicológico (AESOP, 2012).

Independentemente da função o enfermeiro perioperatório tem sempre o seu papel na prevenção e antecipação dos riscos, na garantia da segurança e no assegurar da proteção na vulnerabilidade da pessoa (Teixeira, 2018; ASERSOP,2012).

Face à evolução recente da Enfermagem, os “cuidados de Enfermagem assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais uma generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 140, 2019, p.4744). Ao enfermeiro especialista é reconhecido, pela sua ordem profissional, a atribuição de um título que acarreta o reconhecimento de competências científicas, técnicas e humanas que habilitam para a prática de enfermagem especializada (Regulamento n.º 140, 2019). Estas dividem-se em comuns e específicas. As competências comuns encontram-se preceituadas no Regulamento n.º 140,2019, de 6 de fevereiro, e definem-se como as que são” partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da 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 n.º 140, 2019, p.4745). Dito por outras palavras, são compartilhadas transversalmente por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização.

No que concerne às competências comuns do enfermeiro especialista, estas apresentam-se expressas em quatro domínios definidos no regulamento (tabela 2):

Tabela 2. Competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019)

Domínio	Competências
Responsabilidade profissional, ética e legal	Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
Melhoria contínua da qualidade	Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
	Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
	Garante um ambiente terapêutico e seguro.
Gestão dos cuidados	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
	Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Domínio	Competências
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
	Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Relativamente à competência comum- responsabilidade profissional, ética e legal, as atividades executadas implicaram prestação de cuidados de enfermagem a pessoas em situação perioperatória, em contexto pré-operatório, intraoperatória e pós-operatório (UCPA), em cirurgia programada e em cirurgia de urgência. Os cuidados de enfermagem foram prestados observando o conceito de enfermagem, numa dimensão profissional que afirma que o “exercício profissional da enfermagem se centra na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2001, p.10), partindo do pressuposto de que ambos (enfermeiro e pessoa) possuem um quadro de valores, crenças e desejos (Nunes, 2011). A relação terapêutica estabelecida pauta-se pela parceria entre o enfermeiro/pessoa, no respeito pelas suas capacidades, na valorização do seu papel, sendo que os cuidados de enfermagem apresentam como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde de cada pessoa (Nunes, 2011).

Segundo Nunes (2014), “A ética profissional (neste sentido, deontologia) regula a relação de um profissional com aqueles a quem presta serviço, tendo em conta a dignidade humana, os direitos dos clientes, o respeito devido e a oferta de competências para o exercício do serviço que presta, atentando ao bem-estar das pessoas e do coletivo, no contexto em que exerce” (Nunes, 2014, p.13).

O princípio da dignidade humana encerra em si a autonomia, o respeito pelas escolhas individuais, a tolerância ativa face as diferenças, o respeito pelas opiniões e convicções pessoais. Expresso no código deontológico surge como princípio geral “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade da dignidade humana pela pessoa e pelo enfermeiro” (OE, 2015, p.5). Mais afirmam, que nesta relação profissional tem de se atender aos valores universais de: igualdade, liberdade responsável, com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015).

O cuidado humano permite estabelecer uma ponte na qual o ser humano reconhece o outro, compromete-se e existe uma responsabilidade profissional, onde o enfermeiro age com ação de cuidados protetora de vida e da dignidade humanas. O cuidado humano é dirigido ao tomar conta da vida com a intervenção do enfermeiro (Nunes, 2011).

Os princípios orientadores da ação são a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes, a excelência do exercício da profissão em geral e na relação com os outros profissionais.

A decisão de enfermagem e a ação são objetos da responsabilidade profissional (Deodato, 2014).

No decurso do estágio também houve oportunidade de desenvolver competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade ao contribuir com um papel dinamizador no suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, na adoção de práticas de qualidade e ao garantir um ambiente terapêutico seguro.

A qualidade nos cuidados encontra na segurança um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. A pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado, bem como a garantia da sua continuidade, a sua eficiência e efetividade representam várias dimensões da qualidade (Despacho nº 1400-A, 2015).

O próprio Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem como um dos seus princípios a qualidade “com base na evidência, realizados de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa (Despacho n.º 9390, 2021, p.96).

Na Lei de Base 2, afirma-se que “as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (Despacho n.º 9390, 2021, p.96).

A qualidade e a segurança também estão relacionadas com a gestão do risco de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). As IACS aumentam a morbilidade, a mortalidade, o tempo de internamento e as custas inerentes, inviabilizam a qualidade e representam uma ameaça à segurança dos cidadãos (DGS,2017a).

A adoção de boas práticas por parte dos profissionais de saúde, determinam a minimização da incidência das IACS e evitam a transmissão cruzada. Os cumprimentos de regras de padrões de qualidade são fundamentais na prevenção e propagação das IACS, sendo estas: a avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, o manuseamento seguro da roupa, a gestão adequada dos resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017a).

A higienização das mãos é porventura, a prática mais simples, mais eficaz e menos dispendiosa que produz resultados que diminuem em cerca de 50% as IACS (DGS, 2019a ; DGS, 2017a).

A existência de medidas de contenção das IACS também se explicam pela necessidade do uso de antibióticos para o seu tratamento o que pode ditar um aumento da resistência aos antimicrobianos, levando ao aumento de estirpes resistentes e ao instaurar de uma ameaça de saúde pública. Por esse motivo a aposta mundial está na redução das IACS e na administração criteriosa de antibioterapia, bem como na redução de infeções por estirpes multirresistentes (DGS, 2019b ; DGS, 2017a). E de uma forma geral e ampla na restrição da utilização de antibiótico na alimentação e na veterinária, no ambiente e na saúde (DGS, 2019b).

Daí que, a melhoria contínua da qualidade aplicada à segurança esteja sempre dependente da identificação dos riscos, da sua avaliação, da ação de melhoria a desencadear (Despacho n.º 1400-A, 2015).

Por esse motivo foram desenvolvidas várias ações de formação com ação direta em questões relacionadas com medidas de atuação face à higienização das mãos, ao uso de luvas e respetivas indicações e à limpeza de superfícies ambientais no BO, por serem áreas deficitárias relativas à qualidade das ações desempenhadas e que poderiam representar riscos acrescidos no âmbito da infeção, da segurança e da qualidade.

Ainda relativa à competência melhoria contínua da qualidade, foram criados *preferences cards* para as cirurgias na especialidade de oftalmologia. Nos *preferences cards* elencou-se os equipamentos e os dispositivos médicos, bem como as disposições dos equipamentos em sala e o posicionamento da pessoa por cirurgia (Anexo I).

Os *preferences cards* ou lista de preferências de procedimentos cirúrgicos têm o poder potencial de determinar a eficiência em uma sala operatória. São um recurso valioso na operacionalização da prática. Os *preferences cards* por tipo de cirurgia permitem a racionalização de equipamentos e procedimentos, a diminuição dos custos e o aumento da segurança (Huntley et al., 2018).

Esta atividade, realizada individualmente, é importante para a instituição pois tratando-se de uma iniciativa na área da governação clínica, permite em paralelo coadjuvar práticas de qualidade e um ambiente terapêutico e seguro. Para agilizar o processo de preparação da sala operatória e garantir que todos os equipamentos e dispositivos de posicionamento necessários à cirurgia estavam atempadamente na sala, criaram-se cartões de equipamentos e dispositivos de posicionamento para cada cirurgia oftalmológica para utilização pelos assistentes operacionais. Os cartões eram colocados em *placard* pelo enfermeiro, validando as necessidades, de acordo com a cirurgia proposta e o assistente operacional executava o que

estava descrito no cartão. Isto permitia uma melhor gestão dos equipamentos, dos dispositivos, do tempo de preparação da sala operatória e da ocupação do assistente operacional.

Ainda a nível individual, criaram-se folhas de instruções do procedimento, guia, impresso e panfleto da visita pré-operatória de enfermagem (VPOE) (Anexo II). Realizou-se também uma formação sobre VPOE aos enfermeiros (Anexo III).

A VPOE é o primeiro elo dos cuidados perioperatórios, pois permite estabelecer uma relação de ajuda e confiança entre o enfermeiro e a pessoa proposta para cirurgia. Idealmente, deve incluir a família ou pessoa significativa (AESOP, 2012). Ao fazer-se a avaliação da pessoa como um todo, como um ser único, é possível identificar necessidades e elaborar um plano de cuidados individualizado, bem como ajudar a preparar a pessoa física e psicologicamente. Exige ao enfermeiro a aplicação de competências relacionais e humanas para que se estabeleça uma relação de ajuda eficaz, diminuindo medos, stress, ansiedade e sentimentos negativos (Silva et al., 2021; Maia et al., 2020; AESOP, 2012). A visita pré-operatória de enfermagem, garante a qualidade dos cuidados perioperatórios (Silva et al., 2021; AESOP, 2012). Permite a consciencialização da pessoa e da família relativamente a todo o processo cirúrgico, nos moldes no qual este irá decorrer, criando espaço para a remoção de entraves psicológicos e diminuição da ansiedade. Por esse motivo, a assistência de enfermagem no pré-operatório deve ser sistematizada, holística e individualizada, deve contemplar a VPOE, sob pena do processo assistencial se tornar mais frágil, comprometendo o pré-operatório e interferindo com o pós-operatório, dificultando todo o processo (Silva et al., 2021). A falta da VPOE pode condicionar a falta de identificação de problemas e consecutiva falta de assistência. A vulnerabilidade emocional, que muitas vezes surge no pré-operatório, que se expressa por sentimentos de angústia, medo do desconhecido, num crescendo de dúvidas não poderá ser colmatada. A VPOE é importante para conhecer a pessoa, a sua família, a sua história clínica, alergias, para redução da ansiedade, para o estabelecimento de diagnósticos precoces e propostas de intervenção de enfermagem com vista à resolução de problemas, para evitar erros, complicações e diminuição dos riscos (Santo et al., 2019, Silva et al., 2021). Pressupõe também indicações para a adequada preparação física e educação pré-operatória relativa a medicação, jejum, gestão e controlo da dor e possíveis alterações da imagem corporal, presença de pensos e drenos (Santo et al., 2019; Pires & Rego, 2016; Oliveira, 2014).

Para além do exame físico, na VPOE são dadas orientações para a remoção de próteses dentárias e lentes oculares, de adornos, do verniz e efetuado uma explicação relativa ao procedimento e ao ambiente cirúrgico (Camargo et al., 2021; Christóforo & Carvalho, 2009). Incluído também nas indicações da VPOE, está o banho do dia anterior com solução antisséptica, num contexto de preparação da pele a prevenção da infeção do local cirúrgico (Sampaio, 2018,

Souza et al., 2020; Sampaio, 2018; Christóforo & Carvalho, 2009). Por todos os aspetos já referenciados a VPOE deveria estar presente na assistência da enfermagem perioperatória, pois representa uma salvaguarda no que toca a gestão do risco e à sua relação direta com a segurança, pois ao estimular a expressão de sentimentos através do estabelecimento da relação terapêutica, sob a forma de diálogo e escuta ativa, inculcando confiança, gerando conforto conduz a pessoa e a família por uma experiência cirúrgica mais tranquila e menos traumática (Silva et al., 2021; Santo et al., 2019; Pires & Rego, 2016; Oliveira, 2014). A VPOE tem indicações para ser aplicada não só à pessoa, mas também à sua família (Sampaio, 2018, Camargo et al., 2021). Durante a VPOE, uma abordagem do processo anestésico-cirúrgico, permite melhor aceitação da cirurgia, a pessoa mais bem orientada, mais cooperante no pós-operatório, com maior capacidade e adesão aos ensinamentos pós-operatórios. Também aqui há espaço para elucidar sobre possíveis complicações cirúrgicas. (Souza et al., 2020). Os diagnósticos mais comuns na fase pré-operatória são o stress e a ansiedade. A ansiedade da pessoa esteve presente em 54% das pessoas e em 45% dos familiares esta associação de valores remete-nos para a importância da participação da família na assistência, nas repercussões da quebra do vínculo e na ajuda da tomada de decisão. (Souza et al., 2020). A comunicação é essencial para o decurso eficaz da VPOE, maioritariamente em forma de diálogo e ajustada ao grau de instrução da pessoa, esta beneficia de entrega de informações sobre a forma escrita, com imagens ilustrativas e inclusive da utilização de vídeos para indicar o que fazer e os cuidados a ter, servindo também para dar a conhecer a realidade do BO, ao mostrar imagens dos vários locais por onde a pessoa irá passar, hall de entrada, sala operatória e UCPA. A educação com recurso a imagens e vídeo estimula o autocuidado e diminui a ansiedade (Camargo et al., 2021). Foi detetada que a utilização de linguagem demasiado técnica poderá ser uma fragilidade (Sampaio, 2018).

Após levantamento das lacunas existentes no atendimento perioperatório, detetou-se a inexistência da visita pré-operatória, consistindo um dos aspetos qualitativos a melhorar, por esse motivo investiu-se nesta área, por parecer de extrema importância, embora a sua aplicabilidade possa estar condicionada pela epidemia do COVID-19, retardando a sua aplicação. Fica disponível toda a documentação relativa à sua aplicação prática para que seja possível a sua realização, a partir do momento que se reúnam condições para tal. O aplicar e tornar rotineiro a VPOE irá estar dependente da disponibilidade de enfermeiros para realizarem esta atividade. Este motivo tem vindo a ser relatado como fator de dissuasão à execução da VPOE. Aliado à sobrecarga de trabalho, à falta de tempo, à falta de treino e também paralelamente ao fato de fazerem a exclusão da família dos cuidados. Todos estes aspetos interferem na interação do enfermeiro/ pessoa (Souza et al., 2020).

A adesão dos enfermeiros perioperatórios à realização da VPOE é imprescindível para que este processo possa seguir em frente, por esse motivo realizou sessão de formação com o intuito de motivar os enfermeiros para a realização desta etapa importantíssima, num cuidar com qualidade.

Participou-se na resolução da manutenção de *stock* de lentes de afaquia e lentes adapt-ao/Akreos, pois este estava desajustado às necessidades, com reposições extemporâneas e, no caso das lentes de afaquia, com prazos de validade ultrapassados. Sendo lentes utilizadas em situações clínicas específicas, as lentes de afaquia são utilizadas raramente, contrariamente às lentes adapt-ao que são utilizadas com mais frequência, sendo, no entanto, ambas usadas em situações de urgência diferida (vitrectomia) e em complicação cirúrgica de facoemulsificação. Fez-se uma proposta ao serviço de aprovisionamento, estabelecendo-se ligação entre o Diretor de serviço de oftalmologia e a responsável de secção de vitreo-retina, bem como com o enfermeiro gestor do BOC para a criação de *stock* à consignação que garantisse disponibilidade das lentes face às necessidades, evitando-se desperdícios por incumprimento dos prazos de validade, garantindo-se assim a segurança do utente, ao ter lente disponível, e a poupança relativa a uma melhor gestão dos recursos (Anexo IV).

A nível hospitalar, logo a seguir aos custos com o pessoal estão os gastos com bens e serviços (Silva, 2013). “O planeamento e controlo dos custos das matérias consumidas, passa pelos gastos em reabastecimentos, custos com armazenagem, custo com rutura dos stocks, e pelas perdas com a perecibilidade do material” (Silva, 2013, p.12).

A governação de recursos (matérias, financeiros e pessoas) existentes no serviço condicionam o funcionamento da instituição. O desempenho da organização e conseqüentemente a qualidade da assistência, a satisfação e a segurança da pessoa está assente na capacidades e conhecimento dos seus profissionais, na disponibilidade de tecnologia e recursos. O EEMCEPSP destaca-se na interação entre os serviços e o BO, no contato multidisciplinar através da sua visão provida de discernimento, prevenindo gastos evitáveis (Travassos et al., 2022).

Também se reviu e reestruturou-se o carro de apoio de oftalmologia à sala operatória, que contém todos os dispositivos médicos e fármacos necessários em caso de cirurgia oftalmológica (Anexo V). Ação fundamental para que seja agilizado a sua disponibilidade, uma vez que os stocks são dispersos e relativamente longe das salas operatórias.

A melhoria da contínua da qualidade e a segurança dos cuidados estão interligados com a sua prestação no momento certo, que determinam a eficiência e efetividade de acordo com o que vem preconizado no Plano Nacional de segurança para os doentes (PNSD) (Despacho n.º 1400-A, 2015).

Pensa-se que todas estas atividades contribuíram para uma gestão da qualidade da instituição através de uma gestão dos cuidados. De ressaltar, que também foi responsável pela coordenação do BO, no BOC e no Bloco de urgência. Supervisionou-se os planos cirúrgicos, por turno, a distribuição dos equipamentos disponíveis de acordo com a adequação cirúrgica e sempre que possível às necessidades da pessoa proposta a cirurgia e da equipa, garantindo que nada faltava. Também se supervisionou a disponibilidade de dispositivos clínicos específicos, garantindo a sua disponibilidade.

Relativamente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi possível adquirir competências neste domínio ao participar em vários congressos e ações formativas. Fizeram-se também comunicações orais e apresentações de posters. Estas atividades possibilitaram que a prática clínica ocorresse com base em evidência científica. Por outro lado, a realização de comunicações livres e posters conduziu ao desenvolvimento da área de investigação. A experiência formativa permitiu a partilha de conhecimentos relativos ao trabalho realizado por outros enfermeiros, noutras instituições e também a consciencialização de que a produção de conhecimento é imprescindível para se manter atualizado, de forma contínua e também como contribuição para a disciplina de enfermagem.

A gestão do conhecimento é complexa. Para além do conhecimento escrito e documentado, também o conhecimento obtido pela prática é relevante. A aquisição de conhecimento faz-se também pela troca de experiências entre os pares. Esta partilha é crucial para facilitar e fundamentar a tomada de decisão em enfermagem. O conhecimento acessível e atual condiciona a qualidade do desempenho e dos cuidados prestados. Aí reside a sua maior importância (Santos et al., 2022).

Nesta vertente, o trabalho desenvolvido no estágio fundamentou-se na conversão do conhecimento tácito, referente à experiência pessoal e profissional em conhecimento explícito, documentado e acessível, expresso na grande quantidade de formações ministradas no serviço, na criação de cartazes para aplicação e manutenção de boas práticas como na divulgação do conhecimento obtido no trabalho de investigação e em participações em congressos e formações (Santos et al., 2022). Requereu uma procura ativa das melhores evidências pois o conhecimento deve ser fiável e atual. Tal como é afirmada pela OE, “A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação” (OE, 2006, p.1). Mais, “o conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde” (OE, 2006, p.1).

Assim sendo, participou-se no/a:

- Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2022 (Anexo VI), no qual se realizou uma comunicação livre na forma de póster, subordinado ao tema: Fatores Determinantes da Adesão às Boas Práticas de Higiene das Mãos e Operacionalização dos 5 Momentos de Higiene das Mãos na Sala Operatória (Anexo VII);
- Ciclo de *webinar* “Enfermagem às Quintas”, subordinado ao tema “Segurança nos Cuidados” (Anexo VIII);
- V Conferência Internacional de Investigação em Saúde das Tecnologias à disseminação científica (Anexo IX);
- Ciclo de *webinar* “Enfermagem às Quintas”, subordinado ao tema “Reprocessamento em endoscopia digestiva - *update*” (Anexo X);
- Ciclo de *webinar* “Enfermagem às Quintas”, subordinado ao tema “A prevenção e controlo da infeção relacionada com a cateterização vesical” (Anexo XI);
- *Webinar* “Riscos físicos e Ambientais em Perioperatório” (Anexo XII);
- V Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria- Enfermagem Perioperatória 2030. Pensar o futuro, construir o presente (Anexo XIII);
- *Webinar* Prevenção da Infecção do local cirúrgico. Como fazer melhor? (Anexo XIV);
- 2.º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”, com a Comunicação Livre intitulada” Protocolo de *scoping review*: ansiedade na família/cuidadores da pessoa proposta a cirurgia programada, no período pré-operatório” (Anexo XV);
- III Simpósio de Investigação em Enfermagem: O Enfermeiro Investigador - 10 anos do Núcleo de Investigação em Enfermagem do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (Anexo XVI), com Apresentação de um Póster subordinada ao tema a “A ansiedade na família/ Cuidadores da Pessoa Proposta a Cirurgia Programada, no Período Pré-operatório” (Anexo XVII).

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A enfermagem tem evoluído ao longo do tempo. Aumentou a sua representatividade pelo número crescente de profissionais, sendo atualmente o maior grupo de profissionais de saúde na maior parte dos sistemas de saúde (Regulamento n.º 613, 2022). Paralelamente, enquanto disciplina, desenvolveu o seu corpo de conhecimento aumentando o seu reconhecimento público (Deodato, 2014). De acordo com a modificação da sociedade e das novas exigências, foi necessário dar resposta às necessidades em mudança. A enfermagem não ficou alheia a estas modificações. Expressas numa maior complexidade, foi evoluindo no sentido de uma maior especificidade, dita especialização. Passou-se de o saber ser para o saber fazer e considerou-se a capacidade do ser humano expressa em características como a criatividade, a versatilidade, a flexibilidade, a capacidade de se relacionar, comunicar e resolver problemas (Dias & Paiva, 2011). Assim, podemos afirmar que “A enfermagem enquanto profissão tem evoluído no sentido de responder às progressivas necessidades de cuidados e dos diferentes contextos de atuação, assumindo uma complexificação crescente de conhecimentos, práticas e locais de trabalho, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista e enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde” (Regulamento n.º 613, 2022, p.179).

O enfermeiro no exercício da sua prática profissional deverá ser detentor de várias competências, nomeadamente competências técnicas (*hard skills*) e competências não técnicas (*soft skills*). As competências técnicas são obtidas através do percurso académico e são entendidas como: “aquelas que requerem do profissional elevado grau de conhecimento em um ponto particular, ou seja, cada vez mais especializado em um conhecimento único. Não basta unicamente a capacidade de fornecer cuidados seguros e eficazes ou possuir conhecimentos e ser tecnicamente competente. Ao estabelecer uma relação de ajuda recorre-se à utilização de outras competências ditas não técnicas, como a empatia. As competências *softs* constituem comportamentos/habilidades que podem ser adquiridas ao longo do percurso profissional e estas são vistas como as mais desafiadoras a serem implementadas” (Vieira et al., 2022). Estas competências incluem: pensamento crítico, aptidão social, capacidade de comunicação, capacidade de trabalhar em equipe e atitudes éticas (Ng, 2020).

As competências comportamentais ou socioemocionais (*soft skills*), especialmente a capacidade de comunicação e o relacionamento interpessoal, podem ditar uma vantagem quando aplicadas nos cuidados de enfermagem, pois aumentam a rapidez da tomada de decisão, a capacidade de adaptação e do trabalho em equipa (Rosa et al., 2022).

A competência, de acordo com Le Boterf (1995), apresenta três aspetos: a pessoa (biografia, socialização), a formação educacional e a experiência profissional. Encontra-se sempre definida para determinado contexto e implica transferência e utilização de conhecimentos (Fleury & Fleury, 2001).

Para Le Boterf (1995) o profissional de saúde deve ter sete competências: saber agir (saber o que é por que faz, saber julgar, escolher, decidir); saber mobilizar recursos (criar sinergia e mobilizar recursos e competência); saber comunicar (compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos); saber aprender (trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais, saber desenvolver-se); saber empenhar-se e comprometer-se (saber empreender, assumir riscos, comprometer-se); saber assumir responsabilidades (ser responsável, assumir os riscos e as consequências de suas ações e sendo por isso reconhecido); ter visão estratégica (conhecer e entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas) (Fleury & Fleury, 2001).

A enfermagem perioperatória embora seja uma das primeiras especializações em enfermagem que remonta ao final do século 19 (Duff, Bowen & Gumuskaya, 2022), encerra em si um contexto específico, tecnicista, complexo, onde cabe ao enfermeiro ser capaz de garantir cuidados observando estas características, mas garantindo em simultâneo uma assistência holística e personalizada, incluindo a humanização dos cuidados (Gomes et al., 2020).

O cuidar sempre foi o cerne da enfermagem. Jean Watson referia-se ao cuidar como um ideal ético e moral que prioriza e protege a dignidade humana. O cuidar é então a pedra basilar da enfermagem que promove valores humanísticos e altruístas. A enfermagem é e será sempre uma profissão de ajuda, que se expressa através de valores manifestos na forma de estar, de ser, de conhecer e de fazer (Cabral, 2004).

De acordo com as suas necessidades a pessoa em situação cirúrgica requer “cuidados especializados, que devem ser prestados por profissionais com competências específicas” (AESOP, 2012, p.7).

Assim sendo, “o enfermeiro perioperatório demonstra competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica” (Regulamento n.º 429, 2018, p.19366).

Na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, os cuidados de enfermagem são direcionados” aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa

a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença” (Regulamento n.º 429,2018, p.19366).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC) detém as seguintes competências:

- Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Otimizar 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;
- Maximizar 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.º 429,2018).

Como a enfermagem médico-cirúrgica revelou ser uma área demasiado abrangente, surgiu a necessidade de a dividir, emergindo entre outras a especialização voltada para a pessoa em situação perioperatória. Nesta linha de pensamento, cada área de especialização mais específica passou a ter necessidade de direcionar ainda mais a sua ação, estabelecendo competências direcionadas por excelência ao cuidar em contexto perioperatório. Estas consistem em dois domínios dos quais emanam seis competências específicas, de acordo com o que vem explanado na tabela abaixo (Regulamento n.º 429, 2018).

Tabela 3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, em enfermagem à pessoa em situação perioperatória

Domínio	Competência
Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica;
	Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória;
	Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional.
Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório;
	Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios;
	Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.

O EEEMCEPSP no seu exercício profissional “caracteriza-se pela atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica e tem como princípios a atuação com responsabilidade profissional e prudência” (OE, 2017, p.27).

De acordo com o conceito expresso pela OE, “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). Exigem a identificação das necessidades, o planeamento, a execução e avaliação dos resultados obtidos, nas áreas complementares entre si: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatórias (OE, 2017).

Os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios assentam em cinco pilares, como base de sustentação à qualidade e excelência dos mesmos, pelo que passo a nomear (OE, 2017, p.27):

- O Reconhecimento do Outro e a Capacitação como base da intervenção e do processo de enfermagem. O enfermeiro perioperatório, estabelece uma relação interpessoal e reconhece a pessoa como ser único, complexo e aprendente, capaz de desenvolver o conhecimento e a autoconsciência. Faz um plano conjunto do projeto de cuidados, reconhecendo a liberdade de escolha da pessoa, fomentando a sua autonomia e comportamentos ajustados à situação, atua promovendo, assim, a sua capacitação.
- A Vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser expressa como a impossibilidade de a pessoa responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a procedimentos cirúrgicos e anestésicos. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e a impossibilidade de defesa, que requerendo que seja assegurada por outra pessoa em sua substituição.
- A Responsabilidade de cuidado – o enfermeiro especialista na área da enfermagem perioperatória tem a responsabilidade de promover resultados positivos e ajudar a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar. Assegura um padrão de excelência no cuidar antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos e anestésicos de acordo com as necessidades da pessoa, atua com prudência face aos riscos e incertezas, respondendo pelas suas decisões, atos e consequências e influenciando positivamente a equipa, em benefício da pessoa em situação perioperatória.
- A Prudência e a gestão de risco – o enfermeiro especialista na área da pessoa em situação perioperatória tem competências na gestão dos riscos e das consequências possíveis e prováveis de cada decisão ou ato. Atua com consciência cirúrgica, prudência e precaução, atento ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude de prevenção e vigilância

antecipatória, tomando decisões ajustadas à natureza, gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos, com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa ou equipa.

- A Consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar da pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado.

A pessoa ao recorrer ao procedimento cirúrgico traz nessa decisão a expectativa de uma melhoria do seu estado de saúde e da sua qualidade de vida. No entanto, esta decisão acarreta um risco elevado, pois ao aceitar ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos aceita também um estado de consciência alterado, os riscos relativos aos procedimentos e a permanência num estado de vulnerabilidade física e emocional, um estado de total dependência (Regulamento n.º 429, 2018). Segundo a AORN (2022) “os pacientes perioperatórios são vulneráveis a lesões devido à diminuição ou ausência de sensações de dor, à incapacidade de agir de acordo com essas sensações e à incapacidade de comunicar ou tomar decisões enquanto recebem anestesia.” (AORN, 2022, p.1). As vulnerabilidades aumentam o potencial de danos aos pacientes e exigem dos profissionais de saúde a priorização da segurança. Como forma de combate a situações de risco, os pacientes devem estar envolvidos em seus próprios cuidados, poder colocar perguntas e falar sobre preocupações relacionadas à sua segurança (AORN, 2022).

Face ao estado de vulnerabilidade o enfermeiro assegura proteção e substitui a pessoa na sua defesa enquanto ela não o puder fazer por si própria (Regulamento n.º 429,2018).

A consciência cirúrgica será o baluarte no qual se sustenta a prática clínica. Determina que o enfermeiro aja em benefício da pessoa, independentemente do controle externo e em qualquer situação (OE, 2017, Duff, Bowen & Gumuskaya, 2022). É um conceito pouco claro, um fenómeno abstrato “que explica a obrigação moral do enfermeiro em salvaguardar a assepsia cirúrgica e a segurança do paciente (Duff, Bowen & Gumuskaya, 2022, p.147). Estando profundamente enraizado na prática clínica é considerado um conceito de difícil definição. Foi utilizado pela primeira vez em 1926, mas rapidamente ultrapassado pelo conceito de assepsia que se sobrepôs como elemento central da ação do enfermeiro perioperatório (Duff, Bowen & Gumuskaya, 2022). Expressa-se no “comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável” (Regulamento n.º 429,2018, p.19366). O seu modelo conceptual apresenta três construtos: consciência (conhecer), consciência (sentir) e agência (agir). É condicionada por fatores como educação, treinamento, orientação, ambiente, cultura e apoio (Duff, Bowen & Gumuskaya, 2022).

A segurança da pessoa é uma das maiores preocupações relativas à prestação de cuidados.

A implementação de políticas que salvaguardem a sua segurança é fundamental. A partir do momento que a OMS considerou que a segurança do doente era um problema de saúde pública, estabeleceram-se critérios de proteção das quais se emanaram medidas a implementar pelos governos e organizações. No contexto de BO, os fatores que condicionam a segurança dos doentes são diversos destacando-se: a prevenção da infeção do local cirúrgico, da hemorragia, do tromboembolismo, da hipotermia, das úlceras de pressão, das quedas, da retenção inadvertida de dispositivos médicos, de erros de medicação, da cirurgia efetuada no lado errado, no doente errado, ou procedimento cirúrgico errado (OMS, 2009).

Do total dos incidentes, 50% decorrem em contexto de BO, sendo que 50 % do total são considerados evitáveis, O BO como já foi referido é um contexto mais complexo, que os restantes porque agrega tecnologia sofisticada, multidisciplinidade da equipa e complexidade do procedimento (Despacho n.º 1400-A, 2015) que alia a “ um grau importante de variação e incerteza, num ambiente dominado pela pressão de produção, pelo stress associado ao risco do processo, onde mesmo as atividades mais simples envolvem aspetos essenciais” (Mota et al., 2021, p.4).

A garantia da segurança cirúrgica é um problema mundial, por esse motivo e com o fim de aumentar a segurança a OMS em 2007, criou o projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”. A sua aplicabilidade na prática manifesta-se pela utilização da lista de verificação da cirurgia segura (LVCS), que pretende intervir na melhoria da identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico, na implementação de práticas anestésicas universalmente aceites, na prevenção da infeção do local cirúrgico e, de forma abrangente, melhoria do trabalho em equipa e na comunicação entre os elementos da equipa cirúrgica (DGC, 2013 ; OMS, 2009).

Em 2021, a OMS, definiu o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente que preconiza “um mundo em que ninguém seja prejudicado nos cuidados de saúde e em que todos os pacientes recebam cuidados seguros e respeitosos, sempre e em qualquer lugar” (*World Health Organization*, 2021, p.viii), centrando a sua ação na segurança de doente e na redução de eventos adversos. Apresenta como diretrizes: envolver pacientes e familiares como parceiros em cuidados seguros, alcançar resultados através do trabalho colaborativo, analisar e compartilhar dados para gerar aprendizado, traduzir evidências em impactos acionáveis e mensuráveis, basear as políticas e ações na natureza do ambiente de cuidados, utilizar o conhecimento científico e a experiência do paciente para melhorar a segurança e inculcar uma cultura de segurança na conceção e prestação de cuidados de saúde (WHO, 2021).

A nível nacional, a DGS através da aplicação do PNSD, tem vindo sucessivamente a buscar critérios de qualidade e segurança. No PNSD de 2015-2020, fomentou a melhoria da segurança

do doente focando questões como: a cultura de segurança, a identificação inequívoca de doentes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras por pressão, a segurança da medicação, a prevenção de quedas, as infeções associadas aos cuidados de saúde, simultaneamente com a notificação de incidentes de segurança (Despacho n.º 1400-A, 2015). Um dos aspetos cruciais foi a abordagem da comunicação como peça indispensável à transmissão de informação, o seu papel na prevenção de incidentes e na segurança dos doentes (Despacho n.º 1400-A, 2015; DGS, 2017b). De acordo com a evidência, cerca de 70% dos eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados do doente (DGS, 2017b, Mota et al., 2021). Mota et al., de acordo com o exposto pela *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)*(2018) afirmam que estas representam eventos sentinelas e uma ameaça real à segurança do doente (Mota et al., 2021).

Por considerar esse papel essencial, num contexto passível de ter muito ruído e no qual a comunicação se faz essencialmente de forma verbal, senti a necessidade de criar em conjunto com mais quatro colegas, uma ferramenta ISBAR para assegurar a passagem de informação da pessoa em sala operatória para a UCPA, garantindo a continuidade de cuidados e registos cirúrgicos, permitindo a transmissibilidade de informação pertinente para cada pessoa. O ISBAR foi utilizado na prática clínica, tendo revelado ser um instrumento útil na sistematização da informação. A sua aplicação foi acompanhada de formação (DGS, 2017b) (Anexo XVIII). Esta ferramenta foi referência de boas práticas noutra grupo profissional (médicos anestesiologistas) que solicitaram autorização da sua partilha nas suas formações. O trabalho também foi divulgado na *Newsletter* do BO.

O ISBAR possibilita o aumento do número de informações partilhadas, a precisão da informação transmitida, a diminuição das distrações e a omissão da informação pertinente. Permite ainda reflexão entre os profissionais sobre o estado clínico do doente (Mota et al., 2021).

O PNSD 2015-2020 também representou um pilar do desenvolvimento na cultura de segurança de cada instituição (Despacho n.º 1400-A, 2015). No PNSD de 2016-2021, "o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos" (Decreto n.º 9390, 2021, p.100).

O ambiente perioperatório seguro não se limita a uma cultura de segurança organizacional, à centralização da pessoa, ao trabalho de equipa, à comunicação eficaz. Estende-se muito além destes aspetos focando-se na prevenção da infeção, na prevenção de eventos adversos (erros de medicação, lesões de posicionamento, cirurgia no local cirúrgico, retenção não intencional de itens, incêndios e queimaduras), na movimentação em sala, na competência dos elementos

da equipa na integração eficaz de novos elementos e na existência de pessoal seguro com práticas de permanência (AORN, 2022).

Na continuidade do trabalho desenvolvido, no PNSD de 2021-2026 apresenta o:

“conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do doente, incorporando e apelando à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, concretamente, os decisores políticos, líderes e gestores das instituições de saúde e das estruturas com responsabilidade na área da qualidade, segurança do doente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, utentes, doentes, famílias e cuidadores” (Despacho n.º 9390, 2021, p.97).

Num estudo realizado por Mota et al. (2021), relativo à perceção dos enfermeiros face à segurança do doente, que incluiu 1001 enfermeiros perioperatórios, apenas duas dimensões apresentavam um nível de implementação elevado: identificação inequívoca do doente e prevenção e controle de infeção e resistência aos antimicrobianos. As restantes dimensões (prevenção de úlceras de pressão, segurança cirúrgica, segurança de comunicação, segurança na utilização de medicação e prevenção de quedas) apresentavam em mais de 50% das dimensões um baixo nível de implementação, deixando margem para francas melhorias (Mota et al., 2021).

Estes estudos alertam para o fato de a perceção dos enfermeiros ser importante para ter uma noção mais próxima da realidade no que concerne à qualidade e à segurança. Gomes et al. (2020), avaliou a perceção dos enfermeiros perioperatórios em relação à qualidade, apresentando piores resultados relativos aos circuitos do BO, à continuidade da assistência e às especificidades de grupos profissionais. No que se refere ao circuito do BO, deixa pouca margem para atuar pois está relacionado com a própria estrutura física. Relativamente à continuidade da assistência, incide sobre a inexistência de VPOE e de visita pós-operatória de enfermagem. O 3º item tem a ver com a existência de vários grupos profissionais a trabalhar em conjunto. O papel do enfermeiro permite identificar problemas, planear ações de correção e melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados (Gomes et al., 2020).

Outro aspeto de relevância relacionado com a segurança é a infeção. Estando definidas como áreas de intervenção do PNSD de 2015-2020, que tinham como um dos objetivos prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) “agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade” (DGS, 2017a, p.19). A nível social aumentam a abstenção laboral, criam situações de incapacidade e diminuem a qualidade de vida. Ditam um acréscimo dos custos financeiros inerentes (Gonçalves & Carmo, 2022). Na

sequência do número elevado de infeções, criou-se em 2013 o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos antimicrobianos (PPCIRA), aliando prevenção e controlo de infeção e a RAM, uma dualidade indissociável. A previsão de mortes atribuíveis às RAM, em 2050, será de 10 milhões de mortes por ano. Este programa deu início à promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). As PBCI traduzem regras de boa prática com vista a minorar o risco de infeção e de transmissão cruzada, que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde (DGS, 2017a ; DGS, 2013c).

A higienização das mãos constitui a medida mais relevante na prevenção de infeção, pois é uma medida relativamente fácil de implementar e não acarreta grandes custos. A maior parte da transmissão / contaminação faz-se por contacto direto das mãos dos profissionais. A higienização não impede que tenham de recorrer a PBCI para complementar a sua eficácia. Esta deve ser realizada em 5 momentos de acordo com as recomendações da OMS: antes do contacto com o doente, antes de um procedimento limpo/assético, após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso, após o contacto com o doente e após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente (DGS, 2019a; DGS, 2017a). Também se procedeu à monitorização do uso correto de luvas (DGS, 2017a). Para o enfermeiro perioperatório também tem importância a infeção do local cirúrgico e aplicação de medidas preventivas como o tratamento de infeções subjacentes, o banho pré-cirúrgico com clorexidina a 2-4%, a tricotomia só se necessária e o mais perto possível do momento da incisão, a antibioterapia profilática cirúrgica 60 minutos antes da incisão, a preparação intestinal em caso de cirurgias a ao cólon e reto com a associação antibioterapia oral e endovenosa, a antissepsia da pele com clorexidina a 2% em solução de álcool a 70%, exceto se contraindicado. Gerir a homeostasia, relativa a normoterapia e normoglicemia, saturação de oxigénio igual ou superior a 95%, antissepsia na realização do penso cirúrgico (DGS, 2022a). Apesar de as taxas de infeção terem diminuído com um decréscimo total de 44% referentes à infeção do local cirúrgico e as RAM também, terem diminuído destaca-se a *Klebsiella pneumoniae carbapenemase* que tem vindo a aumentar (DGS, 2022b).

Em colaboração com mais três colegas foi realizada a apresentação de várias ações formativas, de acordo com problemas detetados que mereciam medidas corretivas e formação no sentido de melhorar a qualidade e garantir a segurança (Anexo XVIII a XXIV). Estas ações foram pertinentes, pois ao serem ministradas atuaram como incentivo à mudança de comportamentos rumo a uma melhor qualidade. Várias das ações estiveram relacionadas com a prevenção da infeção e a implementação de boas práticas. As temáticas abordadas foram:

“Uso de luvas cirúrgicas”, “Higiene das mãos (5 momentos) e uso de luvas”, “Limpeza de superfícies ambientais-BO” e “Fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória”. Estas ações englobaram dois grupos profissionais: enfermeiros e assistentes operacionais (AOS), pretenderam atingir o maior número possível de profissionais. No caso dos assistentes operacionais a ação sobre superfícies ambientais foi facultada a todos os elementos do grupo sendo o objetivo principal munir os AOS de conhecimentos, adequar procedimentos e diminuir o risco de infeção. Como trabalham em equipa, fez-se paralelamente formação aos enfermeiros para que estes pudessem ser um elemento adjuvante da implementação das alterações necessárias e não um entrave. Esta formação ganhou ainda mais importância na medida em que cada vez é mais frequente a necessidade da aplicação de medidas de contenção em pessoas infetadas, nomeadamente por KPC+ (*Klebsiella pneumoniae carbapenemase*) e COVID+, atuando-se sobre a prevenção da transmissibilidade.

Também a formação sobre “Higiene das mãos (5 momentos) e o uso de luvas” foi importante pois permitiu desmitificar alguns dos medos que levavam à utilização indevida de luvas e ao uma má higienização das mãos, aumentando o risco de infeção. Estas lacunas foram detetadas em auditorias prévias, sendo práticas a melhorar. Foi realizada em pequenos grupos de AOS, com componente prática de role play, com o objetivo de transpor para a prática os conhecimentos adquiridos.

Relativamente às formações direcionadas para os enfermeiros realizou-se a formação sobre “Uso de luvas cirúrgicas”. Foi detetada uma necessidade do serviço pelos responsáveis que reconheceram como urgente a elaboração de instruções para o uso de luvas cirúrgicas. Tinha como objetivo a sensibilização para as boas práticas e requereu-se a colaboração com as enfermeiras interlocutoras da qualidade para criar uma norma no serviço. No que concerne à formação “Fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória” direcionada aos enfermeiros, resultou para além da formação em si a criação em parceria com a Comissão de Controle de Infeção e Resistência a Antimicrobianos (CCIRA), cartaz “A avaliação do risco e seleção de luvas”, de acordo com a PBCI, que foi afixado em pontos estratégicos para ajudar e agilizar a escolha do uso de luvas. A CCIRA propôs a sua homologação para serem disponibilizados por todo o CHUP. Também criou procedimento, guia, impresso e panfleto da VPOE, que uma vez implementada também contribuirá para a prevenção da infeção pela recomendação do banho pré-cirúrgico com clorohexidina e pela colheita de dados relativos a infeção prévia, controlo de glicemias em caso de diabetes e a medidas a ter em caso de preparação de pele (tricotomia) e intestinal.

O posicionamento é uma tarefa perioperatória importante. As diretrizes emanadas pela AORN, servem para prevenir e evitar lesões de posicionamento, mantendo a segurança do doente e da equipa, remetendo para práticas seguras. Tem como objetivos a exposição do local cirúrgico, a acesso a linhas intravenosas, equipamentos de monitorização e a ventilação ideal. Manter a conforto e privacidade do doente, simultaneamente evitar lesões nervosas ou de pressão e deslocamento do corpo são também objetivos (Speth, 2023; Spruce, 2021).

O SNS tem diretrizes relativas à humanização de cuidados. A humanização de cuidados abrange todos os profissionais. Após a notificação relacionada com comunicação entre assistente operacional e doente procedeu-se a formação sobre o “Compromisso para a humanização hospitalar”, tendo por objetivos divulgar a pertinência do departamento da Humanização, trabalhar a competência dos AOS enquanto membros da equipa, em aspetos como a empatia, comunicação e relacionamento interpessoal.

A prática de enfermagem não se faz unicamente de procedimentos técnicos, mas tem de deixar margem para o estabelecimento de relação que permita ao doente manifestar as suas preocupações e os seus medos. O facultar da informação permite à pessoa em situação cirúrgica, manifestar satisfação e encarar a cirurgia de uma forma mais serena (Breda & Cerejo, 2021). Também aqui a VPOE abre a possibilidade a um cuidado mais global e humanizado, permitindo a sua extensão à família.

Foi também criado o guia de acolhimento do bloco operatório com o principal objetivo de desmistificar ideias pré-concebidas sobre o mesmo, contribuindo para amenizar algum do desconforto da pessoa em situação perioperatória e da sua família, tornando o bloco um lugar menos intimidatório. A elaboração do guia do filme do “Acolhimento do doente e família no BO”, foram realizados com o intuito de colmatar a ausência de documentação e procedimentos nesta área e possibilitar literacia da pessoa e da sua família bem como fornecer informações relativas aos procedimentos anestésicos os e cirúrgicos e à apresentação do BO.

O guia foi concebido com o objetivo de ser distribuído, no internamento, na consulta e também na VPOE, bem com disponibilizar o filme para APP e site do CHUP.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estágio representa um momento curricular voltado para o desenvolvimento de competências e habilidades, direcionado para o encontro com a realidade prática do futuro profissionalizante.

A aprendizagem pode ser entendida como “um processo cognitivo através do qual vamos construindo vários conhecimentos, conceitos, competências, que resultam numa alteração de comportamento, no sentido de responder adequadamente às novas situações que enfrentamos, aos desafios com que nos deparamos e aos quais temos de dar resposta” (Inácio, 2007, p.1) e que se concretiza numa “série de experiências práticas e de interações com o meio” (Inácio, 2007, p.2).

O pensamento crítico-reflexivo em enfermagem caracteriza-se por ser um

“processo complexo e multidimensional que engloba a habilidade intelectual que o indivíduo possui para procurar, identificar e desafiar premissas do raciocínio que considera relevantes para a tomada de decisão; a capacidade para conjugar a experiência, o conhecimento e o raciocínio na identificação e exploração de quadros alternativos de referência, tendo em conta o contexto e uma componente atitudinal, que incorpora os domínios afetivos, capaz de influenciar o pensamento lógico, situacional e intencional” (Peixoto & Peixoto, 2017, p.136).

O pensamento crítico e reflexivo está diretamente relacionado com o processo de tomada de decisão, motivo pelo qual é imprescindível para a evolução do enfermeiro, inclusive a transição do enfermeiro para enfermeiro especialista, sendo um elemento essencial à responsabilidade e à qualidade profissional.

O EEEMCEPSP atua tendo por base as competências comuns e específicas.

A realização deste relatório marcou-se nesta primeira parte pela reflexão sobre os percursos, atividades e competências adquiridas.

Foi um campo de estágio rico em oportunidades de aprendizagem, que permitiu a perfeita articulação dos conhecimentos teóricos ministrados no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória com a prática clínica. Permitiu também o enriquecimento pessoal e profissional pela partilha de conhecimentos de diversos profissionais e trabalho em equipa.

Existia o desejo de poder fazer a diferença desenvolvendo prática baseada em evidência considerando que esta é essencial à tomada de decisão com vista à melhoria de qualidade, garantindo uma maior segurança da pessoa e da equipa multidisciplinar. Com base neste pressuposto, com vontade de mobilizar e envolver a equipa e ciente de qualquer mudança requer motivação muniu-se das evidências científicas mais recentes fez uma aposta na transmissão desses conhecimentos através de formação. Destacou-se nesta atitude dinâmica a importância da comunicação e da colaboração para a implementação de boas práticas.

Estas experiências imputaram um maior alerta para questões como a segurança (pessoa e profissionais), a infeção, a comunicação, conforto da pessoa e humanização já consideradas importantes, mas que neste estágio ganharam outra dimensão. Foi como um despertar, um abrir de olhos para o quanto é possível intervir no papel do enfermeiro especialista, sendo bagagem que serve para futuro.

Apesar de não ter sido possível colocar em prática a VPOE, por condicionantes relativas à pandemia COVID, deixou-se em aberto a possibilidade de mais tarde implementar a VPOE, permitindo uma maior humanização dos cuidados.

Permanece a noção de que ainda há muito a fazer na busca permanente de cuidados seguros e de qualidade, sendo um trabalho contínuo. Leva deste estágio a convicção de que houve uma reestruturação do pensamento e a aquisição de uma visão que torna possível a mudança.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A ANSIEDADE NA FAMÍLIA/ CUIDADORES DA PESSOA PROPOSTA A CIRURGIA PROGRAMADA NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

1. RESUMO

Enquadramento: O cuidado à família/cuidadores da pessoa em situação cirúrgica poderá determinar uma melhor gestão da ansiedade possibilitando a um melhor desempenho do seu papel estabilizador junto da pessoa que será submetida a cirurgia. Para que se proponham intervenções de enfermagem, é necessário perceber qual o conhecimento existente sobre esta temática, abrindo portas a um cuidado mais inclusivo, mais humano e com maior qualidade.

A ansiedade entende-se como um sentimento vago, desagradável, que causa desconforto e mal-estar físico e psíquico. Sendo uma resposta normal a situações desconhecidas ou estranhas que geram insegurança, desconforto e tensão.

É um dos diagnósticos de enfermagem mais frequente no período pré-operatório. Estudos sobre a ansiedade pré-operatória determinam uma prevalência de 53% e que a ansiedade da pessoa e da família está correlacionada.

Está também dependente do contexto, sendo que a cirurgia em si impõe ansiedade, pois é encarada como uma ameaça.

Nesta perspetiva de um cuidar com mais qualidade e humanismo, o enfermeiro perioperatório deverá desenvolver um atendimento personalizado, que atuará diretamente na pessoa em situação cirúrgica e na sua família.

Objetivos: Mapear o conhecimento formal que suporta o processo de gestão de ansiedade na família/cuidadores da pessoa a cirurgia programada, no período pré-operatório.

Metodologia: *Scoping Review* (ScR), tendo como referência o método de *Joanna Briggs Institute*, em concordância com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Review* (PRISMA-ScR). Pesquisa nas bases de dados Medline via Pubmed, CINAHL (via EBSCOHost), Scielo, Lilacs e BVS. Para literatura cinzenta recorreu-se à Opensigle, à Dart Europe e à RCAAP. Os critérios de inclusão foram: estudos quantitativos, qualitativos e mistos, primários e secundários, centrados na ansiedade da família/cuidadores de pessoa proposta para cirurgia programada, no período pré-operatório, escritos nos idiomas português, inglês, francês e espanhol, realizados em adultos. A análise, extração e síntese de dados foram feitas por dois revisores independentes e recurso a um terceiro revisor independente, em caso de discordância.

Os dados dos estudos foram colocados numa tabela de extração que permitiu organizar os dados para a sua análise.

Resultados: Foram identificados 185 artigos, dos quais três foram removidos por serem duplicados. Foram revistos um total de 182 artigos por títulos e/ou resumos, sendo que destes 11 foram revistos por leitura integral e incluídos 4 artigos de acordo com os critérios de inclusão. Dois no domínio do diagnóstico e dois no domínio da investigação.

Conclusão: É escassa a produção científica que estude a família da pessoa proposta para cirurgia programada, no que se refere à gestão da ansiedade, no entanto na população pediátrica a produção é maior. A correlação forte e positiva determina a expressão da ansiedade entre família/ cuidador e a pessoa. Ações educacionais podem ajudar na gestão da ansiedade, bem como a inclusão da família/ cuidadores na visita pré-operatória de enfermagem como momento único de ação de enfermagem sobre os mesmos.

Palavras-chave: enfermagem perioperatória, família, cuidadores, cuidados de enfermagem, ansiedade.

2. ABSTRACT

Background: Caring for the person undergoing surgery's family/caregivers may determine better anxiety management, enabling a better performance of their stabilizing role with the person who will undergo surgery. To propose nursing interventions, it is necessary to understand the existing knowledge on this subject, opening doors to a more inclusive, more humane and higher quality care.

Anxiety is understood as a vague, unpleasant feeling that causes physical and mental discomfort and discomfort. Being a normal response to unknown or strange situations that generate insecurity, discomfort, and tension.

It is one of the most frequent nursing diagnoses in the preoperative period. Studies on preoperative anxiety determine a prevalence of 53% and that the anxiety of the person and the family is correlated.

It is also dependent on the context, and the surgery itself imposes anxiety, as it is seen as a threat.

In this perspective of a care with more quality and humanism, the perioperative nurse should develop a personalized service, which will act directly on the person undergoing surgery and on his family.

Aims: To map the formal knowledge that supports the anxiety management process in the family/caregivers of the person scheduled for surgery, in the preoperative period.

Methodology: Scoping Review (ScR), using the Joanna Briggs Institute method as a reference, in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Review (PRISMA-ScR). Search in Medline databases via Pubmed, CINAHL (via EBSCOHost), Scielo, Lilacs and BVS. For gray literature, Opensigle, Dart europe and RCAAP were used. Inclusion criteria: quantitative, qualitative, and mixed studies, primary and secondary, centered on the anxiety of the family/caregivers of a person proposed for scheduled surgery, in the preoperative period, written in Portuguese, English, French and Spanish, performed in adults. The analysis, extraction and synthesis of data will be conducted by two independent reviewers and a third independent reviewer will be used in case of disagreement.

Study data will be placed in an extraction table allowing data organization for analysis.

Results: 185 articles were retrieved and three were duplicates. A total of 182 articles were reviewed by titles and/or abstracts, of which 11 were reviewed by full reading and 4 articles

were included according to the inclusion criteria. Two in the field of diagnosis and two in the field of research.

Conclusion: Studies targeting the family of the person proposed for scheduled surgery, regarding anxiety management are scarce, however in the pediatric population production is greater. The strong and positive correlation determines the expression of anxiety between the family/caregiver and the person. Educational actions can help in the management of anxiety, as well as the inclusion of the family/caregivers in the preoperative nursing visit as a unique moment of nursing action on them.

Keywords: perioperative nursing, family, caregivers, nursing care, anxiety.

3. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretende-se fazer a sustentação teórica subjacente ao tema a investigar – A ansiedade na família / cuidadores da pessoa proposta a cirurgia programada no período pré-operatório. Assim sendo, serão abordados conceitos como ansiedade, família, enfermagem perioperatória, humanização dos cuidados e a aplicação da teoria das transições neste contexto. Na prática clínica em contexto perioperatório, o enfermeiro perioperatório tem como foco de ação a pessoa em situação perioperatória e o seu convivente significativo. Fazendo jus à experiência, tem-se vindo a verificar um desinvestimento em aspetos fundamentais dos cuidados de enfermagem no pré-operatório, desconsiderando aspetos como a continuidade dos cuidados, os períodos nos quais o atendimento da pessoa é considerado perioperatório. O período pré-operatório é necessário para que se estabeleça uma relação terapêutica, é o primeiro passo do caminho que a pessoa/família e o enfermeiro perioperatório necessitam percorrer.

3.1. A ansiedade

A ansiedade é definida como “um estado emocional perturbador e desconfortável de nervosismo e preocupação” (Barnhill, 2020). Pode ser antecipatória, pré-anteceder a ameaça, manter-se depois desta cessar ou ocorrer sem que a mesma seja identificada. Por esse motivo, a ansiedade poderá não estar diretamente relacionada com o momento na qual se revela a ameaça.

A ansiedade é acompanhada por alterações físicas e comportamentais idênticas às apresentadas no medo (Barnhill, 2020). Pode ser incapacitante, limitando as respostas e a forma de lidar com qualquer situação que venha de novo e que gere desconforto. Na realidade, a ansiedade é uma resposta adaptativa face a uma situação de stress e que funciona como protetora do indivíduo.

A ansiedade pode inclusive atuar como um mecanismo propulsor para a ação. Deixa de ser benéfica quando ultrapassa um patamar de normalidade, apresentando manifestações físicas, psicológicas e comportamentais que condicionam as vivências e a qualidade de vida.

A nível psicológico pode expressar-se por: sensação e verbalização do medo intenso e apreensão acompanhado de nervosismo, tensão e inquietação; angústia; diminuição da

atenção que se foca na fonte do medo com existência de preocupações persistentes e recorrentes; estado de alerta com dificuldades de adormecer, insónia e irritabilidade.

A nível físico pode manifestar-se por: tensão muscular; tremores da voz e das extremidades; frequência respiratória mais rápida e superficial que pode motivar tonturas e parestesias; taquicardia; hipersudorese; boca seca; fadiga; dor precordial e abdominal; náuseas; vômitos; urgência urinária e de defecar e desmaio.

A nível comportamental pode expressar-se por: evitamento dos estímulos associados ao perigo ou ameaças manifestando ansiedade intensa. Esta manifestação revela-se pela aproximação da exposição aos mesmos ou até pela centralização do pensamento nos perigos e ameaças (Assis et al., 2014).

Varia de acordo com a intensidade e a permanência no tempo. Quando instalada e mantida poderá evoluir para situações de cronicidade e patológicas.

Também a nível imunológico o organismo é afetado pela ansiedade, que motiva a produção aumentada de cortisol, hormona libertada em situações de alerta e perigo, que provoca a diminuição das defesas corporais. A carga emocional presente nos estados de ansiedade conduz à libertação aumentada de interleucinas que levam a imunossupressão. A ação destas moléculas imunomoduladoras estabelece a comunicação e interação entre o cérebro e o sistema endócrino (Assis & Porfírio, 2021). Vários estudos documentam a prevalência de ansiedade em grau variável leve, moderado ou grave, que variam de 60 a 80% (Melchior, Barreto, Alencar et al., 2018). Documentam, também, que as manifestações de ansiedade psicológica como humor ansioso, medo, insónia e humor depressivo estão expressas maioritariamente no género feminino e que manifestações de carácter físico, como sintomas urinários, respiratórios, cardiovasculares e musculares são mais característicos do género masculino. Por outro lado, o género feminino tem uma maior correlação com a ansiedade, atendendo às características biológicas e hormonais, com efeito que o afastamento do lar provoca (Melchior, Barreto, Alencar et al., 2018; Silva et al., 2022; Oliveira et al., 2021). Ainda relativamente à ansiedade, e considerando este diagnóstico de enfermagem em adultos no período pré-operatório, obtiveram-se prevalências de 81,3%, elevando ainda mais a fasquia deste diagnóstico (Monteiro et al., 2019). Em estudo realizado em doentes submetidos a cirurgia eletiva a prevalência da ansiedade pré-operatória estimada situava-se entre os 60-92% (Adhikari et al., 2023).

A ansiedade pode ser classificada em ansiedade-estado e ansiedade-traço, não estando incluída nesta classificação a ansiedade enquanto transtorno mental ou doença. Esta classificação foi feita por Spielberg, que não só estudou o fenómeno da ansiedade como criou instrumentos para a sua avaliação - *State- Trait Anxiety Scale* -, que consistem em 40

perguntas distribuídas em grupos de 20 referentes a ansiedade estado e ansiedade traço (Gunes & Ozkan, 2021).

A ansiedade-estado é uma situação aguda de ansiedade, que não prevalece na ausência do estímulo desencadeante. Trata-se de uma reação emocional transitória, percebida pela consciência e pode decorrer com sentimentos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, que têm ação sobre sistema nervoso autónomo aumentando a sua atividade. Manifesta-se sobre a forma de alterações da frequência cardíaca (taquicardia), do padrão respiratório, da pressão arterial (hipertensão arterial), inquietação, tremores e hipersudorese. Para além destas respostas também são usuais, a nível fisiológico: palpitações, hipertermia, náuseas e elevado senso de tato, audição e olfato; e a nível psicológico: alterações de comportamento como agressão. Estas expressões físicas e psicológicas representam um esforço desadequado de *coping*, tendo como objetivo a resolução de conflitos internos. Pode quando persistente conduzir a fobias, reações de conversão, estados dissociativos, obsessivos e compulsivos. Na ansiedade-estado a maneira como a ameaça é encarada é mais importante que a ameaça em si (Gomes et al., 2014, Oliveira, 2011).

A ansiedade-traço está intimamente relacionada com a personalidade, consistindo numa dissociação entre a perceção e as reações às situações vividas. São comportamentos do indivíduo que ficam latentes, até que uma situação provoca a sua ativação. São influenciados por experiências anteriores. No fundo, refletem uma tendência à ansiedade, na qual atuam as “diferenças interindividuais na tendência para perceber situações causadoras de stress como perigosas ou ameaçadoras e na inclinação para reagir a tais situações com elevações mais frequentes e intensas na ansiedade estado” (Oliveira, 2011, p.6).

A correlação entre níveis de ansiedade elevados na ansiedade-estado e na ansiedade-traço, corresponde, respetivamente, ao aumento da ansiedade e a uma personalidade ansiosa (Oliveira, 2011).

Apesar da ansiedade-estado ser modificada por incidentes momentâneos, quando a ansiedade traço aumenta, a ansiedade estado aumenta de forma correlacional (Gunes & Ozkan, 2021).

O procedimento cirúrgico é reconhecido pelo doente como uma ameaça externa, apresentando-se a ansiedade como um quadro comum. Independentemente da cirurgia, a hospitalização só por si constitui uma experiência difícil e stressante que implica reajustes face ao lidar com a situação na qual a pessoa é afastada do seu meio ambiente físico e social, ocorrendo alterações na sua vida diária, com perda de privacidade e intimidade. Quando estas duas situações, internamento e cirurgia, confluem, tornam ainda mais exacerbada a ansiedade (Melchior, Barreto & Prado et al., 2018).

Também o tipo de cirurgia poderá influenciar as manifestações. Num estudo de Martins et al. (2021) doentes propostos para correção cirúrgica de valvulopatias apresentavam mais sintomas ansiosos que doentes propostos a revascularização cardíaca.

Face à ansiedade, os comportamentos esperados são de *coping*, estando estes dependentes de variáveis individuais, do diagnóstico, do risco cirúrgico e do prognóstico cirúrgico (Oliveira, 2011). A ansiedade habitualmente atinge o seu pico de intensidade quando é chegado o momento da cirurgia. Mesmo doentes com pouca tendência para a ansiedade, podem estar ansiosos neste contexto. A classificação do tipo de ansiedade permite a atuação precoce no sentido de evitar complicações no período intra e pós-operatório. Poderão ser necessárias doses aumentadas de fármacos para que possa efetivamente ser sedado. A ansiedade pré-operatória está relacionada com uma pior gestão da dor no pós-operatório. Estudos realizados em doentes que iriam ser submetidos a colecistectomia permitiram constatar que estes tinham apresentado níveis de ansiedade leves e moderados. Verificou-se também que à medida que ansiedade-estado aumentava, a dor pós-operatória reduzia e que, no caso da ansiedade-traço, à medida que esta aumentava a dor pós-operatória aumentava também (Gunes & Ozkan, 2021). Em outro estudo, Periañez et al. (2020) estabeleceu uma diferença estatisticamente significativa na qual se definia a ansiedade como fator preditivo da dor pós-operatória. A ansiedade no pré-operatório encontra-se ainda correlacionada com náuseas, vômitos, retardamento da recuperação e aumento do risco de infeção (Melchior, Barreto & Alencar et al., 2018).

Os fatores desencadeantes da ansiedade são: medo do desconhecido, das intervenções médicas e cirúrgicas, a preocupação com a dor, com a segurança, com a recuperação e influência na sua vida (atividades e hábitos), perda de controle, medo de morrer.

Os preditores da ansiedade moderada ou grave no pré-operatório são: o sexo, a ocupação, o medo da anestesia e o medo de erros durante o procedimento médico-cirúrgico. O perfil do doente é do sexo masculino, faixa etária dos 50-69 anos, escolaridade baixa, situação laboral precária, sendo o único provedor do lar, já com cirurgias prévias, internamento inferior a 24h (Melchior, Barreto & Prado et al., 2018).

Os doentes com níveis de escolaridade superior detêm um conhecimento mais vasto e preciso, o que lhes permite não ter tanto medo do desconhecido, pelo que se lhe afigura mais fácil a gestão da ansiedade, o que se traduz numa manifestação menos exuberante desse estado. A ansiedade aparece associada ao sexo feminino com maior prevalência, no entanto, quando passamos para a prevalência da ansiedade moderada a grave, esta tem uma maior correlação com o sexo masculino, devido ao facto de ser o principal e muitas vezes o único provedor do lar, associado a trabalho precário, a preocupação com o bem-estar e provimento

da família e com as implicações de estar doente. O facto da família, ter residência em locais distantes do hospital e a impossibilidade de meios para estar junto do doente determinam por si só um aumento da ansiedade, pois sentiam-se desamparados, sem suporte familiar e sós. No que diz respeito às experiências cirúrgicas anteriores, estas atuam como um aspeto negativo que potenciam a ansiedade, no entanto ressalva-se que neste aspeto as experiências e os seus desfechos podem condicionar a forma como o doente vive a nova situação cirúrgica. Experiências anteriores de complicações ou medos não sanados e falta de confiança na equipa, podem ditar uma escalada da ansiedade (Melchior, Barreto & Prado et al., 2018, Oliveira et al, 2021).

O conhecimento e informação facultada interferem com a ansiedade, uma vez que em vários estudos o fornecimento de informação é referido como uma das formas de a gerir (Benevides, Silva, Silva & Farias, 2020).

O perfil dos doentes e determinados diagnósticos que a tornam mais provável de estar presente em níveis elevados, requerem uma maior atenção por parte do enfermeiro, sendo fulcral a sua avaliação através de instrumentos e diagnóstico de enfermagem (Pinto et al., 2023).

3.2. A Família e a interação familiar

A definição de família tem evoluído ao longo do tempo, numa progressão direta da evolução da sociedade e das suas mentalidades e crenças. Surgiram novos tipos de famílias com variabilidade de estrutura, cultura, relações e função. Várias são as definições para conceito de família. Existe no conceito, tal como na própria família uma mutabilidade. Beltrão considerava a família como um grupo social, que interagia entre os seus elementos criando relações interpessoais, que tinham uma residência comum, partilhavam despesas e que também tinham uma função reprodutiva (Dias, 2000).

Moura, citando Lacerda (2001), define família como:” uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços de consanguinidade, de interesse e/ou afetividade” (Moura, 2001, p.55).

O conceito de família tem vindo a ser modificado ao longo dos tempos por alterações na sua dimensão, na estabilidade, na autonomia, no matrimónio, nos papéis parentais, na escolha do cônjuge, no papel em relação com o género feminino ou masculino, na relação entre o casal e no papel da criança distanciando-se dos modelos tradicionais de família (Abreu, 2010).

Surgiram novas concepções de família, com novas dinâmicas e novos valores. Valorizam-se os aspetos emocionais, os sentimentos, em detrimento dos aspetos biológicos. O tipo de família predominante é o modelo de família nuclear (pai, mãe, filhos). No entanto, a sociedade tem sofrido uma evolução passando da família tradicional, numerosa, com vários filhos, e da família alargada na qual convivem várias gerações para outros tipos de famílias. Para além da família nuclear, menor comparativamente à versão prévia dominante, resultado do condicionamento social e económico, temos outros tipos de família. As famílias monoparentais, que se caracterizam por um progenitor e filho(s), sempre existiram, pois sempre houve mães solteiras e viúvas/os, no entanto ganharam maior expressão com o aumento do número de divórcios/separações, casos de adoção ou recurso a técnicas de reprodução. As famílias em união de facto em tudo são semelhantes às nucleares, mas sem um contrato formal como o matrimónio. As famílias em união livre, são idênticas à união de fato, mas sem nenhum objetivo de formalização da relação. As famílias recompostas provenientes da junção de cônjuges com relações anteriores, frequentemente juntam os filhos pertencentes a cada cônjuge. As famílias homossexuais são constituídas por duas pessoas do mesmo género, incluindo ou não filhos (Dias, 2011).

Atualmente, numa versão alargada, a OMS considera família quem o doente disser que o é.

Esta é então a unidade base da sociedade e o primeiro grupo humano organizado, encarada como matriz de desenvolvimento dos seus membros, que na sua função atua como promotora de segurança, firmeza, e que incute normas/regras que estruturam a personalidade dos seus membros. Local de ensino e aprendizagem para a vida em sociedade dos filhos, ajuda a formar o carácter, a desenvolver capacidades, atitudes e valores (Dias, 2000).

Cada família é única, tem um sistema de valores, crenças e conhecimentos próprios, encontra-se dependente de influências culturais, sociais e económicas. Aliada à unicidade de cada um dos seus membros está a sua própria identidade (Moura, 2001).

No seu papel de sistema de saúde, a família cuida dos seus elementos, leva em conta as suas queixas, acompanha a saúde/doença constantemente, busca soluções e ajuda profissional. De acordo com Figueiredo (2009), “a família é o contexto onde se desenvolvem padrões que podem favorecer ou prejudicar a saúde individual, sendo que a forma como a família é capaz de gerir as transições de saúde de um dos seus membros pode fortalecer ou debilitar a saúde familiar” (Figueiredo, 2009, p.130).

Esta incorpora a saúde de cada membro e o funcionamento familiar, de tal maneira que se afetam mutuamente (Figueiredo, 2013).

Assim sendo, é necessária ajuda profissional para que consiga ultrapassar estes momentos (Moura, 2001).

A relação do indivíduo com a família é única e complexa, de acordo com o tipo de postura a família pode ser prejudicial e atuar como um elemento stressante. A sua presença irá ditar e influenciar o comportamento individual, seja ele em crianças, seja em adultos hospitalizados ou que irão ser submetidos a algum tipo de procedimento médico. No entanto, a família também pode ser imprescindível para que a hospitalização e os procedimentos corram de forma mais suave e agilizada. O membro da família que está hospitalizado recorre a esta como suporte (Ficher et al., 2009).

Reforçando esta ideia, Domingues afirma que

“em momentos difíceis, a família pode enfrentar de maneira integrada, unindo-se e fortalecendo membros e vínculos afetivos ou pode não saber enfrentar dada situação. Para que influenciem positivamente na recuperação do paciente, devem ser apoiados e terem consciência da sua importância junto ao paciente num ambiente hospitalar” (Domingues, 2000, p.31).

As interações familiares estabelecidas são de tal ordem que servem para manterem o equilíbrio. O desequilíbrio do sistema familiar tende a provocar um desequilíbrio do indivíduo e vice-versa (Dias, 2000).

A família deverá ser tida como parceira de cuidados. Uma estratégia mais humanista para com a família, “permite recorrer à família para a promoção de transições positivas ou de níveis progressivos de adaptação face aos constrangimentos da vida” apresentando-se como um “recurso fundamental na promoção da qualidade de vida dos seus membros” (Abreu, 2010, p.8).

Começa então a fazer sentido que o cuidado inicialmente centrado na pessoa passe a estar centrado na pessoa e na família. Como afirma Dias, “no sistema actual de saúde, existe uma relação institucional que envolve a família nas atitudes ligadas à saúde e à doença dos seus membros. Esta relação é importante para o equilíbrio físico, psicológico e moral do doente” (Dias, 2000, p.88). A família desempenha o papel de intermediária entre as instituições de saúde e o doente. A comunicação é facilitada pelo conhecimento mútuo e profundo entre a família e a pessoa. A comunicação e as relações familiares estreitas levam a que quando há mudanças num dos seus membros, haja mudança na própria família e nos seus membros, como um esforço adaptativo.

A família na sua essência das relações interpessoais, de relações sociais e emocionais que estabelecem vínculo e apoio emocional, social, ético e moral entre os seus elementos, sem estarem condicionados por relação ou grau de parentesco. Não está preparada para que um dos seus elementos fique doente. Requer por parte dos cuidadores familiares um ajuste à situação. De acordo com a gravidade do diagnóstico, mesmo face à doença a família pode apresentar

medo e ansiedade. Particularmente em situações oncológicas estas manifestações poderão ser mais exacerbadas, tendo em conta a carga imputada pelo mesmo (Santos et al., 2019).

A forma como a família enfrenta essas situações referentes ao diagnóstico requer resiliência. A resiliência está patente num processo através do qual se consegue transformar situações adversas em fatores de crescimento. Usando a habilidade de minimizar conflitos ou stress, socorrendo-se de flexibilidade, comunicação, resolução de conflitos e sistemas de crenças. O enfermeiro pode através da relação de ajuda sustentado num conceito holístico melhorar a capacidade assistencial e qualidade dos cuidados estabelecendo uma relação de ajuda proativa, no sentido de fornecer apoio, conhecimento, informação que promoverá o empoderamento dos familiares cuidadores e do próprio doente (Santos et al., 2019). Santos e al, atentam para a importância e a indissociabilidade do doente e da família pois afirmam que “a resiliência familiar fortalece o fenómeno da resiliência individual, sendo uma unidade funcional, poderá incentivar ou não a resiliência ou a vulnerabilidade em todos os membros” (Santos et al., 2019, p.2).

Permanece a esperança de que no futuro a atuação dos enfermeiros face à integração da família nos cuidados não passará somente pela constatação da importância do seu papel, mas também pela sua integração efetiva. Existe um esforço académico que forma os estudantes nesse sentido. Em estudo comparativo entre estudantes e enfermeiros, os estudantes davam mais importância à família e à sua integração nos cuidados, que os enfermeiros (Frade et al., 2021).

3.3. Enfermagem perioperatória

A enfermagem perioperatória é exigente para o enfermeiro que exerce funções no bloco operatório. Ao considerarmos uma visão abrangente de todas as circunstâncias que ditam a prática clínica, englobamos a situação da pessoa, o seu bem-estar, o seu estado de consciência e vulnerabilidade, o ambiente do bloco e os procedimentos com técnicas cada vez mais diferenciadas. Todas estas circunstâncias determinam a necessidade de permanente atualização e investimento, quer na teoria, quer na prática. Implicam uma monitorização estreita para que ao realizar cuidados numa equipa multidisciplinar se possa garantir a qualidade dos mesmos. Revela-se uma corrida permanente para que seja possível acompanhar esta evolução (AESOP, 2012).

A enfermagem perioperatória consiste no:

“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 no trabalho realizado” (AESOP, 2012, p.7).

Engloba todo o ciclo de vida, desde a intra-uterina ao *post mortem*, quando é efetuada a colheita de órgãos.

O enfermeiro desenvolve a sua ação durante o período perioperatório. Nesta ação está implícita a “consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida e gestão de stress” (AESOP, 2012, p.8).

Ao pôr em prática os seus conhecimentos, o enfermeiro perioperatório desempenha papéis importantes como: prestador de cuidados, advogado da pessoa, líder, investigador e educador (AESOP, 2012).

O período perioperatório inicia-se quando existe a constatação da necessidade de cirurgia e a pessoa toma a decisão de ser operada. Inclui o procedimento cirúrgico, o recobro, a alta e termina quando é atingido o nível ideal de função pós-operatória (Goodman & Spry, 2017).

O âmbito de atuação no perioperatório divide-se em três períodos: o período pré-operatório, o período intra-operatório e o período pós-operatório. O período pré-operatório inicia-se quando a pessoa ou o representante legal é informado da necessidade de cirurgia e opta pela sua realização, até ao momento em que passa para a mesa operatória. Apresenta uma variabilidade de tempo que cursa em simultâneo com o facto de ser cirurgia eletiva ou de urgência (AESOP, 2012; Christóforo & Carvalho, 2009). O período intra-operatório inicia-se quando a pessoa é transferida para a mesa operatória e termina quando, após a cirurgia, é transferida para a (AESOP, 2012; Christóforo & Carvalho, 2009).

O período pós-operatório inicia-se quando a pessoa é transferida para a UCPA e termina quando esta atinge o nível ideal de funcionalidade pós-operatória. Apresenta uma grande variabilidade temporal relacionada com o tipo de cirurgia, o tempo de recuperação previsto e com a capacidade de recuperação da pessoa (AESOP, 2012; Christóforo & Carvalho, 2009).

No período pré-operatório a ação do enfermeiro centra-se no levantamento de necessidades da pessoa, físicas e psicológicas, bem como o planeamento da assistência de enfermagem, orientação quanto à cirurgia a realizar e preparação física para a cirurgia (Christóforo & Carvalho, 2009, AESOP,2012).

Neste período ocorre a visita pré-operatória de enfermagem (VPOE) que tem como objetivos conhecer a pessoa, identificar problemas existentes e prepará-la psicologicamente para a cirurgia. Vários estudos comprovam que a VPOE, serve para diminuir a ansiedade. Esta representa o primeiro elo da cadeia do processo dos cuidados e da sua continuidade. É realizada numa vertente de segurança e qualidade dos cuidados e de humanização. Fomenta o estabelecimento da relação de ajuda eficaz com a pessoa/família, inspirando segurança e confiança em todo o período perioperatório. Em torno da VPOE, pairam conceitos como enfermagem perioperatória, ansiedade, humanização, qualidade dos cuidados de enfermagem (AESOP, 2012).

No período intra-operatório, a ação do enfermeiro centra-se na monitorização, anestesia e cirurgia. Aspetos fundamentais são considerados como segurança da pessoa (lista de verificação da cirurgia segura), suporte emocional, facilitação do procedimento e resposta fisiológica à anestesia e à cirurgia.

No período pós-operatório são considerados dois períodos. O pós-operatório imediato e o pós-operatório tardio. No pós-operatório imediato, a ação do enfermeiro centra-se na vigilância das funções fisiológicas. No pós-operatório tardio, a ação do enfermeiro centra-se no reforço da informação para a alta (Goodman & Spry, 2017).

A função do enfermeiro perioperatório segundo a AORN citada pela AESOP consiste em

“identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente / família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, durante e após a cirurgia” (AESOP, 2012, p.9).

No bloco operatório, os enfermeiros desenvolvem a sua prestação em quatro funções: instrumentista, circulante, de anestesia e de UCPA, da sua conjugação resulta a assistência total à pessoa, no período perioperatório (Teixeira, 2018).

O bloco operatório representa um dos contextos mais complexos na área de saúde. Para conseguir dar resposta às necessidades da pessoa em situação perioperatória, equipas multidisciplinares de saúde altamente treinadas e qualificadas exercem a sua atividade, trabalhando em complementaridade, utilizando tecnologia avançada, em situações de alto risco (MS, 2015).

No ambiente perioperatório encontram-se aliados a complexidade com a alta tecnologia, um grande número de dispositivos médicos, e a necessidade de controle ambiental constante e rigoroso. “Os fluxos de comunicação intensos, a atividade profissional em equipas interdisciplinares, o circuito perioperatório com múltiplas transferências de cuidados, e

exigências de procedimentos complexos, associados à elevada dependência da pessoa sob anestesia, constituem oportunidade de erros” (OE, 2017, p.26).

Atualmente, pelo regulamento das dotações seguras, “considera-se adequado que os enfermeiros que assumem estes postos de trabalho sejam EEEMCEPSP” (Regulamento n.º 743/2019, p.143).

3.4. Humanização dos cuidados perioperatórios

Ao longo dos tempos a enfermagem perioperatória tem vindo a evoluir no sentido de privilegiar a relação e o atendimento humanizado da pessoa e da sua família. Aliada à componente técnica existente no bloco operatório, não podemos descurar o facto de estarmos a cuidar de seres humanos, nos quais a vertente psicológica e emocional determina a forma como a vivência da situação cirúrgica é percebida.

Ao enfermeiro perioperatório cabe a tarefa de prestar assistência e apoio à pessoa em situação pré-operatória e à sua família. É impossível dissociar os sentimentos gerados perante a proximidade de uma cirurgia, tanto quanto é impossível dissociar a pessoa da sua família.

Num ensaio clínico randomizado fez-se a comparação entre a frequência da ansiedade dos sintomas em doentes de pré-operatório de cirurgia cardíaca tendo o doente recebido acolhimento de enfermeiros ou de familiares ou não tendo qualquer tipo de acompanhamento e verificou-se que dos 3 tipos de atuação o grupo que registou maior redução dos sintomas ansiosos foi o grupo que foi acolhido pelos familiares comparativamente aos 2 outros grupos. Estes resultados remetem-nos para a importância da família e a sua capacidade na gestão dos sintomas ansiosos no pré-operatório (Assis et al., 2014).

Tradicionalmente, o foco da enfermagem centrava-se na pessoa. Por vezes existe uma espécie de esquecimento e secundarização da família ou cuidadores. A interação com a família é percebida como importante pela maioria dos enfermeiros, no entanto a família é vista de forma fracionada, sendo os cuidados de enfermagem direcionados ao indivíduo e não a esta (Martins et al., 2010).

Ao ser internada, a pessoa permanece inserida numa família e o bem-estar da família tem um impacto positivo na sua saúde. A família tem de se organizar perante uma situação de internamento. Os familiares precisam de apoio dos enfermeiros pois encontram-se numa situação que lhes provoca sofrimento. As relações dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, são muitas vezes desadequadas, não identificando as necessidades da família, nem correspondendo às mesmas. Esta manifesta com frequência sentimentos de preocupação,

desamparo e impotência. Vista como importante pelos enfermeiros, no processo de saúde/doença da pessoa, muitas vezes isto não se traduz na realidade. Falhas na comunicação aliadas a tempo escasso para a intervenção junto da família são frequentes. Para além disto a família é encarada como um elemento passivo. Quando há intervenção de enfermagem junto da família, nem sempre a informação e os ensinamentos são percebidos da mesma forma pelos enfermeiros e por esta. Habitualmente, a percepção da adequação da informação é tida como eficaz pelos enfermeiros e não tão eficaz pela família, muitas vezes não correspondendo ao pretendido. Aqui, entra a importância da relação de confiança, da comunicação e da empatia. Também tem de ser levado em conta que, face à situação da pessoa, a família desenvolve sentimentos que dificultam a aprendizagem e a apropriação da informação (Åstedt-Kurki et al., 2001).

A família deve estar ciente da sua importância e das atribuições para apoiar a pessoa e colaborar no processo de recuperação. Quando consegue ultrapassar as crises, sejam elas internas ou externas, a tendência é que a sua participação seja benéfica à recuperação. Porém, quando não consegue ultrapassar a crise, ela precisa do apoio da equipa de enfermagem e do envolvimento de todos os membros da família para que sejam capazes de encarar os seus medos e ajudar a pessoa. Segundo Domingues, “a família preocupa-se com a intervenção cirúrgica, porém, mesmo abalada, procura apoiar o paciente através de visitas periódicas para contribuir para a sua recuperação” (Domingues, 2000, p.73). No entanto, “não somente o paciente necessita de apoio, mas também a família, buscando possibilitar os membros a superar a crise” (Domingues, 2000, p.73).

À família e à equipa de saúde compete a possibilidade através do seu acompanhamento de incutir autoestima e autoconfiança à pessoa dando a hipótese de alcançar o equilíbrio que necessita. Por esse motivo, a pessoa que tem acompanhamento familiar passa por este processo com uma maior aceitação e tranquilidade. É preciso também estar atento ao facto de que da qualidade de vida das famílias estão dependentes os cuidados e a proteção que estas podem dar (Domingues, 2000). Segundo Martins (2004) “toda e qualquer família sofre, ao longo da sua existência, diversas situações de stress que, pelo impacto mais ou menos ansiógeno que comportam e pelas mudanças que implicam, a conduzem à crise” (Martins, 2004, p.147).

Por vezes a falta de meios, o passar a ser o provedor ou meio de sustento da família e o facto de estar fisicamente distante condicionam a ação da família. Nestes casos, a ação de enfermeiro torna-se explícita pelo levantamento das necessidades e pela solicitação da ação social.

Sabe-se que a identificação das necessidades da família e o atendimento das mesmas, uma avaliação eficaz da situação, evitando uma situação de crise, o sentimento de ser cuidado e importante para o enfermeiro criando com a família um ponto de apoio, torna a intervenção de

enfermagem uma intervenção de qualidade, que pode criar uma atmosfera de confiança mútua. Existem algumas incoerências por parte dos enfermeiros no grau de envolvimento das famílias, negociação e participação nas decisões em relação aos cuidados. Embora os enfermeiros afirmem que as famílias são importantes, as crenças nem sempre são apoiadas pelas ações, que estes desenvolvem (Martins et al., 2010).

Face ao internamento e à situação de doença, que para a família afiguram-se como algo assustador, difícil de vivenciar e que cursam com sentimentos de tristeza e ansiedade, gerando dúvidas quanto ao seguimento de vida e em que moldes decorrerá (Martins, 2004), o enfermeiro perioperatório terá sempre margem para desenvolver intervenções direcionadas aos problemas apresentados. De ressaltar que os familiares cuidadores podem apresentar taxas de ansiedade superiores aos próprios doentes, como é o caso do estudo de Posluszny et al (2021), no qual a taxa dos familiares é de 30%, face a 17% dos doentes.

As necessidades da família são múltiplas, elas reportam-se: ao alívio da ansiedade, à informação, a ser aceite pelos profissionais de saúde e a ter capacidade para estar com o seu familiar doente. Assim sendo,

“de forma mais objetiva, considera-se que as famílias têm necessidade de sentir que há esperança, de saber factos sobre o progresso do doente, de saber que cuidados estão a ser prestados ao seu familiar, de conhecer o prognóstico, de ser informado sobre os planos de transferência do doente e de serem contactadas em casos de alterações no estado de saúde” (Arnhold et al, 2017; Martins, 2004, p.26).

De acordo com Honoré, tudo isto torna-se necessário para que o hospital não seja unicamente um meio técnico, seja essencialmente um meio humano feito da experiência vivida, de relações e de sentimentos, de angústias e de esperança (Martins, 2004).

A humanização em saúde e concretamente em enfermagem tem espaços para melhorias pois encontra-se condicionada por falta de tempo, sobrecarga de trabalho e falta de profissionais, embora seja inegável que a assistência humanizada contribui para a melhoria do doente (Frazon et al., 2022).

3.5. Teoria das transições de Meleis

Meleis define transição como a passagem a de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável que leva a pessoa ou as pessoas a incorporar conhecimentos, a alterar o seu comportamento e mudar a sua autodefinição (Meleis, 2010).

A transição torna-se uma preocupação para a enfermagem porque nela está implícito o risco inerente à experiência transicional. Através das intervenções de enfermagem, o enfermeiro procura a prevenção dos riscos, a melhoria do bem estar, a maximização em termos funcionais e atingir a independência no autocuidado (Meleis, 2010).

A teoria das transições abarca sete conceitos centrais: interação, cliente de enfermagem, transições, processo de enfermagem, ambiente, terapêutica de enfermagem e saúde. (McEwen & Wills, 2019; Meleis, 2010). É formada pela natureza das transições que se subdividem em tipos, padrões e propriedades, pelos condicionantes facilitadores e inibidores da transição, pelos padrões de resposta e pela terapêutica de enfermagem.

Foram identificadas quatro categorias de transições de acordo com a sua natureza: desenvolvimento, situacional, saúde-doença e organizacional. As transições do desenvolvimento estão relacionadas com as mudanças no ciclo de vida. Nas transições situacionais podem ser incluídas mudanças nas situações familiares. As transições saúde-doença estão relacionadas com a mudança de estado de saúde /bem-estar para doença. Nelas, podem ser incluídas um sem número de situações e o seu impacto é relatado ao nível do indivíduo e da sua família. Estas transições estão dependentes da diversidade da doença (aguda ou crónica e da sua gravidade), dos contextos em que ocorrem (doença mental, cirurgia, cuidados paliativos), da fase da vida em que a pessoa está e da sua idade. Nas transições organizacionais podem ser incluídas alterações a nível do ambiente, podendo ser de cariz político, social ou económico. Podem também ser alterações da estrutura e dinâmica da organização.

Para que ocorra a transição são imprescindíveis propriedades como a consciencialização. Nela estão contidos a perceção, o conhecimento e o reconhecimento de uma transição. Na sua ausência, tal inviabiliza a transição. Reconhecer que está a passar por uma transição, seja ela física, social, emocional ou ambiental, permite o envolvimento no processo. Permite o recurso a outras propriedades como o empenhamento, na forma de proatividade, procura de informação e conhecimento. A mudança e a diferença implicam a identificação da transição expressa na forma do seu efeito e dos seus significados. Esta está relacionada com situações adversas que causam desequilíbrio e promovem a alteração interna a nível de perceção, ideais, identidade, relações e a rotina. A mudança ocorre como um processo interno movido pelas expectativas pessoais, familiares, sociais, pela gravidade da situação, pelo tempo na qual ocorre e pela natureza da mesma. A diferença concentra em si expectativas discordantes, que não foram atendidas, como sentir-se diferente ou ver o mundo de maneira diferente. A transição tem ainda como propriedade o espaço temporal que encerra uma noção de continuidade ao longo do tempo. O espaço temporal acompanha os sinais de antecipação da transição, da sua perceção e demonstração da mudança, ao decurso da instabilidade, confusão e stress, até que

é adquirida novamente estabilidade. O evento crítico ou ponto de viragem determina uma maior implicação na transição e estão ligados à consciência de mudança e à diferença. O ponto crítico representa um período de maior vulnerabilidade, onde está presente alguma dificuldade em lidar com a situação e em manter o autocuidado e o cuidar. Este ponto exige ao enfermeiro conhecimento e experiência para agilizar o diagnóstico e direcionar as intervenções para a obtenção do melhor resultado possível. Para que possa atuar, o enfermeiro tem de conhecer o indivíduo, os processos e experiência pelos quais passou, o que o condiciona ou motiva a nível pessoal, os condicionantes da comunidade e da sociedade na qual está integrado. Relativamente aos condicionantes pessoais temos de considerar os significados, sendo estes negativos, positivos ou neutros face ao evento que despoletou a transição, as crenças culturais e as atitudes, nomeadamente algum estigma que pode condicionar sentimentos menos favoráveis, o *status* socioeconómico (quanto mais baixo o status mais vulnerável) a preparação e conhecimento pré-existente atuam com auxiliares da transição enquanto a inexistência de preparação atua como inibidor da mesma. Os condicionantes ao nível da comunidade e da sociedade estão relacionados com o apoio familiar e social, a representação social e os estereótipos, os recursos instrumentais. A sua presença ou ausência mais uma vez dita se atuam como facilitadores ou inibidores.

A transição saudável está dependente dos padrões de resposta, sendo que estes se dividem em indicadores de processo e indicadores de resultados. Os indicadores de processo como sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping* são importantes na medida que estabelecem a progressão da transição. A sua presença indica a evolução da mesma no sentido de retomar a saúde e bem-estar. A sua ausência corresponde a uma maior vulnerabilidade e dificuldade em fazer a transição. O sentir-se ligado à família, amigos, profissionais de saúde, o interagir com pessoas em situações semelhantes, com familiares cuidadores, com os profissionais de saúde, para falar, obter conhecimentos e clarificar situações permite uma resposta suportada e ajustada; o estar situado no tempo, no espaço, nas próprias relações; o desenvolver confiança e *coping* pela maior compreensão de todo o processo de transição, pelo maior entendimento da necessidade de mudança e pela gestão de recursos e estratégias que permitam o aumento da confiança e da capacidade de ultrapassar estes eventos. Os indicadores de resultado estão relacionados com a capacidade de obter novas competências, que permitam a transição de forma saudável. São eles, a mestria vinculada ao domínio das novas competências, a integração e flexibilidade da identidade, dito de outra forma, a reformulação da identidade como processo fluido e dinâmico. Permitem medir o esperado e o obtido.

As terapêuticas de enfermagem sobre a forma de intervenções percorrem todo o processo de transição. Devem ser capazes de facultar conhecimento, empoderando e capacitando para

que fomentem resposta com capacidade para restaurar o bem estar. O cuidado transicional feito pelos enfermeiros, representa uma intervenção estruturada de forma a promover o desenvolvimento humano, sob uma perspetiva holística, tornando a vivência da transição um processo de amadurecimento pessoal, que busca a restauração do equilíbrio. Na sua ação, o enfermeiro tem como objetivo principal ser um elemento facilitador da transição, ajudando a devolver a estabilidade. Enquadram-se neste domínio de ação a promoção e o restabelecimento da saúde individual e familiar. Esta ação pode ser preventiva, o que implica conhecer o indivíduo, protetora pelo uso de programas concebidos para atuar perante determinada situação, interventiva ao fazer suplementação do papel.

As transições são” multidimensionais e os meios associados a elas são importantes ao modelar a intensidade e a natureza das consequências que os clientes experienciam” (Meleis, 2010, p.5).

Assim sendo, podemos ter em simultâneo mais do que um tipo de transições. Entender profundamente as transições requer conhecer a pessoa, as suas experiências individuais dentro de um contexto familiar, amigos e colegas. Também requer descobrir o significado social, os elementos facilitadores e de constrangimento, que fornecem ajuda ou dificultam as transições, para que estas sejam feitas de forma saudável (Meleis, 2010).

O processo de adaptação a transições é um processo dinâmico, pode basear-se na criatividade ou na aquisição de conhecimentos, como é o caso da perícia dos membros da família para transitarem para cuidadores.

Face ao exposto, o primeiro objetivo da missão de enfermagem é ajudar a pessoa a fazer a transição de forma saudável, obtendo resultados saudáveis. Por este motivo, Meleis considerou a existência de dois papéis. Na insuficiência do papel, o indivíduo face à transição não conseguia fazer uma adaptação que permitisse uma transição adequada. O papel de suplementação surge como um mecanismo de dar resposta a esta situação capacitando o indivíduo.

Podemos então considerar a enfermagem como “a arte e ciência de facilitar a transição da saúde e bem-estar da população” (Meleis, 2010, p.5).

Com relação à aplicação da teoria das transições podemos admitir que ao reconhecer a ansiedade da família/cuidadores estamos perante uma transição de saúde-doença, simultaneamente uma transição situacional, com alteração de papéis e uma transição organizacional, pois atinge a família enquanto estrutura.

O objetivo de uma transição saudável é o “domínio dos comportamentos, sentimentos, dicas e símbolos associados com novos papéis e identidades como transições não problemáticas” (Meleis, 2010, p.3), sendo este o principal objetivo do enfermeiro perioperatório ao intervir.

De acordo com Santos et al. (2019) revelou-se que as orientações realizadas pelos profissionais de saúde foram fundamentais para aumentar a resiliência dos cuidadores familiares ao processo de doença, sendo que a comunicação é imprescindível ao seu enfrentamento. A atitude do enfermeiro face à família é um fator determinante para criação de vínculo e para o sucesso das propostas terapêuticas, permitindo a assistência na transição (Sampaio et al., 2021). Posluszny et al. (2019) chama a atenção para o facto de os cuidadores poderem ser mais vulneráveis que os próprios doentes necessitando de assistência adicional.

4. FINALIDADE E OBJETIVOS

A finalidade deste trabalho é a apresentação de uma *Scoping Review* (ScR) sobre o tema a ansiedade na família/cuidadores da pessoa proposta a cirurgia programada, no período pré-operatório, demonstrando competências para consultar, mobilizar a evidência científica, no sentido de ter uma visão mais precisa relativa ao conhecimento existente.

A escolha deste tema teve por fundo, o reconhecimento de que dentro das áreas do perioperatório existem áreas deficitárias onde os cuidados de enfermagem são escassos. A exemplo disto está o período pré-operatório quando contextualizado fora do bloco operatório, em conjugação com os cuidados à família. Esta ausência de cuidados está patente na inexistência da VPOE, sendo este um dos motivos pelo que se optou por trabalhar esta área. E ao fazê-lo potenciar a possibilidade de intervir diretamente na família/cuidadores e indiretamente numa melhoria da qualidade assistencial ao ajudar à gestão da ansiedade na pessoa e na sua família.

Pelo que já foi abordado o objetivo desta ScR é:

- Identificar, mapear o conhecimento existente referente à ansiedade, à família e a gestão da ansiedade.

5. METODOLOGIA

Neste capítulo pretende dar-se a conhecer quais os caminhos percorridos para chegar ao conhecimento, desde o método de estudo escolhido, ao problema de investigação, à formulação da questão de investigação, à pesquisa de evidências científicas, considerando os critérios de inclusão e de exclusão, bem como a análise, extração e síntese de dados.

5.1. Desenho do estudo

A investigação científica é uma investigação sistemática que recorre a métodos disciplinados para dar resposta a perguntas ou resolver problemas, no caso da enfermagem está projetada para desenvolver evidências confiáveis sobre questões importantes para a profissão (Polit & Beck, 2017). Esta deve ser rigorosa.

Neste estudo optou-se pela realização de uma ScR, tendo como referência o método de JBI, em concordância com PRISMA-ScR (JBI, 2015).

O problema da investigação terá de ter em conta o que incomoda o investigador no sentido de obter resposta e compreender melhor determinado problema e até mesmo poder apresentar uma solução ou proposta de melhoria (Polit & Beck, 2017).

O problema de investigação para qual procuramos resposta prende-se com perceber qual o conhecimento existente relativo a dados, diagnósticos, intervenções e resultados que impliquem intervenções de enfermagem na gestão da ansiedade da família/cuidadores da pessoa proposta a cirurgia programada, no período pré-operatório.

Os enfermeiros formulam diagnósticos de enfermagem após colher, analisar e interpretar dados. O diagnóstico é visto como “um rótulo dado pelo enfermeiro à decisão sobre um fenómeno” (Gonçalves et al., 2020, p.1). A colheita de dados permite a identificação de problemas reais ou potenciais, sobre os quais os enfermeiros podem atuar estabelecendo intervenções de enfermagem no sentido da autonomia e desenvolvimento da pessoa. A tomada de decisão face ao diagnóstico implica uma intervenção de enfermagem e o respetivo resultado. A colheita de dados, o diagnóstico, as intervenções de enfermagem constituem os passos fundamentais do processo de enfermagem que se apresenta como método sistemático, rigoroso, eficiente. Na sua aplicação subsiste o processo de pensamento que sustenta a tomada de decisão, focada na resolução do problema e na prestação de cuidados de enfermagem individualizados (Gonçalves et al., 2020).

No que se refere à formulação da questão de investigação de acordo com o referencial da JBI, utilizou-se a mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC) indicada para a ScR, por permitir agilizar a formulação da questão (Amendoeira, 2022; Cordeiro & Soares, 2019; JBI, 2015). De acordo, com este critério designou-se "P", a população, família/cuidadores da pessoa proposta a cirurgia programada, "C", o conceito, gestão da ansiedade e dados, diagnóstico, intervenções e resultados que impliquem intervenções de enfermagem, "C", o contexto, período pré-operatório.

A questão de investigação é uma interrogação direcionada ao problema que se pretende explorar e obter informações (Polit & Beck, 2017). No sentido de se obter novas respostas formulou a seguinte questão: Quais os dados, diagnósticos, intervenções e resultados existentes que participem na gestão da ansiedade da família/cuidadores da pessoa proposta a cirurgia programada, no período pré-operatório?

O tipo de estudo pelo qual se optou, a ScR permite mapear a literatura existente, utilizando vários tipos de estudos qualitativos, quantitativos, sem distinção de tipo de estudos e de metodologia usada (JBI, 2015).

Segundo Cordeiro & Soares (2019) "Revisões de escopo apresentam expressão mundial na área da saúde, podendo ser adotadas para compreender tipos de pesquisa, como e por quem foram realizadas, entre outras categorias desconhecidas" (Cordeiro & Soares, 2019, p.37).

A ScR é proposta para mapeamento em um "determinado campo de interesse, sobretudo quando revisões acerca do tema ainda não foram publicadas" e é "adequada a tópicos amplos, podendo reunir vários desenhos de estudos e tem a finalidade de reconhecer as evidências produzidas" (Cordeiro & Soares, 2019).

Os objetivos desta ScR são os seguintes: identificar os tipos de evidências científicas para um determinado campo, clarificar conceitos definições na literatura, identificar características ou fatores chave direcionados a um conceito, permitir o exame de como é feita e como decorre a pesquisa sobre determinado tema, poder ser precursor de revisão sistemática e detetar e colmatar lacunas de conhecimento (Amendoeira, 2022).

As ScR têm a vantagem de poder utilizar a informação recolhida determinando implicações na prática clínica e/ou nas políticas de saúde (Nunes, 2020). É fulcral considerarmos que na sua aplicação a "metodologia tem como função integrar todos os demais elementos de investigação científica, garantido organicidade e coerência interna ao processo de pesquisa. É compreendida como o caminho percorrido para o desenvolvimento da investigação, articulando, de forma coerente, o desenho da pesquisa, isto é, os objetivos e os métodos a serem utilizados, aos pressupostos teóricos e à base filosófica" (Cordeiro & Soares, 2019, p.38).

De forma a direcionar a pesquisa para o fenómeno que interessa, estabeleceram-se os seguintes critérios de seleção, explanados na tabela abaixo.

Tabela 4. Critérios de seleção

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • estudos quantitativos, qualitativo e mistos, primários e secundários, que apresentem dados, diagnósticos, intervenções e resultados que impliquem intervenções de enfermagem na gestão da ansiedade da família/cuidadores no período pré-operatório de pessoa proposta para cirurgia programada; 	<ul style="list-style-type: none"> • estudos em menores de 18 anos
<ul style="list-style-type: none"> • escritos nos idiomas português, inglês, francês e espanhol 	<ul style="list-style-type: none"> • estudos em cirurgias de urgência
<ul style="list-style-type: none"> • realizados em adultos 	<ul style="list-style-type: none"> • estudos em cirurgia em regime ambulatorio

Os descritores (DeCS/MeSH, Medical Subject Headings) são os seguintes: *perioperative nursing, family, caregivers, nursing care, anxiety*. No sentido de ampliar a pesquisa, não a limitando exclusivamente aos descritores MeSH, foram utilizados outros termos para a pesquisa, apresentados na tabela 5.

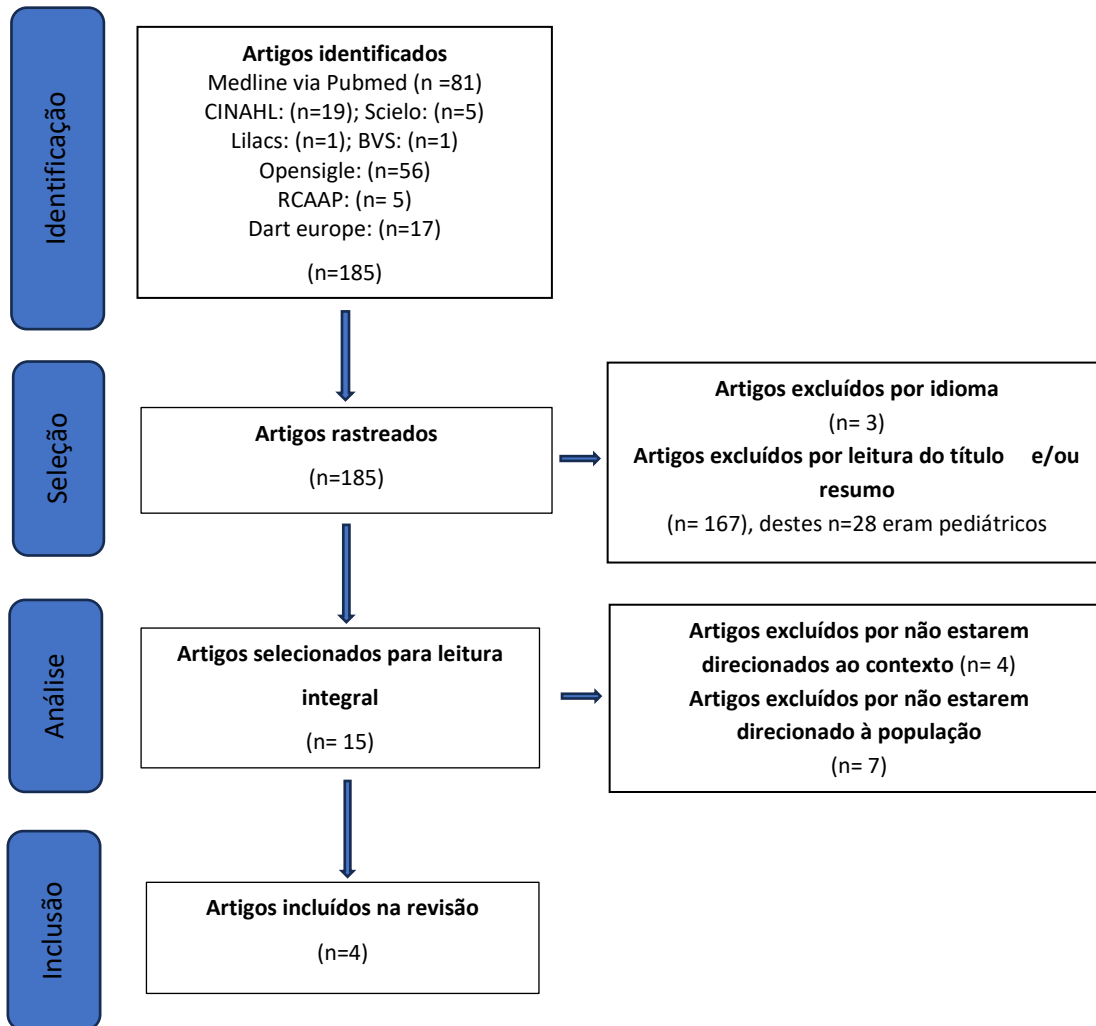
A pesquisa foi realizada em agosto de 2022 utilizando as seguintes bases de dados: Medline via Pubmed, CINAHL (via EBSCOHost), Scielo, Lilacs e BVS. Para literatura cinzenta recorreu-se à OpenSige, à Dart Europe e ao RCAAP. Os artigos identificados foram avaliados na sua totalidade por dois revisores independentes e em caso de discordância recorreu-se a um terceiro revisor independente.

Tabela 5. Estratégia de pesquisa

Base de dados	Resultados
Medline (via Pubmed) - pesquisada a 24 de agosto de 2022	
((((nurs*) AND (((((visit*) OR (consultation)) OR (interview)) OR (education)) OR (intervention))) AND ((((((famil*) OR (caregiver)) OR (relatives)) OR (informal caregiver)) OR (carers))) AND (((anxiety) OR (angst)) OR (nervousness))) AND (((operating room) OR (preoperative)) OR (preoperative nursing)) Filtros: nos últimos 10 anos, adultos	81
CINAHL (EbscoHost) - pesquisada a 31 de agosto 2022	
Nurs*AND (visit* OR consultation OR interview OR education) AND (famil* OR caregiver OR relatives OR informal caregiver OR carers) AND (anxiety OR angst OR nervousness) AND (operating room OR preoperative OR preoperative nursing). Filtros: nos últimos 10 anos, adultos	19
Scielo - pesquisada a 31 de agosto de 2022	
(nurs*)AND (visit* OR consultation OR interview OR intervention) AND (famil*) AND (anxiety) AND (preoperative OR operating room). Sem filtros	5
Lilacs - pesquisada a 31 de agosto de 2022	
Enfermagem AND visita AND sala operatória. Sem filtros	1
BVS - pesquisada a 31 de agosto 2022	
Enfermagem AND visita AND família AND ansiedade AND pré-operatório. Sem filtros	1
Opensigle - pesquisada a 31 de agosto de 2022	
Nursing care	56
RCAAP - pesquisada a 31 de agosto de 2022	
Enfermagem AND consulta AND bloco operatório	5
Dart Europe - pesquisada a 31 agosto de 2022	
Nursing AND preoperative. Filtro de idioma	17

Apresenta-se o fluxograma PRISMA (figura 1), o qual enumera todos os passos realizados ao longo da pesquisa bibliográfica na busca da evidência científica. Foram revistos um total de 185 artigos por títulos e/ou resumos sendo que destes, três foram excluídos por causa do idioma, 15 foram revistos por leitura integral e incluídos 5 artigos de acordo com os critérios de inclusão.

Figura 1. Fluxograma PRISMA



5.2. Considerações éticas

Segundo Nunes "O olhar ético na investigação abrange todas as etapas do processo enquanto preocupação com a qualidade ética do procedimento e com o respeito pelos princípios e valores" (Nunes, 2020, p.5). Especificamente " na revisão da literatura seja qual for o formato da revisão, visa apresentar o "estado de arte" e sustentar a formulação do problema e da questão de investigação" (Nunes, 2020, p.18). Relativamente ao tipo de estudo tratando-se de uma ScR possibilita a deteção de lacunas relativas à abordagem do tema e permite mapear o que existe em termos de publicações e estudos.

Neste tipo de estudo dispensa-se qualquer tipo de autorização ou consentimento, dado que a sua amostra consiste em artigos científicos. No entanto, no *The European Code Of Conduct for Research Integrity*, estão sagrados princípios como: fiabilidade, honestidade, respeito pelos colegas e responsabilidade pela investigação, que são indispensáveis à execução correta de um estudo. É fulcral a exigência de cuidados, ser diligente em todas as fases do estudo, reduzir ao máximo os erros e evitar vieses (Nunes, 2020).

Relativamente aos gastos serão pouco relevantes pois a obtenção de dados será conseguida através do acesso a bases de dados maioritariamente gratuitas. No que concerne a considerações éticas, o trabalho será realizado usando informação de origem legítima, retirada de bases de dados fiáveis. Os autores, os artigos e restante material bibliográfico, serão devidamente documentados na bibliografia.

6. RESULTADOS

Foram selecionados 15 artigos para leitura integral e 4 corresponderam ao exigido como documentado na tabela abaixo.

Tabela 6. Síntese de resultados

	Autor / ano / nome	Objetivo	Participantes	Desenho	Metodologia	Resultados	Conclusão
E1	Raleigh, Lepczyk & Rowley, 1990 <i>Significant other benefit from preoperative information</i>	Verificar se o doente e pessoa significativa (PS) ficavam mais ansiosos à medida que a cirurgia se aproximava e se o conhecimento era maior num dos grupos. Verificar se as PS estariam mais ansiosas que os doentes antes da cirurgia cardíaca.	72 doentes e 74 PS, selecionadas de aula pré-admissão em 2 grandes hospitais metropolitanos para cirurgia de bypass cardíaco.	Experimental	Aula pré-admissão efetuada entre 1 semana e 1 dia antes da cirurgia (doente e PS). Aplicação de <i>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</i> , questionário de cirurgia cardíaca QCC) ao doente e PS, em 3 momentos: antes da aula, após a aula e na véspera da cirurgia. Aplicação do questionário de antecedentes antes da aula.	Após a aula, a média da ansiedade das PS diminuiu (sendo estatisticamente não significativa). A diferença de ansiedade entre os doentes e as PS não foi significativa, embora se mantivesse alta nas 3 avaliações. A média do conhecimento sobre cirurgia cardíaca foi mais elevada após a aula, embora não fosse estatisticamente significativo.	Importância da inclusão da PS nas instruções pré-operatórias, com benefícios para as PS e para os doentes podendo ser um maior suporte e transmitir menos ansiedade ao doente. Proposta de ajuste de horário da aula para ser conveniente para doente e PS. Fornecer informação sobre cirurgia cardíaca por email para consulta conjunta do doente e da PS.

	Autor / ano / nome	Objetivo	Participantes	Desenho	Metodologia	Resultados	Conclusão
E2	Roohafza et al., 2015 <i>Psychological state in patients undergoing coronary artery bypass grafting surgery or percutaneous coronary intervention and their spouses</i>	Avaliar e comparar a tendência de ansiedade, depressão e níveis de stress dos doentes e dos seus cônjuges, no dia anterior ao procedimento e 1 mês após. Avaliar a correlação do estado psicológico dos doentes e dos seus cônjuges.	196 casais (doentes cardíaco e cônjuge) referenciados da consulta de cardiologia para PCI e GABG	Estudo longitudinal	Utilização do Questionário Hospital <i>Anxiety and Depression Scale e General Health Questionnaire-12</i> , aplicados no pré-operatório (dia anterior ao procedimento) e 1 mês após o procedimento, na consulta pós-operatória de cardiologia.	Os scores da ansiedade, depressão e stress diminuem ao longo do tempo entre as duas avaliações. Existe uma forte correlação entre os parâmetros psicológicos dos doentes e seus cônjuges	Os scores de ansiedade diminuem ao longo de um mês após procedimento. Forte correlação entre depressão, ansiedade e stress. Sugestão de implementação de programas educacionais quando é feito o diagnóstico. Informação do procedimento diminuem depressão, ansiedade e stress nos doentes e cônjuges.

	Autor / ano / nome	Objetivo	Participantes	Desenho	Metodologia	Resultados	Conclusão
E3	Berthelsen & Kristersson, 2017. <i>The SICAM-trial: evaluating the effect of spouses' involvement through case management in older patients fast-track programmes during and after total hip replacement</i>	Avaliar o efeito do envolvimento dos cônjuges na trajetória dos cuidados dos pacientes idosos usando o gerenciamento de caso como intervenção na artroplastia total da anca por meio do programa <i>fast-track</i>	29 díades (paciente e seu cônjuge)	<i>Quasi experimental</i>	2 grupos. Grupo de controlo com os cuidados habituais. Grupo de intervenção receberam elementos da intervenção de gestão de caso durante e após a admissão. Entrevistas face a face. Questionários na linha de base, 2 semanas e 3 meses após a alta. Avaliação do nível de satisfação dos cuidados do conjuge, o nível de ansiedade e o estado funcional, nutricional e de depressão.	Não houve diferenças entre o grupo em relação a nenhuma das medidas. Melhorias significativas no grupo dos doentes no estado funcional, dor, depressão e no grupo dos cônjuges na satisfação dos cuidados.	intervenção de gerenciamento de casos pareceu ter efeito nos grupos de pacientes e cônjuges; essa melhora também pode ter sido causada pelo efeito do tratamento acelerado.

	Autor / ano / nome	Objetivo	Participantes	Desenho	Metodologia	Resultados	Conclusão
E4	Chen et al., 2021 <i>Clinical study of preoperative psychological distress and its related factors in the primary caregivers of patients with glioma</i>	Investigar o sofrimento psicológico dos cuidadores primários de doentes com glioma, no pré-operatório e os fatores que influenciam e determinam a relação entre o estado psicológico do doente e os seus cuidadores	126 díades (doente e cuidador)	Estudo misto	Entrevista semi-estruturada, conduzida aos cuidadores e questionário <i>self-reported</i> aos doentes e cuidadores no pré-operatório	Os cuidadores femininos do meio rural estão mais propensos a manifestar sofrimento psicológico antes da cirurgia. O estado psicológico pré-operatório dos doentes está positivamente correlacionados com o dos cuidadores. O género feminino influencia na depressão e ansiedade. Informação foi fator de risco para a depressão e a residência foi fator de risco para a ansiedade	Os cuidadores femininos do meio rural estão mais propensos a manifestar sofrimento psicológico antes da cirurgia. O estado psicológico pré-operatório dos doentes está positivamente correlacionados com o dos cuidadores

7. DISCUSSÃO

A ansiedade nos familiares e cuidadores é um diagnóstico frequente em situação perioperatória, sendo uma situação em espelho que reflete duas imagens de uma única realidade: família e a pessoa. A família é o porto de abrigo, o local de segurança, onde cada elemento desempenha vários papéis. É uma estrutura social, com regras próprias, única, com o importante papel de educar e socializar. Quando um dos seus membros está doente, essa situação vai influenciar todos os restantes. É esta interação que justifica a realização deste estudo que pretende obter resposta relativa ao conhecimento existente sobre a ansiedade da família/ cuidadores da pessoa proposta a cirurgia programada no período pré-operatório. Marcolino et al. (2007) apresenta um estudo no qual aplicaram a colheita de dados sociodemográficos em conjunto com a escala hospitalar de ansiedade e depressão à pessoa e ao seu acompanhante, os resultados da escala em conjunto com os sintomas apresentados verificaram que 44,3% das pessoa e 64,3% acompanhantes foram considerados com ansiedade (Marcolino et al., 2007). Estudos relativos à identificação e diagnóstico de ansiedade pré-operatória na pessoa são frequentes (Silva et al., 2022; Lucena et al., 2020; Melchior, Barreto & Alencar, 2018; Melchior, Barreto & Prado, 2018; Ribeiro & Silva, 2018; Barel et al., 2017; Gonçalves et al., 2016). Também surgem algumas intervenções de enfermagem, mas na ansiedade da pessoa (Pinto et al., 2023; Lucena et al., 2020; Silva et al., 2015).

O estudo é E1 é um estudo já com mais de três décadas, que para além do estudo da ansiedade pretende saber o papel do conhecimento sobre a forma de informação/ ensinamentos à pessoa significativa. Como conclusão remete ao fato de que a informação melhorava a ansiedade embora sem significado estatístico. O estudo de Benivedes, Silva, Silva & Farias aponta os processos educativos no pré-operatório como forma de deixar o doente tranquilo, confortável e auxiliar na sua recuperação, pelo que apoia os resultados de E1.

Os dados obtidos nos estudos E1, E2 e E4 permitem estabelecer a correlação entre estado psicológico, nomeadamente ansiedade, dos familiares cuidadores e a pessoa proposta a cirurgia programada. Cotrim (2007), no estudo de doentes ostomizados e não ostomizados com cancro colorretal estabelece uma correlação positiva entre os familiares e o doente, no que refere a ansiedade e stress. Também Posluszny et al. (2019) estabelece igual correlação entre doentes e cuidadores familiares de doentes submetidos a transplante alogénico de células hematopoiéticas para neoplasias hematológicas. Sullivan, Sullivan & Weatherspoon (2021)

estabelecem um efeito de correlação entre a ansiedade de crianças em situação perioperatória e dos seus pais.

Chambers, Ryan & Connor (2001) documentam que os cuidadores familiares apresentam ansiedade e frustração motivada pelo suporte inconstante e pela falta de informação, tornando-se estes dois aspetos importantes para o enfrentamento da situação.

O estudo E3 apresenta uma intervenção que não revela alterações significativas, possivelmente pelos tempos nos quais é aplicada a intervenção e a avaliação dos resultados.

Os resultados da revisão da literatura sugerem que este não é um tema de grande interesse, não sendo um foco de atenção dos enfermeiros. Aliás de uma forma geral a família é vista como elemento secundário não lhe sendo dispensada grande atenção. Por outro lado, a família apresenta uma dualidade de papéis, oscilando entre um fardo ou um elemento facilitador dos cuidados. Apesar de a maioria dos enfermeiros reconhecer a sua importância e o desejo de incluí-la como parceira nos cuidados, a realidade reflete uma outra forma de atuação que não condiz com o expresso. A abertura para que a família passe a ter um papel mais colaborante é escassa (Sampaio, 2021; Fernandes et al., 2015; Carvalho, 2011).

O perfil da pessoa proposta a cirurgia é importante, pois não havendo praticamente estudos sobre a ansiedade da família/ cuidadores de adultos, existem múltiplos estudos em crianças e a ansiedade dos pais/ acompanhantes, sendo que dos 185 artigos, 28 eram referentes a crianças e seus pais/ acompanhantes.

De uma forma geral estão melhor documentados estudos feitos nos pais/ acompanhantes de pediatria ao nível das intervenções como a distribuição de livretos, utilização de jogos terapêuticos, recurso a encenações, palhaços, boneca terapêutica, e aplicativos móveis (Jerez-Molina et al., 2023; Kerimaa et al., 2023; Santapuran et al., 2021; Sullivan, Sullivan & Weatherspoon, 2021; Mello & Júnior, 2020; Bartik & Toruner, 2018; Al-Sagarat et al., 2017; Buyuk & Bolisik, 2017; He et al., 2015).

8. CONCLUSÃO

Após o término do trabalho de investigação, conclui-se que os estudos sobre a ansiedade na família/cuidadores da pessoa proposta a cirurgia programada, no período pré-operatório são escassos. Os estudos encontram-se mais direcionados para o estabelecimento de um diagnóstico, do que para intervenções. Existem estudos focados na ansiedade da família/cuidadores, mas na área da pediatria, onde várias alternativas/intervenções são efetuadas com o intuito de reduzir a ansiedade da criança e dos pais (Santapuram et al., 2021; Sullivan, Sullivan & Weatherspoo, 2021; Coşkuntürk & Gözen, 2016).

O que mais ressalta em termos de resultados obtidos é a inquestionável interferência nos níveis de ansiedade correlacionados positivamente entre a família/cuidadores e a pessoa, na qual a ansiedade pode ser escalada por qualquer dos elementos, revelando a sua forte dependência, relacionada pelo vínculo estabelecido nas suas interações, sendo por vezes mais elevada na família/cuidadores (Gao et al., 2022; Posluszny et al., 2019; Cotrim, 2007; Moser & Dracup, 2004). Os estudos selecionados apresentam de acordo com a classificação dos níveis evidência da *Agency for Healthcare Research and Quality* níveis de evidências de nível 3 para o estudo E3 e para os restantes, nível 4, o que indica evidência científica com pouca robustez. Também neste aspeto este tema necessita de um maior investimento com evidências mais fiáveis como meta-análises ou estudos experimentais (Sasso, Silveira & Galvão, 2005).

Na investigação, os estudos apresentam como limitações o facto de existirem outras bases de dados e da possibilidade de haver textos noutros idiomas, não sendo possível abarcar a totalidade do conhecimento, o que não minimiza a necessidade de ser uma área a desenvolver.

Deixa em aberta margem para esta temática ser trabalhada, requerendo um investimento em ações educativas, sessões de esclarecimento e a implementação da VPOE, que já demonstraram ser eficazes na redução da ansiedade (Gjorvasho et al., 2022; Sullivan, Sullivan & Weatherspoon, 2021; Santapuram et al., 2021; Benevides, Silva, Silva & Farias, 2020; Lemos et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho foi gratificante em mais do que um aspeto, ao aliar a prática com a componente de investigação tornou-se um verdadeiro desafio em termos pedagógicos. No campo de estágio foi possível contextualizar a teoria na sua aplicação à prática clínica. Com um pensamento reflexivo ocorreu o desenvolvimento de novas competências que capacitam para a prática clínica como EEEMCEPSP. Este exercício permitiu um novo olhar, mais direcionado a tudo o que se passa no BO. Foi um período de aprendizagem intensa trazendo maior consciência relativamente ao muito que se pode investir e melhorar nos cuidados de enfermagem, na segurança do doente, nas relações interpessoais e profissionais. No BO, o atendimento à pessoa não se faz unicamente numa vertente tecnicista. Num local onde a técnica impera é crucial que o enfermeiro apele também às suas competências comportamentais como meio de humanizar os cuidados e tornar a experiência cirúrgica menos intimidatória. No entanto, as competências técnicas também são fundamentais à correta execução de um sem número de técnicas altamente diferenciadas.

O trabalho no BO é exigente, complexo, onde não existe um dia igual. Exige do enfermeiro perioperatório conhecimentos próprios e específicos, flexibilidade, capacidade de adaptação e resiliência. Estes requisitos demarcam-se ainda mais em cirurgia de urgência onde o tempo de atuação se esfuma rapidamente (AESOP, 2012).

Relativamente à realização de investigação, passa em primeiro lugar por um olhar crítico sobre os cuidados de enfermagem, e sobre o que gostaríamos de ver modificado, de modo a trazer benefícios à pessoa e à família/pessoa significativa e logicamente um aporte à melhoria dos cuidados perioperatórios (Nunes, 2020).

No caso da enfermagem perioperatória muitas coisas evoluíram. Durante muitos anos o bloco operatório foi um serviço fechado ao mundo, voltado sobre si mesmo. O conceito de enfermeiro perioperatório veio expandir a ação de enfermagem ao período pré-operatório, no entanto é ainda um dos períodos no qual há menos investimento.

Os estudos alusivos à abordagem à família, no seu papel no pré-operatório relativamente à gestão da sua ansiedade são escassos. Essencialmente, neste domínio a maioria dos estudos realizados dedicam-se a grupos específicos com doentes pediátricos, onde é extremamente difícil excluir o familiar cuidador pela imaturidade da criança (Gjorvasho et al., 2022; Sullivan, Sullivan & Weatherspoon, 2021; Santapuram et al., 2021). Como evidência incontestável

apresenta-se o conhecimento de que a estreita relação familiar determina o atingimento da família pela ansiedade e que este pode transpor o seu efeito negativo para o doente e vice-versa (Gao et al., 2022; Posluszny et al., 2019).

Por este motivo, no domínio da enfermagem há ainda muito a fazer, trabalhando aspetos como o levantamento e a colheita de dados, elaboração de diagnóstico e desenvolvimento de intervenções que possam colmatar esta lacuna, que pede atenção e merece certamente uma melhor qualidade. Relativamente à visita pré-operatória de enfermagem, nenhum artigo lhe fazia referência, no entanto a VPOE é descrita em vários artigos como tendo ação sobre a ansiedade da pessoa e da família, sendo eficaz na sua diminuição, no entanto apresenta ainda uma implementação deficitária, tendo implicações ao nível da assistência sistematizada e da qualidade dos cuidados de enfermagem (Camargo, 2021; Gonçalves e Medeiros, 2016,).

Relativamente às implicações para a prática, as evidências científicas marcam-se pelo mapeamento do conhecimento existente ser escasso, sendo à partida uma área de necessidade na qual se pode apostar nomeadamente pelo desenvolvimento de ações, educativas e de esclarecimento (Benvides, Silva, Silva & Farias, 2021). A VPOE seria o meio ideal para o enfermeiro perioperatório fazer uma intervenção conjunta à pessoa e família/cuidadores, desde que a pessoa consentisse nessa situação. Assim seria possível fazer levantamento de dados, identificar problemas e formular diagnósticos, fazer ensinamentos sobre a preparação física da pessoa, o que esperar da cirurgia e no pós-operatório à pessoa e família, permitindo simultaneamente o estabelecimento de uma relação de confiança e ajuda, importante como elemento facilitador de transição saúde/doença e como forma de intervir na ansiedade de ambos (Al-Sagarat et al., 2017). As intervenções de enfermagem na ansiedade pré-operatória parecem ter efeito na sua redução (Hernández et al., 2021). Os cuidadores familiares revelaram-se um grupo com maior fragilidade que a pessoa, com níveis de ansiedade superiores, que remetem para a necessidade de assistência de enfermagem (Posluszny et al., 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M., Martinho, M., Ferreira, M., Barbieri Figueiredo, M., Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Andrade, L., & Carvalho, J. (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In M. Barbieri, M. Martins, M. Figueiredo, M. Martinho, L. Andrade, P. Oliveira, H. Fernandes, A. Vilar, M. Santos, & J. Carvalho (Eds.), *Redes de conhecimento em enfermagem de família* (pp. 20–33). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Abreu, W. (2010). Prefácio. In M. Barbieri, M. Martins, M. Figueiredo, M. Martinho, L. Andrade, P. Oliveira, H. Fernandes, A. Vilar, M. Santos, & J. Carvalho (Eds.), *Redes de conhecimento em enfermagem de família* (pp. 6–11). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Adhikari S.P., Pathak B. D., Ghimire B, Baniya, S., et al. (2023). Prevalence of pre-operative anxiety and associated risk factors among patients awaiting elective surgery in a tertiary care hospital. *F1000Research* 2023, 12:1207. <https://doi.org/10.12688/f1000research.136320.2>.
- AESOP. Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2012). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.
- Al-Sagarat, A., Al-Oran, H., Obeidat, H., Hamlan, A., & Moxham, L. (2017). Preparing the family and children for surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 40(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000146>
- Amendoeira, J. (2022). Revisão sistemática da Literatura Scoping Review. Instituto Politécnico de setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>
- Arnhold, D., Lohmann, P., Pissaia, L., Costa, A. da, & Moreschi, C. (2017). A espera no centro cirúrgico: Percepção do familiar. *Revista Destaques Acadêmicos*, 9(3). <https://doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1329>
- Assis, A., & Porfírio, M. (2021). Efeitos da Ansiedade sobre o sistema Imunológico: uma revisão [TCC, Pontifícia Universidade Católica de Goiás]. <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/1807>
- Assis, C., Lopes, J., Nogueira-Martins, L. , & de Barros, A. (2014). Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 401–407. <https://doi.org/doi.org/10.5935/0034-7167.20140053>

- Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(2), 142–150. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00012.x>
- Barel, P., Sousa, C., Poveda, V., & Turrini, R. (2018). Anxiety and knowledge of patients before being subjected to orthognathic surgery. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2081–2086. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0520>
- Barnhill, J. (2020). Transtornos de estresse agudo e pós-traumático em crianças e adolescentes. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiQUI%3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/vis%3%A3o-geral-dos-transtornos-relacionados-a-traumas-e-estressores?query=Transtornos%20de%20estresse%20agudo%20e%20p%3%B3s-traum%3%A1tico%20em%20crian%3%A7as%20e%20adolescentes>
- Bartik, K., & Toruner, E. (2018). Effectiveness of a Preoperative Preparation Program on Children's Emotional States and Parental Anxiety. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 33(6), 972–980. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.008>
- Benevides, L.M.B., Silva, L.F., Silva, G.C., Farias, M.S. (2020). Práticas educativas no controle da ansiedade de pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca: revisão integrativa. *Rev Fun Care Online*. 12, 437-443. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8496>
- Berthelsen, C., & Kristensson, J. (2017). The SICAM-trial: evaluating the effect of spouses' involvement through case management in older patient's fast-track programmes during and after total hip replacement. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 112–126. <https://doi.org/10.1111/jan.13091>
- Buyuk, E. T., & Bolişik, B. (2018). An Analysis of the Anxiety Levels of Mothers Who Participate in Education and Therapeutic Games About Their Children's Surgeries. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(3), 290–295. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.09.011>
- Cabral, D. (2004). Cuidados especializados em Enfermagem Perioperatória. Contributos para a sua implementação [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/64648>
- Camargo, C., Araujo, B., Francisco, A., Lourenço, A., & Caregnato, R. (2021). Visitas de enfermagem pré e pósoperatórias: revisão integrativa. *Revista SOBECC*, 26(4). <https://doi.org/10.5327/z1414-4425202100040008>

- Cantante, A.P. S. R.; Fernandes, H.I.V.M.; Teixeira, M.J; Frota, M. A.; Rolim, K.M.O.; Albuquerque, F.H. S. (2019). Sistemas de saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciências Saúde Coletiva*, 25(1)20, dez 2019/Jan2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>
- Carvalho, J., Martins, M., Figueiredo, M. de, Martinho, M., & Oliveira, P. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família em unidades de internamento [comunicação oral]. *XI Conferência Ibero-Americana de Educação Em Enfermagem*.
- Chambers, M, Ryan, A, & Connor, S. (2001) "Exploring the Emotional Support Needs and Coping Strategies of Family Carers", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,8, (2), 99-106. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00360>.
- Chen, C., Wang, H., Zhang, L., Wang, K., Jiang, L., Li, S., Xiang, W., Song, L., Hu, S., Yang, C., & Zhou, J. (2021). Clinical study of preoperative psychological distress and its related factors in the primary caregivers of patients with glioma. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 200, 106364. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2020.106364>
- Chicória, M.I.G. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
- Christóforo, B., & Carvalho, D. (2009). Cuidados de enfermería realizados en el paciente quirúrgico en el período preoperatorio. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, 43(1), 14–22. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100002>
- CHUP. Centro Hospitalar Universitário do Porto. (2022). <https://www.chporto.pt>
- Contrim,H. (2007). Impacto do Cancro Coloretal no doente e cuidadores/família: Implicações para o cuidar [Tese Doutoramento, Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10216/7231>
- Cordeiro, L., Baldini & Soares, C. B. (2019). Scoping review: potentialities for a synthesis of methodologies used in qualitative primary research. *Boletim Do Instituto de Saúde*, 20(2), 37–43.
- Coşküntürk, A., & Gözen, D. (2018). The Effect of Interactive Therapeutic Play Education Program on Anxiety Levels of Children Undergoing Cardiac Surgery and Their Mothers. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(6), 781–789. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.07.009>
- Costa, C., Branco, J., Vieira, I., Souza, L., & da Silva, R. (2019). Prevalência da ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(2), 92–100. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>

- Decreto-Lei n.º 161/1996 do Ministério da Saúde: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1991). Diário da República n.º 205, Série I-A de 04-09-1996. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-Lei n.º 50 - A/2007 do Ministério da Saúde: Aprova a transformação de instituições em entidades públicas empresariais. (2007). Diário da República n.º 42, Série I de 28-02-2007. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/50-a-2007-470071>
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina.
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Diário da República, 2.ª série de 2021- 09-24. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho nº 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, n.º 28. <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Direção-Geral da Saúde (2017b). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017, de 08/02/2017 DQS/DGS. Lisboa
- Dias, H., & Paiva, K. de. (2011). Competências do enfermeiro: estudo em um hospital privado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 511–520. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672011000300015>
- Dias, M. (2000). A família numa sociedade em mudança. Problemas e influências recíprocas. *Gestão e Desenvolvimento*, 9, 81–102. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2000.8>
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139–156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Direção Geral de Saúde (2022a). “Feixe de intervenção” de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico. Norma nº 020/2015, atualizada em 17/11/2022. Direção Geral de Saúde
- Direção-Geral da Saúde (2013a). *Cirurgia Segura, Salva Vidas*. Departamento da Qualidade na Saúde: Norma n.º 2 DQS/DGS. Lisboa
- Direção-Geral da Saúde (2013c). *Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI)*. Norma n.º 029/2012 atualizada em 31/10/2013. DQS/DGS. Lisboa
- Direção-Geral da Saúde (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde (2019a). Norma n.º 007/2019 de 16/10/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma nº 007/2019 de 16/10/2019. Direção Geral de Saúde.

- Direção-Geral da Saúde (2019b). Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019-2023. Âmbito do Conceito "Uma Só Saúde". Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2022b). Infecções e Resistências a Antimicrobianos - Relatório do Programa Prioritário PPCIRA 2021. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013b). Norma n.º 024/2013 de 23/12/2013 - Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Lisboa.
- Domingues, K. (2000). Influência familiar no processo de tratamento do paciente pré-operatório de troca valvular no Instituto de Cardiologia [TCC, Universidade Federal de Santa Catarina]. <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/728654>
- Duff, J., Bowen, L., & Gumuskaya, O. (2021). What does surgical conscience mean to perioperative nurses: An interpretive description. *Collegian*, 29(2), 147-153. doi: 10.1016/j.colegn.2021.07.007
- Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). The Importance of Families in Nursing Care: Nurses' Attitudes in the Hospital Environment. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(7), 21–30. <https://doi.org/10.12707/RIV15007>
- Fernandes, I.P.C. (2019). Aplicação de Lean em Serviço de Saúde: Caso do Hospital de Santo António. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/28360>
- Figueiredo, M.H.J.S. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. [Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Figueiredo, M.H.J.S. (2013). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. *Lusociência*.
- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D., & Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 615–624. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04828.x>
- Fleury, M.T.L.F. & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *RAC*, 183-196.
- Frade, J.M.G, Henriques, C.M.G, & Frade, M.F.G (2021). A Integração da Família nos Cuidados de Enfermagem: perspetiva dos enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20158. <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Franzon, A., Lohmann, P. M., Costa, A. E. K., & Lavall, E. (2022). The humanization of nursing care in patient care: perception of nurses from two hospitals in the interior of the state

- of Rio Grande do Sul. *Research, Society and Development*, 11(1), e41111121656.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.21656>
- Gao, R.Y., Gan, R.Y., Huang, J.L., Liu, T.T., Wu, B.H., Wang, L.S., Li, D.F., & Yao J. (2022) The influence of family support during endoscopic submucosal dissection on patient's anxiety. *Front Public Health*. 26;10:992018. [https://doi: 10.3389/fpubh.2022.992018](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.992018)..
- Gjovasho, A., Kyritsi, H., Douzenis, A., Dimipoulou, A, Nastos, K. & Zavras, N. (2023). The Effect of Preoperative Education on Anxiety Levels and Quality of Life of Patients undergoing Elective Surgery. *Internacional Journal of Scientific Research*. [https:// doi: 10.36106/ijsr/9536059](https://doi.org/10.36106/ijsr/9536059)
- Gomes, E., Melo, R., Vasconcelos, E., & Alencar, E. (2014). Ansiedade e medo em Enfermagem médico-cirúrgica. *Enfermagem Brasil*. janeiro-fevereiro, 13(1). <https://doi.org/10.33233/eb.v13i1.2921>
- Gomes, J., Martins, M., Tronchin, D., & Fernandes, C. (2020). Percepção dos enfermeiros sobre a qualidade em saúde no bloco operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), 1–14. <https://doi.org/10.12707/riv19053>
- Gonçalves, K., Silva, J. da, Gomes, E., Pinheiro, L., Figueiredo, T., & Bezerra, S. (2016). Anxiety in the preoperative period of heart surgery. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 397–403. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690225i>
- Gonçalves, P., Sampaio, F., Sequeira, C., & Paiva e Silva, M. (2020). Data, diagnoses, and interventions addressing the nursing focus “delusion”: A scoping review. In *Perspectives in Psychiatric Care* (Vol. 56, Issue 1, pp. 175–187). <https://doi.org/10.1111/ppc.12401>
- Gonçalves, S. C. M. & Carmo, T. I. G. (2022). Implicações das infecções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2746. Epub 01 de junio de 2022. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Gonçalves, T. F., & Medeiros, V. C. C. de. (2016). A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista SOBECC*, 21(1), 22–27. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600010004>
- Gonçalves, T.F & Medeiros, V.C.C. (2016). A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Rev. SO* 21(1): 22-27. DOI: 10.5327/Z1414-4425201600010004
- Goodman, T., & Spry, C. (2017). *Essentials of Perioperative Nursing* (6ª ed.). Jones & Bartlett Learning.

- Güneş, D., & Özkan, M. (2021). The Impact of Pre-Surgical Anxiety to the Post-Surgical Pain of Patients that will have Cholecystectomy. *International Journal of Nursing*, 8(2), 64–69. <https://doi.org/10.15640/ijn.v8n2a7>
- He, H. G., Zhu, L. X., Chan, W. C. S., Liam, J. L. W., Ko, S. S., Li, H. C. W., Wang, W., & Yobas, P. (2015). A mixed-method study of effects of a therapeutic play intervention for children on parental anxiety and parents' perceptions of the intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1539–1551. <https://doi.org/10.1111/jan.12623>
- Hernández, C.R., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Vargas Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 77(8), 3274–3285). <https://doi.org/10.1111/jan.14827>
- Huntley, J. S., Howard, J. J., Simpson, J., & Sigalet, D. L. (2018). Updating the Surgical Preference List. *Cureus*, 10(7), e2997. <https://doi.org/10.7759/cureus.2997>
- Inácio, M. (2007). *Manual do formando "O processo de Aprendizagem"*. Delta Consultores e Perfil.
- JB I Manual for Evidence Synthesis. (2020). In *JB I Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-01>
- Jerez-Molina, C., Lahuerta-Valls, L., Freandez-Villegas, V. & Santos-Ruiz, S. (2023). Nursing evaluation of pediatric preoperative anxiety: a qualitative study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e3738. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6230.3738>
- Kerimaa, H., Hakal, M., Haapea, M., Vähänikkilä, H., Serlo, W., He, H. & Pölkki, R. (2023). Efetividade de uma Intervenção por Aplicativo Móvel na Preparação de Crianças Pré-escolares e Pais para Cirurgia Diurna: Ensaio Clínico Randomizado e Controlado. *J Med Internet Res* 2023; 25:e46989
- Lemos, M. F., Lemos-Neto, S. V., Barrucand, L., Verçosa, N., & Tibirica, E. (2019). Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: Usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 69(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.07.004>
- Lucena, J. S., Silva, A. B. C, Marques, M. J., Gomes, B. da M. R., Sousa, T. D. de A., & Pereira, E. B. F. e. (2020). Ansiedade na cirurgia vascular e ações de educação em saúde no pré operatório. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 5(1), 47–51. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20200010>

- Luz, M. (2019). Hospital Logistics System: Gestão do Material Médico Hospitalar no Serviço de Traumatologia Crânio-Encefálico do Centro Hospitalar Universitário do Porto [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/124226>
- Machado, J., Silva, L., Guedes, M., Freitas, M., Ponte, K., & Silva, A. (2015). Anxiety Self- Control in Preoperative Heart Surgery: Outcome of a Nursing Intervention. *SANARE - Revista De Políticas Públicas*, 14(2), 36–42. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/822>
- Marcolino, J. Á. M., Suzuki, F. M., Alli, L. A. C., Gozzani, J. L., & Mathias, L. A. da S. T. (2007). Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório. Estudo comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(2), 157–166. <https://doi.org/10.1590/s0034-70942007000200004>
- Martins, L.M., Kazitani, B.S., Bolela, F., Maier, S.R.O., & Dessotte, C.A.M. (2021) Sintomas de ansiedade, depressão e ansiedade cardíaca pré-operatórios segundo o tipo de cirurgia cardíaca. *REME Rev Min Enferm.* 14 <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/44533>
- Martins, M. (2004). O adulto doente e a família uma parceria de cuidados [Tese de Doutorado, Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10216/64647>
- McEwen, M., & Wills, E. (2019). *Theoretical Basis for Nursing* (5ª Edição). Wolters Kluwer Heath. China.
- Melchior, L. M. R., Barreto, R. A. S. S., Alencar, L. K. B. de, Nunes, D. S., Silva, T. M., & Oliveira, I. F. R. (2018). Avaliação do estado de ansiedade pré-operatória em pacientes cirúrgicos hospitalizados. *Revista de Enfermagem Da UFJF*, 4(2). <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2018.v4.14023>
- Melchior, L. M. R., Barreto, R. A. S. S., Prado, M. A., Caetano, K. A. A., Becerra, A. L. Q., & Sousa, T. V. (2018). Preditores Para Ansiedade Pré-operatória Moderada e Grave Em pacientes Cirúrgicos Hospitalizados. *Enfermería Global*, 17(52), 75–85.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Mello, S. T. T. & Junior, A. L. C. (2020). Intervenções não farmacológicas em crianças no pré-operatório: uma revisão da literatura. *Revista da SBPH*, 23, 124–133. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100011&nrm=iso

- Ministério da Saúde (MS) (2015). *Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios*. Ministério da Saúde.
- Monteiro, L. B. D. S., Souza, P. A., Almeida, P. F., Bitencourt, G. R., & Fassarella, C. S. (2019). Nursing diagnoses in adults and elderlies in the preoperative period: a comparative study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 62–70. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0959>
- Moser, D.K. & Dracup K. (2004) Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event. *Psychosom Med.*66(4):527-32. doi: 10.1097/01.psy.0000130493.80576.0c.
- Moura, M. (2001). *O medo e a ansiedade em Pacientes Cirúrgicos e seus Familiares: Assistência de Enfermagem Baseada em NANDA, utilizando a comunicação e a orientação* [TCC, Universidade Federal de Santa Catarina]. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/108068>
- Ng, L. K. (2020). The perceived importance of soft (service) skills in nursing care: A research study. *Nurse Education Today*, 85, 104302. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2019.104302>
- Nunes, L. (2008). “10 anos de Deontologia Profissional em Enfermagem” - Fundamentos Éticos da Deontologia Profissional. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 31, 35-37.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Lusodidata.
- Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. Colégio de Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica Ordem dos Enfermeiros. <http://hdl.handle.net/10400.26/15263>
- Oliveira, A. (2011). *Vivências dos familiares em contexto de cirurgia ambulatória* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10216/26922>
- Oliveira, C. (2014). *Visita pré-operatória: um desafio à melhoria dos cuidados de Enfermagem* [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. <http://hdl.handle.net/10400.26/7124>
- Oliveira, E. (2011). *Ansiedade Pré-operatória* [Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/62152>
- Oliveira, R., Machado, J. Hilsendeger, T., Kai, L., & Rodrigues, L. (2020). Avaliação da Ansiedade e Depressão Pré-operatória nas Cirurgias realizadas em um Hospital do Sul de Santa Catarina. *ACM arq. catarin. med*, 9(3), 02-11. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1354300>

- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição em enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/.../tomada-de-posicao-sobre-investigacao-em-enfermagem>.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade_emc_rev.p
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Ozga, D., Gutysz-Wojnicka, A., Lewandowski, B., & Dobrowolska, B. The clinical learning environment, supervision and nurse teacher scale (CLES+T): psychometric properties measured in the context of postgraduate nursing education. (2020). *BMC Nursing*, 19(61). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00455-5>.
- Peixoto, T. A. D. S. M., & Peixoto, N. M. D. S. M. (2017). Critical thinking of nursing students in clinical teaching: an integrative review. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(13), 125–138. <https://doi.org/10.12707/RIV16029>
- Periañez, C.A.H., Diaz, M.A.C., Bonisson, P.L.V., Simino, G.P.R., Barbosa, M.H., & Mattia, A.L. (2020). Relação da ansiedade e da depressão pré-operatória com a dor pós-operatória. *Contexto Enferm [Internet]*, 29:e20180499. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0499>
- Pinto, I., Sampaio, C., Koepe, G., Goulart, R., Vabo, I., & Prado, T. (2023). The anxiety of patients in the preoperative period of heart surgery and the role of the nurse. *Research, Society and Development*, 12(5), e17012541540. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41540>
- Pires, M.A.G & Rego, A. (2016). Visita Pré-operatória de Enfermagem: a importância da sua implementação. *Servir*, 59(5-6)

- Polit, D., & Beck, C. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10ª). Lippincott Williams & Wilkins - Wolters Kluwer.
- Posluszny, D. M., Bovbjerg, D. H., Syrjala, K. L., Agha, M., & Dew, M. A. (2019). Correlates of anxiety and depression symptoms among patients and their family caregivers prior to allogeneic hematopoietic cell transplant for hematological malignancies. *Supportive Care in Cancer*, 27(2), 591–600. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4346-3>
- Raleigh, E.H., Lepczyk, M., Rowley, C. (1990) Significant Others Benefit from Preoperative Information. *Journal of Advanced Nursing*. 15, 941-945. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01950.x
- Ramos, I. (2006). Hospital logistics system: HLS: Hospital Geral de Santo António [Relatório do Estágio Curricular, Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10216/60310>
- Regulamento n.º 140/ 2019 da Ordem de Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019b). *Diário da República* n.º 26, Série II de 06-02-2019. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem de Enfermeiros: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. (2018). *Diário de República* n.º 135, Série II de 16-07-2018. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 613/2022 da Ordem de Enfermeiros: Regulamento que define o ato do enfermeiro. (2022). *Diário da República* n.º 131, Série II de 08-07-2022. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem de Enfermeiros: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019a). *Diário da República* n.º 184, Série II de 25-09-2019. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ribeiro, K. R. A., & Silva, E. (2018). Ansiedade no Pré-operatório de Cirurgias Cardíacas: Como a enfermagem pode atuar? *Revista Da Sociedade de Cardiologia Do Estado de São Paulo*, 28(1), 95–100. <https://doi.org/10.29381/0103-8559/2018280195-100>
- Roohafza, H., Sadeghi, M., Khani, A., Andalib, E., Alikhasi, H., & Rafiei, M. (2015). Psychological state in patients undergoing coronary artery bypass grafting surgery or percutaneous


- coronary intervention and their spouses. *International Journal of Nursing Practice*, 21(2), 214–220. <https://doi.org/10.1111/ijn.12234>
- Rosa, C. D. S. R., Carvalho, A. G. F., & Barja, P. R. (2022). Soft Skills: Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro na Atualidade. *Revista Univap*, 28(57).
- Sampaio, A. D., Spagnolo, L. M. L., Schwartz, E., Siqueira, H. C. H., Medeiros, A. C., Schultz, V. G. P., & Lise, F. (2021). Nurses' attitudes in family care in the context of primary health care. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(8), 373–398. <https://doi.org/10.12707/RV21030>
- Sampaio, F.A. (2018). *Impacto da Visita Pré-operatória de Enfermagem para Pacientes submetidos a cirurgia Eletiva*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Sagrado Coração]
- Santapuram, P., Stone, A. L., Walden, R. L., & Alexander, L. (2021). Interventions for parental anxiety in preparation for pediatric surgery: A narrative review. In *Children* (Vol. 8, Issue 11, p. 1069). <https://doi.org/10.3390/children8111069>
- Santo, I. M. B. E., Fontes, F. L. L., Santo, P. M.E., Santos, A. O., Oliveira, E. P., Velozo, S. A. M. N., Silva, B. L. M., Oliveira, I. I., Santos, B. L., Fernandes, W. B. B., Sousa, J. F., Silva, L. S., Nascimento, R. S., Júnior, A. M. S., & Carvalho, L. L. S. (2019). Aspectos relevantes da visita pré-operatória de Enfermagem: benefícios para o paciente e para a assistência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (25), e559. <https://doi.org/10.25248/reas.e559.2019>
- Santos, A. J., Caeiro, S.L.Z., Zangão, M. O. B. & Bilro, P. C. V. (2022). Gestão do Conhecimento no Setor da Saúde. In Zangão, M. O. B. & Bilro, P. C. V (Eds.), *Governança Clínica: Promoção da Qualidade da Prática Clínica*. (pp 18-27). Atenas Editora
- Santos, L. A., Oliveira, P. P., Silveira, E. A. A., Gesteira, E. C. R., Fonseca, D. F. & Rodrigues, A. B. (2019). The resilience process in family caregivers of people with malignant neoplasia. *Escola Anna Nery*, 23(3), e20190023. <https://doi.org/10.1590/2177-ean-2019-0023>
- Sasso, K.D., Silveira, R.C.C.P., & Galvão, C.M: (2005). Evidence-based practice: theoretical considerations on its implementation in the nursing care in tissue and organ transplantation. *JBT J Bras Transpl* 2005; 8:404-406
- Silva, F.L.K.S., Silva, S., Martins, W., & Andrade, J.C. (2021). Percepção de enfermeiros e o impacto da visita pré-operatória de enfermagem na redução da ansiedade em utentes

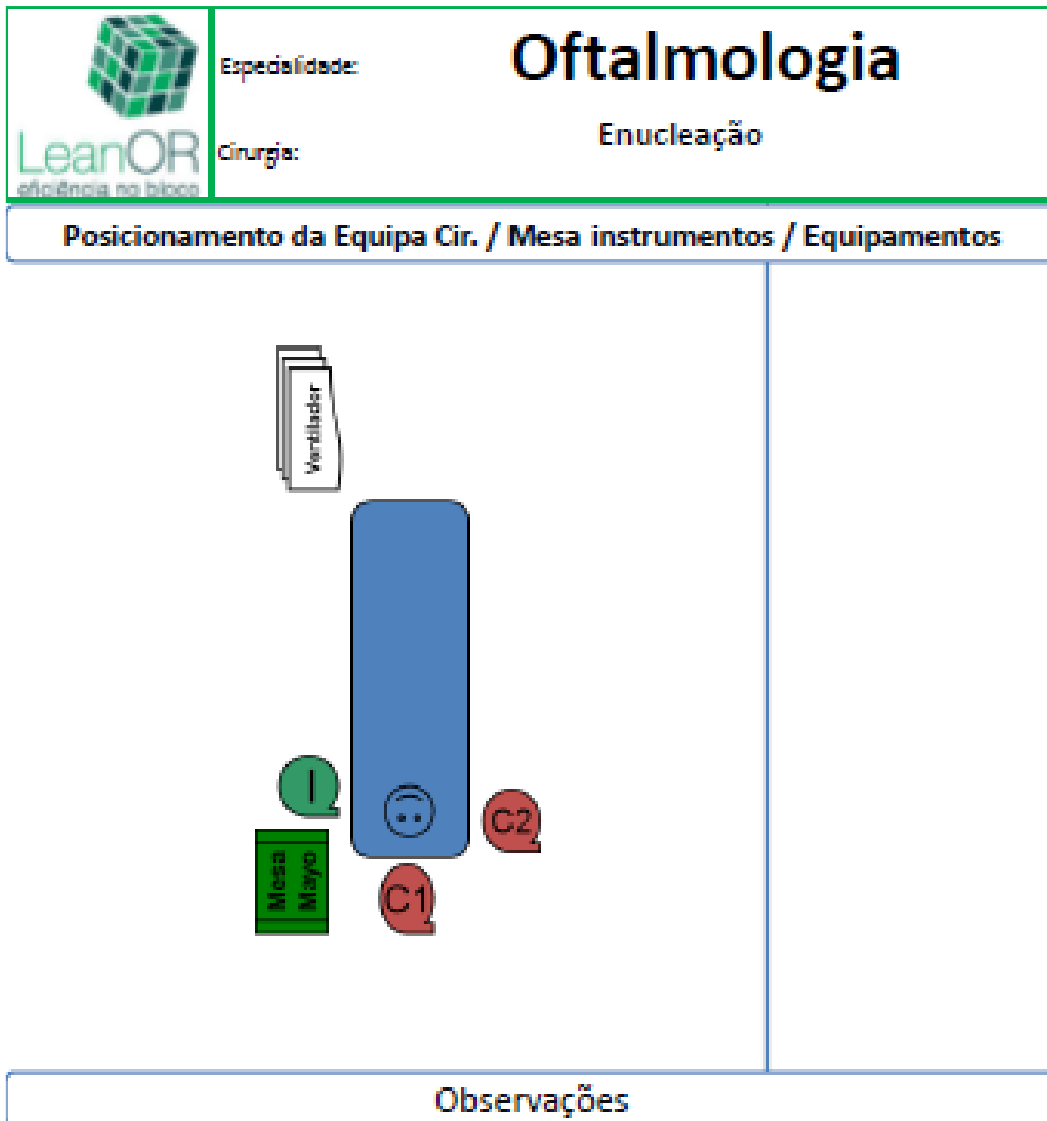
- no perioperatório. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 29, p.1-7.
<https://doi.org/10.25248/REAC.e7850.2021>
- Silva, L. M. O., Arilo, L. M. C., Nascimento, L. F., Oliveira, M. A. M., & Sousa, W. P. S. (2021). Sintomas de Ansiedade e Depressão em Pacientes no Pré-Operatório Cardíaco. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(1), 19–34. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i1.1245>
- Silva, M. (2013). *Gestão de Stocks de Material Hospitalar exemplo de aplicação* [Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/34171>
- Speth, J. (2023), Guidelines in Practice: Positioning the Patient. *AORN J*, 117: 384-390. <https://doi.org/10.1002/aorn.13929>
- Spruce, L. (2021), Positioning the Patient. *AORN J*, 114: 75- 84. <https://doi.org/10.1002/aorn.13442>
- Sullivan, V., Sullivan, D. H., & Weatherspoon, D. (2021). Parental and Child Anxiety Perioperatively: Relationship, Repercussions, and Recommendations. *Journal of Perianesthesia Nursing* Vol. 36(3), p. 305–309. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.08.015>
- Teixeira, M. (2018). *Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: criação de um dispositivo de formação* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/35202>
- Travassos, A.I.M.S.O., Pires, E.M.C.G., Mendes, Z. A., Zangão, M.O.B., & Bilro, P.C.V. (2022). Gestão de recursos em Saúde. In Zangão, M. O. B. & Bilro, P. C. V (Eds.), *Governança Clínica: Promoção da Qualidade da Prática Clínica*. (pp 42-53). Atenas Editora
- Veiga, J. (2006). *Ética em enfermagem- Análise, problematização e [re]construção* (1ª edição). Climenpsi Editores.
- Vieira, C. A. G., Sales, L. S., Siva, E. M., Freires, A. V. A. F., Rodrigues, L. K. N., Nunes, M. M., Sousa, H. V. F., Barbosa, M. E. J. P., Queiroz, C. B., Sousa, F. B. S., Reis, A. P., & Silva, I. C. A. (2022). Competências soft skills e hard skills para o gerenciamento de enfermagem em tempos de crise. *Research, Society and Development*, 11(7), e15011729644. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29644>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de construção do conhecimento* (2ª edição). Edições Sílabo.
- World Health Organization (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. ISBN 978-92-4-003270-5 (electronic version).

Zhao, R., Xiaoc, L., Watsonb, R. , & Chenc, Y. (2021). Clinical Learning Environment, supervision and nurse teacher scale (CLES+T): Psychometric evaluation of the Chinese version. *Nurse Education Today*, 106, 105058. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105058>

ANEXOS

ANEXO I: *Preferences cards*


	Especialidade: Oftalmologia Cirurgia: Enucleação
INDISPENSÁVEL	OPCIONAL
Instrumental Cirúrgico	
Caixa de enucleação (4-OFTAL-283) Cápsulas (2) Punho de foco Tubo de aspiração Cânula de aspiração metálica	
Equipamentos	
Material de Sutura	
Vicryl 5/00, 2 agulhas espatuladas	
Outros Dispositivos Médicos(fármacos, próteses, etc.)	
Campo de oftalmologia Batas cirúrgicas Protetor de cadeira Soro fisiológico 100cc Compressas 7,5x7,5 Bastonetes de algodão Caixa de corto-perfurantes Iodopovidona solução aquosa Seringa de alimentação + ofloxacina colírio Prótese ocular Conformador Penso ocular Gentamicina+ dexametasona pomada	
Materiais Posicionamento	
Mesa operatória com tetier de oftalmologia Cadeiras de cirurgião (2)	
Posicionamento	
Decúbito dorsal, membros adusidos	
Para velhos problemas, novas soluções.	



Posicionamento dependente da sala onde decorre a cirurgia. A título demonstrativo optou-se pela sala F.

Validado por:





	
Especialidade: Oftalmologia	
Cirurgia: Evisceração	
INDISPENSÁVEL	OPCIONAL
Instrumental Cirúrgico	
Caixa de enucleação/evisceração (4-OFTAL-284) Cápsulas (2) Punho de foco Tubo de aspiração Cânula de aspiração metálica	
Equipamentos	
Material de Sutura	
Vicryl 5/00, 2 agulhas espatuladas Seda 4/00 sem agulha	
Outros Dispositivos Médicos(fármacos, próteses, etc.)	
Campo de oftalmologia Batas+luvas cirúrgicas Protetor de cadeira Soro fisiológico 100cc Compressas 7,5x7,5 Bastonetes de algodão Caixa de corto-perfurantes Iodopovidona solução aquosa Seringa de alimentação+ ofloxacina colírio Prótese ocular Conformador Seringa Penso ocular Gentamicina+ dexametasona pomada	
Materiais Posicionamento	
Mesa operatória com tetier de oftalmologia Cadeiras de cirurgião (2)	
Posicionamento	
Decúbito dorsal, membros adusidos	
Para velhos problemas, novas soluções.	



Posicionamento dependente da sala onde decorre a cirurgia. A título demonstrativo optou-se pela sala F.

Validado por:




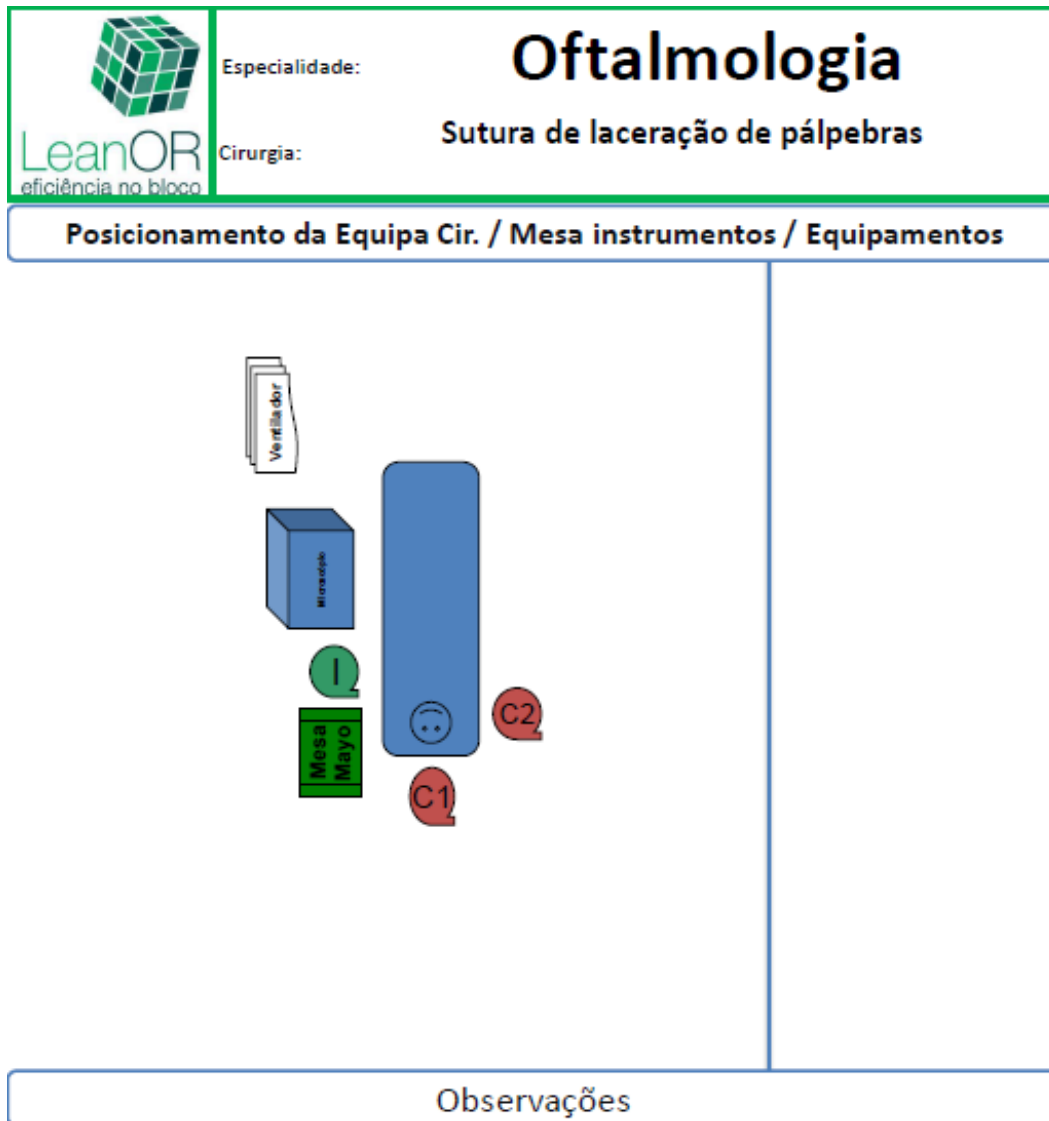
 Especialidade: Oftalmologia Cirurgia: Sutura de laceração de córnea	
INDISPENSÁVEL	OPCIONAL
Instrumental Cirúrgico	
Caixa de urgência córnea (4-OFTAL-296.1e 4-OFTAL-296.2) Cápsulas (2) Punhos de microscópio	
Equipamentos	
Microscópio	
Material de Sutura	
Nylon 10/00, 2 agulhas espatuladas	
Outros Dispositivos Médicos(fármacos, próteses, etc.)	
Campo de oftalmologia Batas cirúrgicas Proteção de braços de cadeira Luvas cirúrgicas Iodopovidona solução aquosa Microesponjas triangulares Compressas 7,5x7,5 Seringas luerlock de 3cc (2) Cânula de camara anterior Caixa de corto-perfurantes Soro fisiológico100cc	Faca 15° Cânula de hidrodisseção Hialuronato de sódio
Materiais Posicionamento	
Mesa operatória com tetier de oftalmologia Cadeiras de cirurgião (2)	
Posicionamento	
Decúbito dorsal, membros adusidos	
Para velhos problemas, novas soluções. 	



Validado por:





		Especialidade: Oftalmologia Cirurgia: Sutura de laceração de pálpebras	
INDISPENSÁVEL		OPCIONAL	
Instrumental Cirúrgico			
Caixa de pálpebras (4-OFTAL-285) Cápsulas (2) Punhos de foco		Punhos de microscópio	
Equipamentos			
		Microscópio	
Material de Sutura			
Prolene 6/00, agulha lanciolada		Vicryl 5/00, 2 agulhas espatuladas Vicryl 6/00, 2 agulhas espatuladas	
Outros Dispositivos Médicos (fármacos, próteses, etc.)			
Campo de oftalmologia Batas cirúrgicas Proteção de braços de cadeira Luvas cirúrgicas Iodopovidona solução aquosa Bastonetes de algodão Compressas 7,5x7,5 Caixa de corto-perfurantes Soro fisiológico 100cc Protetor ocular Hipromelose ("Methocel")		Seringas luerlock de 3cc (1) Agulha 30G Agulha 25G Lidocaína+adrenalina	
Materiais Posicionamento			
Mesa operatória com tetier de oftalmologia Cadeiras de cirurgião (2)			
Posicionamento			
Decúbito dorsal, membros adusos			
Para velhos problemas, novas soluções.			



Validado por:




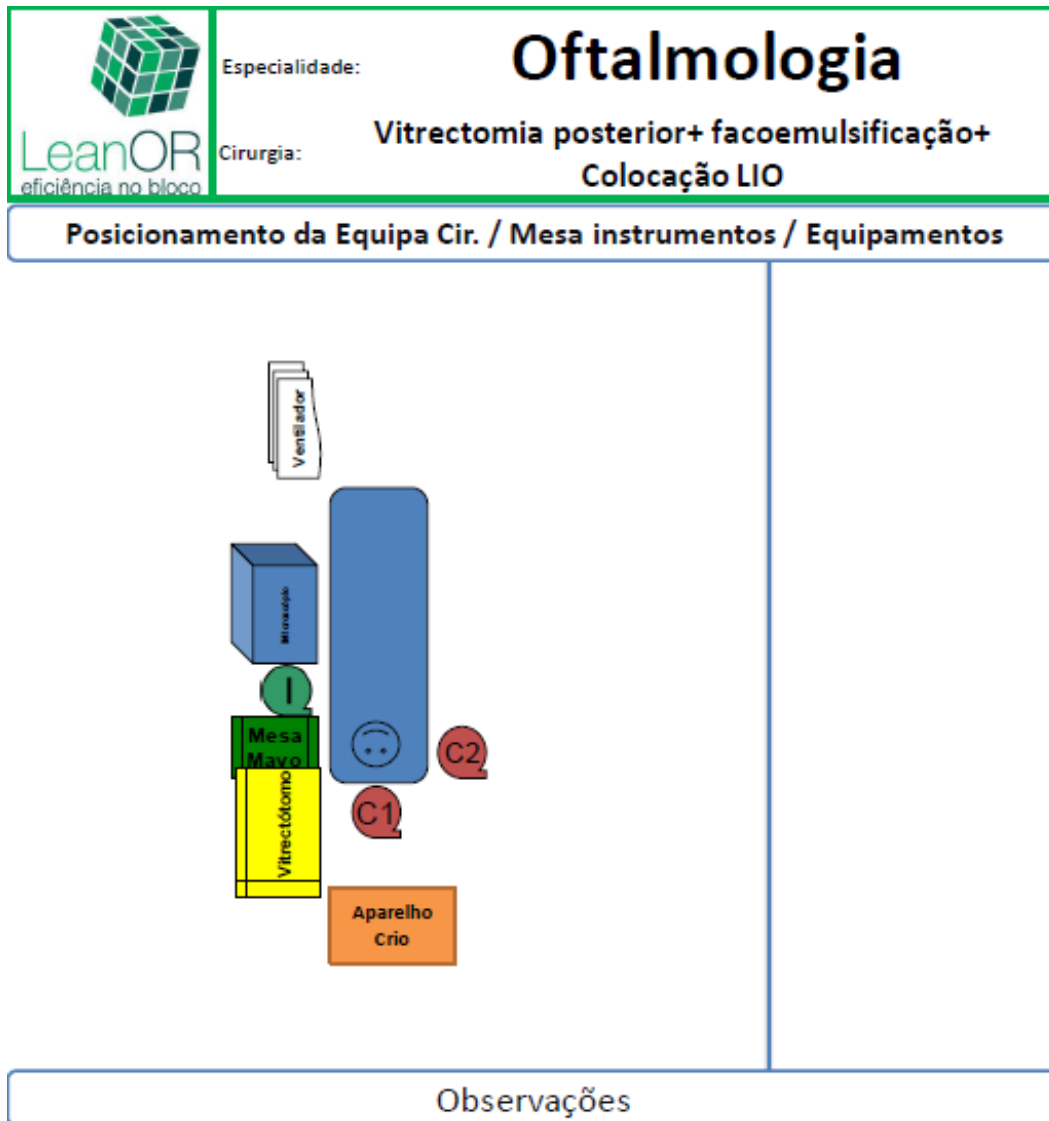
 Especialidade: Oftalmologia Cirurgia: Vitrectomia Clássica (Extraocular)	
INDISPENSÁVEL	OPCIONAL
Instrumental Cirúrgico	
Caixa de vitrectomia (4-OFTAL-301.1 a 4 OFTAL- 301.7) Punhos de microscópio Cápsulas (2)	
Equipamentos	
Microscópio	
Material de Sutura	
Vicryl 8/00, 2 agulhas espatuladas Seda 4/00, sem agulha Ethibond, 5/00, 2 agulhas 1/4c, espatuladas	
Outros Dispositivos Médicos(fármacos, próteses, etc.)	
Campo de oftalmologia Batas cirúrgicas Luvas cirúrgicas Iodopovidona solução aquosa Banda (*) Manga (*) Explante (*) Cefazolina Dexametasona/Betametasona Penso ocular Gentamicina+Dexametasona pomada (*) Pode ser usado só, parte destes materiais	
Materiais Posicionamento	
Mesa operatória com tetier de oftalmologia Cadeiras de cirurgião (2)	
Posicionamento	
Decúbito dorsal ,membros adusos	
Para velhos problemas, novas soluções. 	



Posicionamento dependente da sala onde decorre a cirurgia. A título demonstrativo optou-se pela sala F.

Validado por: 


		Especialidade: Oftalmologia Cirurgia: Vitrectomia + Faciemulsificação + colocação de LIO
INDISPENSÁVEL		OPCIONAL
Instrumental Cirúrgico		
Caixa de vitrectomia (4-OFTAL-301.1 a 4-OFTAL 301.7) Capa+patilha do wide-angle Lente 90 XL Caixa de infiniti (4-OFTAL-298.1 a 4-OFTAL-298.4)	Ponta de crioaplicação Ponta+ cabo de diatermia Caixa de facofragmentação (4-OFTAL-299)	
Equipamentos		
Vitrectotomo Constellation Microscópio	Aparelho de crioaplicação Balas de C3F8 e SF6	
Material de Sutura		
		Vicryl 8/00 2 agulhas espatuladas Prolene10/00- PC9 Nylon 10/00, 2 agulhas espatuladas
Outros Dispositivos Médicos(fármacos, próteses, etc.)		
BSS frasco + 1 ampola de adrenalina Pack de vitrectomia 23G Methocel Hipromelose) Luvas cirúrgicas Iodopovidona solução aquosa Hialuronato de sódio Soro fisiológico 100cc Cefazolina Dexametasona/Betametasona Penso ocular Gentamicina+dexametasona pomada	Laser flexível 25 G Silicone 1000/5000/Hd Proteção de câmara Filtro pequeno Dkline/Oktaline Cânula dualbore Lente de mácula Kit de extração de silicone Pinças ILM, serreada, assimétrica Tesoura curva. Cartridge, etc	
Materiais Posicionamento		
Mesa operatória com tetier de oftalmologia Cadeiras de cirurgião (2)		
Posicionamento		
Decúbito dorsal, membros adusidos		
Para velhos problemas, novas soluções.		

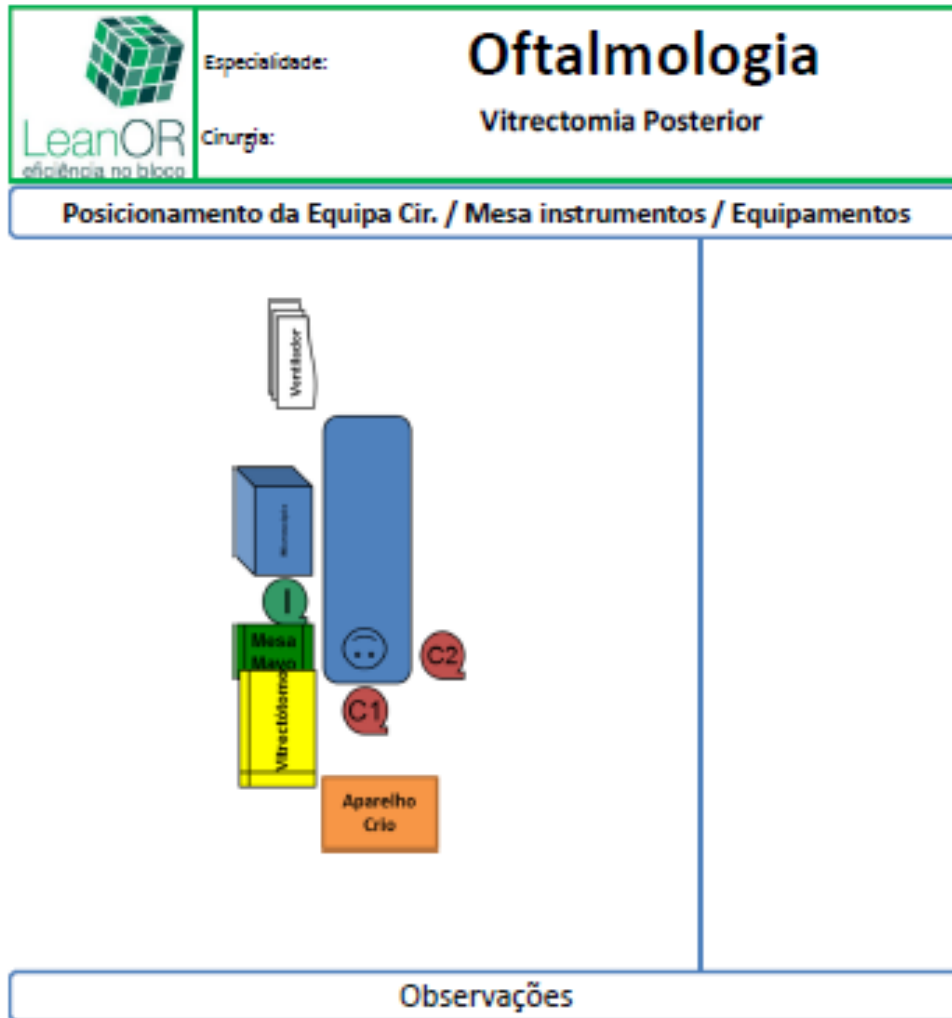


Posicionamento dependente da sala onde decorre a cirurgia. A título demonstrativo optou-se pela sala F.

Validado por:



	
Especialidade: Oftalmologia Cirurgia: Vitrectomia Posterior	
INDISPENSÁVEL	OPCIONAL
Instrumental Cirúrgico	
Caixa de vitrectomia 4-OFTAL-301.1 a 4 OFTAL- 301.7 Capa+ patilha do wide-angle Lente de 90XL	Ponta de crioaplicação Ponta+cabo de diatermia Caixa de facofragmentação (4-OFTAL-299)
Equipamentos	
Vitrectotomo Constellation Microscópio	Aparelho de crioaplicação Balas de C3F8 e SF6
Material de Sutura	
	Vicryl 8/00, 2 agulhas espatuladas Prolene 10/00- PC9
Outros Dispositivos Médicos(fármacos, próteses, etc.)	
BSS frasco + 1 ampola de adrenalina Pack de vitrectomia 23G Hipromelose ("Methocel") Luvas cirúrgicas Iodopovidona solução aquosa Cefazolina Dexametasona/Betametasona Penso ocular Gentamicina+Dexametasona pomada	Laser flexível 25 G Silicone 1000/5000/Hd Proteção de câmara Filtro pequeno Dkline/Oktaline Cânula dualbore Lente de mácula Kit de extração de silicone Pinças ILM, serreada, assimétrica Tesoura curva. Cânula de Charles Lente adapt-AO, etc
Materiais Posicionamento	
Mesa operatória com tetier de oftalmologia Cadeiras de cirurgião (2)	
Posicionamento	
Decúbito dorsal ,membros adusidos	
Para velhos problemas, novas soluções.	



Validado por: 

ANEXO II: Procedimento, guia, impresso e panfleto da VPOE

INSTRUÇÃO DE TRABALHO VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

1 - OBJETIVOS/ENQUADRAMENTO

- Capacitar a pessoa/família/pessoa significativa para a gestão de processos cirúrgicos complexos.
- Ajudar na gestão e diminuição da ansiedade, relacionada com o processo cirúrgico a que será submetido.
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção.
- Identificar problemas potenciais, estabelecer diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem preventivas, para a pessoa que irá ser submetida a processo cirúrgico complexo.
- Estabelecer uma base de dados que permita iniciar os cuidados de enfermagem perioperatórios de forma individualizada e servir de base comparativa.
- Estabelecer relação de confiança pessoa/família/pessoa significativa enfermeiro.

2 - ÂMBITO

Todas as pessoas submetidas a cirurgia eletiva no Bloco Operatório, com necessidade de internamento.

3 - SIGLAS/ABREVIATURAS/DEFINIÇÕES/EVIDÊNCIA

A visita pré-operatória de enfermagem define-se como o ato no qual o enfermeiro perioperatório se desloca ao serviço de internamento na véspera da cirurgia. Permite acolheita de dados. Tem como função a identificação das necessidades físicas, psicológicas e sociológicas. Serve como o primeiro elo da cadeia dos cuidados perioperatórios ao permitir o planeamento dos cuidados de enfermagem personalizados, o esclarecimento de dúvidas relativas ao processo cirúrgico, a execução de ensinamentos e a promoção da relação de ajuda e confiança entre a pessoa/ família /pessoa significativa e o enfermeiro perioperatório (AESOP, 2012).

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

4 - RESPONSABILIDADES

É da responsabilidade do Enfermeiro Chefe manter esta instrução de trabalho atualizada e divulgá-la pelo serviço.

5 - METODOLOGIA

- Observação/colheita de informação clínica da pessoa (observação física, estado nutricional, estado de consciência, estado emocional, níveis de dependência, patologias, antecedentes cirúrgicos e anestésicos, alergias, medicação, hábitos relevantes (tabágicos, alcoólicos e outros).
- Disponibilizar apoio psicológico à pessoa/ família/ cuidador (diminuir a ansiedade, retirar dúvidas, proceder a esclarecimento)
- Confirmando que a pessoa tem conhecimento da cirurgia a que irá ser submetida, o enfermeiro perioperatório clarifica sobre os cuidados de enfermagem que irá ter, informando sobre a forma como irá decorrer todo o processo, sobre o tempo de cirurgia previsto, sobre a situação que irá vivenciar (desconforto, dor, para onde irá depois da cirurgia, como irá ficar, etc)
- Informar sobre o espaço físico do bloco operatório e UCPA e seu ambiente.
- Informar sobre a equipa cirúrgica.
- Ensinar sobre a dor e métodos de gestão da mesma (analgesia, técnicas de relaxamento)
- Ensinar sobre jejum pré-operatório e sua correlação com a gestão de complicações anestésicas.
- Ensinar sobre necessidade de remoção de prótese dentárias, auditivas, lentes de contato, maquilhagem e adornos, estabelecer relação com a gestão de segurança cirúrgica e se não for possível a importância de comunicar ao enfermeiro à chegada ao bloco operatório.
- Ensinar sobre a importância de referir toda a medicação que faz, inclusive a que suspendeu nos últimos 15 dias.
- Ensinar sobre a importância de referir alergias, se existentes.
- Ensinar a importância de não fumar no pré-operatório.
- Ensinar sobre a promoção de ventilação eficaz (respiração diafragmática e tosse).
- Ensinar sobre o banho pré-cirúrgico, estabelecer a relação com a gestão do risco de infeção.
- Manter em aberto espaço para qualquer tipo de questão do doente e da sua pessoa significativa
- Informar da possibilidade de passar informação à família/cuidador/pessoa significativa, quando concluir a cirurgia e se encontrar na UCPA, se assim o desejar.
- Entrega do guia do bloco operatório e do panfleto da visita pré-operatória.
- Sempre que possível visualização do filme institucional.
- Partilhar a informação obtida com os restantes enfermeiros para a elaboração e planeamento dos cuidados de enfermagem.

6 - BIBLIOGRAFIA

Associação de Enfermeiros das Salas de Operações Portuguesas (AESOP). (2012)
Enfermagem Perioperatória Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Lusodidacta.
Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº429/2018, de 16 de julho
Diário da República nº 135/2018, série II de 2018-07-16, páginas 19359-19370

GUIA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

1 - OBJETIVOS

- Servir de apoio ao enfermeiro perioperatório para a realização da Visita Pré-Operatória de Enfermagem, garantido a padronização desta ação.
- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios à pessoa/família/pessoa significativa que irá ser submetida a processo cirúrgico

2 - CAMPO DE APLICAÇÃO

Todas as pessoas submetidas a cirurgia eletiva no Bloco Operatório, com necessidade de internamento.

3 - SIGLAS/ ABREVIATURAS/DEFINIÇÕES

A visita pré-operatória de enfermagem (VPOE) define-se como o ato no qual o enfermeiro perioperatório se desloca ao serviço de internamento na véspera da cirurgia. Permite a colheita de dados. Tem como função a identificação das necessidades físicas, psicológicas e sociológicas. Serve como o primeiro elo da cadeia dos cuidados perioperatórios ao permitir o planeamento dos cuidados de enfermagem personalizados, o esclarecimento de dúvidas relativas ao processo cirúrgico, a execução de ensinamentos e a promoção da relação de ajuda e confiança entre a pessoa/família /pessoa significativa e o enfermeiro perioperatório (AESOP,2006).

AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

UCPA- Unidade de Cuidados Pós –Anestésicos

VPOE- Visita Pré-Operatória de Enfermagem

4 - PROCEDIMENTO

A VPOE deverá ser realizada na véspera da cirurgia. Será realizada por enfermeiro a designar pelo Enfermeiro Chefe, de acordo com a disponibilidade, independentemente da função. Preferencialmente será um enfermeiro pertencente à equipa cirúrgica da cirurgia.

Será estruturada da seguinte forma:

1 - Colheita de dados

1.1 - O Enfermeiro designado para realizar a VPOE, consulta o agendamento cirúrgico do dia seguinte, retirando as informações relativas à identificação das pessoas e ao ato cirúrgico.

1.2 - O Enfermeiro perioperatório consulta o processo clínico eletrónico para reunir o máximo de informação possível (avaliação inicial, alergias, patologia, etc).

1.3 - Em caso de inexistência destes dados obtê-lo-à diretamente da pessoa. O intuito é que rentabilizar o tempo, deixando o máximo de tempo disponível para dúvidas e ensinios.

1.4 - Deve também confirmar se tem consentimento informado.

1.5 - Deve entrar em contato telefónico com o serviço de internamento para saber se poderá efetuar a VPOE. Sempre que possível por uma questão de gestão de recursos, pré-estabelecer um horário para a realização da VPOE.

1.6 - À chegada ao serviço de internamento entrar em contato com o enfermeiro responsável pela pessoa para saber se existe alguma informação relevante que não conste do processo.

1.7 - Verificar se tem os MCDT, necessários para a cirurgia.

2 - Realização da VPOE

Na VPOE, o enfermeiro deve:

2.1- Apresentar-se à pessoa/família/ pessoa significativa deixando claro que a VPOE não é de carácter obrigatório. Pede consentimento para a sua execução.

2.2 - Garante que a VPOE é realizada em local calmo e privado.

2.3 - Avaliar a literacia em saúde da pessoa/família/pessoa significativa e adequar informação e linguagem.

2.4 - Estabelecer relação de ajuda com a pessoa/família/pessoa significativa.

2.5 - Transmitir a informação de forma clara e objetiva.

2.6 - Demonstrar disponibilidade para todo e qualquer tipo de esclarecimento ou dúvidas.

2.7 - Informar a pessoa/família/pessoa significativa sobre a situação que irá vivenciar (desconforto, dor, o local para onde irá depois da cirurgia, o tempo previsível para a cirurgia, o tempo cirúrgico no qual será chamado, como irá ficar no pós-operatório, etc)

2.8 - Informar sobre a estrutura física do Bloco Operatório e UCPA, e seus equipamentos

2.9 - Informar sobre a equipa cirúrgica, quem o irá receber no Bloco operatório e a forma como estará vestido (farda, máscara).

3 - Ensinos

Realizar os ensinos pré-operatórios, destacando a importância do seu cumprimento.

3.1 - Tempo de jejum (alimentos sólidos e líquidos). Explicar os tempos necessários.

Recomendações de jejum pré-operatório	
Líquidos claros (água, sumo de fruto sem polpa, chá claro)	2h
Leite	6h
Refeição ligeira (chá/leite/cevada com torrada/pão com compota /marmelada ou bolachas de água e sal/ Maria)	6h
Refeição completa	8h

3.2 -

Banho pré-operatório e a sua importância no controlo da infeção nosocomial.

3.3 - Tricotomia. Se necessária, que será realizada o mais próximo possível do momento da cirurgia.

3.4 - Necessidade de remoção de adornos, maquilhagem, próteses dentárias, auditivas, óculos, lentes de contato.

Poderá em caso de dificuldade de comunicação e orientação permanecer com a sua prótese auditiva ou os óculos até ao momento em que irá ser induzido e também na UCPA, no entanto tem que dar conhecimento ao enfermeiro que acolhe a pessoa no bloco operatório. Implica a identificação das próteses.

3.5 - Dor e explicar a necessidade de identificar a intensidade e características. Apresentação da escala numérica e visual em simultâneo, para melhor referenciação. Informar que existem controlo da dor com analgesia.

3.6 - A importância de não fumar no dia da cirurgia, ensinar exercícios respiratórios e tosse.

3.7 - Ensinar sobre a importância da deambulação precoce no pós-operatório.

3.8 - Importância da confirmação de alergias e medicação habitual.

4 - Circuito no bloco operatório

4.1 - Informar sobre o circuito dentro do bloco, desde a chegada, a checklist, a transferência, a sala operatória e a UCPA. Garantir que em todo este processo tem sempre uma equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e eventualmente técnicos) que a acompanha.

4.2 - Informar sobre a temperatura da sala operatória. Que pela exposição e técnica anestésica poderá sentir frio. Garantir que irá ser mantida a temperatura corporal através da utilização de um aquecedor.

4.3 - Informar sobre os procedimentos realizados antes e após a anestesia, monitorização cardíaca, colocação do cateter venoso periférico, colocação de meias elásticas se indicado.

4.4 - Informar que no pós-operatório poderá ter drenos, sonda vesical, sonda nasogástrica, cateteres arteriais e venosos. Esta informação deverá ser adequada ao tipo de cirurgia a que a pessoa irá ser submetida.

4.5 - Explicar a transferência para UCPA, condições e tempo de permanência e a impossibilidade de ter acompanhante nesta fase. Informar que se assim o desejar poderá ser facultada informação à família/ pessoa significativa.

5 - Estado emocional

5.1 - Avaliar o nível de ansiedade, observando a comunicação verbal e não verbal.

5.2 - Mais uma vez questionar sobre dúvidas, deixando espaço para as expôr. Garantir que os ensinamentos foram apreendidos.

6 - Auxiliares da VPOE

6.1 - Providenciar o guia informativo do bloco operatório e o panfleto informativo da VPOE.

6.2 - Se possível, visualizar o filme institucional correspondente ao guia informativo do bloco operatório.

7- Documentação da VPOE

7.1 - Preencher a informação em impresso próprio.

7.2 - Destacar diagnósticos de enfermagem relevantes.

7.3 - Transmitir informação aos restantes enfermeiros da equipa da sala.

7.4 - Juntar informação ao processo clínico da pessoa (em suporte de papel, mas com possibilidade de ser informatizado futuramente).

V i s i t a p r é - o p e r a t ó r i a d e E n f e r m a g e m	Identificação	Bloco Operatório Serviço _____ Cama _____ Cirurgia _____ Data da cirurgia _____ Consentimento informado <input type="checkbox"/>
	Profissão: _____ Crença Religiosa: _____ Pessoa signitcativa: _____ Contato tel _____	
	A-ANTECEDENTES PESSOAIS	
	1 PATOLOGIAS: DM I/II <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> IC <input type="checkbox"/> Angina I/E <input type="checkbox"/> EAM ≤ 1mês <input type="checkbox"/> EAM ≥ 1mês <input type="checkbox"/> Disritmia <input type="checkbox"/> DAP <input type="checkbox"/> Pace/CDI <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> FAV <input type="checkbox"/> DPCO <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> POAD <input type="checkbox"/> SAOS <input type="checkbox"/> outras <input type="checkbox"/> _____ Hipocoagulado <input type="checkbox"/> _____ Anti-agregado <input type="checkbox"/> _____ INR _____	
	2-ALERGIAS: Alergia <input type="checkbox"/> _____ Manifestações: Rush cutâneo <input type="checkbox"/> Urticária <input type="checkbox"/> Angioedema <input type="checkbox"/> Choque anafilático <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> _____	
	3-HÁBITOS RELEVANTES: Tabagismo <input type="checkbox"/> Passado <input type="checkbox"/> Quantidade _____ Anos _____ Atual <input type="checkbox"/> Quantidade _____ Anos _____ Bebidas alcoólicas <input type="checkbox"/> Quantidade _____ Outros _____	
	4-MEDICAÇÃO HABITUAL: _____	
	B-ANTECEDENTES CIRÚRGICOS/ANESTÉSICOS	
	1-CIRURGIA (tipo, data, hospital) _____ _____ 2-ANESTESIA _____ 3-Intercorrências: Agitação ao acordar <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____	
	C-ESTADO NUTRICIONAL Peso _____ Kg Altura _____ m IMC _____	
D- ESTADO EMOCIONAL Eutímio <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> _____ Fobias <input type="checkbox"/> _____ Pré-medicação <input type="checkbox"/>		
E- NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA Autónomo ou independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> _____		

V
i
s
i
t
a
p
r
é
-
o
p
e
r
a
t
ó
r
i
a
d
e
E
n
f
e
r
m
a
g
e
m

C-EXAME FÍSICO

1- Sistema Respiratório
Eupneico Dispneico Taquipneia Bradipneico
Superficial Profunda Ruidosa
OBS _____
BIPAP CIPAP

2- Sistema cardiovascular
FC _____ bpm TA _____ mmHG
Arritmias _____

3-Sistema endócrino
Glicemia capilar _____ mg/dl Temperatura corporal _____ °C

4- Sistema neurológico
Alterações de orientação no tempo e espaço _____
Alterações de acuidade visual _____
Correção: óculos Lentes Prótese
Alterações auditivas _____
Prótese auditiva _____
Alterações de sensitivas _____
Dor Local _____ Características _____

5-Sistema gastrointestinal/Urínario
Alterações de eliminação _____
Ileostomia Nefrostomia colostomia
Prótese dentária
Dentes a abanar Quais? _____

6- Pele e tegumento (mucosas)
Integridade cutânea (Inserir imagem corporal se possível)
Úlceras de pressão Úlceras varicosas Varizes Higiene corporal cuidada

7- Sistema músculo esquelético
Alterações de mobilidade Quedas
Acamada em cadeira de rodas andarilho/canadianas/bengala
Apoiado em mobiliário com ajuda
Obs _____

Ensinos pré-operatórios	
Importância e tempo de jejum (alimentos sólidos e líquidos)	
Banho pré-operatório Necessidade de remover adornos, prótese e roupa	
Dia da cirurgia - o seu circuito O que esperar.	
Estrutura física do Bloco operatório/UCPA e seu ambiente	
Equipa multidisciplinar e seu acompanhamento	
Medicação e alergias	
Importância de não fumar	
Tempo estimado de permanência no Bloco/UCPA	
Não ter visitas na UCPA. Informação á pessoa significativa	

Diagnósticos de enfermagem

Realizada por: Enfermeiro _____ Nº Ordem _____
Data: _____

Ansiedade



Sente-se ansioso como a sua cirurgia?
Exponha as suas dúvidas, as suas angústias e medos.
Estamos aqui para o ajudar!



Visita Pré-operatória Bloco Operatório



CONTATO:
Serviço Bloco Operatório Central
Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 Porto
Telefone: 222077500
Extensão:1901

Jejum



Receberá indicação sobre o jejum, que deverá respeitar para sua segurança. O seu cumprimento diminui o risco de regurgitação gástrico e previne a aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões e as complicações daí resultantes. A indicação será dada pelo enfermeiro do serviço de internamento.

Recomendações de Jejum pré-operatório	
Líquidos claros	2h
Leite	6h
Refeição ligeira (Pequeno-almoço)	6h
Refeição completa	8h

Líquidos claros= água, sumo de fruta sem polpa, chá claro.

Refeição ligeira= chá/leite/cevada com torrada/ pão com compota/marmelada ou bolacha de água e sal/maria.

Dor



O seu conforto é importante.
De acordo com a identificação da dor, da sua intensidade e das características, será possível uma ação mais direcionada e eficaz.
Se tiver dor deve referir para que esta não escale e se torne mais difícil de controlar.



Observe esta escala.
Ajudá-lo-á a ter uma noção mais concreta da sua dor e a transmiti-la mais claramente

Banho



O banho antes da cirurgia é importante para reduzir a quantidade de microorganismos na pele, diminuindo o risco de infeção.



Deve ser feito com clorohexidina na véspera e no dia da cirurgia até 2h antes da mesma.. Colocar a bata fornecida.

ANEXO III: Formação Visita Pré-operatória de Enfermagem

ESS+
 INSTITUTO DE SAÚDE
 DO ESTADO DE SÃO PAULO

Visita pré-operatória de enfermagem

Ilda Landeiro

Bloco Operatório Central
 Maio 2022

Definição

Ato no qual o enfermeiro perioperatório se desloca ao serviço de internamento na véspera da cirurgia. Permite a colheita de dados. Tem como função a identificação das necessidades físicas, psicológicas e sociológicas. Serve como o primeiro elo da cadeia dos cuidados perioperatórios ao permitir o planeamento dos cuidados de enfermagem personalizados, o esclarecimento de dúvidas relativas ao processo cirúrgico, a execução de ensinamentos e a promoção da relação de ajuda e confiança entre a pessoa/família/pessoa significativa e o enfermeiro perioperatório (AESOP,2006).

Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em MC

A atuação do enfermeiro será sempre no sentido de respeitar a individualidade de cada pessoa, minimizando o impacto negativo imputado pela mudança ambiental e pela necessidade de cirurgia

OE(2017)

Vantagens

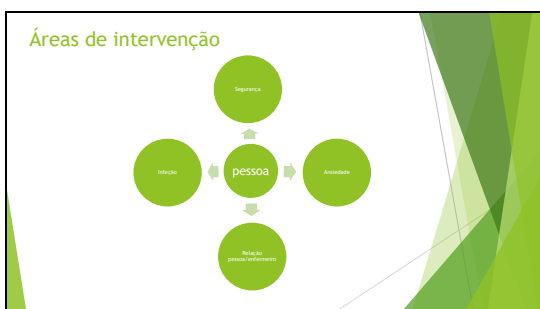
- ▶ Aumento da qualidade dos cuidados prestados
- ▶ Capacitação da pessoa para a experiência cirúrgica
- ▶ Gestão da ansiedade pré-cirúrgica
- ▶ Gestão do risco de infeção
- ▶ Aumento da segurança
- ▶ Permite planear os cuidados de enfermagem de forma personalizada
- ▶ Favorece o relacionamento pessoa/enfermeiro

Estudos

- ▶ Sadati et al., 2013
Estabelecem a estreita relação entre a realização da visita pré-operatória e a diminuição da ansiedade.
- ▶ Conceição et al., 2012
A visita pré-operatória pode reduzir os riscos na sala operatória e em simultâneo tranquilizar o doente.
- ▶ Shao e colaboradores, 2019
Avaliaram o impacto da realização da visita pré-operatória na gestão da ansiedade quando utilizam multimédia. Concluíram que a ansiedade diminuiu, havendo estabilização dos sinais vitais.

Estudos

- ▶ Santos et al., 2019
Aspectos relevantes da visita pré-operatória incluem educação para saúde, preparação física e emocional, prevenção de complicações no pós-operatório e competência presentes no pré-operatório.
- ▶ Melchior et al., 2018
200 pacientes
Prevalência da ansiedade em 53%, destes 33% com ansiedade moderada a grave.
Relacionada com medo da anestesia, medo de erros durante o procedimento anestésico-cirúrgico. Perfil: Sexo M, 50-69 anos, baixa escolaridade, em situação instável do emprego (único provedor do lar)



VULNERABILIDADE

A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e impossibilidade de defesa que requer que seja assegurada por outra pessoa, em sua substituição.

Itens a considerar

- Consciência Cirúrgica**
- Segurança**
- Controlo da infeção**

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória

Cuidados de enfermagem dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/ doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos a anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos a ao tratamento da doença.

Regulamento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa Situação Perioperatória nº 429/2018, de 16 de Julho

Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

Considerando a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família /pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o auto cuidado e reintegração familiar e social.

Regulamento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa Situação Perioperatória nº 429/2018, de 16 de Julho

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

Considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente pela ocorrência de eventos adversos decorrentes da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, dos profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional.

Regulamento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa Situação Perioperatória nº 429/2018, de 16 de Julho

Visita pré-operatória de Enfermagem Impresso



Colheitas de dados

Identificação

- ▶ Serviço _____
- ▶ Cama _____
- ▶ Cirurgia _____
- ▶ Data da cirurgia _____
- ▶ Consentimento informado

Profissão: _____ Crença Religiosa: _____
 Pessoa significativa: _____ Contato tel _____

Colheita de dados

A- ANTECEDENTES PESSOAIS
1- PROLOGIAS:
 DM/IM/DMII/DA/Dislipidemia IC Angina UE IAM IAM s/ Síncl IAM s/ Sínl Derrama
 DAP Pneu/CD RA IRC RA EPDC Aneur FOD SANG
 Infecç: _____ Hipotensão Arr- agregado

2- ALERGIAS:
 Alérgica
 Manifestação: Rash cutâneo Urticária Angioedema Choque anafilático Outra

3- RIMÉDIO RELEVANTES:
 Situação Tratado Quantidade _____ Ano _____
 Assul Quantidade _____ Ano _____
 Outros: _____

4- MEDICAÇÃO HABITUAL: _____

Colheita de dados

B- ANTECEDENTES CIRÚRGICOS/ANESTÉSICOS
1- CIRURGIA (tipo, data, hospital) _____

2- ANESTESIA _____

3- INTERCORRÊNCIAS:
 Agitação ao acordar Frio Tremores Dor Náuseas Vômitos Outros

Colheita de dados

C- ESTADO NUTRICIONAL
 Peso _____ kg Altura _____ m IMC _____

Colheita de dados

C- EXAME FÍSICO

- ▶ 1- Sistema Respiratório
 Espiratória Dispnéia Taquipnéia Bradipnéia
 Apnéia Profunda Rubore
 OMS _____
 Ventilação não invasiva: BIPAP CPAP
 ▶ 2- Sistema cardiovascular
 FC _____ bpm TA _____ mmHg
 Arritmias
 3- Sistema endócrino
 Glicemia capilar _____ mg/dL Temperatura corporal _____ °C
- ▶ 4- Sistema neurológico
 Alterações de orientação no tempo e espaço
 Alterações de acuidade visual Correção: óculos Lentes Prótese
 Alterações auditivas Prótese auditiva
 Alterações de sensíveis Dor Local _____ Características _____

Colheita de dados

▶ **D- ESTADO EMOCIONAL**

Eutímico
 Ansiedade
 Medo
 Fobias
 Pré-medicação

Colheita de dados

▶ **E- NÍVELS DE DEPENDÊNCIA**

Autônomo ou independentes
 Dependente

Colheita de dados

C- EXAME FÍSICO

- ▶ 5- Sistema gastrointestinal/Urinarío
 - Alterações de eliminação Ileoostomia Nefrostomia colostomia
- Prótese dentária
- Dentes a abanar Quais? _____
- ▶ 6- Pele e tegumento (mucosas)
 - Integridade cutânea
 - Úlceras de pressão Úlceras varicosas
 - Localização: _____
 - Varizes Higiene corporal cuidada
- ▶ 7- Sistema músculo esquelético
 - Alterações de mobilidade Quedas
 - Acamada em cadeira de rodas andrriho/ canadinas/bengala
 - Apólo em mobiliário com ajuda
 - Obs: _____

Ensinos pré-operatórios

Ensinos pré-operatórios	
Importância e tempo de jejum (alimentos sólidos e líquidos)	
Banho pré-operatório/tricotomia	
Necessidade de remover adornos, próteses maquilhagem e roupa	
Dia da cirurgia- o seu circuito. O que esperar.	
Estrutura física do Bloco operatório/UCPA e seu ambiente	
Equipa multidisciplinar e seu acompanhamento	
Medicação e alergias	
Importância de não fumar	
Tempo estimado de permanência no Bloco/UCPA	
Não ter visitas na UCPA. Informação à pessoa significativa	

Diagnósticos de enfermagem

▶ Diagnósticos de enfermagem

Realizada por: Enfermeiro _____ Nº Ordem _____

Data: _____

Identificação

Serviço _____

Nome _____

Nome de família _____

Cartão de identificação _____

Localização _____

Função/Qualificação _____

ANamnese (HISTÓRIA)

▶ História do processo de saúde/doença: _____

▶ História da vida: _____

▶ História da doença atual: _____

▶ História da cirurgia: _____

▶ História dos tratamentos anteriores: _____

▶ História do estado emocional: _____

▶ História das relações sociais: _____

▶ História da alimentação: _____

▶ História da eliminação: _____

▶ História da higiene pessoal: _____

▶ História da mobilidade: _____

▶ História da utilização de recursos humanos: _____

▶ História da utilização de recursos materiais: _____

▶ História da utilização de recursos tecnológicos: _____

▶ História da utilização de recursos financeiros: _____

▶ História da utilização de recursos ambientais: _____

▶ História da utilização de recursos comunitários: _____

▶ História da utilização de recursos culturais: _____

▶ História da utilização de recursos espirituais: _____

▶ História da utilização de recursos legais: _____

▶ História da utilização de recursos políticos: _____

▶ História da utilização de recursos sociais: _____

▶ História da utilização de recursos econômicos: _____

▶ História da utilização de recursos tecnológicos: _____

▶ História da utilização de recursos financeiros: _____

▶ História da utilização de recursos ambientais: _____

▶ História da utilização de recursos comunitários: _____

▶ História da utilização de recursos culturais: _____

▶ História da utilização de recursos espirituais: _____

▶ História da utilização de recursos legais: _____

▶ História da utilização de recursos políticos: _____

▶ História da utilização de recursos sociais: _____

▶ História da utilização de recursos econômicos: _____

C- EXAME FÍSICO

- ▶ 5- Sistema gastrointestinal/Urinarío
- ▶ 6- Pele e tegumento (mucosas)
- ▶ 7- Sistema músculo esquelético

Realizada por: Enfermeiro _____ Nº Ordem _____

Data: _____

Paciente bem orientado é paciente cooperativo e sabe das suas condutas, e isso contribui no próprio tratamento e recuperação pós-cirúrgica, pois desta forma o cliente sente-se protagonista de sua reabilitação exercendo o autocuidado. Assim, faz-se necessário que o enfermeiro compreenda o paciente como um ser singular, sujeito que demanda cuidados diferenciados dos demais e possui diferentes níveis de conhecimentos e sentimentos e que este profissional exerça o seu papel de educador em saúde orientando os pacientes cirúrgicos. (ROCHA NMC et al, 2016)

Bibliografia

- ▶ Associação de Enfermeiros das Salas de Operações Portuguesas (AESOP). (2012) Enfermagem Perioperatória Da Filozofia à Prática dos Cuidados. Lusodidacta.
- ▶ Conceição, A. G.D., Ribeiro, E.D.C., Noves, P., Santos, R.D.D., Silva, E. M.D., & Rodrigues, D.P. (2012). A importância da visita pré-operatória de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Enfermagem Brasil, 11(2), 102-111.
- ▶ Melchior, L.M.R., Barreto, R.A.S.S, Prado, M.A., Caetano, K.A.A., Bezerra, A.L.Q., & Sousa T.V. (2018). Preditores para ansiedade pré-operatória moderada a grave em pacientes cirúrgicos hospitalizados. Enfermagem Global, 52, 75-85.
- ▶ Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa Situação Perioperatória nº 429/2018, de 16 de Julho. Diário da República nº 135/2018, série II de 2018-07-16, páginas 19359-19370

Bibliografia

- ▶ Rocha, N.M.C. et al. (2016). Sentimentos vivenciados por pacientes no pré-operatório. Revista Interdisciplinar, 9 (2), 178-186.
- ▶ Sادات, L., Pazouki, A., Mehtizadeh, A., Shoar, S., Tamannak, Z., & Chalchain, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27, 994-998. <https://doi.org/10.1111/sci.12022>
- ▶ Santo, I.M.B.E., Fontes, F.L., Santo, P.M.E., Santos, A.D., Oliveira, E. P., Velozo, S.A.M.N., Silva, B.L.M., Oliveira, L.I., Santos, B.L., Fernandes, W.B. B., Sousa, J.F., Silva, L.S., Nascimento, R. S., Junior, A.M.S., & Carvalho, L.L.S. (2019). Aspectos relevantes da visita pré-operatória de Enfermagem: benefícios para o paciente e para a assistência. Revista Eletrônica Aceso Saúde, 25, 1-6. <https://doi.org/10.25248/ress.25.1>
- ▶ Shao, J., Xiao, T., Shi, M., Zhou, X., Wang, Z., Lin, T., Xiu, R., Ni, H., & Zhang, A. (2019). Effect of multimedia-based nursing visit on perioperative anxiety in esophageal squamous cells carcinoma patients undergoing video-assisted thoracoscopy surgery. Psychologia: Health & Medicine, 24, 10, 1198-1206. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1595687>

ANEXO IV: Lentes

CHP Neoclássico	
Adapt AO	Qd.
15	1
16	1
17	1
18	2
18.mai	2
19	2
19.mai	2
20	3
20.mai	3
21	3
21.mai	3
22	3
22.mai	3
23	3
23.mai	3
24	3
24.mai	3
25	2
25.mai	2
26	2
TOTAL	47

CHP CICA	
Adapt AO	Qd.
17	1
18	4
18.mai	1
19	3
19.mai	3
20	3
20.mai	2
21	4
21.mai	2
22	5
22.mai	2
23	5
23.mai	2
24	5
24.mai	1
25	1
25.mai	1
26	0
27	0
27.mai	1
TOTAL	46

ANEXO V: Carro de apoio à sala Oftalmologia



**ANEXO VI: Certificado de Participação no Congresso Internacional de
Controlo de Infeção 2022**



Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Ilda Fernanda Landeiro da Silva

Participou no Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2022

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 31 de Março e 01 de Abril de 2022,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 04 de abril de 2022

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



ANEXO VII: Comunicação livre em forma de póster: Determinantes da adesão às Boas Práticas de Higiene das Mãos na Sala Operatória

TÍTULO: Fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória.

INTRODUÇÃO: Embora a higiene das mãos seja essencial a uma prática segura no bloco operatório, vários estudos revelam a falta de implementação bem-sucedida. O objetivo deste estudo passa por encontrar evidências científicas sobre a prática da higiene das mãos no bloco operatório, especialmente sobre os fatores determinantes da adesão a essa boa prática, bem como a forma de operacionalizar e concretizar, com sucesso, os “5 momentos da higienização das mãos” na sala de operações.

MÉTODOS: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2022, através da pesquisa de artigos nas bases de dados da Pubmed, EBSCO e Scielo considerando os descritores: “hand hygiene” e “operating room”, no período de 2017 a 2022. Foram identificados 30 artigos, dos quais selecionados 12. Como critérios de inclusão definiu-se: a redação em língua inglesa, a existência de texto integral e a citação direta dos descritores no título ou abstrat. A seleção dos estudos foi realizada por dois autores, inicialmente por leitura de títulos e resumos. Na fase final procedeu-se à leitura integral dos 12 artigos selecionados.

RESULTADOS: Conclui-se com esta revisão da literatura que a implementação de uma correta prática da higiene das mãos no bloco operatório permanece aquém do ideal. Há uma escassez de estudos de investigação que forneçam informações detalhadas sobre os determinantes da adesão a esta boa prática, por parte dos profissionais, bem como a forma de operacionalizar os “5 momentos crítico da higiene das mãos” preconizado pela OMS.

DISCUSSÃO: Vários fatores são identificados como barreiras à realização de boas práticas neste âmbito, nomeadamente, a existência de dúvidas sobre a sua eficácia, a baixa autoconsciência para as práticas de higiene das mãos, a falta de diálogo e confiança entre os profissionais e a forma de operacionalizar os 5 momentos críticos preconizados pela OMS.

CONCLUSÕES: A higienização das mãos é uma medida preventiva essencial no combate às infeções hospitalares reconhecendo-se como medida isolada mais eficaz para a prevenção de infeções nosocomiais. Importa esclarecer sobre os fatores determinantes de uma boa prática bem como a melhor forma investir em formações e campanhas de sensibilização que visem melhorar a organização do trabalho e a adesão dos profissionais aos protocolos instituídos.

Palavras-chave: Higiene das mãos (Hand Hygiene); salas cirúrgicas (operating room)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dallolio, L., Raggi, A., Sanna, T., Mazzetti, M., Orsi, A., Zanni, A., ... & Leoni, E. (2018). Surveillance of environmental and procedural measures of infection control in the operating theatre setting. *International journal of environmental research and public health*, 15(1), 46.

Erichsen Andersson, A., Frödin, M., Dellenborg, L., Wallin, L., Hök, J., Gillespie, B. M., & Wikström, E. (2018). Iterative co-creation for improved hand hygiene and aseptic techniques in the operating room: experiences from the safe hands study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-12.

Pedersen, L., Elgin, K., Peace, B., Masroor, N., Doll, M., Sanogo, K., ... & Bearman, G. (2017). Barriers, perceptions, and adherence: Hand hygiene in the operating room and endoscopy suite. *American journal of infection control*, 45(6), 695-697.

Smith, F., Lee, K., Binnie-McLeod, E., Higgins, M., Irvine, E., Henderson, A., ... & Spence, J. (2020). Identifying the World Health Organization's fifth moment for hand hygiene: Infection prevention in the operating room. *Journal of infection prevention*, 21(1), 28-34.

Wikström, E., Dellenborg, L., Wallin, L., Gillespie, B. M., & Andersson, A. E. (2019). The Safe Hands Study: Implementing aseptic techniques in the operating room: Facilitating mechanisms for contextual negotiation and collective action. *American Journal of Infection Control*, 47(3), 251-257.



Título: Fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória

Filiações:

Ana Ribas Teixeira, Mestranda da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Porto-Bloco Operatório do Hospital Santo António (HSA), ana.ribasteixeira@gmail.com; Orientador Professor Doutor Sérgio Soares (ESSNorteCVP)

Cláudia Vanessa da Silva Brás, Mestranda da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Porto-Bloco Operatório do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), claudiavbras@hotmail.com; Orientadora Professora Doutora Susana Regalado (ESSNorteCVP)

Ilda Fernanda Landeiro da Silva, Mestranda da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Porto-Centro Integrado de Cirurgia Ambulatória (CICA), ildalanderio@gmail.com; Orientador Professor Mestre Neison Coimbra (ESSNorteCVP)

Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves Mestrando da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Enfermeiro no Centro Hospitalar Universitário do Porto-Centro Integrado de Cirurgia Ambulatória (CICA), marcomorgado@gmail.com; Orientadora Professora Mestre Isabel Mirante (ESSNorteCVP)



Fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória

INTRODUÇÃO: Embora a higiene das mãos seja essencial para uma prática segura no bloco operatório, vários estudos revelam uma **falha de implementação** e **insucesso** da prática de higienização das mãos no bloco operatório, especialmente sobre os fatores determinantes da adesão a essa boa prática, bem como a forma de operacionalizar e concretizar com sucesso, os "5 momentos de higienização das mãos" na sala de operações

MÉTODOS:

- **Revisão integrativa da literatura** durante os meses de janeiro e fevereiro de 2022, através das pesquisas nas bases de dados da *Pubmed*, *EBSCO* e *Scielo*.
- Descritores *"hand hygiene"* e *"operating room"*, no período de 2017 a 2022.
- Identificados 30 artigos, dos quais selecionados 2 com a sua leitura integral.
- Critérios de inclusão: redação em língua inglesa, a existência de texto integral e a citação direta dos descritores no título ou abstract.
- Seleção dos estudos realizada por dois autores, inicialmente por leitura de títulos e resumos.



Source: reproduced with permission from World Health Organization (WHO, 2016).

A "zona do paciente" corresponde à área ao seu redor, onde este é atendido e recebe cuidados (Sax et al., 2007). É composto por **três elementos**:

- O primeiro deles é o equipamento em contato direto com o paciente.
- O segundo é o equipamento tocado pela equipe de saúde, enquanto o cuidado ao paciente.
- O terceiro corresponde ao equipamento dentro da mesma área restrita e tocada pelo paciente.

RESULTADOS: Concluiu-se com esta revisão da literatura que a implementação de uma correta prática de higiene das mãos no bloco operatório **permanece aquém do ideal**. Há uma escassez de estudos de investigação que forneçam informações detalhadas sobre os determinantes da adesão a esta boa prática, por parte dos profissionais, bem como a forma de operacionalizar os "5 momentos críticos da higiene das mãos preconizados pela OMS".

DISCUSSÃO:

Vários fatores são identificados como **barreiras** à realização de boas práticas neste âmbito, nomeadamente:

- existência de dúvidas sobre a sua eficácia,
- a baixa autoconsciência para as práticas de higienização das mãos,
- a falta de diálogo e confiança entre os profissionais,
- a baixa segurança psicológica,
- a forma de operacionalizar os 5 momentos críticos preconizados pela OMS.

CONCLUSÃO:

A higienização das mãos é uma medida preventiva essencial no combate às infeções hospitalares reconhecendo-se como medida isolada mais eficaz para a prevenção de infeções nosocomiais importa esclarecer sobre os **fatores determinantes** de uma boa prática bem como a melhor forma investir em formações e campanhas de sensibilização que visem melhorar a organização do trabalho e a adesão dos profissionais aos protocolos instituídos.





Certificado

Certifica-se que Ana Ribas Teixeira, Cláudia Vanessa da Silva Brás, Ilda Fernanda Landeiro da Silva, Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves, apresentaram a *Comunicação Livre em forma de Poster*, **FATORES DETERMINANTES DA ADESÃO ÀS BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS E OPERACIONALIZAÇÃO DOS 5 MOMENTOS DE HIGIENE DAS MÃOS NO SALA OPERATÓRIA**, no Congresso Internacional de Controlo de Infeção, CICI2022, que se realizou On-Line, nos dias 31 de março e 1 de abril de 2022.

Porto, 04 de abril de 2022

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



**ANEXO VIII: *Webinar* “Enfermagem às Quintas” subordinado ao tema”
Segurança nos Cuidados”**



**ANEXO IX: V Conferência Internacional de Investigação em Saúde das
Tecnologias à Disseminação Científica**



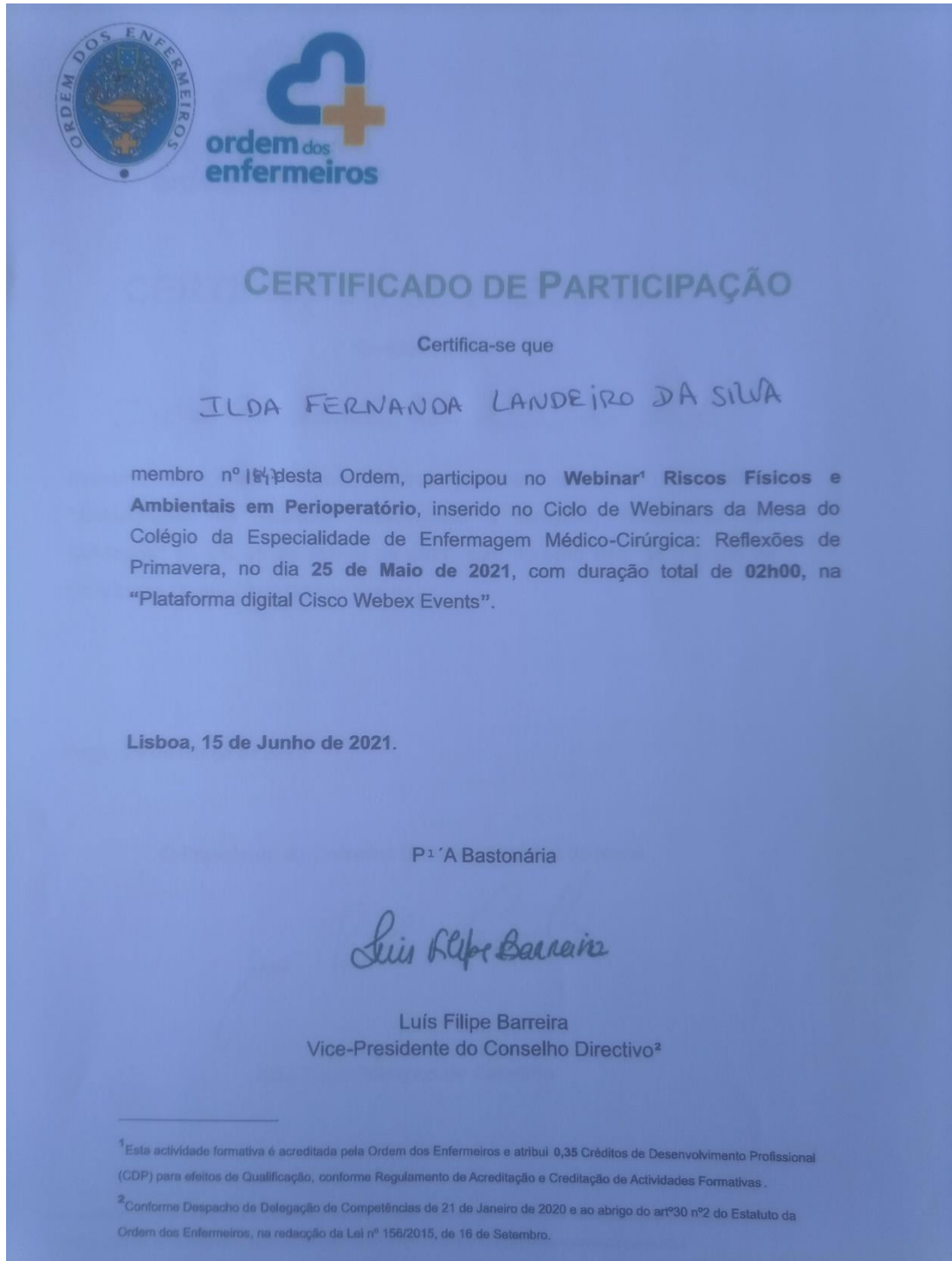
**ANEXO X: *Webinar* “Enfermagem às Quintas”, subordinado ao tema
“Reprocessamento em Endoscopia digestiva - *update*”**



**ANEXO XI: *Webinar* “Enfermagem às Quintas”, subordinado ao tema
“Prevenção e Controlo da Infecção relacionada com a cateterização
Vesical”**

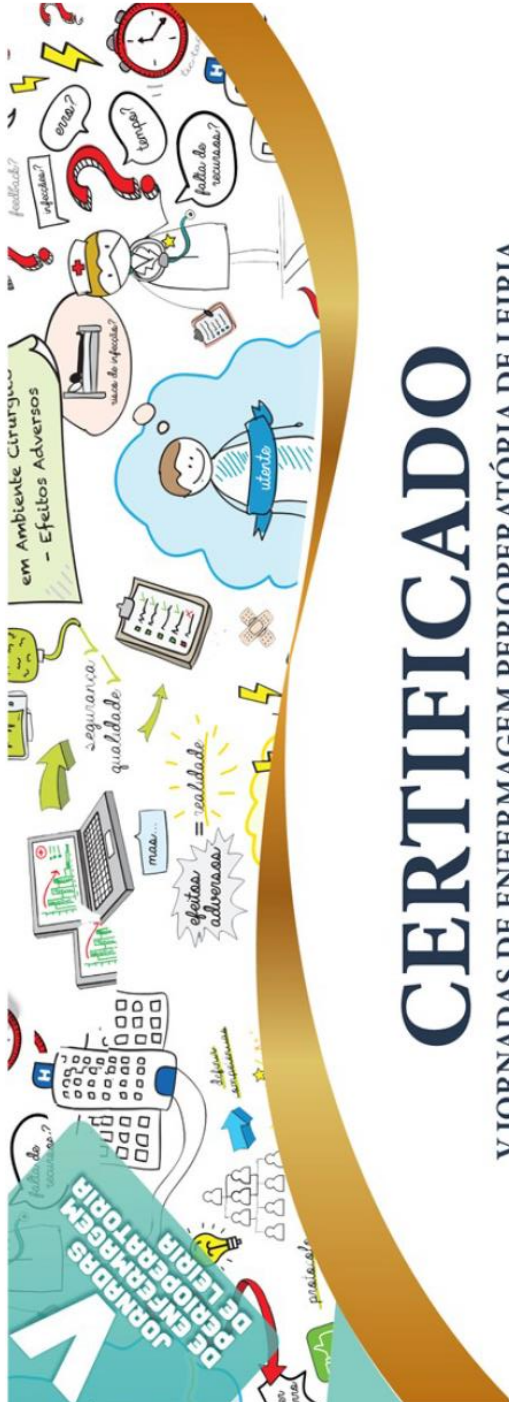


**ANEXO XII: *Webinar* “Enfermagem às Quintas”, subordinado ao tema
“Riscos físicos e Ambientais em Perioperatório”**



**ANEXO XIII: V Jornadas de Enfermagem Perioperatório de Leiria -
Enfermagem Perioperatória 2030. Pensar o Futuro, construir o presente**





CERTIFICADO

V JORNADAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE LEIRIA

CERTIFICA-SE QUE:

ILDA FERNANDA LANDEIRO DA SILVA

Participou nas **V JORNADAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE LEIRIA – ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA 2030; Pensar o futuro, construir o presente**, realizado em plataforma virtual, nos dias **11 e 12 de novembro de 2021**.

21-07-2023




MARGARIDA JORDÃO
PRESIDENTE AEPOL

**ANEXO XIV: *Webinar* “Prevenção da Infecção do local cirúrgico. Como
fazer melhor?”**

30.06.2022 | 15:30 - 17:30
WEBINAR

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

Como melhor fazer?

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Ilda Fernanda Landeiro Da Silva

participou WEBINAR
"PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO
LOCAL CIRÚRGICO - como
melhor fazer?" organizado pela
AESOP.

Realizado em plataforma virtual,
no dia 30 de junho de 2022
entre as 15h30 e as 17h30,
correspondendo a um total de
2 horas de formação.

Para que conste, o presente certificado é
assinado, em Lisboa, a 1 Julho de 2022.



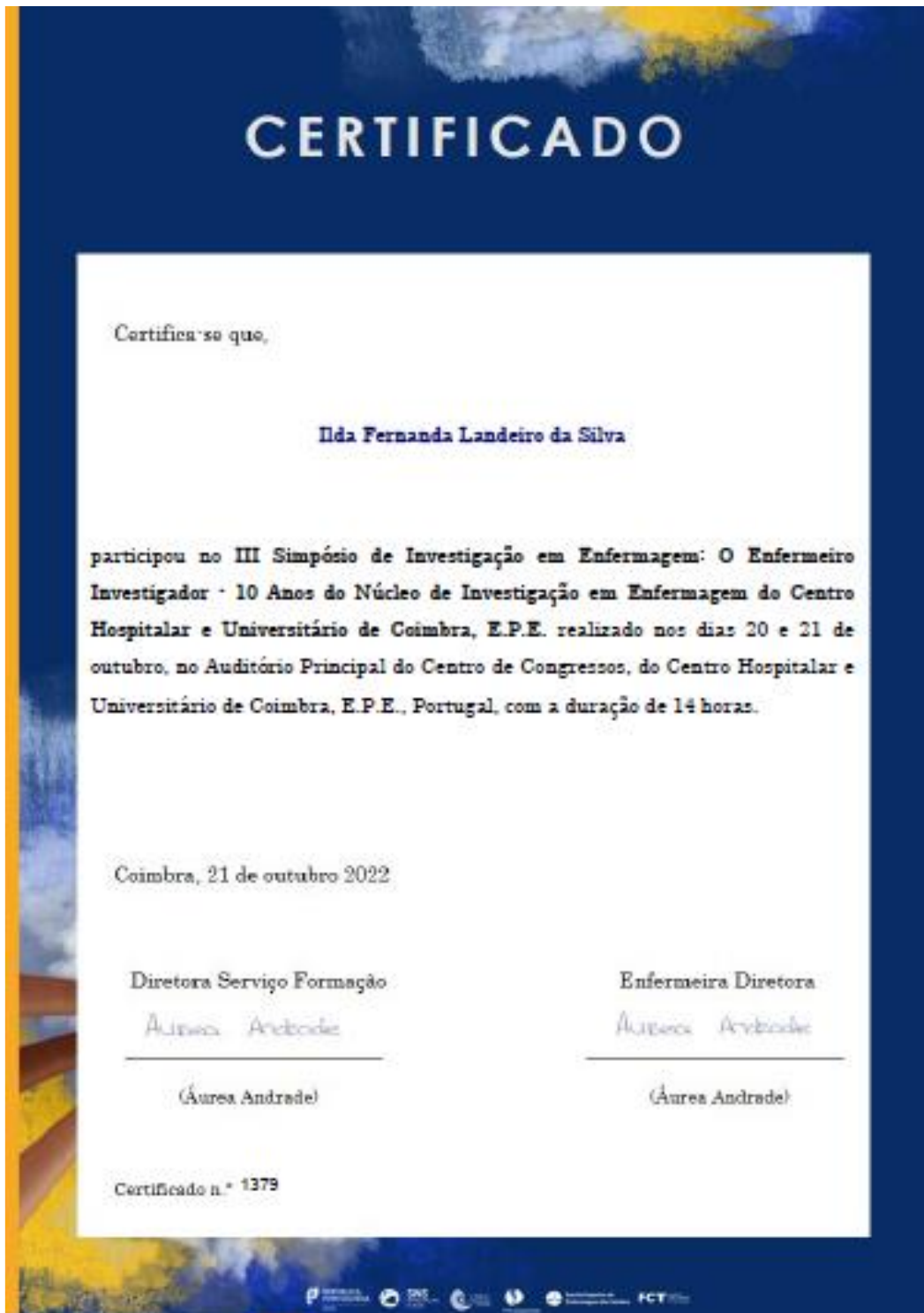
Manuel Valente
Vice Presidente da AESOP



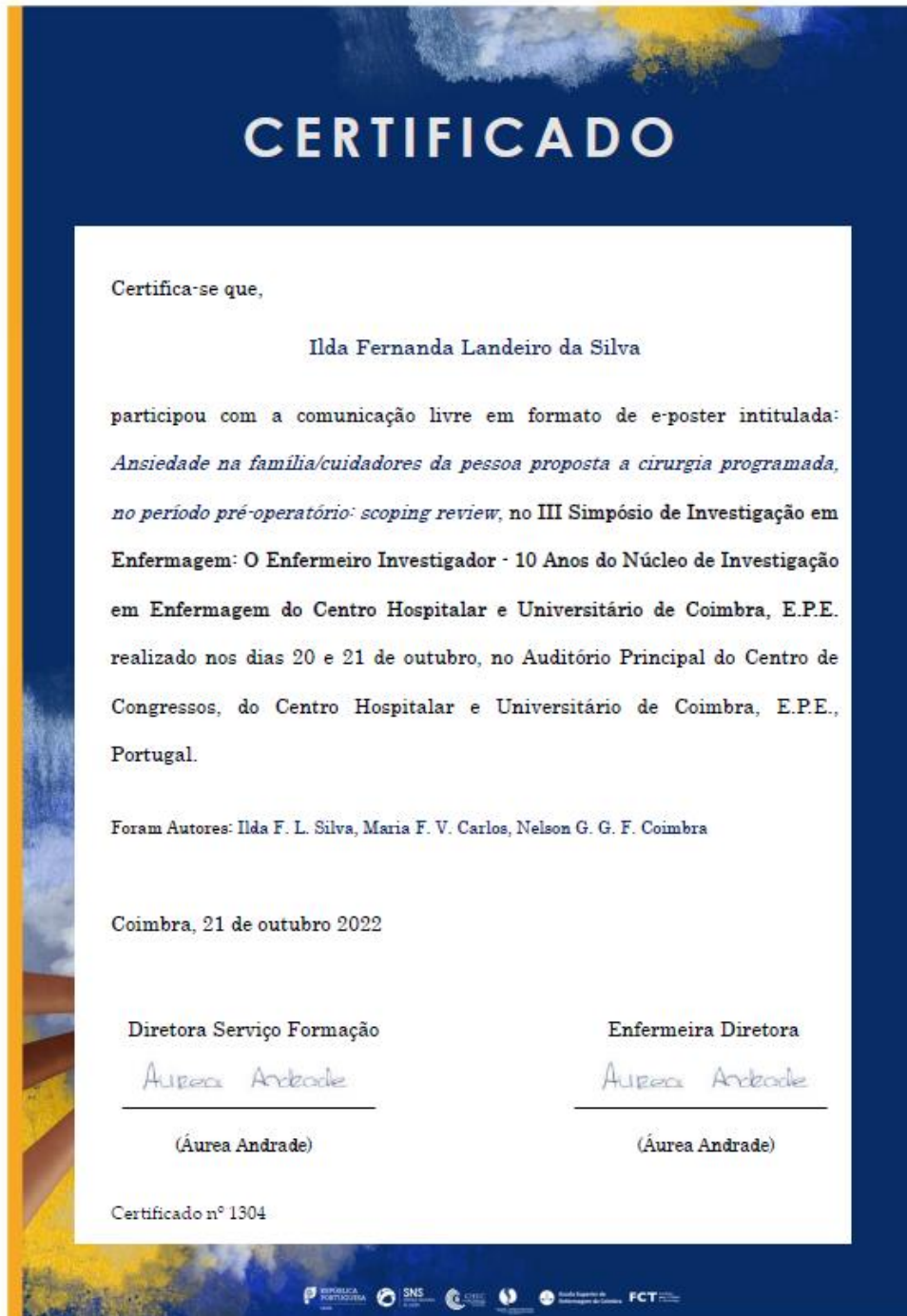
ANEXO XV: 2.º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”, com a Comunicação Livre intitulada “Protocolo de Scoping Review “Ansiedade na Família/ Cuidadores da Pessoa Proposta a Cirurgia Programada, no Período Pré-operatório”



**ANEXO XVI: III Simpósio de Investigação em Enfermagem: O Enfermeiro
Investigador- 10 anos do Núcleo de Investigação em Enfermagem do
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.**



ANEXO XVII: III Simpósio de Investigação em Enfermagem: O Enfermeiro Investigador- 10 anos do Núcleo de Investigação em Enfermagem do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E., apresentação de póster intitulado “ Ansiedade na Família/ Cuidadores da Pessoa Proposta a cirurgia programada, no Período Pré-operatória: *Scoping Review*



**ANEXO XVIII: Formação sobre a metodologia ISBAR - Melhoria da
transição dos cuidados do intraoperatório para a UCPA**

IDENTIFICAÇÃO

Serviço _____
 Cama _____ Transferência S N

Nome _____
 Idade _____
 Proc.nº _____

SITUAÇÃO

Diagnóstico _____ Intervenção Cirúrgica _____
 Anestesia: AGB AGI AGIV BSA Sequencial Epidural Sedação BNP Local MAC
 Intercorrências Anestésicas _____
 Intercorrências Cirúrgicas _____
 Intercorrências Hemodinâmicas: Hipotensão Hipertensão Choque Outros _____
 Atropina Efedrina Fenilefrina Labetalol Aminas Outros _____
 Laboratoriais: Glicemia _____ mg/dL Outros _____
 Transfusão hemoderivados: _____

BACKGROUND (ANTECEDENTES)

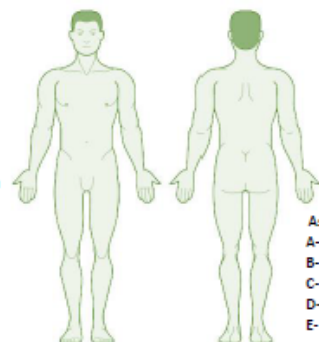
DM I/II HTA Dislipidemia IC Angina I/E EAM < 1mês EAM > 1mês Disritmia
 DAP Pace/CDI IRA IRC FAV DPCO Asma POAD outras _____
 Hipocoagulado Anti-agregado Alergia _____
 Hábitos relevantes: Tabagismos Outros _____

AVALIAÇÃO

A e B Ventilação espontânea VMI TOT ML TQ
C CVP _____ G CVP _____ G CVC _____ LA _____ Perdas Hemáticas _____
D Ramsay _____ RASS _____ ECG _____
E Temperatura _____ °C
 Dor _____ (0-10) Analgesia
 Sistémica: Paracetamol Tramadol Parecoxib/Cetorolac Morfina Outros _____
 Loco-regional: BSA Epidural _____ BNP: SS _____ Cateter _____
 Antieméticos: Dexametasona Droperidol Ondansetron Outras _____
 Penso: Limpo Repassado Dreno _____ Clampado _____ hora S. Lavagem
 Sonda Vesical _____ Ch Sifonagem SNG _____ Ch

RECOMENDAÇÕES

Plano terapêutico:
 Oxigénio _____
 Posicionamento _____
 Profilaxia tromboembólica _____
 Analgesia _____ às _____ h
 Medicação Crónica _____
 MCDT agendados _____ às _____ h
 Outros _____
 Familiar/pessoa significativa
 Contactado Contactou



Assinalar:
 A- Acessos
 B- Linha Arterial
 C- Drenos
 D- Feridas
 E- Sondas

Esta folha não faz parte do processo clínico

ISBAR - UMA COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO PERIOPERATÓRIO

Os erros relacionados com a comunicação nos momentos de transição de cuidados no perioperatório coloca em causa a segurança do doente. Recorrendo a métodos padronizados de comunicação, podemos melhorar o processo de transferência dessa informação.

O grupo de enfermeiros estagiários, Ana Teixeira*, Cláudia Brás*, Ilda Ladeira*, Marta Santos** e Marco Morgado* desenvolveu, em parceria com os enfermeiros do Bloco Central do CHUP, um instrumento com base da metodologia ISBAR (*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*).

A metodologia ISBAR apresenta-se como auxiliar de memória que permite de forma simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal” (DGS, 2017, p.4). Esta norma, publicada pela DGS em 2017, é dirigida aos Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde, afirmando-se como “Procedimento Geral” a adotar pelo CHUP. A versão definitiva desse instrumento já foi disponibilizada e tem como objetivo assegurar que a transmissão de informação, entre os profissionais de enfermagem, promova a continuidade dos cuidados de forma segura e responsável.

As falhas de comunicação entre os prestadores de cuidados podem ter repercussões importantes na qualidade e segurança dos doentes no perioperatório. Urge implementar medidas que assegurem que a informação seja transmitida de uma forma estruturada, previsível e concisa.

Salvaguardando a pertinência detalhada desta iniciativa, reportamos que a mesma foi acolhida e implementada pelos profissionais deste serviço, após formação em serviço.

I
S
B
A
R

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____
 Estado _____
 Hospital _____
 Serviço _____
 Cama _____ Transferência S: N:

SITUAÇÃO

Diagnóstico _____ Intervenção Cirúrgica _____
 Anestesia: AGS AGN BSA Sequencial Epidural Sedação BNP Local MAC
 Interferências Anestésicas
 Interferências Cirúrgicas
 Interferências Hemodinâmicas: Hipotensão Hipertensão Choque Outros
 Abordagem Eletrota Frenética Labetalol Atírica Outros
 Laboratório: Glicemia _____ mg/dL Outros _____
 Transfusão hemoderivados: _____

BACKGROUND (ANTECEDENTES)

DM HTA Dislipidemia IC Angina RE EAM: A tróica EAM: A tróica Distúrbio
 DAP Psoa CO IRA IRC FAV DPDO Alergia POAD outras
 Hipocolesterolemia _____ Anti-epilept _____ Alergia _____
 Hábitos relevantes: Tabagismo Outros

AVALIAÇÃO

RR Ventilação espontânea VM TOT ML TQ
 S: CVP _____ S: CVP _____ S: CVC _____ LA _____ Pressão Hemática _____
 R: Rastros _____ RAO _____ ECG _____
 T: Temperatura _____

Dir _____ (S-18) Analgesia
 Sedação: Transtetrol Tranalol Parecoxil/Celestex Morfina Outros
 Looq-região/BSA Epidural _____ BNP: SS _____ Cateol _____
 Antiméticos: Decameton Dependol Ondansetron Outros
 Pênis: Limpo Repassado Drenar Clampado _____ hora S: Lavagem
 Sonda Vesical _____ Ch: Sifonagem SNG _____ Ch

RECOMENDAÇÕES

Plano terapêutico _____
 Oxigénio _____
 Posicionamento _____
 Pontuação tromboelástica _____
 Analgesia _____ em _____ h
 Medicação Cirúrgica _____
 MCD/ agendados _____ em _____ h
 Outros _____

Família/pessoa significativa
 Contactado Contacto

Esta folha não faz parte do processo clínico

*Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

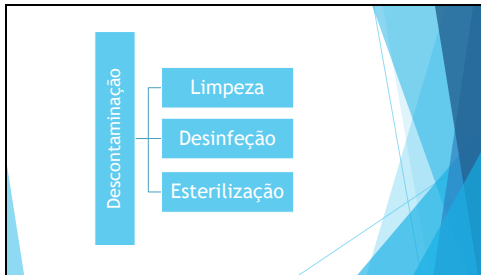
** Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

ANEXO XIX: Limpeza de superfícies ambientais- bloco operatório



Limpeza e desinfeção de superfícies ambientais Bloco Operatório

Ana Ribas Teixeira
Cláudia Brás
Ilda Landeiro
Marco Morgado

Descontaminação

Limpeza

Remoção de sujidade visível através de ação mecânica e/ou química.

AGENTE:
Detergente e adjuvantes mecânicos.
A sua eficácia permite a remoção em +/- 80% dos microorganismos.

Descontaminação

Desinfeção


Destruição da totalidade dos microorganismos, com exceção das Formas esporoladas.

AGENTE:
Desinfetante.
A sua eficácia permite a redução de 90 a 99% dos microorganismos

Responsáveis


Encarregado e Enfermeiro Chefe
Organização do trabalho e pela melhoria da qualidade e eficiência

▶ **EQUIPE DA LIMPEZA**
Conjunto nominal de assistentes operacionais, encarregado do processo de limpeza e desinfeção do Bloco.



Procedimentos de descontaminação Resíduos de risco

- ▶ Aventais de proteção plásticos (SEMPRE)
- ▶ Luvas de proteção impermeáveis (SEMPRE)
- ▶ Óculos de proteção (se previsível a existência da projeção de partículas ou por vontade do executante)
- ▶ Máscara de proteção (se previsível a existência da projeção de partículas ou por vontade do executante)




Linhas de orientação para uma limpeza eficiente

- ▶ Excluir todos os meios de limpeza que levantem pó;
- ▶ A limpeza deve ser feita com suporte húmido;
- ▶ Usar sempre luvas de proteção. Após a limpeza lavar as mãos;
- ▶ A limpeza deve ser feita no sentido das zonas mais limpas para as mais sujas na mesma área física;
- ▶ Iniciar pelas paredes, em seguida o mobiliário e depois o chão;




Linhas de orientação para uma limpeza eficiente

- ▶ Utilizar carros para transportar o material de limpeza;
- ▶ Nunca deve misturar produtos químicos, sem que para os quais haja informação sobre a sua compatibilidade
- ▶ O "sistema de duplo balde" é o escolhido para procedimentos de limpeza em ambiente hospitalar;
- ▶ Renovar a solução do detergente e água sempre que a mesma se encontre obviamente suja;
- ▶ A desinfeção não substitui a limpeza que deve ser feita anteriormente



Lavagem de superfícies

- ▶ Lavar diariamente com água e detergente líquido;
- ▶ A água deve ser substituída sempre que se encontre suja;
- ▶ O detergente e a água devem ser sempre mudados no final da lavagem de cada divisão, e sempre que necessário.



Lavagem de superfícies

- ▶ Todas as superfícies limpas devem ser bem secas;
- ▶ Os recipientes industriais provenientes dos fornecedores são identificados pelos mesmos e ficam neles armazenados;
- ▶ As embalagens de produtos para descontaminação devem ser de uso único. Caso seja uma exceção devemos identificar o produto e data de início de utilização (por exemplo Oxivir).

Cuidados com equipamento de limpeza

- ▶ Todo o material e produtos de limpeza e desinfeção devem ser acondicionados nos locais próprios;
- ▶ Esfregona deve ser enviada para a rouparia em saco plástico transparente
- ▶ Baldes:
 - Ser lavados com água quente e detergente
 - Ser guardados invertidos



Periodicidade da limpeza

Pavimentos	1x/dia e sempre que necessário
Mobiliário	1x/dia (incluindo cadeiras, mesas, telefones, etc)
WC	2x/dia e sempre que necessário
Paredes-15 em 15 dias até 2m de altura. 3 em 3 meses superior a 2m	Tetos-semestral
Transfer	após a passagem de cada doente
Copa	1x/dia e quando necessário
Frigoríficos	1x/semana e quando necessário
Lavatórios e torneiras	1x/dia e sempre que necessário

Sala operatória

Pavimento	Diária
Paredes	Entre cirurgias
Teto	Semanalmente até 2m e SOS
Superfícies horizontais	Trimestralmente mais de 2m
Bracos e lâmpadas cirúrgicas	Mensalmente e SOS
Outro equipamento	Diária
	Quando em presença de resíduos
	Diária e SOS

Periodicidade da limpeza

LIMPEZA DE VIDROS	6 EM 6 MESES -registro manutenção geral Vidros IM.SH.SHL.002-todas as semanas por dentro
RECUPERAÇÃO DOS PAVIMENTOS	DE 6 EM 6 MESES-1 vez por/ano limpeza com máquina

ÁREA COM RESÍDUOS É LIMPA DE IMEDIATO

Sangue e resíduos - Salpicos e derramamentos inferiores a 30 ml aplicar grânulos de desinfetante à base de cloro(Ex: Presept) e deixar que o líquido seja totalmente absorvido; utilizar toalhetes de papel para remover os grânulos; lavar a superfície com água e detergente.

Sangue e resíduos - Derramamentos superiores a 30 ml, colocar sobre o produto derramado toalhetes embebidos em solução com pastilhas de desinfetante à base de cloro, na concentração de 1%, (respeitando as indicações do fabricante para a diluição), durante 2 minutos. Remover os toalhetes. Em seguida lavar com água e detergente.

Se superfície de contato manual frequente, depois de limpa deve ser desinfetada.


PG.CCIRA.GER.005/2

Limpeza sala operatória

Pré-cirurgia
Sempre com água e detergente
Antes do início do programa cirúrgico- limpeza húmida para remoção do pó


Durante a cirurgia
Evitar a contaminação excessiva e limitar a contaminação evitável.

MATÉRIA ORGÂNICA É REMOVIDA DE IMEDIATO.



Limpeza sala operatória

Pós-cirurgia
Libertar a sala de resíduos sólidos, roupa suja, instrumentos cirúrgicos contaminados (em contentores apropriados e fechados).
Remover derrames de matéria orgânica.
Limpar todas as superfícies mais manipuladas durante a intervenção (mesas de instrumentos cirúrgicos, maquiagem, bancadas, equipamento de monitorização, etc).
Limpar áreas que tenham sido expostas a matéria orgânica (Paredes salpicadas, aparelhos/equipamentos).
Todos os equipamentos que estiverem em contacto com o doente (cabos de ECG, mangas de TA, oxímetros, etc), deverão ser limpos de doente para doente e se estiverem em contacto com matéria orgânica deverá ser usada uma solução detergente/desinfetante.
Limpar/desinfetar os manipulados das portas.
Proceder a limpeza com água e detergente antes de nova cirurgia.
Limpar chão e área até 1,5m à volta da mesa operatória, restante área da sala só se tiver resíduos.
Limpar a sala com as portas fechadas.



Limpeza sala operatória

Final do programa cirúrgico

Conter e eliminar a contaminação.

Remover derrames de matéria orgânica.
Limpar/desinfetar todas as superfícies, mesas operatórias, equipamentos, carros, suportes de soros, manipulados de portas, recipientes do lixo, focos de iluminação, telefones, teclados de computador, etc.

Controlo de qualidade da sala de operações

- 1x/ semana
- Encarregado de setor
- Avaliar a qualidade da intervenção dos AO
- Registrar em IM.BO.AAM.006

Não conformidade
Muito crítico- 10 pontos
Crítico- 2 pontos

↓

" Não conforme "

IM.GQ.GER.031

- ### Detergentes
- Ajax (PloK)
 - Sani-lavanda
- ### Desinfetantes
- Oxivir
 - Presept ou Agadesinfect

Detergentes

UTILIZAÇÃO:
Indicações: Vidros e superfícies vidradas

Não usar: superfícies delicadas, ecrãs LCD, dispositivos eletrónicos.


NÃO DILUIDO



Detergentes

UTILIZAÇÃO:
Indicações:
 Pavimentos tratados ou não, casas de banho, salas, átrios, etc

DILUIÇÃO: 20ml para 1L de água



Detergente/Desinfetante


- Limpa e desinfeta num só passo, reduzindo assim o tempo de trabalho.
- Testado de acordo com diversas normas europeias e aprovado como desinfetante de largo espectro - bactericida, virucida, fungicida e leveduricida. Excelente poder de limpeza, com um acabamento sem deixar marcas devido ao seu pH ácido.
- Adequado para superfícies duras resistentes à água e a ácido e para algumas superfícies plásticas.
- Seguro para os utilizadores.
- Seguro para o ambiente. Os agentes ativos dão origem a água e oxigénio.
- Adequado para usar em diferentes áreas de aplicação, incluindo áreas de alto risco como a área hospitalar.




Desinfetantes

UTILIZAÇÃO
Indicações: Locais de trabalho, utensílios, recipientes e equipamentos em hospitais, bloco operatório

DILUIÇÃO:
 Pastilhas 2,5g (tricloroseno sódico)
 - 500ppm 2 pastilhas em 5 L de água - contacto 10 min. (mobiliário, superfície de áreas não críticas)
 - 1000ppm 4 pastilhas em 5 L de água (Microorganismos específicos)



Desinfetantes aprovados para uso no CHP

Limpar e só depois desinfetar

1000ppm - tricloroseno sódico - pastilhas 2,5g
 - 500ppm - 2 pastilhas em 5l de água - desinfeção de mobiliário e superfícies de áreas não críticas; tempo contacto 10 min.
 - 1000ppm - 4 pastilhas em 5l de água - desinfeção dirigida a microorganismos específicos

Sani Lavanda - Detergente Multiusos
 - 20ml por 1l de água

Monitores

Cleaning

Periodic cleaning is recommended to keep the monitor looking new and to prolong its operation lifetime. Gently wipe off any dirt on the cabinet or panel surface with a soft cloth soaked in a small amount of water or one of the chemicals listed below.

Chemicals that may be used for cleaning

Material name	Product name
Ethanol	Ethanol
Isopropyl alcohol	Isopropyl alcohol
Benzalkonium chloride	Virsept
Quaternary	Quaternary
Quaternary	Cotec Plus28
Ammonia	Ammonia water
Hydrogen peroxide	Hydrogen peroxide solution
Alkylaminebetaineglycyl hydrochloride	Bacteridol solution
Benzalkonium chloride	Quaternary solution
Benzalkonium chloride	Bacteridol solution

Warnings

- Do not use chemicals on a frequent basis. Chemicals such as alcohol and antiseptic solution may cause gloss reduction, scratching, and fading of the cabinet or panel, and also quality deterioration of the image.
- Never use any bleach, bleach, wax, or abrasive cleaner, which may damage the cabinet or panel.
- Do not let chemicals come into direct contact with the monitor.

A RETER...

- ▶ Natureza da superfície a limpar/desinfetar- produto a aplicar
- ▶ A possibilidade de corrosão
- ▶ Tipo e grau de sujidade e sua eliminação
- ▶ Tipo de contaminação e sua eliminação

Bibliografia

- ▶ Instrução de Trabalho- Gestão de Limpeza e Desinfeção das Superfícies Ambientais do Bloco - IT,BO.GER.002/5
- ▶ Procedimento Geral- Limpeza e Desinfeção de torneiras e chuveiros nos serviços- PG,SLOG.GER.011/2
- ▶ Procedimento Geral- Higiene e Limpeza em meio hospitalar- PG,CCIRA.GER.005/2
- ▶ Plano- Plano de Produtos de higienização CHUP - PL,SLOG-CCIRA.GER.001
- ▶ Instrução de Trabalho- Programa de Integração para os AAM no Bloco Operatório- IT,BO.GER.007/4



Procedimentos de descontaminação Resíduos de risco



Aventais de proteção plásticos (SEMPRE)



Luvas de proteção impermeáveis (SEMPRE)



Óculos de proteção (se previsível a existência da projeção de partículas ou por vontade do executante)



Máscara de proteção (se previsível a existência da projeção de partículas ou por vontade do executante)



Bloco Operatório Central



Bloco Operatório Central

DETERGENTES

UTILIZAÇÃO



Indicações: Vidros e acrílicos

NÃO USAR: superfícies delicadas, écrans LCD, dispositivos eletrónicos



Indicações:

WC, pavimento, mobiliário e superfícies não críticas

DILUIÇÃO: 20ml para 1L de água

DESINFETANTES

UTILIZAÇÃO



Indicações: Equipamentos e superfícies não críticas



Indicações: Louças sanitárias, equipamento, mobiliário e material clínico, derrames de matéria orgânica

DILUIÇÃO:

Pastilhas 2,5g (trocloroseno sódico)

- 500ppm 2 pastilhas em 5 L de água-contato 10 min.

(mobiliário, superfície de áreas não críticas)

-1000ppm 4 pastilhas em 5 L de água

(Microorganismos específicos)-10 min.

-10000ppm 7 pastilhas em 1L de água – derrames >30ml-2 min

**ANEXO XX: Formação sobre a uso de luvas cirúrgicas no bloco operatório
- recomendações**


Uso de luvas cirúrgicas no Bloco Operatório - Recomendações



Ana Teixeira
Cláudia Brito
Ilda Landeiro
Marco Morgado



Práticas recomendadas



Luvas Cirúrgicas

Introdução

Desde a sua introdução nas salas de cirurgia, há mais de 100 anos, as luvas cirúrgicas e os materiais usados para fabricá-las continuaram a evoluir de acordo com as necessidades do mercado da saúde, em constante mudança (Tanner, J., 2008).

O uso de luvas constitui uma importante medida de prevenção - controlo de infeção e um dispositivo essencial de proteção individual (AESOP, 2013)

A lavagem das mãos é uma prática complementar à utilização de qualquer tipo de luvas (AESOP, 2013)

Importante escolher o tamanho adequado




Fig 2 - Método correto de medição do tamanho da luva

Tamanho da Luva	Perímetro médio da palma da mão (cm)	Comprimento da mão (cm)
6 → SX	152	180
7 → M	158	187
8 → ML	162	192
9 → L	167	197
10 → XL	172	202
11 → 2XL	177	207
12 → 3XL	182	212

Informações importantes a considerar

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO ASSÉPTICA

PREVENÇÃO DE CONTAMINAÇÃO

PREVENÇÃO DE LESÃO DEBILITANTE

As luvas cirúrgicas são classificadas como Classe IIa, requerendo controlo de conformidade por um organismo notificado.

As luvas cirúrgicas, segundo a Norma EN 455-3:2009, são fabricadas utilizando os seguintes materiais: nitrilo, polipropileno, látex natural, látex sintético e em combinação (grau de látex).

AESOP – Práticas recomendadas

Todos os procedimentos cirúrgicos, técnicas invasivas e/ou assépticas implicam o uso de luvas esterilizadas

Os métodos preferências de colocação de luvas estéreis em bloco operatório são o

- método fechado
- método assistido

Devemos verificar sempre a integridade das luvas

AESOP – Práticas recomendadas



Método Fechado ✓

Método Assistido ✓

Método Aberto
O método aberto só deve utilizado se não for necessário usar luvas

AESOP – Práticas recomendadas

As luvas devem ser selecionadas em função da especificidade dos procedimentos.

Devemos adaptar os tipos de luvas aos tipos de procedimentos

Por exemplo: luvas cirurgia ortopédica – reforçadas; luvas com proteção de radiação
cirurgia oftalmológica - luvas finas


Práticas recomendadas

Uso de duplo par de luvas é recomendado?

Quando?

Sempre que houver uma perfuração da luva exterior é suficiente mudar a luva perfurada?

Quando devemos substituir as luvas (durabilidade)?



Práticas recomendadas

Uso de duplo par de luvas é recomendado?

Quando?


É uma boa prática em qualquer cirurgia principalmente quando se prevê a existência de grande quantidade de fluidos e quando for a ocorrência de situações menos frequentes ou raras.

Evidências confirmam que o duplo par de luvas reduz em 70% a ocorrência de contaminação das utilizadas por perfuração de luvas.

A ICNIR recomenda utilizar luvas em procedimentos com duração superior a 100 minutos ou uma perda de sangue superior a 100ml

Pode estar indicado o uso de luvas duplas nos procedimentos de maior risco de exposição a fluidos orgânicos (i.e. cirurgias ortopédicas, cirurgia de genitália)

©2013 2013 - Associação Brasileira de Cirurgia de Mão (ABC)




Práticas recomendadas

Sempre que houver uma perfuração da luva exterior é suficiente mudar a luva perfurada?

Sempre que ocorra uma perfuração **devem ser mudados os dois pares de luvas**


Nota: A possibilidade de existir perfuração do par de luvas interior, leva a que se recomende também a mudança desta (integridade da barreira de proteção)




Práticas recomendadas -AESOP

Quando devemos substituir a luvas (durabilidade)?

As luvas cirúrgicas **devem ser substituídas após 90 minutos de utilização**, especialmente em procedimentos com grau elevado de exposição a fluidos orgânicos



Guidelines AORN



- ✓ Quando se suspeita ou quando ocorre contaminação
- ✓ Entre os 90 minutos e os 150
- ✓ Entre cada procedimento ao Doente
- ✓ Sempre que as luvas tenham defeito ou perfurações
- ✓ Depois de contato com material infectado
- ✓ Depois de tocar em peças não estéreis

O Methylmetacrilato (MMA) é a substância base do cimento ósseo dentário. O cimento ósseo dentário é um composto controlado essencialmente por um homopolímero de polimetacrilato com um monômero de metilmetacrilato.

Eds. B. D. G. N. V. (2011)

Alergia ao látex

Uso frequente de luvas de látex pode levar a uma hipersensibilidade ou alergia ao látex. Uma alergia ao látex causa desconforto e pode reduzir a produtividade, impor encargos financeiros significativos e até mesmo ameaçar a vida.

Não há evidências suficientes para proibir o uso clínico do látex

A luvas sem látex são equivalentes às luvas de látex em termos de estabelecer **asépsia e proporcionar conforto e destreza ao utilizado**, sem apresentar o risco de desenvolver sensibilidade e/ou alergia ao látex

Henry, N., Issa, R., & Jeffrey, S. (2008).

As luvas devem ser armazenadas de acordo com :

- As recomendações do fabricante;
- As condições de armazenagem, que podem comprometer as propriedades físicas das luvas e, consequentemente, a sua segurança;
- Não armazenar as luvas em locais sujeitos a temperaturas extremas ou expostas a luz solar, ultravioleta, fluorescente ou máquinas de raios X. Estas condições promovem deterioração das luvas comprometendo, assim, a sua eficácia como barreira de proteção;
- Não reprocessar luvas de uso único (não lavar nem friccionar as luvas de uso único com solução antisséptica de base alcoólica (SABA))

Use a Guia de Luvas nas Unidades de Saúde (2015)



Investigação

Recomendações, sugestões e propostas de melhoria :

- ✓ Treino individual e em equipa em calçar luvas por método fechado e assistido (ver imagens)
- ✓ Uso de duplo par de luvas
- ✓ Critérios de substituição:
 - ao fim de duas horas de cirurgia;
 - antes de implante de DM (dispositivo médico);
 - no final do tempo sujo/contaminado;
 - antes do encerramento.

Use sempre luvas para a prevenção e controle de infecções no perioperatório
Coordenadora do Projeto: Infórmica Mercedes Bello

Avaliação da integridade de luvas cirúrgicas (tese de doutoramento)

Foram analisadas 359 cirurgias

Em 40,4% das cirurgias foram identificadas luvas perfuradas

Da perfurações identificadas uma grande percentagem ocorreu na mão esquerda atingindo o dedo indicador.

Variáveis associadas à perfuração da luva:

- Tempo de duração superior a 120 min
- Cirurgias realizadas pela especialidade de ortopedia, seguidas das cirurgias ao tórax, urologia, aparelho digestivo baixo.
- Cirurgia por vídeo constituiu um fator de proteção

Luon, P. B. (2018)

Bibliografia

Eds. B. D. G. N. V. (2011). Utilização do metilmetacrilato: risco de exposição ocupacional (Doctoral dissertation). Universidade de Coimbra.

Hennessy, J. C., Kramer, A., Heddle, C. D., & Asselin, O. (2010). What is the appropriate time-interval for changing gloves during surgical procedures. *Journal of Surgical Infection*, 15(2), 150-157.

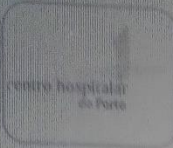
Henry, N., Issa, R., & Jeffrey, S. (2008). The benefits of latex-free gloves in the operating room environment. *British Journal of Nursing*, 23(6), 370-376.

Luon, P. B. (2018). Avaliação de integridade de luvas cirúrgicas em um hospital oncológico de menor complexidade (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Pongparagou, M. (2015). Double gloving in the operating theatre: The benefits and the potential drawbacks. *Australian Medical Students Journal*, 4(2).

Tanner, J. (2008). Choosing the right surgical glove: an overview and update. *British Journal of Nursing*, 17(12), 740-744.

Zhang, Z., Chen, X., Han, H., & Zhang, B. (2013). Effectiveness of double-gloving method in prevention of surgical glove perforation and bacterial colonization: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 360-368.


 Impresso: IM.DEPICF.DER.005/1
 Dossier Técnico Pedagógico
 Pág. 1 de 4

Departamento: BLOCO OPERATÓRIO
 Serviço: BLOCO OPERATÓRIO
 Designação da Ação de Formação: USO DE LUVAS QUIRÚRGICAS NO BLOCO OPERATÓRIO - RECOMENDAÇÕES
 Data: 11/02/2022 Hora de Início: 08:00 horas
 Hora de Fim: 09:00 horas
 Carga Horária Total: 01:00 horas

Nota: De acordo com o protocolo, este original deve ser enviado ao DEFF (Centro de Formação) e o original deve permanecer no Dossier do Assistente Anestesiologista - Regulamento de Formação em Serviço (IMS.DEPICF.DER.004)

Formadores:

Nome (completo):	Nº Mecan.:	Categoria Profissional:
<u>Ana de Fátima Borges Gexu</u>	<u>-74189</u>	<u>Enfermeira</u>
<u>Claudia Vanessa da Silva Braga</u>	<u>-8378</u>	<u>Enfermeira</u>
<u>Ilda Fernanda Landeiro da Silva</u>	<u>-6340</u>	<u>Enfermeira</u>
<u>Mário Filipe Mangalves Mendes</u>	<u>20790</u>	<u>ENFERMEIRO</u>

Tomada de Conhecimento e Aprovação:

Pº Direção do Serviço: _____
 Data: ____/____/____

Pº Conselho de Gestão do Departamento: _____
 Data: ____/____/____

CHUP-HSA - BLOCO OPERATÓRIO
 Ed.ª FATIMA BORGES 103
 Enfermeira Chefe 21/02/22
 Nº de tel. 30193 145 MS

Registro do Centro de Formação: _____
Claudia Vanessa da Silva Braga
21/02/2022

ANEXO XXI: Formação sobre higiene das mãos e uso de luvas

Higiene das Mãos e Uso de Luvas

Sumário:

- Resultados das auditorias de higiene das mãos e uso de luvas
- Os 5 momentos de higiene da mãos
- Fricção asséptica das mãos vs lavagem das mãos
- Uso correto e indicado de luvas

Auditoria - Higiene das mãos

IM.CCIRA.GER.025 - Formulário de Observação - Higiene das mãos

Op	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA
	<input type="checkbox"/> Antes Assép.	<input type="checkbox"/> Lavagem
	<input type="checkbox"/> Após Sg Fluid.	<input type="checkbox"/> Não realizado
	<input type="checkbox"/> Após Doente	<input type="checkbox"/> Luvas
	<input type="checkbox"/> Após Ambiente	

200 observações
100 - 20 escolhidas aleatoriamente para cada momento

Algumas conclusões das auditorias "higiene das mãos":

Não é prática frequente os profissionais de saúde higienizarem as mãos, antes do contato com o doente.

Não é prática frequente os profissionais higienizarem as mãos após contacto direto com o doente e ambiente direto

Não é prática frequente os profissionais higienizarem as mãos após retirar as luvas

5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS

Partilha de experiências e exemplos concretos

Demonstração
Exercício prático

Algumas conclusões das auditorias "Uso de Luvas":

Uso excessivo de luvas, inadequado e superior às indicações

Devemos usar luvas sempre que precisamos "tocar" num doente?

Para mobilizar um doente, transportá-lo ou vesti-lo precisamos de luvas?

Para segurar o processo do doente preciso de luvas?

Quais são as indicações para o uso de luvas?

Devemos higienizar as mãos antes de calçar luvas?

Vou usar luvas !!!

Existe alguma indicação para o seu uso?

Qual essa indicação?

Trata-se de um procedimento cirúrgico? **Sim** → Luvas Cirúrgicas

Não ↓

Trata-se de um procedimento invasivo **Sim** → Luvas de procedimentos, esterilizadas em embalagem de papel laminado

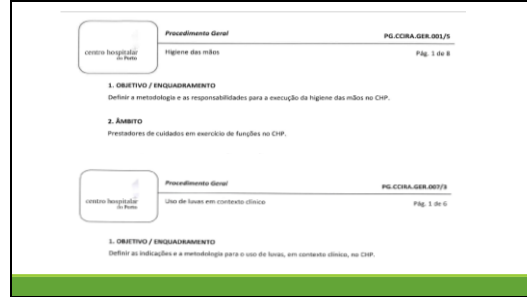
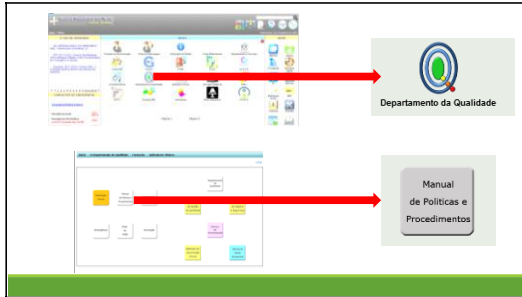
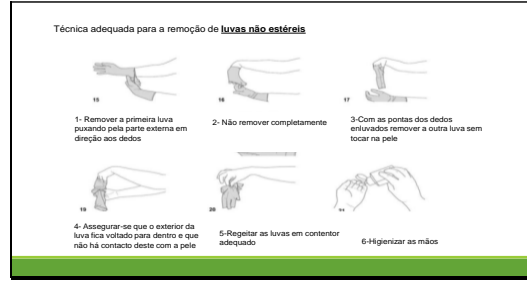
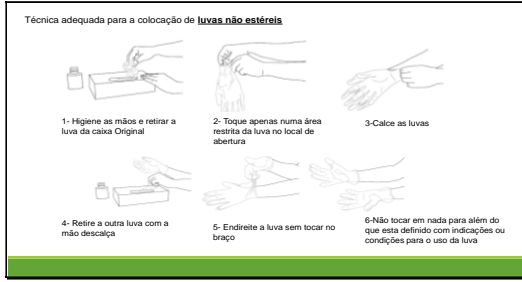
Não ↓

Trata-se de um procedimento onde se prevê contacto com sangue / outros? **Sim** → Luvas de procedimentos, não esterilizadas

Não ↓

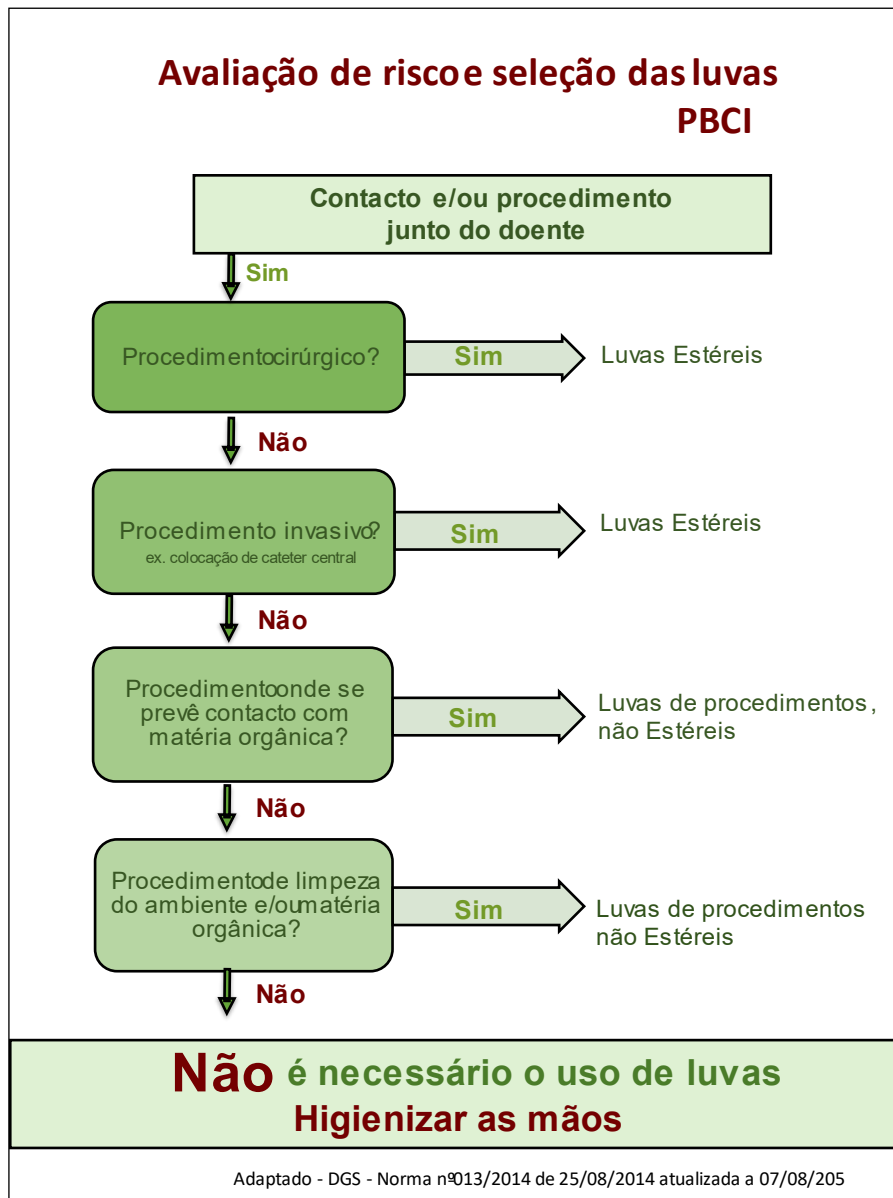
Trata-se de um procedimento de limpeza do ambiente e/ou matéria **Sim** → Luvas não esterilizadas, específicas para limpeza ambiental de superfícies (pintura, betão, etc.)

Não → Não é necessário o uso de luvas **Higienizar as mãos**




Documentos de referência

Procedimento Geral – PG.CCIRA.GER.007/3
 DGS - Norma nº 013/2014 de 25/08/2014 atualizada a 07/08/2015





ANEXO XXII: Formação sobre a humanização


Humanização – Assistentes operacionais




Ana Teixeira
Cláudia Brás
Ilda Landeiro
Marco Morgado

Humanização




Compromisso para a Humanização Hospitalar





Humanização

Respeitar a individualidade do Ser Humano


É acolher, é dar atenção, é tolerar, é ouvir e respeitar a opinião do doente

Requer amabilidade, respeito, amor por si e pelos outros, além de satisfação e realização pessoal.



A pessoa doente e a necessidade de ser cuidada/tratada são a razão de ser da existência de um hospital.

Os profissionais de saúde são o pilar fundamental do cuidar e do tratar humanizado




Aspetos a atender

Privacidade dos utentes

Garantia dos Direitos do Doente e da Família (Carta de Direitos e Deveres dos Doentes)

Personalização do cuidar e do tratar
O doente é tratado pelo nome que deseja, com simpatia, cortesia e lealdade, como direito e dever de todos



Formação dos profissionais de saúde em comunicação, empatia e relacionamento interpessoal



COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

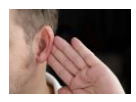
Capacidade de passar uma mensagem de forma segura e sem margem para erros de interpretação ou dúvidas, baseada no respeito para ambas as partes emissor e recetor

ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

Aprender a escutar

Saber ouvir
Evitar julgar
Não interromper
Mostrar interesse
Olhar para a pessoa
Mostrar disponibilidade
Valorizar a mensagem




COMUNICAÇÃO ASSERTIVA




Você vai ser promovido!

Meio

Meu Deus, vou ser demitido!

Ruído

Mensagem



COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Componentes verbais


Intervir com a palavra
Expressar opiniões de uma forma honesta, aberta e espontânea

Componentes não verbais

A postura, gestos, expressão facial, inflexão da voz, sequência, ritmo e cedência das próprias palavras, entre muitas outras



EMPATIA

EMPATIA


Empatia é a capacidade de nos colocarmos no lugar da outra pessoa

Apenas tente entender e, se puder ajudar, ajude...

Tenha em atenção a sua linguagem e escute verdadeiramente

Demostre interesse e curiosidade


Faça com que o doente se sinta respeitado e compreendido



- ↓ Sentir-se respeitado e considerado
- ↓ Maior conexão e reciprocidade
- Obter maior atenção na próxima vez que comunicar com essa pessoa



RELAÇÕES INTERPESSOAIS


RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Relação entre duas ou mais pessoas

Um relacionamento interpessoal positivo contribui para um **bom ambiente de trabalho**, o que pode resultar em um **aumento da produtividade**.

No contexto de trabalho, o relacionamento interpessoal saudável é alcançado quando **as pessoas conhecem a si mesmas, quando são capazes de se colocar no lugar dos outros e demonstrar empatia**.

Também é importante que as **pessoas expressem as suas opiniões** de forma clara e direta sem ofender o outro (assertividade), sejam cordiais e se comportem de maneira ética.



RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- Adote uma atitude positiva
- Estabeleça limites
- Aja com respeito
- Tenha boa vontade e seja proativo
- Saiba fazer críticas
- Reconheça os seus erros.




Compromisso para a Humanização Hospitalar

Prémbulo



O Ministério da Saúde tem como objetivo reafirmar diferentes dimensões da produção de cuidados de saúde de qualidade.

A humanização em saúde propõe uma mudança paradigmática pelo respeito integral pelo paciente, dentro e fora das fronteiras do hospital, envolvendo a sua experiência na interação com o sistema de saúde.


ANEXO XXIII: Guia de acolhimento do bloco operatório

IMPORTANTE:


- Deve estar em jejum (não comer, nem beber).
- Não deve fumar antes da cirurgia.
- Não usar maquiagem, cremes, verniz, adornos (anéis, brincos, fios...).
- Tomar banho geral na véspera e no dia da cirurgia (até 2 h antes).
- Vestir apenas a bata para ir para o bloco.
- Se tiver próteses (placa dentária, óculos, aparelhos auditivos, lentes de contato,...) devem ser retiradas. Se necessitar de as levar para o bloco operatório, à chegada deve avisar o enfermeiro.
- Se tiver alergias ou tomar medicação, deve referir.
- Se tiver qualquer dúvida os enfermeiros e restante equipa estarão disponíveis para esclarecer e ajudar. Esta ação é extensível à família/acompanhante.




GUIA DE ACOLHIMENTO
Bloco Operatório




CONTACTO:
Serviço Bloco Operatório Central
Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 Porto
Telefone: 222077500
Extensão:1901




CIRCUITO NO BLOCO OPERATÓRIO




No dia da cirurgia será acompanhado ao bloco operatório pelo assistente operacional da equipa.




À chegada ao bloco operatório será recebido pelo enfermeiro da sala, que procederá à verificação das condições para ser operado. Será transportado para sala operatória em cadeira de rodas ou na mesa operatória.




Na sala operatória estará sempre acompanhado por médicos e enfermeiros.



Na UCPA, estará na sua cama e será sempre acompanhado por um enfermeiro até reunir condições para voltar ao serviço de internamento.



Após a cirurgia irá para a UCPA (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos) para recuperação do efeito da anestesia.



Será monitorizado para controlo dos sinais vitais, seguindo-se os procedimentos anestésico e cirúrgico.

ANEXO XXIV: Plano de formação

Nome da ação	Destinatários	Data	Descrição
Higiene das mãos (5 momentos e o uso de luvas)	Assistentes operacionais	03/02/2022 10/02/2022 17/02/2022 24/02/2022 03/03/2022 10/03/2022	Identificadas as necessidades de formação nesta temática, por extração dos resultados das auditorias realizadas em 2021, da campanha de observações básicas: “Observação da higiene das mãos” e “Observação do uso de luvas”. Elaboração e realização de formação com componente prática - <i>roleplay</i> . Formação em pequenos grupos, com o objetivo de transportar para a prática os conhecimentos adquiridos. Com o objetivo de perceber o grau de aquisição de conhecimento e a satisfação dos formandos elaborou-se um breve questionário.
Uso de luvas cirúrgicas	Enfermeiros	11/02/2022	Necessidade reportada pelos responsáveis do serviço, pois reconheciam como urgente a a elaboração de instrução para o “uso de luvas cirúrgicas” no BO Realizada formação para sensibilização, para boas práticas. Colaboração das enfermeiras interlocutoras da qualidade para criar viabilizar uma norma no serviço.
ISBAR	Enfermeiros	26/02/2022	Investimento na ferramenta ISBAR como forma de evitar erros e colmatar lacunas na transição dos cuidados, promovendo a segurança. Formação para sensibilização para o tema. Criação de ferramenta., usada pelos enfermeiros do BO. Referencia de boas práticas noutras grupos (médicos anestesistas), que solicitaram autorização para a sua partilha nas suas formações. A importância do trabalho foi também reconhecida noutras instâncias, sendo divulgado na <i>Newsletter</i> do BO.

Nome da ação	Destinatários	Data	Descrição
Fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória	Enfermeiros	18/03/2022	Identificadas as necessidades de formação nesta temática, por extração dos resultados das auditorias realizadas em 2021, da campanha de observações básicas: “Observação da higiene das mãos” e “Observação do uso de luvas”. Objetivos: sensibilizar para esta temática e os resultados obtidos nas auditorias. Criação de cartaz “ Avaliação de risco e seleção de luvas”, em parceria com a CCIRA. Afixação em vários pontos do BO. Comissão de infeção propôs a sua homologação para serem disponibilizados por todo o CHUP. Utilizando a formação como ponto de partida, realizámos revisão bibliográfica mais profunda e elaborámos um trabalho para o “Congresso Internacional do Controlo de Infeção. Apresentámos um póster no dia 31/03/2022.
Limpeza e desinfecção de superfícies ambientais -BO	Enfermeiros	25/03/2022	Necessidades identificadas com base em entrevistas aos enfermeiros coordenadores. Elaboração e realização de formação com componente prática - <i>roleplay</i> , em pequenos grupos.
Limpeza e desinfecção de superfícies ambientais - BO	Assistentes operacionais	10/03/2022 17/03/2022 24/03/2022 30/03/2022 04/04/2022 19/05/2022	Necessidades identificadas com base em entrevistas aos enfermeiros coordenadores e responsável pelos assistentes operacionais. Elaboração e realização de formação com componente prática - <i>roleplay</i> , em pequenos grupos. Objetivo de transição para a prática. Desenvolvimento de cartazes para manter a informação presente, colocados em zonas estratégicas. Recolhas das normas e procedimentos existentes e formar um “manual” de consulta rápida.

Nome da ação	Destinatários	Data	Descrição
Competências não técnicas do enfermeiro perioperatório	Enfermeiros	08/04/2022	Assunto de destaque na atualidade. Necessidade reportadas pelos enfermeiros coordenadores, relativa a comunicação, trabalho de equipa e gestão de conflito.
Compromisso para a humanização hospitalar	Assistentes operacionais	20/04/2022 21/04/2022 27/04/2022 28/04/2022	Necessidade expressa no SNS, com criação de programa direcionado. Necessidade a nível do BO por notificação relacionada com comunicação entre o assistente operacional/ doente. Objetivo: Divulgar a pertinência da informação do departamento da Humanização, trabalhar competência dos assistentes enquanto membros da equipa. Trabalhou-se aspetos como: empatia, comunicação, relacionamento interpessoal.
Outras atividades:	Elaboração de <i>flyer</i> e filme “Acolhimento do doente e família no BO”. Foram realizados com a intenção de colmatar a ausência de documentação e procedimentos nesta área. Pretendemos contribuir para a desmistificação do BO, contribuir para a literacia do doente e família, contendo informações referente à apresentação do BO e também informações relacionadas com a segurança dos procedimentos cirúrgicos/anestésicos. O <i>flyer</i> foi elaborado com a intenção de ser distribuído nos serviços de internamento, consulta e eventual VPOE, bem como disponibilizar o vídeo para a APP e site do CHUP.		