



Inês Isabel Prates  
Canejo

**ACOMPANHAMENTO DA  
CRIANÇA/JOVEM NO PERÍODO  
PERIOPERATÓRIO**

Relatório de Estágio do Mestrado em  
Enfermagem Perioperatória

**ORIENTADOR**

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

28 de Maio, 2019

INÊS ISABEL  
PRATES CANEJO

**ACOMPANHAMENTO DA  
CRIANÇA/JOVEM NO PERÍODO  
PERIOPERATÓRIO**

**JÚRI**

*Presidente:* Professora Adjunta Fernanda Gomes da Costa, ESS-IPS

*Orientador:* Professora Adjunta Ana Lúcia Ramos, ESS-IPS

*Vogal:* Professor Adjunto Francisco Vaz, ESS-IPS

28 de Maio, 2019

## DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todos os enfermeiros perioperatórios que desejam cuidar da criança/jovem e sua família em todos os momentos, desde o pré ao pós-operatório, inclusive no momento da indução anestésica.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu tutor Nuno Palma pelo apoio, garra, força e incentivo em todos os momentos do estágio e da realização do relatório de estágio. Obrigada por me motivares sempre e não me deixares ir abaixo nos momentos críticos.

Agradeço à minha professora orientadora Ana Lúcia Ramos pela incansável paciência, pelos seus e-mails motivadores e de uma ajuda fantástica. Obrigada por ter estado sempre ao meu lado e mostrar-me o otimismo.

Agradeço ao meu professor coordenador António Freitas a sua persistência, a sua escuta e companheirismo. Se não fosse o professor eu não estaria aqui. Obrigada pela sua fé em mim.

Agradeço à minha família e amigos por me terem apoiado e compreendido as ausências nestes três semestres, em aulas, estágios e realização de trabalhos.

Obrigada aos meus colegas de mestrado. Aprendi imenso convosco e a vossa ajuda nalguns momentos difíceis na realização do projeto foi essencial para a minha sanidade mental.

Agradeço aos enfermeiros dos locais de estágio por todo o apoio e contributos para a realização deste projeto.

## RESUMO

O relatório de estágio demonstra a aquisição de conhecimentos e competências ao longo do percurso formativo vivenciado nos contextos de estágio e tem como foco a criança/jovem submetida a uma intervenção cirúrgica e a sua família através da elaboração de um projeto intitulado “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório”.

A escolha deste tema deve-se à importância que a pessoa significativa tem junto da criança/jovem hospitalizada aquando de uma intervenção cirúrgica. A vivência deste evento é difícil pois a criança/jovem e a sua família sentem-se vulneráveis, com medo, ansiedade e stress devido ao desconhecido, à cirurgia, à presença no hospital, à separação parental, à perda de controlo, ao risco de lesão corporal e probabilidade de dor. A gestão da segurança e a prestação de cuidados humanizados e de qualidade à criança/jovem e pessoa significativa é o foco da nossa intervenção como enfermeira perioperatória.

A nossa atuação como enfermeira perioperatória contribui para a minimização destes agentes geradores de *stress*, facilitando todo o processo de acolhimento e cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem e família. O facto da presença da família ou pessoa significativa junto da criança/jovem aliviar todos estes sentimentos negativos, torna imprescindível o seu acompanhamento no período perioperatório.

Este relatório tem como objetivos: demonstrar competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória e explicitar o projeto de implementação com o tema “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório”.

Para a elaboração do projeto em contexto de estágio, realizado no Bloco Operatório Central de um Hospital de Lisboa e Vale do Tejo, utilizámos a metodologia de projeto de modo a definir o problema de investigação, realizámos o diagnóstico de situação através da análise SWOT, ou seja, identificação de pontos fracos, pontos fortes, oportunidades e ameaças existentes no BO e foram realizadas entrevistas semiestruturadas à enfermeira gestora e diretor de serviço do mesmo. A 2 de Agosto de 2017 foi emitido o Despacho nº 6668/2017, série II, em Diário da República que estabelece que as instituições hospitalares devem assegurar as condições necessárias para o acompanhamento da criança/jovem com idade inferior a 18 anos, ou portador de deficiência ou dependente com idade superior a 18 anos, até à indução anestésica e recobro. Assim, esta recomendação tornou possível e necessária a realização e implementação deste projeto, como ponto forte e oportunidade.

O Despacho também estabelece que deve existir um plano de preparação pré-operatória com o propósito de explicar, apoiar e acompanhar a pessoa significativa neste processo. Para tal foi realizado um folheto informativo para fornecer à criança/jovem e seu acompanhante de modo a esclarecer dúvidas e com sugestões de atividades que minimizem o medo e a ansiedade pré-operatória, um poster informativo que será afixado nos locais necessários e uma instrução de trabalho que descreverá o que é necessário para o processo de acompanhamento da criança/jovem pela pessoa significativa ser realizado com sucesso.

Com a finalização do projeto está prevista a sua implementação e, conseqüentemente, a possibilidade da pessoa significativa acompanhar a criança/jovem antes e após a intervenção cirúrgica e no momento da indução anestésica, visando a melhor experiência possível através da criação de parcerias entre a tríade: criança, enfermeiro e acompanhante, com foco na criança e na família.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória, criança/jovem, pessoa significativa

## **ABSTRACT**

The traineeship report demonstrates the acquisition of knowledge and skills along the training pathway experienced in the training contexts and focuses on the pediatric client submitted to a surgical intervention and his family through the elaboration of an implementation project with the theme "Accompanying of child/young person in the perioperative period".

The choice of this topic is due to the importance that the significant person has with child/young person hospitalized during a surgical intervention. The experience of this event is difficult because child/young person and his family feel vulnerable, with fear, anxiety and stress due to unknown, surgery, hospital presence, parental separation, loss of control, risk of injury body and likelihood of pain. The management of safety and the provision of humanized and quality care to the child/young person and significant person is the focus of our intervention as a perioperative nurse.

Our intervention as a perioperative nurse contributes to the minimization of these stress-generating agents, facilitating the entire process of nursing care provided to child/young person and family. The presence of family or significant person with child/young person alleviates all these negative feelings, makes it essential to be monitored during the perioperative period.

The objective of this report is to demonstrate Master's competences in Perioperative Nursing and to explain the implementation project with the theme "Accompanying of child/young person in the perioperative period".

In order to elaborate the project in the context of an internship, carried out in the Central Operative Block of a Hospital de Lisboa e Vale do Tejo, we used the project methodology to define the research problem, we performed the situation diagnosis through SWOT analysis, identifying weaknesses, strengths, opportunities and threats in the BO, and semi-structured interviews were conducted with the nurse manager and service director of the same. On August 2, 2017, Order N. 6668/2017, series II, was issued in Diário da República, which establishes that hospital institutions must ensure the necessary conditions for the accompanying of the child / young person under the age of 18, or deficient or dependent patient over the age of 18 years until induction of anesthesia and recovery. Thus,

this recommendation made possible and necessary the realization and implementation of this project as a strength and opportunity.

The Order also establishes that there must be a pre-operative preparation plan with the purpose of explaining, supporting and accompanying the significant person in this process. For this purpose, an information leaflet was given to provide the child/young person and his / her companion in order to clarify doubts and suggestions of activities that minimize preoperative fear and anxiety, an informative poster that will be posted in the necessary places and a work instruction which will describe what is required for child/young person accompanying process by the significant person being successfully performed.

With the completion of the project is expected to be implemented and consequently the possibility of the significant person accompanying child/young person before and after the surgical intervention and at the time of anesthetic induction, aiming at the best possible experience through the creation of partnerships between the triad: child, nurse and companion, focusing on the child and the family.

Key words: Perioperative nursing, child/young person, significant person

# ÍNDICE

<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL .....</b>	<b>18</b>
1.1. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	19
1.2. MODELO DE ENFERMAGEM DE BETTY NEUMAN.....	22
1.3. A CRIANÇA E A FAMÍLIA.....	25
1.3.1. Acompanhamento da criança/jovem no período pré-operatório.....	28
1.3.2. Acompanhamento da criança/jovem na indução anestésica.....	32
1.3.3. Acompanhamento da criança/jovem no período pós-operatório.....	35
1.3.4. Estratégias de minimização do <i>stress</i> cirúrgico.....	36
<b>2. METODOLOGIA DE PROJETO.....</b>	<b>38</b>
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	39
2.2. PLANEAMENTO.....	42
2.3. EXECUÇÃO.....	43
2.4. AVALIAÇÃO/DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	47
<b>3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>48</b>
3.1. ESTÁGIO NO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DE UM HOSPITAL DE LISBOA E VALE DO TEJO.....	48

<b>3.1.1. Desenvolvimento de competências no local de estágio.....</b>	<b>49</b>
<b>3.1.2. Caracterização do espaço físico.....</b>	<b>51</b>
<b>3.1.3. Caracterização da constituição da equipa.....</b>	<b>53</b>
<b>3.2. ESTÁGIO NO BLOCO OPERATÓRIO DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO.....</b>	<b>61</b>
<b>4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....</b>	<b>64</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>78</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	
Figura 1 – Localização do Bloco Operatório Central no piso 2.....	51
Figura 2 – Planta do Bloco Operatório Central.....	52
Figura 3 – Distribuição do espaço físico do BO do Hospital Pediátrico.....	62
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	
Quadro 1 - Análise dos Fatores como Forças Internas e Externas.....	40
Quadro 2 – Matriz de análise SWOT.....	41
Quadro 3 - Estratégias desenvolvidas face aos objetivos propostos.....	43
Quadro 4 – Distribuição dos enfermeiros por funções consoante as especialidades cirúrgicas.....	55
Quadro 5 – Distribuição das especialidades cirúrgicas pelos dias da semana e salas operatórias.....	58

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros por funções e local de trabalho.....	54
Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros por funções na sala operatória.....	55
Gráfico 3 - Distribuição dos enfermeiros por funções consoante as especialidades cirúrgicas.....	56
Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros circulantes por especialidade cirúrgica.....	56
Gráfico 5 – Distribuição dos enfermeiros instrumentistas por especialidade cirúrgica.....	57
Gráfico 6 – Distribuição dos enfermeiros por faixa etária.....	59
Gráfico 7 – Distribuição dos enfermeiros por experiência profissional e exercício de funções no BO HLVT (em anos).....	59
Gráfico 8 – Distribuição dos enfermeiros com Curso de Pós-Graduação.....	60

## **ÍNDICE DE APÊNDICES**

Apêndice I – Cronograma do projeto de Estágio.....	90
Apêndice II – Instrumento de Identificação do Problema / Diagnóstico de Situação da ESS/IPS.....	92
Apêndice III – Instrumento de Planeamento do Projeto da ESS/IPS.....	97
Apêndice IV – Carta à enfermeira gestora do Bloco Operatório Central de HLVT.....	101
Apêndice V - Carta ao diretor do Bloco Operatório Central de HLVT.....	103
Apêndice VI – Folheto informativo para a criança/jovem e acompanhante.....	105
Apêndice VII – Poster informativo para a criança/jovem e acompanhante.....	108
Apêndice VIII – Resumo do artigo científico com o tema “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório.....	110

Apêndice IX – Slides da apresentação em <i>power point</i> no 2º Congresso de Enfermagem Perioperatória com o tema “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório”.....	114
---	-----

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo I – Modelo da distribuição semanal dos enfermeiros por sala operatória.....	123
Anexo II - Diploma de bom comportamento fornecido à criança no BO do HLVT.....	125
Anexo III – Certificado de Presença no Curso de Laparoscopia Urológica – Live Surgery..	127
Anexo IV - Certificado de Presença no 2º Curso Teórico-Prático de Laparoscopia Ginecológica.....	129

## **LISTA DE SIGLAS**

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AMB – Ambulatório

AORN – American Association of Operating Room Nurses

BO – Bloco Operatório

DGS – Direção-Geral de Saúde

EORNA – European Operating Room Nurse Association

EPO – Enfermeiro Perioperatório

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde / Instituto Politécnico de Setúbal

HLVT – Hospital de Lisboa e Vale do Tejo

HP – Hospital Pediátrico

IFPN – International Federation of Perioperative Nurses

MEPO – Mestrado em Enfermagem Perioperatória

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL – Otorrinolaringologia

PG – Pós-Graduação

PQCEESIP - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PS – Pessoa Significativa

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SO – Sala Operatória

UC – Unidade Curricular

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º curso de Mestrado de Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, na unidade curricular Projeto / Estágio foi solicitada a elaboração de um relatório de estágio que comprove a aquisição e desenvolvimento de competências clínicas e reflita o desenvolvimento de um projeto de estágio através da metodologia de projeto.

“O Relatório é um documento científico que visa comunicar o desenvolvimento e conclusões do estágio/projeto de intervenção profissional, no âmbito da área especializada”, apresentando o percurso teórico e reflexivo realizado em contexto de estágio (Guia Orientador para a realização do relatório final de Estágio da ESS/IPS, p.1).

O estágio, com a duração de 360 horas de prestação clínica, 124 horas de 7 de Maio a 30 de Junho de 2018 e 236 horas de 24 de Setembro de 2018 a 31 de Janeiro de 2019, foi realizado em dois contextos: no Bloco Operatório Central de um Hospital de Lisboa e Vale do Tejo e no Bloco Operatório de um Hospital Pediátrico.

O relatório de estágio tem como foco a criança/jovem submetida a uma intervenção cirúrgica e a sua família, bem como a aquisição de conhecimentos e competências ao longo do percurso formativo vivenciado nos contextos de estágio.

Assim, o relatório de estágio tem como objetivos:

- Descrever a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória.
- Detalhar as fases de metodologia na implementação do projeto relativo ao tema “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório”.

A escolha deste tema deve-se à importância que a pessoa significativa tem junto da criança/jovem hospitalizada aquando de uma intervenção cirúrgica. A vivência deste evento difícil e desconhecido, em que a criança/jovem e a sua família se sentem vulneráveis, com medo, ansiedade e *stress* devido à cirurgia e à presença no hospital é um foco de intervenção da enfermagem perioperatória. O enfermeiro perioperatório mobiliza recursos, estratégias e competências de enfermagem e relacionais quando cuida da criança e da sua família num momento tão delicado. A nossa intervenção como enfermeiro perioperatório

contribui para a minimização destes agentes geradores de *stress*, facilitando todo o processo de acolhimento e cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem e família.

No contexto de estágio, através da metodologia de projeto, realizaram-se entrevistas semiestruturadas à enfermeira gestora e ao diretor do bloco operatório e foi realizada a análise SWOT de modo a definir o problema e fazer um diagnóstico de situação. Este método de análise foi utilizado pois permitiu reforçar a necessidade do projeto com o tema “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório” referidos pela enfermeira gestora e diretor do BO e auxiliou na investigação do diagnóstico de situação perante a equipa de enfermagem que trabalha no local de estágio, através da análise dos aspetos positivos e negativos deste projeto, bem como o que pode ser realizado de modo a ser possível a sua implementação.

De modo a desenvolver este projeto no local de estágio foram definidos três objetivos:

- Promover o acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório através da implementação de um projeto no local de estágio;
- Capacitar a criança/jovem e pessoa significativa para o acompanhamento no período perioperatório;
- Aplicar a metodologia de projeto na identificação do problema de investigação, no planeamento e na execução do projeto.

De modo a compreender toda a dinâmica, solicitou-se um estágio de observação a um Bloco Operatório de um Hospital Pediátrico. Foram realizados dois dias de observação em Outubro de 2018, enriquecedores na compreensão da importância do acompanhamento da criança/jovem por parte da mãe, pai ou pessoa significativa ao longo de todo o percurso na experiência cirúrgica, mas também foi possível perceber os recursos necessários, conhecer e compreender os aspetos positivos e negativos deste tipo de acompanhamento e toda a dinâmica envolvente, opiniões dos enfermeiros, da equipa multidisciplinar, dos clientes pediátricos e dos seus acompanhantes.

No Hospital Pediátrico onde foi realizado um estágio opcional de observação verificou-se que a criança/jovem esteve sempre acompanhada pela pessoa significativa (pai, mãe, avó, tia, tutor legal ou outra) ao longo do internamento no serviço de Pediatria, na Cirurgia de Ambulatório (antes e após a intervenção cirúrgica), na sala de indução anestésica (até a criança adormecer) e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

No entanto, no HLVT, verificou-se que a criança/jovem estava sempre acompanhada pela pessoa significativa (pai, mãe, avó, tia, tutor legal ou outra) como referido anteriormente, exceto no momento da indução anestésica.

Uma vez que foi emitido o Despacho n.º 6668/2017, Diário da República n.º 148/2017, Série II de 2 de Agosto de 2017 que refere o direito de acompanhamento da pessoa com idade inferior a 18 anos assim como da pessoa maior de idade com dependência ou deficiência, submetida a intervenção cirúrgica, no período pré-operatório, momento da indução anestésica e no período pós-operatório, surgiu a oportunidade de tornar possível o acompanhamento da criança/jovem também dentro do bloco operatório.

No serviço já existiam instruções de trabalho relativas ao acompanhamento nos períodos pré e pós-operatórios e este já era realizado habitualmente, no entanto, o que faltava era a presença do acompanhante no momento da indução anestésica. Para tal ser possível, a inexistência de sala de indução anestésica junto das salas operatórias, num ambiente semi-restrito, tornou difícil a gestão do percurso da criança/jovem com o acompanhante, desde o *transfer in* até à sala operatória. Foi necessário planejar estratégias que dessem resposta a estas questões. Nomeadamente, a análise, seleção e esquematização de dois circuitos onde o acompanhante possa circular dentro do bloco operatório, oriundo do serviço de internamento ou da cirurgia de ambulatório. Nas fases de planeamento e execução serão abordadas e explicadas as estratégias desenvolvidas ao longo do período de estágio, de modo a ser possível implementar o projeto.

O presente documento encontra-se estruturado em quatro partes. Após a introdução, onde o trabalho e o tema são contextualizados e os objetivos são definidos, segue-se o enquadramento concetual, relacionado com a Enfermagem Perioperatória e com a importância do acompanhamento da criança/jovem pela pessoa significativa, ancorado na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman e tendo por base a revisão integrativa da literatura realizada ao longo de dois semestres; na terceira parte do relatório, é explicitado o enquadramento metodológico, com recurso à metodologia de projeto; a quarta parte do relatório integra a análise reflexiva relativa à aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Perioperatório e de Mestre em Enfermagem. No final, é realizada a conclusão, onde os objetivos são avaliados e se esboçam caminhos futuros.

Este relatório de estágio foi redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico e de acordo com o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESS/IPS, utilizando normas de citação e referência bibliográfica da *American Psychological Association*

(APA), 6ª edição. Foi também privilegiado o anonimato dos locais de estágio e respectivos colaboradores.

# 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No enquadramento conceptual abordaremos a Enfermagem Perioperatória e respetivos cuidados de enfermagem perioperatórios relacionando com a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman com foco na criança/jovem e família.

A pesquisa bibliográfica foi essencial para a compreensão da importância da pessoa significativa/família durante a hospitalização da criança/jovem submetida a cirurgia, seja em regime de ambulatório ou internamento. *A posteriori* será abordada a perspectiva de vários autores relativamente ao acompanhamento da criança e família em contexto perioperatório, tendo por base a revisão integrativa da literatura realizada.

Durante dois semestres realizámos uma revisão integrativa da literatura relativamente ao tema “acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório”, em várias plataformas de pesquisa, como: B-On, NCBI<sup>1</sup>, bibliotecas universitárias e bases de dados *on-line*, nomeadamente CINAHL<sup>2</sup>, Cochrane, PubMed, Scielo, Elsevier, RCAAP<sup>3</sup>. Utilizámos vários termos MeSH<sup>4</sup>: child and children and parents and anesthesia induction and operating room<sup>5</sup>, child and children and parents and anesthesia induction, child and children and parents and anesthesia induction and benefits<sup>6</sup>. Como filtro utilizámos: *free full text*<sup>7</sup>. Ao longo da pesquisa foram sugeridos artigos científicos relacionados, que também foram relevantes para a revisão bibliográfica.

Foi necessário reformular algumas vezes os termos de pesquisa de modo a ter acesso a artigos que complementassem a informação já encontrada, assim como diferentes perspectivas, ou seja, para além de querermos perceber a importância do acompanhamento da criança/jovem pelos pais, ou pessoa significativa, na indução anestésica, também foi importante perceber os estudos existentes que mostrassem a vantagem ou desvantagem do acompanhamento, o que poderia ser benéfico ou não para a criança, as estratégias utilizadas pelo enfermeiro e família nos vários momentos do período perioperatório, bem

---

<sup>1</sup> National Center for Biotechnology Information, US National Library of Medicine

<sup>2</sup> Cumulative Index of Nursing and Allied Health

<sup>3</sup> Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

<sup>4</sup> Medical Subject Headings Termos utilizados para realizar pesquisa específica em bases de dados on line

<sup>5</sup> Criança e crianças e pais e indução anestésica e sala operatória

<sup>6</sup> Benefícios

<sup>7</sup> Texto completo grátis

como estudos relevantes sobre a aplicabilidade deste tipo de projeto numa instituição hospitalar.

A revisão integrativa da literatura foi vasta e complicada pois à medida que encontrávamos artigos relacionados com a pesquisa inicial, sentimos necessidade de expandir a pesquisa uma vez que parecia sempre que faltava qualquer coisa que poderia completar o referido em determinado artigo, ou outro autor cujos resultados fossem o oposto do esperado, que apresentassem resultados menos ambíguos ou sugestões de estratégias que pudessem ajudar a criança neste momento tão vulnerável da sua vida e da sua família. Ainda assim, constituiu-se essencial para um melhor entendimento dos conhecimentos atuais acerca da problemática em estudo.

## 1.1. A ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A Enfermagem é a Arte de Cuidar e, segundo Phipps (et. al.1995), é necessário compreender a definição e evolução da enfermagem de modo a praticar, com sucesso, a arte e a ciência da enfermagem.

A “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, Alterado e republicado pela Lei nº 156/2015, de 16 de setembro).

Na prestação de cuidados de enfermagem o enfermeiro deve sempre ter em conta o Metaparadigma da enfermagem, que engloba a Pessoa, a Saúde, o Ambiente e os Cuidados de Enfermagem. A pessoa é um ser humano com comportamentos baseados nas suas crenças e valores individuais. A representação da sua condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e psicológico e o seu conforto emocional e espiritual refletem-se na sua saúde. O ambiente onde está inserida, onde são desenvolvidos os aspetos físicos, políticos, económicos e culturais, condiciona o seu estilo de vida e a sua saúde. Os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção a promoção da saúde e uma

relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa alvo dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A Pessoa como alvo dos cuidados, quando é proposta para um procedimento cirúrgico torna-se o foco do Enfermeiro Perioperatório, cujos cuidados prestados são específicos, tendo em conta todos os momentos do processo anestésico-cirúrgico, desde o momento da admissão no hospital até ao momento em que tem alta clínica. Estes momentos são: o período pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório, incluindo a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 emitido em Diário da República a 16 de julho de 2018,

“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”. (p.19366)

O conceito de Enfermagem na sala de operações é iniciado em 1875, evoluindo significativamente. Em 1949 surge a American Association of Operating Room Nurses (AORN) que define recomendações *standard* de cuidados, surgindo a primeira designação de enfermagem perioperatória em 1978. Em Fevereiro de 1986 funda-se a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP).

A Enfermagem Perioperatória foca-se nos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a intervenção cirúrgica, em todos os momentos, no pré, intra e pós-operatório. Segundo AESOP (2006, p.107), é:

“um 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 cliente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado”.

Assim, os cuidados de enfermagem perioperatórios são um “conjunto de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios para dar resposta às necessidades do cliente submetido a cirurgia e/ou qualquer procedimento invasivo” (AESOP, 2006, p. 9).

Os cuidados de enfermagem perioperatórios devem ser planeados e individualizados de modo a corresponder às necessidades e situações únicas da pessoa submetida a cirurgia. Sendo prestados no âmbito da prevenção de doenças ou lesões, promoção da saúde, recuperação da saúde e a sua manutenção da saúde ou em âmbito de cuidados

paliativos. A diversidade cultural, racial e étnica da pessoa deve ser tomada em consideração durante estes cuidados.

A AESOP defende que o enfermeiro perioperatório reconhece as necessidades do cliente a quem presta cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os através dos resultados obtidos. (AESOP, 2006). A AORN (2015), através de *Standards of Perioperative Nursing – Guidelines for Perioperative Practice*, define os cuidados de enfermagem perioperatórios como essenciais para a pessoa, respeitando os princípios éticos, a sua privacidade, confidencialidade e dignidade, visando alcançar os melhores resultados para a pessoa através de cuidados de saúde de qualidade.

O enfermeiro perioperatório deve demonstrar conhecimento e competência em toda a sua prestação de cuidados, mas simultaneamente, deve estabelecer uma relação empática, de confiança e de ajuda, pois, no final de contas, é humano, é uma pessoa, “gente que cuida de gente”. Num momento tão vulnerável e sensível da vida da pessoa que precisa de uma palavra de alento, de conforto, um acompanhamento personalizado e digno, tendo em conta todos os princípios apreendidos durante o curso de licenciatura, em pós-graduações, em mestrados, na prática profissional e ao longo da vida.

A pessoa que vai ser submetida a uma cirurgia está numa situação de vida complicada, com medos, ansiedade, receio da alteração da sua imagem corporal, receio pela sua vida e qualidade de vida após a cirurgia. Deve ser sempre respeitada em todas as suas dimensões, psicológicas, culturais, tendo em conta a privacidade, a confidencialidade, o respeito pelas suas crenças e valores (AESOP, 2006).

São várias as competências e capacidades que o enfermeiro perioperatório necessita para a sua prática diária de cuidados, nomeadamente: a consciência cirúrgica, o reconhecimento do outro e a capacitação, lidar com a vulnerabilidade, prudência e gestão de risco e responsabilidade de cuidados (AESOP, 2006).

É também referido em Diário da República, 2.<sup>a</sup> série, n.º 135 de 16 de julho de 2018, no Regulamento n.º 429/2018, Artigo 5.º, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação Perioperatória, sendo elas: cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a sua segurança enquanto vivencia a situação cirúrgica, e da equipa pluridisciplinar, coesa com a consciência cirúrgica (p.19359).

Uma vez que a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica, neste caso a criança, se encontra numa fase vulnerável da sua vida, com medos, receios e ansiedade, todos

estes aspetos negativos são a resposta ao *stress* cirúrgico e anestésico. Assim, de modo a compreender os fatores que a influenciam, os agentes geradores de *stress*, o mecanismo de adaptação e de coping necessários à manutenção do bem-estar e equilíbrio emocional, iremos relacionar a prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios com a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

## 1.2. MODELO DE ENFERMAGEM DE BETTY NEUMAN

A utilização de modelos e teorias de enfermagem na promoção da saúde e prevenção da doença facilita a compreensão dos problemas e da identificação das intervenções necessárias para a prestação de cuidados de excelência.

Para Betty Neuman a Enfermagem é uma profissão única relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta da pessoa ao *stress* e é vista na sua totalidade (Tomey & Alligood, 2004).

Tendo em conta o Metaparadigma da Enfermagem é importante que a pessoa mantenha o seu bem-estar e aprenda a lidar com os fatores internos e externos que a influenciam.

Assim, optámos pela Teoria dos Sistemas de Betty Neuman em que a pessoa é vista como um todo e não apenas como a soma das suas partes, a família é englobada nos cuidados como um ser unitário e tem uma perspetiva única sobre os fatores (stressores ou agentes geradores de *stress*) que influenciam a saúde da pessoa, tendo por base um ou vários diagnósticos de enfermagem, negociação de objetivos e avaliação dos resultados. Esta teórica desenvolveu um modelo abrangente na enfermagem, tendo por base várias filosofias e teorias, descreve o modo como a pessoa pode agir perante as necessidades de adaptação num momento delicado, bem como as estratégias que o enfermeiro pode utilizar de modo a ajudar a pessoa.

“Uma grande teoria consiste numa estrutura conceptual global que define perspectivas alargadas da prática e inclui diversas formas de ver os fenómenos de

enfermagem com base nessas perspectivas<sup>8</sup>. Enquanto grande teoria, o Modelo de Sistemas de Neuman fornece um fundamento alargado para a prática. O ensino e a investigação científica em enfermagem... tem grande importância para a actual e futura prática da enfermagem” (Tomey & Alligood, 2004, p.342).

O Modelo de Sistemas de Neuman é baseado na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos, afirmando que todos os elementos de uma organização complexa interagem entre si.

Betty Neuman sistematiza o conhecimento de várias disciplinas, as suas crenças filosóficas e o seu conhecimento de enfermagem clínica, enfermagem de saúde mental e saúde pública.

É através da teoria de Gestalt, que interpreta a manutenção do equilíbrio (saúde) como a homeostasia, apesar de condições várias. Assim Betty Neuman refere a adaptação como um processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades. Essas necessidades podem perturbar a harmonia ou estabilidade da pessoa, tornando o processo de adaptação dinâmico e contínuo. O efeito de reciprocidade contínua de equilíbrio e desequilíbrio persiste ao longo da vida. Quando este processo de adaptação falha, ou quando a pessoa está em desequilíbrio ou desarmonia durante muito tempo, surge a doença pois o organismo não tem capacidade para satisfazer as suas necessidades. O comportamento da pessoa no ambiente é o reflexo dessa mesma relação.

Também a filosofia tem um componente importante na Teoria dos Sistemas de Neuman. “A filosofia Marxista sugere que as propriedades das partes são determinadas, em parte, pelos todos maiores dos sistemas dinamicamente organizados.” (Tomey & Alligood, 2004, p.336). Ou seja, a perspectiva do todo (organização) influencia a consciência da parte (pessoa). O cliente é visto como um conjunto de partes em constante e dinâmica interação, sendo influenciado por vários fatores: fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. A partir da palavra *holistic* (holístico) surgiu para Neuman a palavra *wholistic* (totalidade), de modo a tornar compreensível este termo como um todo.

A teórica referida acima defende ainda que o sistema aberto pode ser influenciado por stressores (agentes geradores de stress), ou seja, estímulos que produzem tensão, podendo ser definidos como forças intrapessoais (ocorrem na pessoa), forças interpessoais (ocorrem entre as pessoas) e forças extrapessoais (ocorrem no ambiente exterior da pessoa).

---

<sup>8</sup> Grafia original da citação

As forças internas e externas que afetam a pessoa são designadas como ambiente, a pessoa adaptando-se a esse ambiente, interage com ele através de *inputs* e *outputs* (informação e energia trocados entre o sistema e a pessoa), criando *feedback*, o que leva a um processo de estabilidade, ou seja, toda a gestão da pessoa/ambiente/stressores equilibradamente leva à manutenção da harmonia ou equilíbrio funcional. Deste modo, quando há equilíbrio existe harmonia, logo existe bem-estar (Tomey & Alligood, 2004).

Quando não há harmonia significa que as necessidades da pessoa não estão a ser satisfeitas, o que pode levar à doença. A procura dessa estabilidade faz com que a pessoa se vá adaptando ao ambiente, ou seja, as suas linhas de defesa vão sofrendo oscilações de modo a atingir o equilíbrio. Através da prevenção como intervenção a pessoa pode atingir ou manter o equilíbrio. Pode ser através da prevenção primária, secundária ou terciária. A prevenção primária consiste na prevenção realizada ao reduzir a possibilidade de enfrentar os agentes geradores de *stress* (stressores), a secundária quando se deteta precocemente a presença de agentes geradores de *stress* e a terciária quando a pessoa se adapta e reeduca de modo a recuperar ou manter a estabilidade ou equilíbrio (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria dos Sistemas de Betty Neuman é considerada uma grande teoria de enfermagem cujo modelo serve de pilar à formação da enfermagem e investigação científica da enfermagem. Segundo Tomey & Alligood (2004), este modelo é o mais aceite pela comunidade da enfermagem em várias áreas da prestação de cuidados pois vê a pessoa como um todo, como um ser holístico.

Segundo a autora supracitada, na Teoria dos Sistemas, o processo de enfermagem consiste em três fases: o diagnóstico de enfermagem, os objetivos da enfermagem e os resultados de enfermagem, ou seja, o diagnóstico tem por base o nível de bem-estar da pessoa cujos objetivos são estabelecidos através da negociação entre o enfermeiro e a pessoa de modo a obter determinados resultados de enfermagem através de intervenções individualizadas, incidindo na prevenção. Caso os resultados esperados não sejam atingidos, o enfermeiro e a pessoa negociam novamente os objetivos e as intervenções de modo a atingir o bem-estar esperado, ou seja, a saúde (Tomey & Alligood, 2004).

Este modelo, tendo uma abordagem holística, auxilia na adaptação aos agentes geradores de *stress* de toda a unidade familiar como um todo, no ambiente que a rodeia.

Tendo em conta todos os postulados e pressupostos do Modelo de Enfermagem de Betty Neuman e a sua teoria dos sistemas, consideramos ser a teórica ideal para relacionar

com a problemática do projeto, pois ao ver a pessoa e família como um todo que precisa se adaptar aos stressores (agentes geradores de *stress*) do bloco operatório (ambiente que o rodeia), torna-se imprescindível na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família no período perioperatório.

Segundo a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman (Tomey & Alligod, 2004), as estratégias de  *coping*  e os processos de adaptação podem ser úteis na prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios pois minimizam os agentes geradores de  *stress*  a que a criança/jovem está exposta de modo a alcançar a segurança e o conforto junto do seu acompanhante.

### 1.3. A CRIANÇA E A FAMÍLIA

Os cuidados de enfermagem prestados à criança e à sua família devem garantir a excelência e respeitar o recomendado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012) e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (PQCEESIP). Esses padrões organizam-se em redor de seis eixos de modo a promover a satisfação da criança/jovem, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o seu bem-estar e autocuidado, a sua adaptação às condições de saúde e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017).

Assim, os cuidados de enfermagem devem manter uma filosofia de cuidados centrados na família, utilizando guias e programas na prática clínica diária, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e ao incremento das competências do enfermeiro.

A intervenção do enfermeiro deve ter como pilar uma filosofia e organização de cuidados adequados aos direitos da criança e programas de saúde infantil. Ou seja, os cuidados devem garantir: a promoção da adoção de comportamentos potenciadores da saúde, a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável da criança e do jovem, a promoção da adaptação da criança/jovem e família à situação de saúde, e a sua capacitação para a adoção de estratégias de  *coping*  e de adaptação.

As necessidades em termos de desenvolvimento da criança devem ser consideradas. A criança deve ser cuidada com compreensão e sensibilidade, salvaguardando os seus direitos, descritos na Carta da Criança Hospitalizada. Estes direitos garantem a proteção da criança tendo em conta a necessidade de proteção e cuidados especiais devido à sua vulnerabilidade e imaturidade física e intelectual.

São dez os direitos inscritos na Carta da Criança Hospitalizada, mas apenas nos iremos focar em duas recomendações que incidem na importância da informação, em que as crianças e os pais têm direito a receber as informações necessárias de modo a participarem em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde e essas informações devem ser adequadas ao seu estadió de desenvolvimento e compreensão (IAC, 1998).

É essencial a informação e conhecimento prévio da doença, hospitalização, procedimento cirúrgico, tratamento e a recuperação de modo a envolver a criança e pais nas tomadas de decisão.

A criança deve ser informada de acordo com o seu nível de desenvolvimento e capacidade de compreensão e expressão, num ambiente calmo e de segurança, utilizando informação verbal, audiovisual e escrita. As suas questões devem ser respondidas e os seus medos desmistificados. A informação fornecida aos pais deve ser simples, clara e precisa, dando espaço e incentivando para questões, de modo a permitir a gestão dos sentimentos de medo, culpa, ansiedade ou *stress* face à doença e tratamento (IAC, 1998). Devem também ser tidas em conta as crenças pessoais, familiares, culturais e experiências prévias cirúrgicas e/ou de hospitalização.

A hospitalização e a necessidade de intervenção cirúrgica são experiências assustadoras para qualquer pessoa, principalmente para a criança, sendo “a experiência da criança submetida a cirurgia (...) uma vivência individual, não descurando o binómio criança/família” (Teixeira & Figueiredo, 2009, p. 7). Uma intervenção cirúrgica é sempre um evento crítico que altera toda a dinâmica familiar (Jorge, 2004), sendo as crianças mais vulneráveis do que os adultos ao *stress* da cirurgia. A experiência de uma hospitalização representa um evento crítico e sensível na vida de uma criança, pois há situações inerentes e não suscetíveis a mudanças que podem contribuir para o agravamento desta experiência. Para os pais/pessoa significativa, a hospitalização significa separação parental e a quebra na gestão do dia-a-dia: deslocações, aumento das despesas, ausência no local de trabalho e ausência do lar (Jorge, 2004).

Segundo Healy (2013), os receios e os medos inerentes à anestesia e à cirurgia, ao ambiente estranho com pessoas desconhecidas, a incerteza do inesperado, a separação da criança e do ambiente seguro da sua família e da sua casa podem levar a ansiedade. “A ansiedade, o medo, o choro, e outras reações são conhecidas da nossa prática como manifestações à separação familiar e ao ambiente hospitalar” (Teixeira & Figueiredo, 2009, p. 7).

A família de uma criança com necessidade de cirurgia, independentemente da idade da mesma, estará com a sua segurança emocional afetada (Moro & Módolo, 2004), porém, a filosofia dos cuidados centrados na família em pediatria reconhece a família como muito importante na vida de uma criança. A participação dos pais (ou pessoa significativa) nos cuidados hospitalares é, para Casey (1993), a peça chave dos Cuidados centrados na família, cujo objetivo principal é o bem-estar da criança e família, mantendo e reforçando os laços da família com a criança hospitalizada e ajudar a promover a normalidade das rotinas e da unidade familiar.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), o facto de as pessoas não saberem como agir numa situação que nunca vivenciaram, perante o desconhecido, sentem-se inseguras e incapazes de atuar perante o novo acontecimento, sentindo-se vulneráveis. A indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e a incerteza do que os profissionais de saúde esperam que eles façam, provoca uma crise de identidade parental durante a hospitalização da criança/jovem. Os enfermeiros e a equipa multidisciplinar através de uma integração consolidada, com informação e orientação adequadas promovem a confiança nos pais de modo a que estes consigam gerir as suas emoções e participar nos cuidados dos filhos.

A doença e a hospitalização proporcionam ansiedade e medo nas crianças, agem como agentes geradores de *stress*, não só pela hospitalização mas também pela separação da família, perda de controlo, risco de lesão corporal e possivelmente dor. O facto da presença da família ou pessoa significativa junto da criança aliviar todos estes sentimentos negativos, torna imprescindível o acompanhamento da criança no período perioperatório.

Por todas estas razões e por trabalhar num serviço que tem como foco dos cuidados de enfermagem a criança/jovem, é para nós fulcral a implementação de um projeto no âmbito do seu acompanhamento pela pessoa significativa no período perioperatório.

### 1.3.1. Acompanhamento da criança/jovem no período pré-operatório

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) emana as orientações de saúde prestadas à criança/jovem e família de modo a assegurar uma melhoria da sua qualidade de vida e adequação dos cuidados de enfermagem. Alguns dos aspetos fundamentais assentam na valorização dos cuidados que promovem a saúde e previnem a doença e no acompanhamento e encaminhamento de situações que podem afetar negativamente a saúde da criança.

A hospitalização da criança/jovem pode afetar negativamente a sua saúde se não forem tomadas medidas preventivas para que tal não aconteça. A presença dos pais ou pessoa significativa junto da criança/jovem em todo o percurso perioperatório promove a melhor experiência anestésico-cirúrgica de modo a minimizar os aspetos negativos da intervenção cirúrgica. A intervenção de enfermagem é importante desde a entrada da criança/jovem na instituição hospitalar, em todas as fases do período perioperatório (pré e pós-operatório e indução anestésica).

O período pré-operatório inicia-se no momento em que a criança/jovem é admitida no hospital, seja em regime de ambulatório ou de internamento na pediatria, até ao momento que entra no bloco operatório (sala de indução ou sala operatória).

O momento da admissão no serviço de internamento ou na cirurgia de ambulatório já é uma fonte de *stress* na medida em que é um local estranho, com pessoas estranhas, de farda, com horários e rotinas diferentes das que a criança tinha em casa. No entanto, o facto da criança/jovem poder estar acompanhada pelos seus pais ou pessoa significativa facilita a sua adaptação ao ambiente que a rodeia. De acordo com a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman (Tomey & Alligod, 2004), as forças intrapessoais (da própria criança), interpessoais (entre a criança e a pessoa significativa, por exemplo) e extrapessoais (o ambiente hospitalar), interagindo entre si através de estratégias de coping e processos de adaptação, irão reduzir os stressores (agentes geradores de *stress*) de modo a alcançar harmonia, estabilidade e sensação de bem-estar, por parte tanto da criança como do seu acompanhante.

O *stress* é refletido como ansiedade, medo ou raiva (Sadhasivam et al, 2009). A separação parental, a dor, a perda de controlo, um ambiente estranho estão entre as causas

mais significativas para a ansiedade em crianças durante o período pré-operatório. Além disso, as crianças podem experimentar sentimentos de ansiedade, medo, raiva ou incerteza por causa das suas capacidades cognitivas, experiência, a necessidade de apoio de outras pessoas e falha em reconhecer o significado da cirurgia (Aytekin et al, 2016).

Segundo Kain et al (1998) e Cassady et al (1999), a educação e realização de ensinamentos pré-operatórios podem ajudar a ansiedade na criança e seus familiares/pessoa significativa, por exemplo, a utilização de folhetos informativos, livros ou brincadeiras terapêuticas. Alguns estudos concluíram que os programas de educação pré-operatória com avaliação multidisciplinar, entrega de folhetos informativos, visita ao bloco operatório e unidades de recobro, vídeos de desenhos animados com dramatizações de uma criança no bloco operatório foram essenciais para a redução da ansiedade na criança e pessoa significativa. No entanto envolve elevados recursos humanos e de tempo e não é possível existir este tipo de programa em todos os hospitais. Bellew et al (2002) refere que a entrega de um folheto/panfleto informativo e a visualização de um vídeo sobre a preparação anestésica na pediatria reduziu a ansiedade<sup>9</sup> do acompanhante.

Também de acordo com o Despacho n.º 6668/2017, a formação pré-operatória do pai, mãe ou pessoa que o substitua é essencial para acompanhar a criança/jovem no período perioperatório, através de consultas pré-operatórias, visitas pré-operatórias e/ou vídeos informativos em caso de cirurgias programadas (Diário da República, 2017).

A ansiedade pré-operatória progride com tensão, irritabilidade e aumento da atividade do sistema nervoso autónomo. É difícil conseguir prever a ansiedade pré-operatória com métodos de medição. A identificação e tratamento destes fenómenos clínicos são muito importantes em termos de evitar efeitos psicológicos e fisiológicos por parte da criança. A ansiedade pré-operatória pode prejudicar a indução anestésica, prolongar a sua duração e afetar significativamente a recuperação pós-operatória imediata (Kain, Mayes & Caramico, 1996). Pode provocar ainda aumento da dor no pós-operatório, aumentando assim a necessidade de analgésicos.

De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013), a dor é uma experiência subjetiva, o modo como a criança/jovem vive e classifica a dor é única, sendo por isso necessária uma intervenção individualizada que transcende a administração de analgesia.

---

<sup>9</sup> Autores utilizaram a Escala de Ansiedade Pré-operatória de Yale modificada (m-YPAS)

“...cuidar a criança e o adolescente com dor exige, para além de um franco conhecimento dos fármacos analgésicos existentes no mercado e dos seus critérios de administração, uma consciência perfeita e profunda de terapias não farmacológicas no alívio da dor. Só com este conhecimento se pode responder ao fenómeno «dor» na sua componente fisiológica, na forma como afeta os valores e as crenças das crianças e dos adolescentes que se cuidam, na forma como estes a pensam e a vivem.” (p.7)

As crianças podem ainda desenvolver distúrbios do sono e da alimentação, e transtornos comportamentais, como a enurese, agressividade e agitação motora. Como efeitos psicológicos a longo prazo, a ansiedade de separação pode originar um prejuízo negativo para futuras intervenções médicas ou cirúrgicas, dificuldades na escola e de socialização (Kain, Mayes & Caramico, 1996). Estes autores no seu estudo descreveram algumas intervenções de modo a reduzir a ansiedade pré-operatória, por exemplo, administração farmacológica de pré-medicação, estratégias de distração, ensino ao acompanhante e aceitação do acompanhante na indução anestésica.

Entre esses métodos, a distração e outras intervenções realizadas na preparação psicológica para o pré-operatório são métodos eficientes, fáceis e económicos (Barash, Cullen & Stoelting, 2013). Estes autores realizaram um estudo sobre as intervenções de distração, como assistir a desenhos animados, jogar jogos ou videojogos, ou ouvir música de acordo com a faixa etária da criança, referindo grande utilidade na redução da ansiedade.

Aytekin, Doru, & Kucukoglu (2016) utilizaram técnicas de distração com jogos de computador, ouvir música, assistir desenhos animados e ler livros, de acordo com as preferências, idades, género e preferências das crianças. No *tablet* as crianças tinham as opções de 5 jogos de computador, 24 desenhos animados, 43 faixas de áudio e 5 livros. Utilizaram também escalas de ansiedade e aplicaram às crianças e ao respetivo acompanhante, avaliando a ansiedade na espera pré-operatória e na separação parental. Este estudo concluiu que as intervenções de distração reduziram a ansiedade da separação parental das crianças e reduziram os níveis de ansiedade pré-operatória, das crianças e dos pais.

De acordo com vários autores, também Patel et al (2006) determinaram que os níveis de ansiedade das crianças que jogaram videojogos foram menores em comparação com as crianças que foram pré-medgadas e estavam acompanhadas pela pessoa significativa.

Assim, no período pré-operatório, o enfermeiro perioperatório junto com a criança e pessoa significativa deve proporcionar momentos de relaxamento e distração com as estratégias recomendadas pela bibliografia de modo a reduzir a ansiedade pré-operatória da criança e família. Segundo Betty Neuman (*in* Tomey & Alligood, 2004), deve também avaliar o que pode provocar mais ansiedade na criança e realizar prevenção primária (consiste na prevenção realizada ao reduzir a possibilidade de enfrentar os agentes geradores de stress) ou a secundária (quando se deteta precocemente a presença de agentes geradores de stress), por exemplo, se se prevê que a criança tem um brinquedo do qual tem uma relação muito próxima, de modo a evitar o risco de ansiedade por separação do brinquedo, o enfermeiro perioperatório incentiva a criança a levar esse brinquedo consigo para a sala operatória.

Os autores supracitados também referem que a manipulação de alguns materiais utilizados na sala operatória por parte da criança e da pessoa significativa pode reduzir a ansiedade e o medo perante tudo o que vai acontecer a seguir, por exemplo, mostrar os elétrodos e brincar como se fossem medalhas de bom comportamento, conectar o oxímetro pediátrico e ligar ao monitor de modo a acender a luz vermelha, mostrar uma seringa pequena e explicar que a administração da medicação não dói porque “não pica” e colocar uma touca na cabeça à criança e ao acompanhante de modo a anteciparem essa imagem diferente antes de entrarem na sala operatória.

A pessoa significativa deve promover um ambiente tranquilo à criança, colocando o seu medo e a sua ansiedade em segundo plano. Pode ajudar a criança a ingerir a pré-medicação, se for o caso, pode ajudar o enfermeiro perioperatório em momentos de vulnerabilidade, por exemplo, aquando da punção do acesso venoso, brincando e distraíndo a criança com outras coisas. Enfim, pode proporcionar um ambiente o mais semelhante a casa que conseguir, sentando a criança ao seu colo (caso seja adequado), contar uma história, sorrir, acarinhar, entre outros.

O enfermeiro perioperatório, no seio da equipa de saúde, desenvolve um contato mais próximo com a criança/jovem e família/pessoa significativa, proporcionando maior conhecimento sobre as preocupações e necessidades destes. Além disso, age como elo de ligação com a restante equipa multidisciplinar e os cuidados de enfermagem permitem-lhe estabelecer uma relação de ajuda com os clientes, criança e família, garantindo a recolha de toda a informação necessária, apoio e mobilização de recursos, direcionando para um plano de cuidados individualizado e personalizado. Teixeira & Figueiredo (2009) referem que é

essencial conhecer e antecipar as reações e necessidades que a criança/jovem e família/pessoa significativa possam apresentar durante a hospitalização.

### **1.3.2. Acompanhamento da criança/jovem na indução anestésica**

A maior parte dos hospitais em Portugal promove o acompanhamento da criança/jovem antes e após a intervenção cirúrgica, mas apenas alguns promovem também a presença do acompanhante no momento da indução anestésica.

Os pais estão cada vez mais informados e têm conhecimento da recomendação enunciada em Diário da República, emitida a 2 de Agosto de 2017, o Despacho n.º 6668/2017, Diário da República n.º 148/2017, Série II que “estabelece disposições sobre o direito de acompanhamento de criança ou jovem, com idade inferior a 18 anos, em situação de intervenção cirúrgica, igualmente aplicável a pessoas maiores de idade com deficiência ou em situação de dependência, no momento da indução anestésica e durante o recobro cirúrgico” (Diário da República, 2017, p.16068).

Através deste despacho foram estabelecidas as medidas e os procedimentos necessários de modo a promover a presença do pai, mãe ou pessoa que o substitua, até à indução anestésica e fase de recobro, garantindo a segurança da criança/jovem submetida a intervenção cirúrgica. Para tal é essencial a criação de circuitos específicos e programas de ensino pré-operatório para a criança/jovem e acompanhante. Aos clientes maiores de idade com deficiência ou em situação de dependência é garantido o mesmo tipo de tratamento.

O acompanhamento da criança no momento da indução anestésica pelo pai, mãe ou pessoa significativa (PS) é um tema discutível e ambíguo. Vários autores referem ser importante esse acompanhamento pois reduz a ansiedade da criança, outros referem que aumenta a ansiedade dos pais/pessoa significativa, outros ainda referem que alguns pais/pessoa significativa potenciam a ansiedade da criança.

Para Yousef, Drudi, Sant'Anna & Emil (2018) a experiência cirúrgica é um evento stressante e de alta vulnerabilidade para a criança e a sua família. Todos os profissionais de saúde que prestam cuidados pediátricos na sala operatória compreendem a intensidade emocional de separar uma criança dos seus pais ou PS. Para minimizar a ansiedade da criança e da PS são utilizadas estratégias farmacológicas (a medicação pré-operatória) e estratégias não farmacológicas, cada vez mais utilizadas.

No entanto, na revisão sistemática da literatura que realizaram, os autores supracitados referem que a presença parental na indução anestésica após preparação pré-operatória adequada é essencial na minimização da ansiedade da criança e da PS.

A existência de um programa pré-operatório (consulta ou visita ao serviço de bloco operatório e formação sobre estratégias pré-operatória de redução da ansiedade) não significa por si só o sucesso da redução da ansiedade da criança. Ou seja, independentemente da criança e PS assistirem a um vídeo informativo ou visitarem o serviço não reduz a ansiedade, comparativamente ao facto da criança, na indução anestésica estar acompanhada pela PS. Além disso, quando a PS demonstra interesse em acompanhar a criança no momento da indução anestésica, normalmente fica menos ansiosa por saber que pode acompanhar em todos os momentos. A PS se estiver bem informada do que vai acontecer e sentir-se confortável a realizar esse acompanhamento, deve realizá-lo sempre que possível de modo a proporcionar um ambiente familiar, sem separação parental.

Kain, Mayes & Caramico (1996) encontraram evidências significativas que as crianças com idades inferiores a 6 anos ficam mais ansiosas se visitarem antecipadamente o espaço cirúrgico e se forem separados da sua família por pessoas com os rostos tapados por máscaras cirúrgicas. No entanto, as crianças com idades superiores a 6 anos ficaram mais tranquilas por conhecerem antecipadamente o espaço onde iriam ser operadas e onde iriam recuperar da anestesia pois tinham capacidade para lidar com o medo e a ansiedade, independentemente de estarem com a PS no momento da indução anestésica.

A preparação infantil para o procedimento anestésico-cirúrgico é essencial para minimizar o medo, a separação, a dor e a perda de controlo frequentemente associada à cirurgia ou à hospitalização. Li & Lopez (2008) mostraram que a implementação da intervenção terapêutica experimental de imitar o procedimento de indução anestésica com uma boneca reduziu a ansiedade da criança e acompanhante tanto no período pré-operatório, como pós-operatório.

Os sentimentos de ansiedade e medo são diferentes consoante a faixa etária da criança. As crianças com seis meses de idade têm medo de estranhos e reagem negativamente a eles, por exemplo em ambiente hospitalar (Romino, Keatley, Secrest, & Good, 2005). As crianças em idade pré-escolar e *toddlers*<sup>10</sup> temem a separação parental e pessoas desconhecidas. O pensamento mágico e de fantasia provocam, em crianças em idade escolar, a crença da cirurgia como punição, o medo da máscara de anestesia e de tudo o que o rodeia, por ser um ambiente estranho com pessoas desconhecidas e vestidas de modo diferente. Por outro lado, os adolescentes, por estarem a sofrer alterações físicas, terem receio da falta de privacidade no hospital e recearem alteração/lesão corporal ou mesmo a morte, sentem medo e ansiedade.

As respostas fisiológicas ao sentimento de ansiedade podem resultar numa indução anestésica difícil, com aumento da retenção de dióxido de carbono, risco de laringoespasmos e efeitos psicológicos (trauma por má experiência cirúrgica) a longo prazo. Muitas vezes a ansiedade é minimizada com a presença da PS na indução anestésica.

Kain et al (2006), na discussão dos resultados do estudo que realizaram, concluíram que o acompanhante ansioso aumenta a ansiedade da criança e que a criança demonstra ausência de ansiedade quando o seu acompanhante está calmo.

LuRosa-Nash (1995) refere que por vezes o acompanhante não se sente preparado para ver a criança adormecer imediatamente a seguir à administração da medicação (com olhos abertos e movimentos oculares diferentes do habitual) e/ou fica muito ansioso quando a indução anestésica é realizada via inalatória com máscara facial (agitação psicomotora e gritos).

A ansiedade da criança/jovem é menor quando este se apercebe que a pessoa significativa entra com ele na sala operatória ou na sala de indução, pois assim não há o *stress* da separação parental. De acordo com ESA<sup>11</sup> (2014), a presença dos pais/PS durante a indução anestésica melhora a qualidade da anestesia tanto para os pais/PS como para as crianças.

No entanto a presença dos pais nem sempre é efetiva (Kain et al, 2000). Ou seja, alguns pais/PS não são capazes de ajudar a criança por se sentirem demasiado envolvidos no processo, aumentando assim a ansiedade da criança (Palermo, Tripi & Burgess, 2000). Segundo (Kain et al, 2000), a pré-medicação tem um efeito maior sobre o comportamento das crianças na indução anestésica do que a presença de seus pais. No entanto Messeri,

---

<sup>10</sup> Crianças com idades compreendidas entre 12 e 36 meses

<sup>11</sup> European Society of Anaesthesiology (Sociedade Europeia de Anestesiologistas)

Caprilli & Busoni (2004) referem que a pré-medicação apenas reduz a ansiedade enquanto a criança espera pela cirurgia, e não durante a indução anestésica. Estes autores, na discussão dos resultados do seu estudo, concluem que o acompanhamento da criança pelos pais é muito importante na indução anestésica, mas refere que foi mais benéfica a presença da mãe do que do pai, pois demonstrou maior evidência na redução da ansiedade da criança. Parece que a presença materna é fundamental para ajudar a superar a ansiedade na criança e isso pode ser explicado por diferenças culturais entre os papéis dos dois pais.

O aumento da ansiedade parental pode aumentar a ansiedade infantil e prolongar a indução anestésica, gerando interações entre a criança e os pais ou pessoa significativa (PS). Existe uma relação direta entre a ansiedade da PS e a ansiedade da criança. Ou seja, se a PS ficar mais ansiosa, a criança fica mais ansiosa; se a criança ficar menos ansiosa, a PS fica menos ansiosa, e vice-versa.

### **1.3.3. Acompanhamento da criança/jovem no período pós-operatório**

Talbot (2010) refere que 50 a 75% das crianças submetidas a cirurgia experienciam medo e ansiedade significativa no pré-operatório. As crianças estão mais suscetíveis ao *stress* cirúrgico devido à sua dependência de outra pessoa, falta de autocontrolo, experiência de vida limitada e pouca ou nenhuma compreensão do sistema de cuidados de saúde. Como referido anteriormente, esta ansiedade pode ter efeitos a curto e longo prazo no pós-operatório, como agitação psicomotora, difícil gestão e controlo da dor no pós-operatório imediato, o aumento da angústia e sofrimento na fase da recuperação, pesadelos, ansiedade de separação, distúrbios alimentares e enurese noturna. Pode também provocar uma experiência traumática e, conseqüentemente, aumento exponencial do medo e ansiedade aquando da presença em meio hospitalar.

No período pós-operatório, o enfermeiro perioperatório apenas consegue realizar a prevenção terciária do modelo de sistemas de Neuman, quando a pessoa se adapta e reeduca de modo a recuperar ou manter a estabilidade ou equilíbrio (Tomey & Alligood, 2004). Ou seja, neste momento, face aos agentes geradores de *stress* existentes, a

criança/jovem e acompanhante precisam adaptar-se de modo a atingir um estado de equilíbrio ou de harmonia.

A ansiedade e a gestão de controlo da dor no período pós-operatório podem ser beneficiadas com o acompanhamento da criança pela PS. O facto de a criança estar junto da PS logo após a intervenção cirúrgica transmite segurança e sentimentos de conforto. Aliado à distração é uma excelente ferramenta de modo minimizar todos os aspetos negativos de uma hospitalização.

A presença dos pais ou pessoa significativa junto da criança/jovem durante o internamento e o respectivo acompanhamento no bloco operatório e recobro promove um ambiente seguro, diminui a ansiedade da criança/jovem e transmite segurança e tranquilidade (OE, 2011).

A negociação da presença dos pais durante os procedimentos deve ser encorajada sempre que possível, uma vez que os pais representam segurança, proteção e conforto para a criança. Quando estes são incluídos nos cuidados aos filhos, como suporte e criadores de experiências de distração e controlo ativo da dor, entendem que estão a contribuir para a recuperação do seu filho, o que lhes proporciona maiores reservas emocionais para os apoiarem (Barros, 2003). Contudo, é importante, avaliar individualmente cada família, prevenindo a separação, mas também atender às suas necessidades.

#### **1.3.4. Estratégias de minimização do *stress* cirúrgico**

O facto de a criança/jovem estar acompanhado pela pessoa significativa minimiza os aspetos negativos e geradores de ansiedade, medo e *stress*, no entanto existem outras estratégias que podem ser utilizadas como seu complemento.

Lee, Chui & Gin (2003) concluíram que a distração por vídeo reduz mais a ansiedade do que a presença do acompanhante enquanto esperam para entrar na sala operatória e no momento da separação. Eles defendem que a distração por vídeo faz com que as crianças ignorem o ambiente não familiar e criem um mundo imaginário familiar, enquanto a presença dos pais simplesmente alivia a angústia associada à separação parental. Estudos prévios

demonstraram que o acréscimo de vídeo apropriado à idade proporcionou maior redução da ansiedade do que as técnicas de distração convencional ou controlo em crianças acompanhadas pelos pais durante a indução da anestesia geral. No entanto, esta distração é mais eficaz em aliviar a ansiedade aquando da separação parental do que no momento da indução anestésica, ou seja, é importante para distrair a criança nalguns momentos, mas não quando ela está prestes a adormecer, neste momento a criança preferiu a presença da PS e mostrou menos ansiedade devido à sua presença.

Lee, Chui & Gin (2003) demonstraram que em crianças em idade pré-escolar acompanhadas, o grupo de distração de desenhos animados mostrou menos alterações nos níveis de ansiedade na separação dos pais em comparação com o grupo de controlo (que não visualizou desenhos animados). Em contraste, a adição da distração por vídeo não proporcionou benefício adicional na redução da ansiedade de separação em crianças com a presença dos pais.

A literatura é extensa e contraditória, pois não se podem comparar estudos com crianças com idades totalmente diferentes e pressupostos diferentes. Apesar de tudo, após estudar esta temática, concluímos que o ideal é combinar todos os aspetos minimizadores de ansiedade de modo a proporcionar a melhor experiência anestésico-cirúrgica possível, tanto para a criança como para o seu acompanhante.

Assim, a criança/jovem e família (acompanhante/PS) devem receber informação sobre preparação pré-operatória, adequar estratégias (farmacológicas e não farmacológicas) de distração nos vários momentos, adequar o comportamento na indução anestésica e no pós-operatório.

## 2. METODOLOGIA DE PROJETO

Ferrito, Nunes, & Ruivo (2010) considera que quando se desenvolve um projeto no contexto de cuidados de saúde deve-se realizar uma análise integrada das necessidades da população, na perspetiva de desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa, promover a capacidade, motivação e autonomia da população.

Assim sendo, para dar sustentação à realização deste trabalho tivemos por base a metodologia de projeto que tem como objetivo central a análise e a resolução de problemas em equipa, através de diversas técnicas que permitem a recolha, obtenção e análise de informação, determinando assim as ações a serem adotadas, quando e como devem ser implementadas, respondendo à questão “o que fazer e como fazer” (Ferrito et al., 2010).

No contexto de estágio, através da metodologia de projeto, realizaram-se entrevistas semiestruturadas à enfermeira gestora e ao diretor do bloco operatório, e foi realizada a análise SWOT de modo a definir o problema e fazer um diagnóstico de situação. Este método de análise foi utilizado pois permitiu reforçar a necessidade do projeto com o tema “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório” referidos pela enfermeira gestora e diretor do BO e auxiliou na investigação do diagnóstico de situação perante a equipa de enfermagem que trabalha no local de estágio, através da análise dos aspetos positivos e negativos deste projeto, bem como o que pode ser realizado de modo a ser possível a sua implementação.

O diretor do serviço de Anestesiologia e Bloco Operatório e a Enfermeira Gestora do Bloco Operatório concederam-nos autorização para a elaboração deste projeto, bem como para a execução das atividades planeadas.

Serão abordadas de seguida as etapas realizadas ao longo do período de estágio: o diagnóstico de situação e identificação do problema, o planeamento das atividades, a execução das atividades planeadas e a avaliação e discussão dos resultados.

## 2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Esta problemática surgiu no âmbito do exercício profissional enquanto enfermeira no bloco operatório com o intuito de contribuir para a qualidade dos cuidados prestados à criança submetida a intervenção cirúrgica e otimização da gestão dos cuidados de saúde. Os enfermeiros, como parte integrante da equipa do bloco operatório, são elementos fundamentais no cuidado à criança e família no período perioperatório.

Indo ao encontro do supramencionado e após termos identificado a problemática em estudo, mais concretamente a identificação e validação do problema ao qual pretendemos dar resposta foi importante definir o método de análise do mesmo, sendo que decidimos utilizar como instrumento a análise *SWOT*.

O método de Análise *SWOT* é uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional (Ferrito et al, 2010).

A análise *SWOT* (*Strengths* – Forças; *Weaknesses* – Fraquezas; *Opportunities* - Oportunidades e *Threats* – Ameaças) subdivide-se em ambiente interno (forças e fraquezas) e ambiente externo (oportunidades e ameaças), permitindo desta forma identificar pontos de melhoria, estabelecer metas e introduzir ações de melhoria da qualidade dos cuidados (Daychoum, 2016).

Para a realização da análise *SWOT* recorreremos a informações que foram extraídas da prática diária através da observação das intervenções da equipa multidisciplinar, especialmente da equipa de enfermagem relativamente à problemática em estudo e que foram de extrema importância para estabelecer as forças internas e externas da equipa, bem como oportunidades e ameaças.

As forças dizem respeito a fatores internos da organização que movem a equipa em direção ao sucesso (Daychoum, 2016; Fine, 2010).

As oportunidades são os aspetos positivos da organização e que influenciam positivamente a equipa, sendo que não existe um controlo sobre a atuação. Deste modo, determinar as oportunidades da equipa implica também refletir sobre a conjuntura no âmbito político, económico, social e demográfico procurando estabelecer uma correlação do ambiente externo com a própria equipa (Daychoum, 2016; Fine, 2010).

As fraquezas estão relacionadas com as desvantagens internas da organização e com aquilo que a equipa perceciona como uma desvantagem ou como algo que não

funciona corretamente e nas quais se podem introduzir melhorias (Daychoum, 2016; Fine, 2010).

As ameaças são aspetos negativos do ambiente externo com potencial de comprometer o sucesso do projeto na organização (Daychoum, 2016). As ameaças, ao contrário das oportunidades, são forças externas ao ambiente da equipa e que podem influenciar negativamente a mesma. Sempre que se identificam ameaças estas devem ser consideradas uma preocupação uma vez que pode influenciar a interação entre os membros da equipa mas também condicionar negativamente os resultados do trabalho desenvolvido.

No quadro seguinte (Quadro 1) apresentamos resumidamente os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades e a ameaça, resultados obtidos após observação e análise da entrevista semiestruturada ao diretor do Bloco Operatório e Enfermeira Gestora, e após conversas informais com a equipa de anestesia, de enfermagem e de assistentes operacionais que exercem funções no recobro de ambulatório, UCPA e salas operatórias.

<b>PONTOS FORTES (S)</b>	<b>PONTOS FRACOS (W)</b>
<p><b>S1</b> – Recomendação da implementação do projeto devido ao despacho de 2 de Agosto de 2017</p> <p><b>S2</b> – Equipa do recobro de ambulatório e UCPA já permitem o acompanhamento da criança pela pessoa significativa</p> <p><b>S3</b> – Equipa de anestesia especialista em pediatria é pequena e concorda com a presença da pessoa significativa no período perioperatório</p> <p><b>S4</b> – Equipa de enfermagem frequente na pediatria é pequena e concorda com o projeto</p>	<p><b>W1</b> – Resistência à mudança por parte da equipa multidisciplinar</p> <p><b>W2</b> – Difícil esquematização dos circuitos corretos seguindo as recomendações da DGS</p> <p><b>W3</b> – Falta de consulta ou visita de enfermagem para preparação da criança e família</p> <p><b>W4</b> - Desmotivação dos profissionais</p>
<b>OPORTUNIDADES (O)</b>	<b>AMEAÇAS (T)</b>
<p><b>O1</b> – Cultura organizacional direcionada para melhoria contínua da qualidade e segurança da pessoa</p> <p><b>O2</b> – Recomendação da implementação do projeto devido ao despacho de 2 de Agosto de 2017</p>	<p><b>T1</b> - Dificuldade de aceitação do projeto por parte de alguns profissionais</p> <p><b>T2</b> - Decisão final cabe ao anestesiolologista da sala operatória</p>

Quadro 1 - Análise dos Fatores como Forças Internas e Externas

De acordo com o quadro dos fatores como forças internas e externas, e após análise dos pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças foi difícil identificar intervenções específicas para promover o acompanhamento da criança no período perioperatório. O facto de enumerar os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças deu-nos uma ótima perspetiva do que seria necessário ter em conta para o sucesso da implementação do

projeto, no entanto, de modo a ultrapassar as condicionantes implícitas, foi necessário providenciar estratégias que dessem resposta a todos esses pontos.

No quadro seguinte (Quadro 2) explicamos a relação encontrada entre as forças e as fraquezas, bem como as oportunidades e as ameaças, identificando intervenções específicas e claras de modo a atingir o objetivo geral: implementar um projeto de atuação relativamente à importância do acompanhamento da criança no período perioperatório, ou seja, permitir e promover o acompanhamento da criança no período perioperatório pela pessoa significativa de modo a minimizar ansiedade e trauma na criança e família neste momento tão vulnerável das suas vidas.

		ANÁLISE INTERNA	
		FORÇAS (S)	FRAQUEZAS (W)
ANÁLISE EXTERNA	OPORTUNIDADES (O)	<p>Elaborar uma Instrução de Trabalho relativa ao “acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório” de forma a uniformizar as intervenções de enfermagem</p> <p>Realizar ações de formação nos serviços afetos ao projeto</p>	<p>Descrever novos circuitos de passagem da zona de transfer in e recobro de ambulatório para a sala operatória e de regresso ao recobro ou sala de espera</p> <p>Envolver no projeto outras unidades do hospital que prestam cuidados à criança no período perioperatório (serviço de internamento, UCPA e ambulatório)</p> <p>Capacitar a criança e família para o período perioperatório</p> <p>Motivar os profissionais para a importância do acompanhamento da criança durante o período perioperatório</p>
	AMEAÇAS	<p>Englobar e alertar as chefias para a importância de implementar este projeto</p>	<p>Incentivar as equipas para a importância de implementar este projeto de modo a promover a melhoria dos cuidados prestados à criança e família no período perioperatório</p>

Quadro 2 – Matriz de relação SWOT

Aquando da verificação de alguma problemática que precisa ser alterada, aperfeiçoada ou implementada, inconscientemente ponderamos os pontos fortes e fracos do contexto e o que podemos fazer para os potenciar e ultrapassar respetivamente. Com a utilização da metodologia de projeto foi mais fácil realizar o diagnóstico de situação e explicar à enfermeira gestora do serviço as razões para a implementação deste projeto através de argumentos indiscutíveis e fiáveis. A Prática Baseada na Evidência realmente faz a diferença, auxilia na argumentação e justificação do porquê de determinadas atitudes e

intervenções de enfermagem. A análise *SWOT*, através da enumeração das Forças e Oportunidades auxilia bastante no controlo e melhoria das Fraquezas e Ameaças, o que permite uma adequada e informada consciencialização da problemática em estudo, bem como das intervenções necessárias para otimizar e colocar em prática este projeto.

A análise *SWOT* forneceu uma orientação estratégica útil capaz de potencializar o planeamento em enfermagem. À medida que se implementa a estratégia é preciso rastrear os resultados e monitorizar os novos desenvolvimentos nos ambientes interno e externo. No entanto pode-se esperar que o ambiente certamente mude e, quando isso ocorrer, será necessário rever a implementação, programas, estratégias ou até objetivos. É preciso rever a matriz regularmente à medida que o ambiente de trabalho interno e/ou externo muda. Assim, como primeiro passo deve-se eliminar os pontos fracos em áreas onde existem riscos e fortalecer os pontos fortes a fim de aproveitar ao máximo as oportunidades identificadas.

## 2.2. PLANEAMENTO

O planeamento engloba um plano detalhado do projeto constituído pela construção de um cronograma onde constem as atividades programadas, as estratégias, os meios e os recursos a utilizar, utilizando uma calendarização de previsão e de realização.

Os meios consistem nos recursos humanos, técnicos, materiais e financeiros utilizados para realizar as atividades propostas.

As estratégias referem-se à utilização dos meios, ou seja, é através das estratégias que as tarefas ou plano de ação são concretizados.

No quadro seguinte estão descritos os objetivos específicos a que o projeto pretende dar resposta, bem como as atividades e estratégias a realizar de modo a atingir os objetivos propostos.

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver
Elaborar uma instrução de trabalho sobre “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório”	Elaboração de proposta para a criação de novos circuitos de passagem (para a pessoa significativa): - da zona de transfer in e recobro para a sala operatória - de regresso ao recobro ou sala de espera, consoante a criança esteja internada ou em regime de ambulatório Aferição de condições estruturais de modo ao acompanhante poder trocar de roupa antes de entrar no BO Realização de Revisão Integrativa da Literatura
Envolver no projeto outras unidades do hospital que prestam cuidados à criança no período perioperatório	Realização de ações de formação de modo a facilitar a integração das unidades com elo de ligação à equipa do BO Realização de reuniões multidisciplinares de modo a motivar os profissionais para a importância do acompanhamento da criança durante o período perioperatório
Capacitar a criança e família para o período perioperatório	Elaboração de folheto informativo destinado à criança e família Elaboração de um <i>poster</i> informativo a afixar nos locais necessários Realização de ensinamentos sobre o acompanhamento no pré-operatório, na sala operatória e no pós-operatório

Quadro 3 - Estratégias desenvolvidas face aos objetivos propostos

Nos apêndices do trabalho poderão ser visualizados o cronograma do projeto de estágio (Apêndice I), bem como os documentos facultados pela ESS/IPS onde estão descritos o problema/diagnóstico de situação e o planeamento do projeto (Apêndices II e III), em maior detalhe.

## 2.3. EXECUÇÃO

A fase da execução é uma etapa que comporta muitas expectativas no que concerne à aprendizagem, desenvolvimento de competências e, também, capacidade de resolução de problemas (Nunes et al, 2010).

Nesta etapa são colocadas em prática as atividades e estratégias planeadas na etapa do planeamento de modo a concretizar na prática o projeto de implementação delineado, de acordo com os meios e os recursos disponíveis.

Assim, ao longo do período de estágio foram realizadas várias atividades de modo a dar resposta aos objetivos propostos.

Realizámos um folheto informativo para a criança e seu acompanhante que descreve o que é necessário a criança e acompanhante saberem sobre o período perioperatório, o que podem fazer de modo a minimizar a ansiedade e medos da criança e o que o hospital providencia de modo a proporcionar a melhor experiência possível da criança que será submetida a cirurgia (disponível no Apêndice VI). Ainda não foi decidido onde e por quem o folheto informativo será entregue.

Por exemplo, são abordados vários temas importantes que possam suscitar dúvidas ou receios, quer à criança, quer ao acompanhante. Por exemplo:

✓ **O que pode provocar ansiedade na criança/jovem:**

- Local estranho
- Pessoas estranhas e de farda
- Saber que vai ser operado
- Medo de técnicas invasivas
- Medo de ficar longe do acompanhante

✓ **Como proporcionar uma boa experiência:**

- A criança/jovem será informada sobre o que vai acontecer
- Pode brincar com brinquedos do serviço ou dela, fazer desenhos, distrair-se com novas tecnologias que leve consigo
- Pode levar o brinquedo preferido para a sala operatória, depois de higienizado
- A criança/jovem pode estar junto da pessoa significativa:
  - antes da cirurgia,
  - no percurso até à sala operatória,
  - na sala operatória até adormecer,
  - no recobro após a cirurgia.

✓ **Como acompanhar a criança/jovem e minimizar a sua ansiedade:**

- Será informado sobre o que vai acontecer
- Serão esclarecidas dúvidas e receios

- Pode colaborar sempre que solicitado pelo profissional de saúde (ajudar a tomar a pré-medicação e no momento das técnicas invasivas, por exemplo)
- Pode distrair a criança/jovem, brincar, sorrir, dizer piadas, ler uma história, jogar um jogo
- Irá vestir uma farda descartável, touca e sapatos de proteção para entrar na sala operatória
- No percurso até à sala operatória deve acompanhar a criança/jovem e focar-se apenas nela para a ajudar.

Realizámos também um *poster* informativo que será afixado nos locais necessários, internamento de pediatria, cirurgia de ambulatório e recobro. Este *poster* é um resumo do poster e foca nas atividades que o acompanhante pode realizar com a criança de modo a minimizar a sua ansiedade e os seus medos do ambiente estranho, e por vezes desconhecido, que o rodeia quando é hospitalizado (Apêndice VII).

Realizámos ainda uma instrução de trabalho que descreve o procedimento a realizar quando a PS acompanha a criança até à sala operatória para o momento da indução anestésica, bem como o circuito do percurso que o acompanhante realizará junto com a criança desde a entrada do *transfer in* (seja da proveniência do internamento como da cirurgia de ambulatório) até à sala operatória e o percurso inverso após a indução anestésica.

Resumidamente, a pessoa signfica (mãe/pai/pessoa significativa) da criança/jovem proveniente do internamento deve ter conhecimento dos seus direitos e deveres. Tem direito a acompanhar a criança/jovem de acordo com o Despacho n.º 6668/2017 do Diário da República, 2.ª Série – n.º 148 – 2 agosto 2017, caso seja esse o seu desejo e haja autorização do anestesiológista que estará na sala operatória.

A pessoa significativa deve ser informada da possibilidade de acompanhar o seu familiar à sala operatória até ao momento do início da indução anestésica; ser informado que o seu dever é acompanhar o seu familiar de modo a reduzir o medo e a ansiedade, e não a exponenciar esse medo e ansiedade; tem direito a decidir se acompanha ou não a criança/jovem; o adolescente pode decidir se é acompanhado ou não pela mãe/pai ou outra pessoa significativa; deve vestir indumentária própria (protetores de sapatos, touca e indumentária descartável) antes da entrada no *transfer in* e desinfetar as mãos com solução alcoólica:

- Proveniente do internamento: a pessoa significativa é acompanhada até ao wc (cacifos existentes no wc) para trocar de roupa e depois acompanha a criança/jovem até à sala operatória;
- Proveniente do ambulatório: a pessoa significativa acompanha a criança/jovem até à sala operatória, já vestido com a indumentária adequada.

A pessoa significativa deve manter-se junto do seu familiar, evitando contato com outros clientes de modo a garantir a sua privacidade durante o percurso até à sala operatória; na sala operatória deve manter-se junto do seu familiar e ser esclarecido sobre os procedimentos que irá observar; após a criança/jovem adormecer a pessoa significativa é acompanhada pela assistente operacional até à saída do bloco operatório onde trocará de roupa:

- Proveniente do internamento: a pessoa significativa é acompanhada até ao wc (cacifos existentes no wc) para trocar de roupa e depois o assistente operacional do *transfer in* encaminha até à sala de espera;
- Proveniente do ambulatório: é acompanhado pela assistente operacional da sala até ao recobro de ambulatório.

Após a criança/jovem chegar à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e serem prestados os cuidados necessários pela enfermeira, a assistente operacional informa o acompanhante que pode permanecer junto da criança/jovem, não podendo trocar de lugar com outra pessoa; na UCPA o acompanhante vestirá a indumentária adequada (touca, sapatos e bata descartável).

A entrada do acompanhante na sala operatória está condicionada à decisão do anestesiológico da sala operatória.

Foi realizada uma ação de formação em serviço no Bloco Operatório Central do Hospital de Lisboa e Vale do Tejo de modo a apresentar o projeto, a instrução de trabalho, o folheto e o poster informativo. No entanto ainda não foi realizada a ação de formação no serviço de internamento de pediatria.

Aguardamos a aprovação final institucional para a efetiva implementação do projeto.

## 2.4. AVALIAÇÃO/DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A avaliação de um projeto pode ser dividida em duas partes, a avaliação intermédia (realizada em simultâneo com a execução do projeto) e a avaliação final (ou seja, avaliação do processo e produto do projeto), tal como afirmam as autoras Nunes et al (2010). Desta forma, a avaliação feita ao longo da execução do trabalho permitiu realizar algumas alterações, tanto da fase do planeamento como da própria execução, como por exemplo o aperfeiçoamento do folheto informativo e do questionário de avaliação da satisfação dos clientes.

Uma vez que o projeto ainda não foi implementado, não possuímos resultados finais, após a implementação, para discutir ou apresentar. No entanto, consideramos pertinente referir que toda a equipa de enfermagem e multidisciplinar está mais desperta para esta problemática e pretendem promover o acompanhamento da criança/jovem sempre que possível.

Após a implementação do projeto, caso haja necessidade, poderá ser revista a instrução de trabalho e será realizado um *follow up* de modo a perceber se as crianças e seus acompanhantes se sentiram menos ansiosos e se foi benéfico o acompanhamento da criança pela PS em todos os momentos do período perioperatório.

### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O local de estágio é o contexto onde o estudante ou profissional realiza um horário de formação, observação ou prática de cuidados, tendo como apoio um tutor no contexto de estágio e um tutor ou orientador da escola que frequenta.

O estágio de prestação clínica teve a duração de 360 horas, 124 horas no 2º semestre (de 7 de Maio a 30 de Junho de 2018) e 236 horas no 3º semestre (24 de Setembro de 2018 a 31 de Janeiro de 2019).

O local de estágio onde foram realizadas grande parte das horas de estágio foi o serviço de Bloco Operatório Central de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, no entanto, foram realizados dois dias de observação num Bloco Operatório de um Hospital Pediátrico de modo a compreender a importância do acompanhamento da criança/jovem por parte da mãe, pai ou pessoa significativa ao longo de todo o percurso da experiência cirúrgica.

#### **3.1. ESTÁGIO NO BLOCO CENTRAL DE UM HOSPITAL DE LISBOA E VALE DO TEJO**

O estágio decorreu no Bloco Operatório Central de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, de 7 de Maio de 2018 a 31 de Janeiro de 2019, num total de 360 horas de prestação clínica, divididas em dois momentos.

No 2º semestre foram realizadas 124 horas de estágio, cumpridas integralmente no Bloco Operatório, divididas entre período de pesquisa bibliográfica, entrevista com enfermeira gestora e diretor clínico, realização do projeto de estágio e prestação clínica com prática de cuidados de enfermagem perioperatória, realizando maioritariamente funções de enfermeira circulante e instrumentista na especialidade cirúrgica de urologia.

A opção pelo estágio da prestação clínica no âmbito da especialidade cirúrgica de urologia deveu-se ao facto de ser uma área de interesse pessoal, com necessidade de adquirir conhecimentos e competências práticas visto que houve uma evolução significativa desta especialidade com a introdução de novas cirurgias e abordagens cirúrgicas. Há alguns anos, por realizar funções de enfermeira circulante, foi necessário a dedicação maioritariamente à circulação e instrumentação de duas novas especialidade cirúrgicas no BO, oftalmologia e otorrinolaringologia, bem como na gestão e organização de instrumentais cirúrgicos e realização de listagens de materiais consumíveis.

Apesar de realizar função de enfermeira de anestesia em todas as especialidades cirúrgicas existentes no serviço (cirurgia geral, ginecologia, urologia, ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia e dermatologia) e de enfermeira circulante e instrumentista nas especialidades cirúrgicas de cirurgia geral, ginecologia e dermatologia, a enfermagem Perioperatória não é uma área estanque, assim, tornou-se essencial aprender mais e desenvolver novas competências.

### **3.1.1. Desenvolvimento de Competências no Local de Estágio**

No local de estágio, para além de desenvolver o projeto sobre o “Acompanhamento da criança no período perioperatório”, também procurámos desenvolver competências na especialidade cirúrgica de Urologia pois é uma área cirúrgica em constante evolução, cada vez mais com cirurgias minimamente invasivas e utilização de novas técnicas no HLVT. O facto de exercer funções como enfermeira de anestesia, circulante e instrumentista em várias especialidades cirúrgicas que não a urologia, tornou indispensável o foco desta vertente em contexto de estágio na prestação clínica de cuidados em enfermagem Perioperatória. Assim, sob orientação do enfermeiro tutor, procurou-se adquirir conhecimentos e competências na especialidade cirúrgica de urologia como enfermeira circulante e instrumentista.

Por ser enfermeira Perioperatória há 10 anos e exercer funções de enfermeira de anestesia em todas as especialidades cirúrgicas existentes no contexto de trabalho (Cirurgia geral, Ginecologia, ORL, Dermatologia, Oftalmologia Urologia e Ortopedia) e também na

terapia eletroconvulsivante (Psiquiatria) e funções de enfermeira circulante e instrumentista em todas as áreas cirúrgicas referidas anteriormente, exceto na Urologia e na Ortopedia, apesar de já ter realizado funções de enfermeira circulante nestas áreas há alguns anos atrás (foi necessário o foco noutras áreas cirúrgicas por carência do serviço), tornou-se pertinente adquirir novas competências em novas especialidades cirúrgicas.

Assim, ao longo do estágio resolvemos rever e reaprender algumas competências de enfermeira circulante e adquirir competências na instrumentação da especialidade de Urologia.

Foram muitos os dias de estágio em que acompanhámos o enfermeiro orientador nestas funções, bem como duas enfermeiras peritas em circulação e instrumentação na urologia, e todo o conhecimento transmitido por eles e o modo como explicaram todos os passos e todos os pressupostos associados a esta dinâmica, foi bastante enriquecedor.

Os clientes submetidos a cirurgia urológica são muito variados: crianças submetidas a circuncisão ou plastia do freio, adultos e idosos submetidos a resseções transuretrais da bexiga (homens e mulheres) ou da próstata, colocação de *stent* ureteral (homens e mulheres) com ou sem ureterolitoextração, orquidectomia, hidrocelectomia, nefrostomia, nefrectomia por laparotomia, nefrectomia parcial por laparoscopia, prostatectomia radical por laparotomia, prostatectomia por laparoscopia, cistectomia por laparotomia...

Foi gratificante redescobrir este mundo e esta especialidade. Os enfermeiros, circulante e instrumentista, devem preparar tudo o que é necessário para cada cirurgia (instrumental cirúrgico, consumíveis, equipamentos, disposição na sala operatória), saber os passos da cirurgia, antecipar necessidades e prestar cuidados de enfermagem humanizados e de qualidade ao cliente cirúrgico do foro urológico, assegurando a sua segurança e conforto.

Este estágio já se mostrou muito útil aquando da instrumentação da especialidade cirúrgica de Ginecologia devido à semelhança de instrumentos (por exemplo da ressetoscopia) e em caso de complicações relacionadas com a bexiga ou ureteres devido ao conhecimento da anatomia e passos cirúrgicos (das intervenções realizadas na urologia) e dos instrumentos cirúrgicos diferentes até agora desconhecidos. Sentimo-nos muito mais capazes e seguras e neste tipo de cirurgias e complicações pois pudemos antever passos e antecipar necessidades em momentos de grande tensão.

### 3.1.2. Caracterização do espaço físico

O Hospital é recente e é composto por 7 pisos. O Bloco Operatório Central localiza-se no piso 2, na ala Norte, perto das Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios (C e D). O BO engloba o serviço de Anestesiologia, Recobro de Fase 1 (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos), recobro de Cirurgia de Ambulatório e Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos, que neste momento funciona como serviço de acolhimento ao cliente cirúrgico da cirurgia convencional programada. Esta unidade tem capacidade máxima para 6 camas e respetivas monitorizações, com cortinas individuais de modo a permitir a privacidade.

Uma enfermeira e uma assistente operacional, de segunda a quinta-feira, das 8 às 17 horas, recebem os clientes referidos nos planos operatórios da cirurgia programada das várias especialidades cirúrgicas. A enfermeira realiza o acolhimento, realiza todas as questões pertinentes, explica todos os procedimentos, esclarece dúvidas, coloca soroterapia e realiza os registos informáticos. Aquando da transferência do cliente para o BO realiza o *Handover* via telefónica para a enfermeira de anestesia de cada sala operatória.

Figura 1 – Localização do Bloco Operatório Central no piso 2 (Fonte: Regulamento do BO)

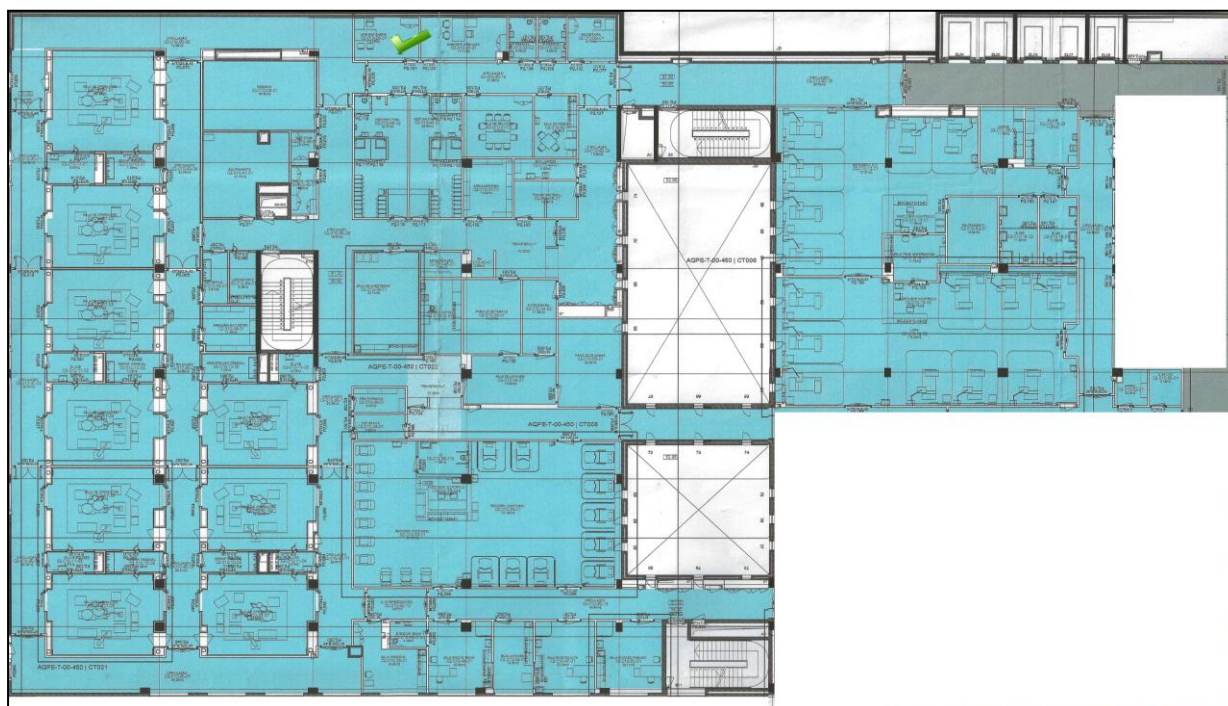


O BO possui um corredor de entrada com acesso controlado. À entrada situa-se o gabinete da secretária de unidade. A partir deste ponto é necessário utilizar proteções de sapatos pois apesar de ser uma zona livre, é uma zona comum distribuída por várias salas: sala de refeições (onde os profissionais podem realizar as suas refeições), sala de reuniões, casas-de-banho feminina e masculina, gabinete da enfermeira gestora, sala dos computadores (onde são realizados os registos informáticos médicos/cirúrgicos dos clientes) e vestiários, masculino e feminino.

Após este espaço todos os corredores são zonas semi-restritas, ou seja, é necessária indumentária própria e específica: socos, roupa de bloco operatório verde ou descartável (azul escura) e touca para cabelo.

Em baixo, na Figura 2, está a planta do BO, recobro e UCPA. Resumidamente, existe a zona do transfer in onde os clientes dão entrada no BO, a sala de receção de material consignado, a sala de arrumos de carros de transporte de material, a sala de consumíveis estéreis, a sala de consumíveis não estéreis, o gabinete do responsável do armazém do BO, a sala de indução anestésica, o laboratório (onde se preparam as peças cirúrgicas em contentores para posterior envio para o serviço de anatomia patológica), a sala dos instrumentais cirúrgicos estéreis, a sala de limpos/sujos (lavagem e desinfeção das almofadas de gel e edredons e máquina de arrastadeiras), sala de lavagem e desinfeção de socos, sala de arrumos de material e equipamento elétrico [carregadores dos motores de ortopedia, seringas infusoras, aquecedores de soros e dispositivos de monitorização para anestesia (BIS e TOF), consolas de electrocirurgia, consolas de laser, consolas de artroscopia e ressetoscopia, etc.], farmácia (medicação, soros e líquidos de lavagem e desinfeção), sala “dos frios” (sala onde existe o cofre de armazenamento dos estupefacientes, com chave própria e frigoríficos onde está armazenada toda a medicação que necessita de frigorífico), estas duas salas têm um suporte com código à entrada pois as chaves da porta ficam aqui guardadas para controlo de entradas; sala de contentores de resíduos e 9 salas operatórias. Apenas uma sala se encontra desativada pois é utilizada como sala de armazenamento dos microscópios de ORL e oftalmologia, dos equipamentos e ventiladores suplentes de anestesia.

Figura 2 – Planta do Bloco Operatório Central (Fonte: Regulamento do BO)



Todas as salas, exceto a sala 9, dividem uma sala de desinfecção e sala de sujos, comum entre elas, assim como o corredor de entrada dos clientes. Todo o corredor em redor das salas operatórias possui carros de armazenamento de consumíveis específicos para cada especialidade cirúrgica, carros de preparação de materiais cirúrgicos para cada sala operatória, os *trolleys* de laparoscopia e endoscopia e carros de preparação de suportes de braço, perneiras, apoios laterais e outros, para cada sala operatória.

O recobro de ambulatório tem 10 camas e 10 cadeirões com respetivos aparelhos de monitorização, destinados à recuperação de fase 1 e 2 dos clientes operados em regime de ambulatório.

A UCPA tem 9 espaços com respetiva monitorização, destinado à recuperação pós-anestésica de fase 1 dos clientes operados em regime de internamento ou de urgência.

### **3.1.3. Caracterização da constituição da equipa**

Anualmente é realizada a atualização da informação relativa aos elementos constituintes da equipa do Bloco Operatório pela enfermeira adjunta do BO. Existe um documento informático onde estão descritos os nomes e idades dos enfermeiros, o seu grau académico, realização de pós-graduação, mestrados e cursos de especialização, anos de experiência profissional no BO do HLVT e outra experiência profissional. Através da consulta desse documento, após autorização da enfermeira gestora e conversa com o enfermeiro orientador, foi possível compreender o funcionamento da equipa na sala operatória ao conhecer as funções que os vários elementos realizam consoante as especialidades cirúrgicas.

O BO é constituído por uma equipa multidisciplinar de enfermeiros e assistentes operacionais distribuídos pelos serviços específicos onde exercem funções (Gráfico 1). O serviço de Esterilização é gerido pela enfermeira responsável. A equipa do recobro de ambulatório e UCPA é única e constituída por 10 enfermeiras. A equipa maior é a equipa das salas operatórias do BO, sendo constituída por 1 enfermeira gestora, 1 enfermeira adjunta (que também exerce funções nas salas operatórias quando necessário) e 44 enfermeiros.

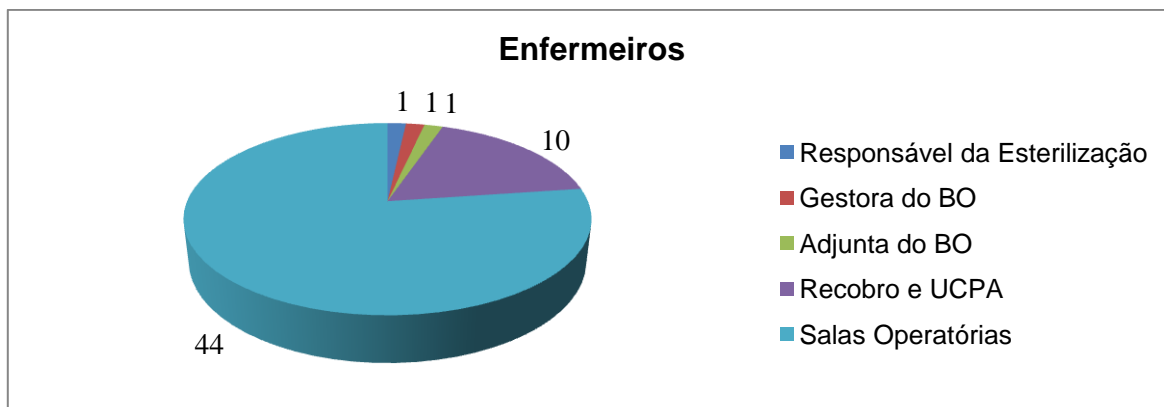


Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros por funções e local de trabalho

Dos 44 enfermeiros que prestam cuidados nas salas operatórias, 19 só fazem horário das cirurgias programadas, das 8 às 19 horas; 10 só fazem turnos de urgência (das 8 às 20 horas e das 20 às 8 horas, turnos de 12 horas por preferência dos profissionais) e 15 enfermeiros realizam rotatividade de turnos entre as cirurgias programadas e os turnos de urgência, conforme necessidade do serviço.

Diariamente são sempre 3 os enfermeiros por sala operatória, cumprindo uma das recomendações da AESOP relativamente à dotação segura da sala operatória, um enfermeiro de anestesia, um enfermeiro circulante e um enfermeiro instrumentista.

Em cada turno da urgência existe um enfermeiro circulante, um enfermeiro de anestesia e um enfermeiro instrumentista, todos com experiência na sua função em todas as especialidades cirúrgicas existentes. Na distribuição diária das salas operatórias das cirurgias programadas, realizada pela enfermeira adjunta e autorizada pela enfermeira gestora, os enfermeiros são distribuídos de acordo com as suas áreas de conhecimento e competência nas funções respetivas e especialidade cirúrgica adjacente. Por exemplo, na sala de cirurgia geral, o enfermeiro instrumentista tem de saber instrumentar a especialidade de cirurgia geral; o enfermeiro circulante tem de saber circular e o enfermeiro de anestesia tem de saber as suas funções de anestesia nesta especialidade.

Apenas 5 enfermeiros não realizam funções de anestesia (apenas realizam funções de enfermeiro circulante e instrumentista), 3 apenas realizam funções de enfermeiro de anestesia (encontram-se atualmente em integração na função de enfermeiro circulante); 16 ocupam funções de enfermeiro de anestesia e circulante; e 20 enfermeiros realizam as três funções na sala operatória (Gráfico 2).

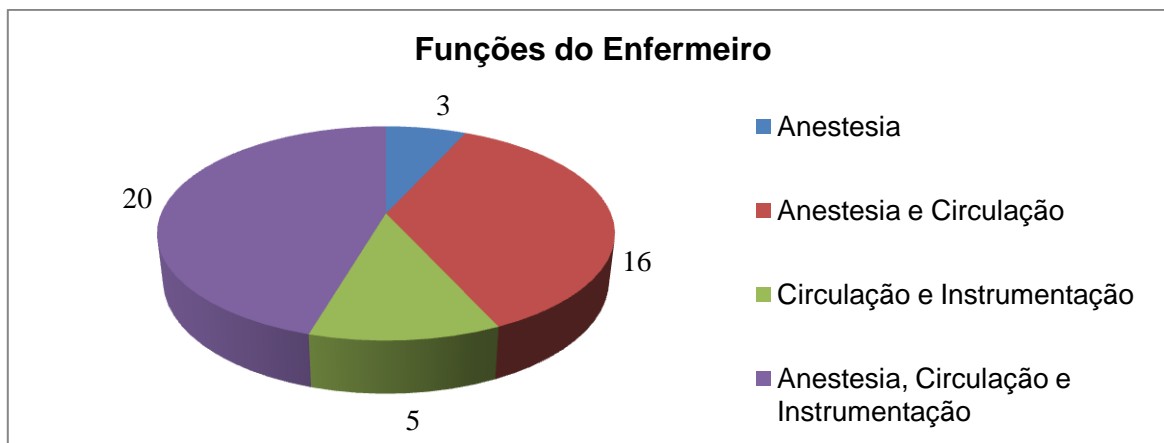


Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros por funções na sala operatória

Todos os 23 enfermeiros instrumentistas instrumentam cirurgia geral, 22 instrumentam também ginecologia, 4 instrumentam urologia, 4 instrumentam ORL, 4 instrumentam oftalmologia e 16 instrumentam ortopedia.

Do total de 16 enfermeiros instrumentistas de ortopedia, 5 apenas realizam turnos diurnos de cirurgia programada, 5 só fazem turnos de urgência e 6 fazem turnos de urgência e de programada conforme necessidade do serviço.

No quadro seguinte os enfermeiros que apenas realizam turnos de urgência não estão contemplados pois não realizam habitualmente a grande maioria das cirurgias programadas e não exercem funções frequentemente em várias especialidades cirúrgicas de cirurgia convencional.

	Cirurgia Geral	Ginecologia	ORL	Oftalmologia	Urologia	Ortopedia
Enfermeiro de Anestesia	31	31	31	31	31	31
Enfermeiro Circulante	31	31	21	26	7	24
Enfermeiro Instrumentista	17	14	4	4	4	11

Quadro 4 – Distribuição dos enfermeiros por funções consoante as especialidades cirúrgicas

Para uma melhor comparação, no gráfico seguinte (Gráfico 3) podemos visualizar o referido no quadro anterior.

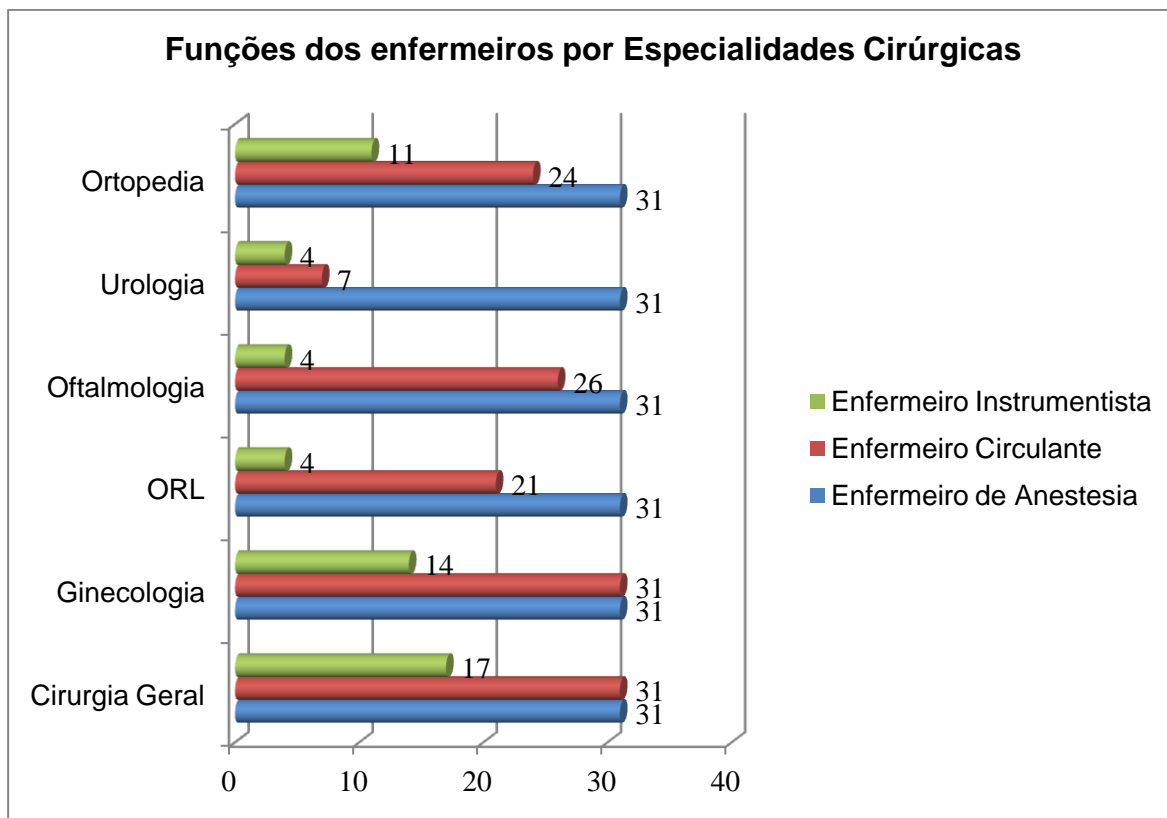


Gráfico 3 - Distribuição dos enfermeiros por funções consoante as especialidades cirúrgicas

No gráfico seguinte (Gráfico 4) é possível visualizar a distribuição de enfermeiros circulantes consoante as especialidades cirúrgicas. Não estão incluídos os enfermeiros que apenas realizam turnos de urgência.

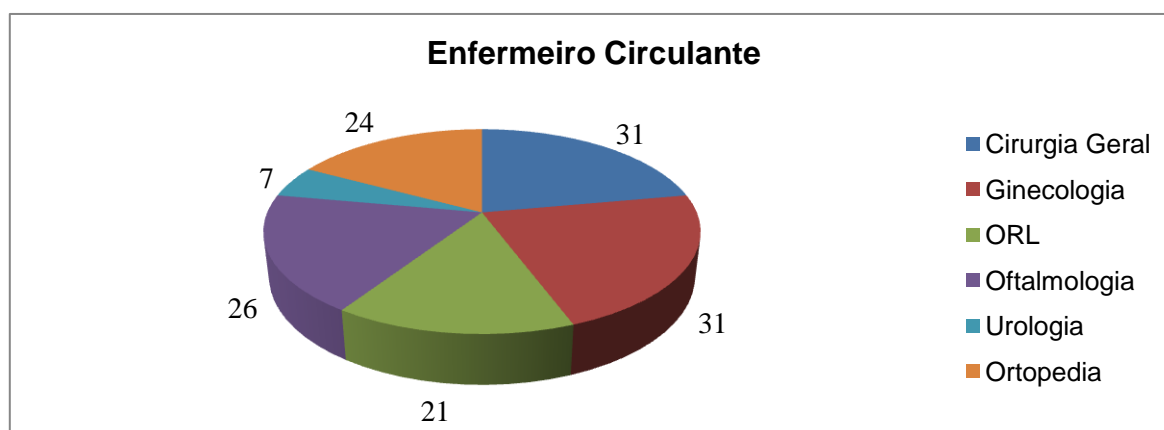


Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros circulantes por especialidade cirúrgica

Relativamente aos enfermeiros instrumentistas, no gráfico 5 podemos verificar a sua distribuição por especialidades cirúrgicas.

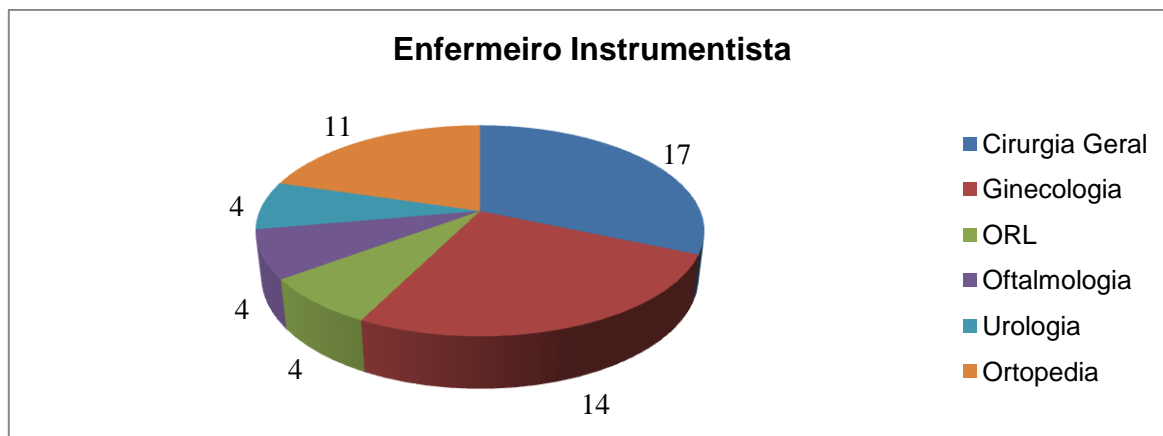


Gráfico 5 – Distribuição dos enfermeiros instrumentistas por especialidade cirúrgica

No local de transfer in existem 2 assistentes operacionais destinados apenas a essa função, não entram no bloco operatório nem vão para salas operatórias. O seu trabalho é ir buscar clientes aos serviços de internamento, acompanhar os pais/pessoa significativa da criança/jovem proveniente do serviço de internamento até à sala de espera da UCPA, levar as peças de anatomia patológica, ir buscar componentes sanguíneos, ir à farmácia buscar medicação que seja necessária ou precise de refrigeração, realizar higienização das camas dos clientes antes de as enviar para a UCPA e realizar higienização das marquesas operatórias após saída das salas operatórias.

Os enfermeiros e assistentes operacionais das salas operatórias são distribuídos diariamente (numa distribuição semanal realizada pela enfermeira adjunta e/ou autorizada pela enfermeira gestora) consoante as salas operatórias que funcionam nesse dia. No quadro abaixo encontra-se a distribuição das especialidades cirúrgicas por sala operatória, e seguindo este esquema, é realizada a distribuição para os enfermeiros, de acordo com as suas funções e outra distribuição para os assistentes operacionais.

No anexo I apresentamos o impresso da distribuição semanal da equipa de enfermagem, por salas operatórias, funções e dias da semana.

Para realizar a distribuição semanal dos enfermeiros de acordo com as suas competências, as enfermeiras adjunta e gestora regem-se pelo quadro seguinte pois sabem quais as especialidades cirúrgicas em cada sala operatória, em todos os momentos da semana (especialidades normalmente convencionais sublinhadas a amarelo, especialidades normalmente de ambulatório sublinhadas a verde).

Sala	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
1	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Urologia
2	Urgência Ortopédica	Urgência Ortopédica	Urgência Ortopédica	Urgência Ortopédica	Urgência Ortopédica
3	Urgência Cirúrgica	Urgência Cirúrgica	Urgência Cirúrgica	Urgência Cirúrgica	Urgência Cirúrgica
4	Cirurgia Geral	Cirurgia Geral	Cirurgia Geral	Cirurgia Geral	Cirurgia Geral
5	Ginecologia	ORL	Ginecologia**	ORL	Ginecologia
			ORL**		
7	Oftalmologia	Ortopedia	Oftalmologia	Oftalmologia	Oftalmologia
8	Cirurgia Geral	Urologia	Ortopedia	Cirurgia Geral Ginecologia**	-
9	Psiquiatria	ORL Oftalmologia**		Oftalmologia*	Psiquiatria
				Dermatologia*	

Quadro 5 – Distribuição das especialidades cirúrgicas pelos dias da semana e salas operatórias

Algumas salas operatórias dividem-se em dois períodos\*, manhã (8h às 13h30) e tarde (13h30 às 19h), a sala 9 funciona sempre das 8h às 14h exceto à quinta-feira (das 8h às 19h) e as salas 4,5 e 7 à sexta-feira também funcionam apenas das 8h às 14h. Noutros dias alternam especialidades cirúrgicas de 15 em 15 dias\*\*, por exemplo à quinta-feira, a sala 8 alterna cirurgia geral de ambulatório com ginecologia de 15 em 15 dias\*\* e a sala 9 alterna ORL e oftalmologia convencional.

Após descrição da constituição da equipa e o modo como é dividida de acordo com as especialidades cirúrgicas e respetivas funções, é também pertinente realizar uma descrição relativamente à experiência académica e profissional dos enfermeiros que exercem funções no bloco operatório central do HLVT.

Como referido no início do capítulo, são 44 os enfermeiros que exercem funções nas salas operatórias. A equipa de enfermagem é maioritariamente feminina, 46 enfermeiras e apenas 9 enfermeiros.

Relativamente à faixa etária, a grande maioria dos enfermeiros que exercem funções no Bloco Operatório (BO, Esterilização e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos) encontra-se em idade fértil, dos 24 aos 40 anos de idade (35 enfermeiros, do total de 57), e 22 enfermeiros têm idades compreendidas entre 41 e 61 anos de idade (Gráfico 6).

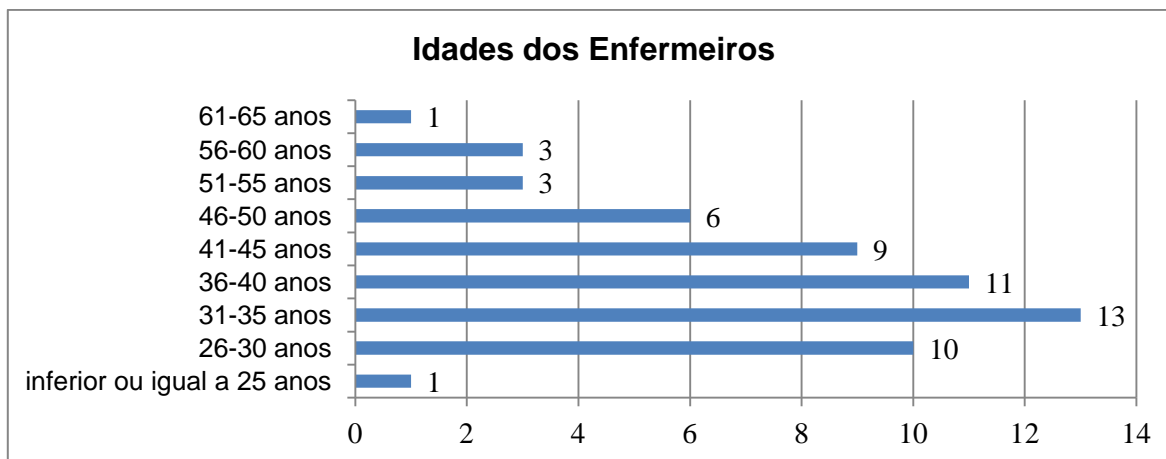


Gráfico 6 – Distribuição dos enfermeiros por faixa etária

O tipo de vinculação à instituição hospitalar é semelhante, quer seja contrato de função pública quer seja contrato individual de trabalho. Apenas um enfermeiro tem contrato de prestação de serviços, em meio horário.

A equipa de enfermagem é maioritariamente jovem e com tempo de experiência profissional até 15 anos, se bem que nos últimos anos este serviço tem verificado muitas aquisições recentes, daí a discrepância entre os anos de experiência profissional e de exercício da profissão até 5 anos. Os enfermeiros com experiência profissional entre 11 a 15 anos têm, na sua maioria, entre 6 a 10 anos de experiência no BO do HLVT, no entanto, também é significativo o número de enfermeiros com experiência profissional de 11 a 15 anos, mas que estão no serviço há menos de 5 anos. Verificou-se também que a grande parte dos enfermeiros peritos e com experiência profissional superior a 16 anos exerce funções no BO do HLVT há quase tanto tempo como os seus anos de experiência profissional (Gráfico 7).



Gráfico 7 – Distribuição dos enfermeiros por experiência profissional e exercício de funções no BO HLVT

Dos 57 enfermeiros que exercem funções no serviço, 56 têm o Curso de Licenciatura em Enfermagem e 1 enfermeiro tem o curso geral do liceu.

A equipa de enfermagem que presta cuidados no serviço de Bloco Operatório do HLVT é diferenciada e realizaram vários Cursos de Especialização em Enfermagem. 5 Enfermeiras realizaram o Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com mestrado integrado, 2 realizaram Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária, e os Cursos de Especialização em Reabilitação, Saúde Mental e Psiquiátrica e Obstetrícia e Saúde Materna tiveram 1 enfermeiro a frequentar.

Foram 16 os enfermeiros que frequentaram Cursos de Pós-Graduação nas mais variadas vertentes como se pode verificar no Gráfico 8. Algumas diretamente relacionadas com a Enfermagem Perioperatória, como por exemplo, 3 enfermeiras realizaram a PG de Enfermagem Perioperatória, 2 a PG de Enfermagem Médico-Cirúrgica e 1 enfermeira realizou a PG de Anestesiologia e Controlo da Dor.

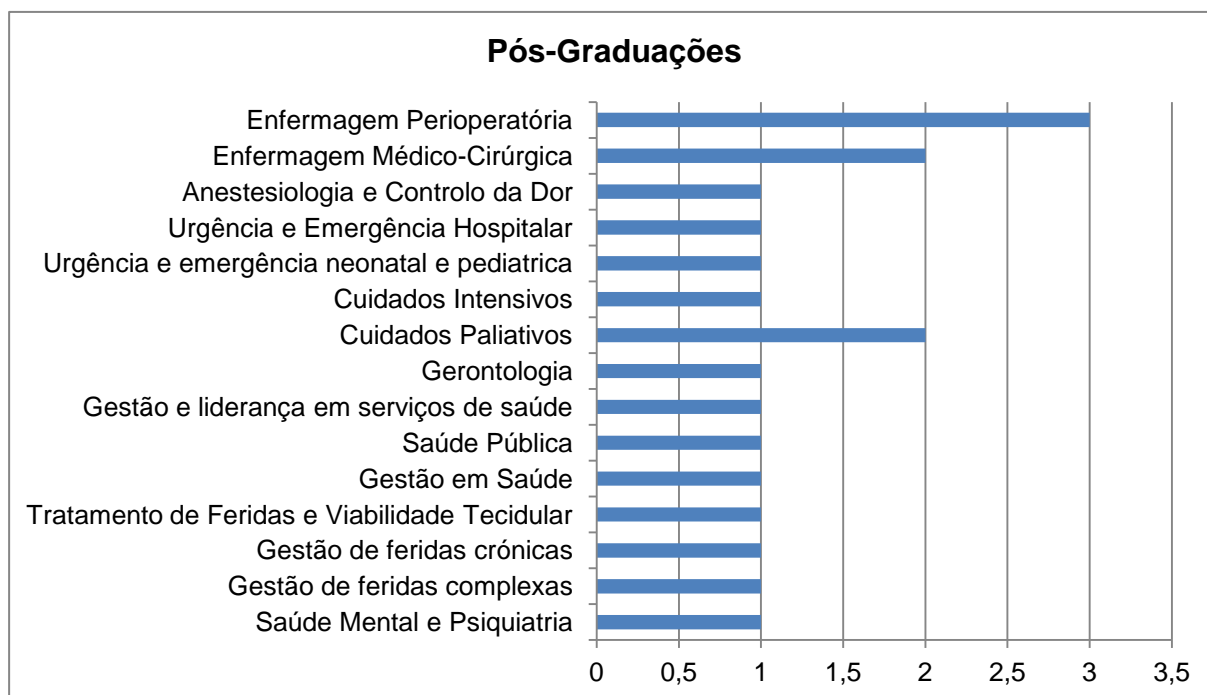


Gráfico 8 – Distribuição dos enfermeiros com Curso de Pós-Graduação

Os enfermeiros que exercem funções no serviço onde se realizou o estágio contribuíram significativamente para o enriquecimento deste relatório com o seu conhecimento e prática, planeamento de cuidados diferenciados e humanizados, perspectivas e opiniões, pessoais e profissionais e, evidentemente, com toda a sua experiência na área da enfermagem Perioperatória, em constante busca pela valorização e reconhecimento deste área tão específica como a nossa.

## 3.2. ESTÁGIO NUM BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO

No 3º semestre foi realizado um estágio de dois dias de observação num Bloco Operatório de um Hospital Pediátrico de modo a compreender a dinâmica entre a criança, o seu acompanhante e o modo de funcionamento do bloco operatório quando a criança é acompanhada no momento da indução anestésica.

O Bloco Operatório é exclusivamente pediátrico e tem decorações específicas para as várias etapas de desenvolvimento da criança, bem como adequadas às especialidades cirúrgicas pediátricas. Por exemplo, na sala de ortopedia, a faixa etária é maioritariamente adolescente, assim as paredes têm decorações de moda, música, fotos de carros e motos reais, cantores e bandas de jovens, etc. Os adolescentes podem decidir se querem ou não ser acompanhados e quem é a pessoa que quer ter presente. Os enfermeiros referiram que por vezes os adolescentes não querem ser acompanhados pelos pais ou outra pessoa significativa, mas outras vezes preferem ser acompanhados pela namorada ou namorado.

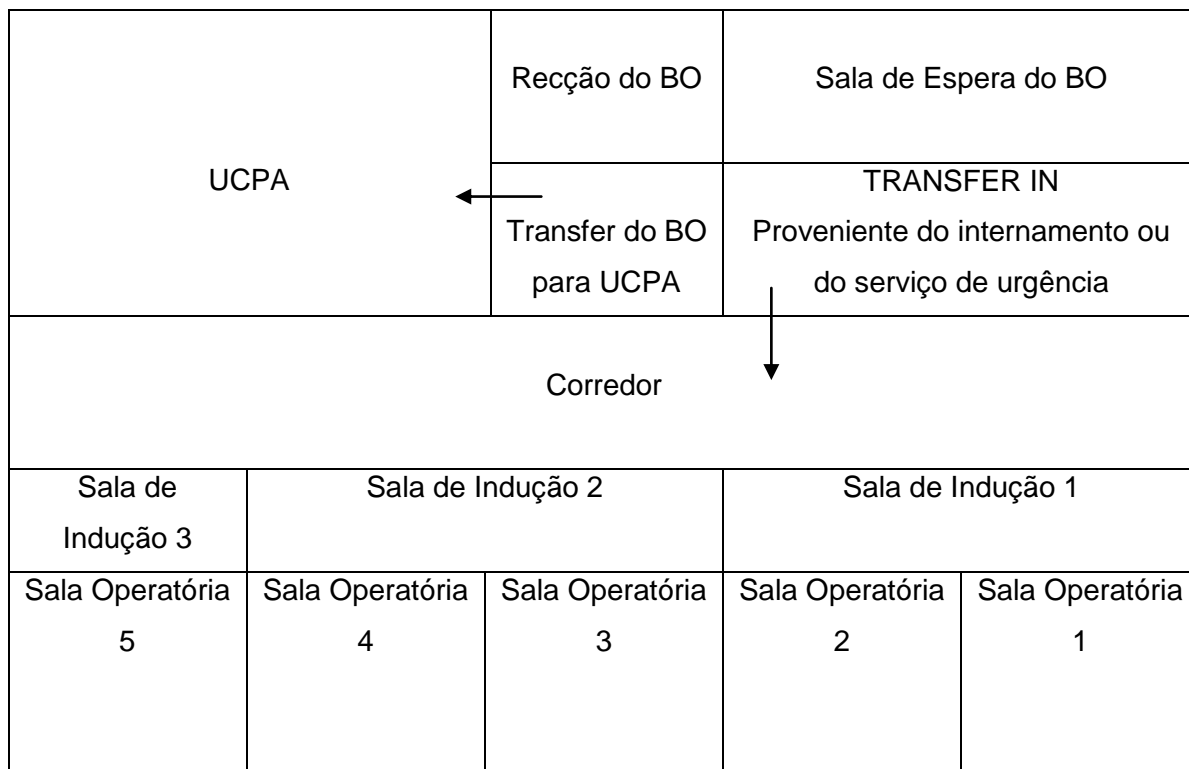
No início do turno fomos informados da visão e missão do Hospital Pediátrico, bem como das regras do seu funcionamento. Este bloco operatório já permite, aliás, promove a presença de um acompanhante desde o primeiro dia da sua abertura. As crianças/jovens provêm do ambulatório (serviço e bloco operatório separado) ou do internamento (bloco operatório central) e serviço de urgência.

O corredor de receção do transfer (proveniente do internamento) dá acesso a 3 salas de indução, cada uma das duas primeiras salas têm ligação a duas salas operatórias, e a terceira sala de indução apenas tem ligação a uma sala operatória. A criança é acompanhada pela PS desde o transfer in, (a PS veste a indumentária adequada: touca, bata e sapatos descartáveis) até à sala de indução.

A criança é puncionada enquanto a PS a tranquiliza e interage com a equipa multidisciplinar presente, é realizada a indução anestésica e após a criança adormecer a enfermeira circulante acompanha a PS até à zona do transfer in onde está a sala de espera. Após a criança ser intervencionada é transferida para a UCPA onde a sua cama a aguarda e após ser monitorizadas e serem prestados os cuidados de enfermagem necessários, a PS é chamada da sala de espera e fica junto da criança enquanto for necessária a sua

permanência na UCPA. Realizámos um esquema da disposição física dos espaços acima referidos (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição do espaço físico do BO do Hospital Pediátrico



No Bloco Operatório da cirurgia de ambulatório foi possível estabelecer contato com as crianças e seus acompanhantes antes da entrada no bloco operatório de modo a perceber a informação que lhes foi transmitida, os sentimentos latentes e as razões que pudessem mostrar a importância da presença do acompanhante em todos os momentos do período perioperatório.

Aquando do acolhimento a PS foi questionada sobre o seu desejo de estar com a criança no momento da indução anestésica, bem como as crianças. Todas as crianças e seus acompanhantes referiram ser importante esse acompanhamento em todos os momentos.

No momento da indução anestésica verificou-se que as crianças entravam muito calmas na sala de indução e adormeciam de mão dada com a PS e a sorrir. Após a criança adormecer alguns acompanhantes ficaram muito admirados por a criança adormecer tão rápido e sentiram-se tranquilas por saberem que não foi traumatizante nem fator de ansiedade para a criança. No entanto uma das PS quando saiu da sala de indução referiu sentir-se ansiosa por ter visto a criança a adormecer, revirar os olhos e não falar mais.

Enquanto as crianças estiveram a ser submetidas à intervenção cirúrgica foi oportuno conversar com as pessoas significativas que se encontravam no serviço de cirurgia de ambulatório. Quase todas (à exceção de uma) referiram sentir-se menos ansiosas por saberem que podiam entrar com a criança na sala de indução, o que contribuiu para a redução da ansiedade e do medo da própria criança ao entrar no bloco operatório. Uma PS referiu sentir-se mais ansiosa por ter entrado na sala de indução com a criança pois não tinha noção que a criança iria adormecer rapidamente e quando se despediu dela sentiu o seu corpo maleável e sem reação. No entanto referiu que tinha sido importante para a criança ela ter estado presente até esta adormecer, pois percebeu que a criança estava bem-disposta e calma.

Quando as crianças recuperaram do procedimento anestésico referiram que foi importante a PS estar com elas em todos os momentos pois sentiram-se mais seguras, calmas e confortáveis. O facto de poderem levar o seu brinquedo preferido também ajudou. Uma das adolescentes referiu que não queria entrar no bloco operatório se o pai não entrasse com ela, pois apesar de a mãe querer entrar com ela, ela preferiu o pai pois o pai é que a sabia acalmar e transmitia-lhe maior segurança.

Este estágio de observação permitiu compreender em primeira mão a importância do acompanhamento da criança e jovem pela pessoa significativa. Uma coisa é pesquisar literatura, outra coisa é ver com os nossos próprios olhos os efeitos benéficos ou não (neste caso foram benéficos) da presença de um acompanhante neste momento tão vulnerável da vida da criança e do jovem.

Foi também pertinente na medida em que conseguimos perceber o funcionamento do serviço, a entrada e saída do bloco operatório, os circuitos, os recursos humanos necessários, o tipo de informação necessária para uma adequada preparação do acompanhante apesar de serem necessários recursos financeiros pouco significativos para o sucesso deste projeto.

## 4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

O Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal “visa proporcionar conhecimentos e espaços de reflexão, análise e prática clínica, promotores do desenvolvimento e suporte de um conjunto de competências que permitirão a prestação de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, centrados nas pessoas submetidas a cirurgia nas diversas fases (pré, intra e pós-operatório)” (Guia da Unidade Curricular Projeto/Estágio, p.3)

Através das aulas ministradas ao longo dos dois semestres, da realização de trabalhos relacionados com temáticas específicas da Enfermagem Perioperatória, da realização de Portfólios com reflexões sobre a nossa prestação de cuidados em contexto perioperatório e da realização do estágio em prestação clínica foi possível adquirir e aprofundar conhecimentos e desenvolver competências sobre a temática referida.

De acordo com o Guia da Unidade Curricular Projeto/Estágio o estudante deve adquirir e desenvolver determinadas competências de modo a atingir os objetivos da disciplina, como por exemplo: utilizar as principais técnicas de enfermagem perioperatória; desenvolver competências em contexto clínico de enfermagem perioperatória; elaborar um projeto de formação individual; desenvolver competências de decisão clínica e decisão ética de enfermagem, em contexto específico da enfermagem perioperatória e aplicar a metodologia de projeto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto da prática.

Como enfermeira a realizar um Mestrado, somos responsáveis pelo nosso desenvolvimento pessoal e profissional através da experiência na nossa prestação de cuidados diária, tendo por base o referencial teórico apreendido e a pesquisa bibliográfica realizada, bem como a prática baseada na evidência e que converge para a aquisição de competências. Também Alarcão refere que “quando reflectimos<sup>12</sup> sobre uma acção, uma atitude, um fenómeno, temos como objecto de reflexão a acção, a atitude, o fenómeno e queremos compreendê-los” (1996, p.176). Desta análise da situação e dos referenciais

---

<sup>12</sup> Grafia original da citação

teóricos, resulta uma reorganização do conhecimento com consequências a nível da ação e da aquisição de competências.

De acordo com a OE (2003) a competência refere-se ao “fenómeno multidimensional complexo e [que se define] como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade funcional” (p. 243). De acordo com Le Boterf (2005), a aquisição de competências depende de três factores: o saber agir (conhecimentos, aptidões e recursos/estratégias do profissional), o querer agir (motivação intrínseca e o contexto em que interage) e o poder agir (responsabilidade profissional determinada pelo tipo de gestão e organização do trabalho, bem como as condições sociais existentes no contexto institucional/organizacional).

Como referido no Guia Orientador da Unidade Curricular Projeto/Estágio, o ciclo de estudos que confere o grau de Mestre em Enfermagem, conforme a proposta do Curso à Agência de Acreditação e Avaliação do Ensino Superior (A3ES) assegura que o estudante demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem através de: realização de avaliações da pessoa, família e comunidade em situações complexas; síntese e análise dos dados de avaliação e tomada de decisão; diagnóstico e gestão de problemas de saúde e respetivas prescrições de enfermagem, geral e especializada.

Em contexto de estágio e na prática profissional, como enfermeira perioperatória são inúmeros os aspetos que temos em atenção de modo a prestar cuidados de qualidade e excelência ao cliente. Por exemplo, em cirurgias prolongadas são necessários cuidados no posicionamento específico a cada cirurgia de modo a prevenir lesões e úlceras por pressão. É necessário utilizar todos os meios e recursos existentes no serviço, como almofadas de gel, rolos de gel, sogas de cabeça e de calcâneos de gel, proteger as proeminências ósseas, garantir o não contato da pele do cliente com o metal dos suportes ou da marquês operatória de modo a prevenir queimaduras ou lesões. Realizámos na prática profissional ações de formação em serviço relativamente ao tema “Cuidados de Enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em contexto perioperatório”.

O mestrando deve coordenar a educação do cliente, família e comunidade de modo a promover a saúde e prevenir a doença. Por exemplo, através da realização de folhetos e pósteres informativos de modo a capacitar os clientes e família para os cuidados necessários no domicílio. Realizámos no contexto profissional um folheto e *poster* informativos de cuidados a clientes submetidos a vitrectomia posterior, aprovado na instituição mas aguarda impressão e, em contexto de estágio realizámos um folheto e *poster*

informativo para a criança/jovem e acompanhante no período perioperatório que aguarda aprovação institucional (em Apêndice VI e VII).

Na cirurgia de ambulatório também realizámos ensinamentos pré e pós-operatórios ao cliente e seu acompanhante, dando resposta ao solicitado no Guia Orientador acima referido, em que o mestrando de enfermagem assegura a continuidade dos cuidados e avalia a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

No sentido de dar resposta ao desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas, realizámos uma revisão integrativa da literatura sobre o tema do projeto, e relativamente a novas técnicas anestésicas e cirúrgicas necessárias a uma complexa prestação de cuidados de enfermagem como enfermeira de anestesia, circulante e instrumentista.

Como mestranda também foi importante identificar os próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao projeto pessoal e profissional, valorizando a autoformação como componente essencial do desenvolvimento. Ao longo do período de estágio frequentámos duas jornadas de cirurgia laparoscópica, de Urologia (Anexo III) e Ginecologia (Anexo IV), muito pertinentes para a prática de cuidados de enfermagem em sala operatória. E antes da frequência no Mestrado de Enfermagem Perioperatória, também diligenciámos a aquisição de conhecimentos em várias vertentes relacionadas com o Bloco Operatório, nomeadamente uma Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma Pós-Graduação em Anestesiologia e Controlo da Dor. Realizámos também ações de formação em serviço com temas pertinentes ao exercício da nossa profissão.

Como enfermeira perioperatória há já 10 anos no Bloco operatório, também integramos no serviço elementos nas funções de enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista consoante as especialidades cirúrgicas existentes. Assim aplicamos os nossos conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização. Possuímos conhecimento sobre os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção e servimos como consultor para outros profissionais de saúde, quando necessário.

No nosso dia-a-dia trabalhamos em colaboração com outros profissionais de saúde para melhorar a saúde global da comunidade, agimos no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio, selecionamos os meios e estratégias mais adequados à resolução de

um determinado problema, de forma fundamentada através de realização de ações de formação em serviço de modo a transmitir à equipa de enfermagem aspetos importantes da nossa prática diária de cuidados ao cliente perioperatório; avaliamos os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões em sentido ético e deontológico; contribuímos para a investigação da Enfermagem de modo a promover a prática de enfermagem baseada na evidência através da realização de revisão sistemática da literatura e análise *SWOT* relativamente à problemática da Prevenção da Hipotermia Perioperatória (durante o primeiro semestre do mestrado), utilizados na implementação do projeto com o mesmo tema de modo a dar resposta ao solicitado pela AESOP e OE e contribuir para a minimização da infeção do local cirúrgico através do feixe de intervenção referido.

Analizamos, concebemos e implementamos resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes através da realização de revisão da literatura em bases de dados reconhecidas e transmissão aos colegas no serviço os achados relevantes para a nossa prestação de cuidados diferenciada e complexa. Realizámos ainda um artigo científico no âmbito da unidade curricular de Investigação II com o tema “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório”, cujo resumo do artigo apresentamos em Apêndice VIII, que culminou numa apresentação em *power point* no 2º Congresso de Enfermagem Perioperatória na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em Janeiro deste ano (Apêndice IX). A participação no congresso foi uma mais-valia por permitiu trocar experiências sobre os estágios realizados nos vários contextos, apresentando os resultados dos artigos científicos realizados nas respetivas apresentações em auditório a outros enfermeiros de todo o país.

Utilizamos as nossas capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática a Enfermagem através de uma análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular, como elo de ligação da Gestão do Risco do Bloco Operatório, realizamos ações de formação em serviço com temáticas relacionadas com a Gestão do Risco em Bloco Operatório a enfermeiros e assistentes operacionais, e no dia-a-dia reforçamos a importância desses cuidados para a segurança do profissional de saúde e dos clientes submetidos a cirurgia na nossa instituição.

Tendo em conta o que referimos, consideramos que atingimos todos os objetivos relativos às competências de Mestre em Enfermagem.

De acordo com o Guia da Unidade Curricular Projeto/Estágio, o ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória, pelo nº 4 do artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, alterado pelos Decreto-Lei nº 107/2008 de 25 de Julho e Decreto-Lei nº 230/2009 de 14 de Setembro, visa o desenvolvimento das seguintes competências:

- a) Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação.
- b) Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.
- c) Integra conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da enfermagem perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações.
- d) Comunica as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.
- e) Demonstra capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da enfermagem perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (p.6)

Como mestranda em Enfermagem Perioperatória, ao longo da frequência do Mestrado, das aulas ministradas, dos trabalhos escritos realizados, dos dias de estágio em dois contextos, aprendemos e desenvolvemos as competências necessárias solicitadas. A experiência profissional em contexto perioperatório também permitiu o desenvolvimento de competências específicas ao longo dos anos, de acordo com as especialidades cirúrgicas existentes no contexto profissional, as especificidades várias das técnicas anestésicas e capacidades relacionais tendo em conta a multiculturalidade dos clientes foco dos nossos cuidados de enfermagem.

No contexto de estágio tivemos oportunidade de experienciar e observar as quatro funções que o enfermeiro perioperatório desempenha no Bloco Operatório. No entanto, como referido anteriormente, o estágio realizado teve como foco os cuidados de enfermagem perioperatórios à criança/jovem e família no Hospital Pediátrico, e as funções de enfermeiro circulante e instrumentista na especialidade cirúrgica de Urologia no Bloco Operatório de um Hospital de Lisboa e Vale do Tejo, como necessidade pessoal e profissional do estudante.

No contexto de estágio constatamos que o enfermeiro perioperatório presta cuidados como enfermeiro de anestesia, circulante, instrumentista e de recobro, ambulatório e unidade de cuidados pós-anestésicos. Algumas funções do enfermeiro de anestesia e circulante são divididas, sendo realizadas pelo enfermeiro que estiver mais disponível no momento. Por exemplo a algaliação, normalmente o enfermeiro de anestesia ainda está a realizar cuidados ao cliente com o anestesista, e como o enfermeiro circulante já abriu todo o material estéril e colaborou no vestir da indumentária cirúrgica, é ele a realizar a algaliação. Nós funcionamos em equipa e ajudamo-nos mutuamente para o bem-estar do cliente, sendo aquela função específica do enfermeiro de anestesia ou circulante.

O enfermeiro de apoio à anestesia deve ter conhecimento das diferentes técnicas anestésicas, assim como dos fatores que influenciam a sua escolha. Ao colaborar com o anestesista, é-lhe exigido uma observação e vigilância intensivas e capacidade de despiste de sinais e sintomas de complicações que possam surgir (conhecer a ação e mecanismos de interação dos fármacos), bem como aptidão para atuar em situações de urgência/emergência (de dois em dois anos todos os profissionais do hospital realizam o suporte básico de vida). Tem como principais funções:

- ✓ Confirmar o correto funcionamento do equipamento anestésico antes de cada ato anestésico;
- ✓ Efetuar o acolhimento do cliente confirmando:
  - Identificação (nome, data de nascimento), conforme confirmação do cliente, pulseira e processo;
  - Marcação do local cirúrgico;
  - Consentimento informado da cirurgia e de anestesia;
  - Consentimento informado da Linha Azul;
  - Jejum;
  - Alergias;
  - Presença de próteses;
  - Reserva de sangue.

Apenas quando cumpridos os pontos acima descritos o enfermeiro de anestesia seleciona a marquesa operatória mais adequada para o posicionamento e procedimento cirúrgicos e, junto com o assistente operacional da sala ou o enfermeiro circulante, procede ao encaminhamento do cliente para a sala operatória.

- ✓ Colaborar no posicionamento do cliente na mesa operatória;
- ✓ Proceder à monitorização e colocação de cateter venoso periférico;

- ✓ Realizar confirmações inerentes à Lista de Verificação da Cirurgia Segura (*Sign In, Time Out e Sign out*);
- ✓ Colaborar com o Anestesiologista durante a indução e manutenção da anestesia;
- ✓ Manter a permeabilidade das vias parentéricas;
- ✓ Administrar medicação prescrita ou verbal e registar;
- ✓ Apelar à manutenção do silêncio na sala;
- ✓ Evitar que se mobilize o cliente durante a fase de indução anestésica e intubação;
- ✓ Enviar mensagem telefónica da linha azul (mensagens escritas com a informação de início e fim da cirurgia e transferência para UCPA ou UCI);
- ✓ Manter a vigilância intensiva;
- ✓ Colaborar no balanço hidroelectrolítico;
- ✓ Colaborar com o Anestesiologista no “acordar” do cliente, se anestesia geral;
- ✓ Confirmar ausência de úlceras de pressão;
- ✓ Prevenir a hipotermia Perioperatória inadvertida;
- ✓ Proceder aos registos na aplicação informática;
- ✓ Encaminhar o cliente à UCPA/Recobro de Ambulatório fazendo-se acompanhar pelo enfermeiro de anestesia e enfermeiro circulante, em algumas situações pelo anestesiologista.

Quando o cliente é transferido para a unidade de cuidados intensivos ou intermédios, por decisão do anestesiologista, o enfermeiro deve contactar a equipa daquele serviço e proceder de acordo com a instrução de trabalho existente no serviço (pedir cama da UCI, explicar todos os instrumentos de monitorização que necessita para a transferência, bala de oxigénio, cabos de linha arterial e manga de pressão, etc).

- ✓ Passar toda a informação pertinente ao colega da UCPA/Recobro de Ambulatório ou UCI, tendo em vista a continuidade de cuidados;
- ✓ Após a saída do cliente da sala operatória, proceder à supervisão da limpeza e verificação do equipamento;
- ✓ Repor *stocks* e preparação da sala para que esta fique pronta a receber novo cliente.

O enfermeiro circulante é o responsável por atender às necessidades do cliente, do enfermeiro instrumentista e da restante equipa de saúde, sendo o gestor de segurança da sala operatória. O enfermeiro circulante deve ter conhecimento das cirurgias, dos instrumentais cirúrgicos e consumíveis existentes no serviço e das características particulares de cada cliente.

- ✓ Preparar/verificar o material cirúrgico e consumíveis (com a participação do enfermeiro instrumentista), sendo este escolhido de acordo com o tipo de cirurgia, do cirurgião e do próprio cliente;
- ✓ Supervisionar a limpeza de superfícies lisas e pantofs das salas;
- ✓ Verificar o correto funcionamento de luzes e aparelhos;
- ✓ Colaborar no posicionamento do cliente, salvaguardando a sua integridade e privacidade;
- ✓ Assistir a equipa cirúrgica durante a desinfeção e colaborar no vestir da indumentária cirúrgica;
- ✓ Colocar o eléctrodo neutro do aparelho de electrocoagulação e garrote de membros (quando aplicável), respeitando as respetivas normas de segurança e recomendações;
- ✓ Colaborar na desinfeção do campo operatório, principalmente no que concerne à pré-lavagem;
- ✓ Ajustar luzes, mesas cirúrgicas e proceder à conexão dos aparelhos elétricos;
- ✓ Fornecer os materiais necessários ao enfermeiro instrumentista, respeitando a técnica asséptica cirúrgica;
- ✓ Manter a temperatura e humidade corretas da sala;
- ✓ Apelar ao silêncio na sala, durante o procedimento cirúrgico;
- ✓ Manter a sala de operações limpa e em ordem, e com as portas fechadas durante a cirurgia;
- ✓ Evitar deslocações desnecessárias ao exterior da sala e limitar o número de pessoas na mesma;
- ✓ Vigiar o comportamento da equipa, denunciar faltas e fazer respeitar a técnica asséptica/regras estabelecidas;
- ✓ Prevenir os acidentes ao cliente e equipa;
- ✓ Dar resposta às situações de urgência que possam eventualmente acontecer;
- ✓ Preparar o material para pensos, drenagens e gessos;
- ✓ Proceder à contagem, em colaboração com o enfermeiro instrumentista, de compressas, agulhas de suturas, cortantes/perfurantes e instrumentos cirúrgicos;
- ✓ Efetuar registos de material de implante em impresso próprio (*a posteriori* é digitalizado e colocado no processo do cliente, e enviado para o aprovisionamento para contabilização e reposição);
- ✓ Acondicionar e rotular os produtos colhidos para análise;
- ✓ Providenciar o registo dos produtos colhidos para análise no Livro de registos de peças para anatomia patológica;

- ✓ Providenciar antecipadamente a saída do cliente com o enfermeiro de anestesia e colaborar na sua transferência;
- ✓ Preparar a sala para a cirurgia seguinte;
- ✓ No final do turno, colaborar na reorganização da sala e reposição de stocks de consumíveis para que a sala fique pronta a funcionar.

O enfermeiro instrumentista, além das funções essencialmente técnicas, tem também a responsabilidade da segurança física do cliente. Na véspera da cirurgia:

- ✓ Confirmar no plano operatório as cirurgias programadas e as características particulares de cada cliente (individualização dos cuidados);
- ✓ Preparar o material, individualizá-lo em relação ao cliente, tipo de cirurgia e cirurgião que o vai utilizar.

No dia da cirurgia:

- ✓ Confirmar as cirurgias (pode haver troca de clientes no plano operatório ou inversão da ordem por indicação do cirurgião ou do anestesista);
- ✓ Colaborar com o enfermeiro circulante na seleção de todo o material necessário, de acordo com a cirurgia e preferências do cirurgião;
- ✓ Responsabilizar-se e ser responsável pela manutenção da técnica asséptica cirúrgica.
- ✓ Preparar as mesas para a cirurgia;
- ✓ Responsabilizar-se por todos os instrumentos cirúrgicos e itens quantificáveis, tampões, compressas e suturas, procedendo à sua contagem pelo menos três vezes (no início da cirurgia; antes do encerramento da pele, no final do encerramento da ferida operatória e sempre que surjam dúvidas ou haja troca do enfermeiro instrumentista e/ou circulante);
- ✓ Ajudar a equipa cirúrgica a vestir-se;
- ✓ Colaborar na preparação do campo operatório;
- ✓ Proceder, com o auxílio do enfermeiro Circulante, à conexão do equipamento estéril a zonas não estéreis;
- ✓ Conhecer com segurança os tempos operatórios de modo a antecipar-se às necessidades do cirurgião;
- ✓ Vigiar para que não se exerçam pressões sobre o cliente (equipa cirúrgica e/ou materiais);
- ✓ Preparar com antecedência as soluções de irrigação à temperatura adequada;

- ✓ Controlar a hemorragia, estando atento às compressas e quantidade de soro de irrigação utilizado de modo a permitir o balanço hídrico;
- ✓ Proceder à substituição de luvas a toda a equipa cirúrgica sempre que necessário;
- ✓ Preparar o material de penso e drenagem;
- ✓ Realizar o penso operatório;
- ✓ Colocar os cortantes e perfurantes em local próprio;
- ✓ Retirar o material das mesas operatórias e colocá-lo em contentores próprios;
- ✓ Providenciar o seu transporte fechado no circuito estabelecido para a central de esterilização;
- ✓ Retirar luvas e bata;
- ✓ Preparar a sala para a cirurgia seguinte;
- ✓ No final do turno, providenciar com a colaboração do enfermeiro circulante, a reposição do material consumido e deixar a sala pronta a funcionar.

No contexto de estágio existem duas equipas diferenciadas: a equipa das salas operatórias e a equipa do recobro de ambulatório e UCPA. No período de estágio realizámos apenas um dia de observação na UCPA e recobro de ambulatório.

Em ambos os serviços as intervenções de enfermagem são quase as mesmas, no entanto, existem diferenças importantes. No recobro de ambulatório os clientes são admitidos e têm alta no próprio dia, estão sempre acompanhados por um acompanhante (pessoa significativa), têm acesso a alimentação e casa de banho própria e entram para o BO por um corredor de acesso às salas operatórias. Na UCPA o espaço físico é diferente, apesar de também ser *open space*, apenas as crianças podem estar acompanhadas, não existe casa de banho pois os clientes não estão em condições físicas, cirúrgicas ou anestésicas para tal, nem é fornecida alimentação. Também existe um corredor de acesso às salas operatórias (zona semi-restrita) e de acesso externo (zona livre onde o enfermeiro do internamento e assistente operacional vêm buscar o cliente). O tipo de vigilância é mais apertada e controlada pois são clientes submetidos a cirurgias e técnicas anestésicas de maior complexidade.

As funções do enfermeiro do recobro de ambulatório e UCPA são, segundo a Instrução de Trabalho:

- ✓ Preparar a unidade para receber o cliente;
- ✓ Receber o cliente e a respetiva informação transmitida pelo enfermeiro de anestesia e/ou anestesista responsável, confirmando a identificação do mesmo;
- ✓ Após a receção do cliente verificar:

- Permeabilidade da via aérea;
- Nível de consciência;
- Coloração da pele e mucosas;
- Posicionamento;
- Monitorização (ECG, oximetria de pulso, TA e respiração), verificar se todos os alarmes estão ativos e os parâmetros definidos de acordo com o cliente e a sua situação clínica;
- Catéteres e fluidoterapia;
- Penso cirúrgico;
- Drenos e seu funcionamento;
- Perdas sanguíneas;
- Grau de desconforto e dor;
- Nível de bloqueio motor e sensitivo, se indicado;
- Estado de reversão do bloqueio, se indicado;
- ✓ Administrar O2, se indicado;
- ✓ Administrar fármacos, segundo prescrição;
- ✓ Vigiar os parâmetros de monitorização;
- ✓ Avaliar níveis de desconforto e dor, atuando em conformidade;
- ✓ Avaliar os níveis de bloqueio motor e sensitivo e a reversão do bloqueio;
- ✓ Aquecer o cliente ativa ou passivamente, conforme necessidade;
- ✓ Efetuar os registos de enfermagem no aplicativo informático.

Na UCPA habitualmente estão 2 enfermeiros e 1 assistente operacional para 10 clientes, no recobro de ambulatório existem 10 camas para clientes e 10 cadeirões (para clientes submetidos a cirurgias *minor* e anestesia local, ou para os clientes provenientes dos exames especiais ou das camas após realização do primeiro levante) e habitualmente estão 3 enfermeiros e 2 assistentes operacionais. O anestesista que dá apoio aos dois serviços está maioritariamente sempre presente ou de chamada se for necessário.

Tendo em conta as funções descritas anteriormente consideramos que atingimos todos os objetivos propostos para a realização do estágio e cumprimento do solicitado na Unidade Curricular Projeto/Estágio.

Como mestranda em Enfermagem Perioperatória, possuímos as competências necessárias conferentes a Mestre de Enfermagem Perioperatória pois conhecemos as especificidades dos cuidados de enfermagem inerentes às especialidades cirúrgicas;

descrevemos a organização do contexto perioperatório; reconhecemos a importância do trabalho de equipa dentro da sala operatória; identificámos precocemente situações que comprometem a vida do cliente; adequámos os cuidados a cada cliente, na especificidade do contexto de trabalho; realizámos as técnicas de enfermagem principais próprias das 4 áreas da enfermagem perioperatória (enfermagem de anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos) no cumprimento das regras de segurança; conhecemos todos os dispositivos médicos necessários para a indução e manutenção anestésica; conhecemos os fármacos mais utilizados em situação de emergência anestésica; utilizámos os dispositivos médicos adequados para as situações de emergência; reconhecemos a importância do cumprimento de normas na preparação da mesa cirúrgica; discutimos aspetos relacionados com a preparação da mesa cirúrgica; identificámos corretamente os tempos operatórios com a separação de material; aplicámos as regras de regulamentação no bloco operatório; aplicámos medidas de controlo de infeção; reconhecemos a importância da contagem de corto-perfurantes, compressas e instrumentos no início e antes do encerramento da pele; estabelecemos uma relação de ajuda com o cliente; discutimos aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados com a equipa multidisciplinar; identificámos situações que comprometem a qualidade nos cuidados; aplicámos na prática os conceitos de gestão do risco e segurança dos cuidados; fundamentámos a tomada de decisão complexa nos cuidados perioperatórios; aplicámos os conhecimentos na dimensão ética, deontológica e jurídica nos cuidados prestados em contexto perioperatório; aplicámos o Processo de Enfermagem e os modelos de decisão ética na resolução de situações problemáticas de enfermagem; decidimos sobre a formulação de diagnósticos e os resultados de enfermagem a partir de critérios e de indicadores; discutimos aspetos relacionados com a segurança do cliente no perioperatório; fundamentámos as boas práticas em contexto perioperatório; realizámos a Visita pré-operatória aos clientes internados de véspera e que tinham intervenção cirúrgica colo-retal marcada para o dia seguinte; compreendemos a importância da visita pós-operatória para o plano de cuidados individualizados (no entanto não realizámos pois não existe visita pós-operatória no contexto de estágio); aplicámos procedimentos de intervenção precoce no tratamento da dor; utilizámos na linguagem de enfermagem, a taxonomia CIPE adaptada aos atuais sistemas de informação de enfermagem; aplicámos conhecimentos sobre o trabalho em equipa e fundamentámos as boas práticas a ter com os dispositivos médicos; comunicámos eficazmente no seio da equipa multidisciplinar; aplicámos a metodologia de projeto no planeamento do projeto formativo e realizámos o projeto de formação individual.

## 5. CONCLUSÃO

Durante a concretização deste relatório de estágio foi essencial a pesquisa bibliográfica realizada ao longo dos três semestres do MEPO em busca da evidência científica e tendo por base a prática baseada na evidência, bem como a execução do projeto efetuada com base na Metodologia de Projeto de modo a compreender, adquirir e desenvolver as competências necessárias ao Mestre de Enfermagem Perioperatória.

As aulas ministradas, os trabalhos realizados e os estágios em contexto perioperatório foram fundamentais para criar conhecimento atualizado no domínio da Enfermagem Perioperatória e promover o crescimento pessoal e profissional. O conhecimento adquirido deve ser utilizado na prática diária e partilhado com a equipa de enfermagem e multidisciplinar de modo a assegurar cuidados de enfermagem perioperatórios de excelência.

Com o *terminus* do relatório de estágio remanesce um sentimento ambíguo, felicidade pela conclusão mas também algum dissabor na medida em que o projeto ainda não está efetivamente implementado. No entanto, a finalização deste percurso não é um fim, é um início de uma nova etapa pessoal e profissional.

Este relatório de estágio, através de todos os aspetos que contribuíram para a sua concretização, possibilitou a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências especializadas em Enfermagem Perioperatória e a implementação do projeto com o tema “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório”.

Após a revisão integrativa da literatura concluímos que é importante e imprescindível a criança/jovem estar acompanhada pelos pais ou pessoa significativa ao longo da sua permanência numa instituição hospitalar, especialmente no período perioperatório (pré e pós-operatório, inclusive no momento da indução anestésica). A presença dos pais ou pessoa significativa reduz o medo, a ansiedade pré-operatória e o *stress* cirúrgico, complementando com intervenções de enfermagem na preparação pré-operatória da criança/jovem e PS, atividades distrativas e recreativas no pré e pós-operatório, minimizando a dor e complicações pós-operatórias.

Acreditamos que a implementação deste projeto irá beneficiar a prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios, bem como beneficiar a experiência anestésico-cirúrgica da criança/jovem e sua família.

Num futuro próximo pretendemos realizar ações de formação em serviço de modo a promover um crescimento profissional de todos os enfermeiros que prestam cuidados de qualidade à criança/jovem e sua família, realizar um artigo científico que descreva a importância deste tipo de acompanhamento no período perioperatório e, quem sabe, realizar pôsteres ou comunicações livres em congressos ou jornadas de enfermagem perioperatórias.

No final deste percurso formativo, sentimos que contribuímos para a excelência dos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem e sua família e para a excelência e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no Bloco Operatório.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AORN (2010). *Standards and Recommended Practices*. USA, Denver: AORN Publications.
- Arai YC, Ito H, Kandatsu N, Kurokawa S, Kinugasa S, Komatsu T. (2007). Parental presence during induction enhances the effect of oral midazolam on emergence behavior of children undergoing general anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*, 51, 7, pp.858-861.
- Associação Dos Enfermeiros De Sala De Operações Portuguesas (AESOP). (2005) *Práticas Recomendadas Para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico. ISBN 972-9171-65-3.
- Associação Dos Enfermeiros De Sala De Operações Portuguesas (AESOP). (2006). *Enfermagem perioperatória. Da Filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. ISBN 978-972-8930-16-5
- Aytekin, A.; Doru, O. & Kucukoglu, S. (Fevereiro de 2016). The Effects of Distraction on Preoperative Anxiety Level in Children. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31, 1, pp.56-62
- Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. (2003). *Handbook of Clinical Anesthesia*, 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Barbier, J. (1996). *Elaboração de Projetos de Ação e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Bellew, M.; Atkinson, K.R.; Dixon, G. (Dezembro de 2002). The introduction of a paediatric anaesthesia information leaflet: an audit of its impact on parental anxiety and satisfaction. *Paediatric Anaesthesia*, pp. 124–130.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado A Perito – Excelência E Poder Na Prática Clínica De Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Berghmans. J.; Weber, F.; van Akoleyen, C.; Utens, E.; Adriaenssens, P.; Klein, J.; Himpe, D. (2012). Audiovisual aid viewing immediately before pediatric induction moderates the accompanying parents' anxiety. *Pediatric Anesthesi*, 22, pp.386–392
- Blesch, P; Fisher, ML. (Abril de 1996). The impact of parental presence on parental anxiety and satisfaction. *AORN Journal*, 63, pp. 761-768.
- Bolander, V (1998). *Enfermagem Fundamental. Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Brewer, S.; Gleditsch, S.L.; Syblik, D.; Tietjens, M.E.; Vacik, H.W. (2006). Pediatric anxiety: Child life intervention in day surgery. *J Pediatr Nurs*, 21, pp.13-22.
- Carvalho, A.; Diogo, F. (1999). *Projeto Educativo*. Porto: Edições Afrontamento.

- Casey, A. (1993). Development And Use Of The Partnership Model Of Nursing Care. In Glasper, E.; Tucker, A. *Advances In Child, Health Nursing*. London: Scutari Press.
- Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences On Involvement Of Informal Carers. *Journal Of Advanced Nursing*, 22, 6, pp. 1058-1062.
- Casey, A. (2008). Ideal Partnerships. *Paediatric Nursing*, 20, 5.
- Cassady JF Jr, Wysocki TT, Miller KM et al. (1999). Use of a preanesthetic video for facilitation of parental education and anxiolysis before pediatric ambulatory surgery. *Anesth Analg*, 88, pp.246–250.
- Chan, C S; Molassiotis, A. (Fevereiro de 2002) The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction levels of parents having parent present induction and visitation in a postanesthesia care unit. *Paediatric Anaesthesia*, 12, pp. 131-139.
- Chorney, J.M.; Kain, Z.N. (2009). Behavioral analysis of children's response to induction of anesthesia. *Anesth Analg.*, 109, 5, pp.1434-1440.
- Collet, N.; Rocha, S. (Março/Abril 2004). Criança Hospitalizada: Mãe E Enfermagem Compartilhando O Cuidado. *Revista Latino Americana De Enfermagem*, 12, 2, pp. 191-197.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A Primeira Arte Da Vida*. Loures: Lusociência.
- Dairbyshire, P. (Novembro de 1993). Parents, Nurses And Pediatric Nursing: A Critical Review. *Journal Of Advanced Nursing*. 18, pp. 1670-1680.
- Daychoum, M. (2016). *40 + 16 Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento (6ª)*. Rio de Janeiro: Brasport Livros e Multimídia Ltda. ISBN: 9788574527802
- Despacho n.º 6668/2017 – Diário da República n.º 148/2017, Série II de 2 de Agosto de 2017
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <https://dicionario.priberam.org/tese> [consultado em 06-02-2019].
- Diogo, P. (Janeiro/Fevereiro 2001). Uma Orientação Para Cuidar... A Criança. *Revista Servir*, 49, 1 pp. 17-21. ISSN: 0871-2370.
- Diogo, P.; Rodrigues, L. (2002). Os Estilos Parentais: Determinantes No Desenvolvimento Da Criança E Na Sua Capacidade De Enfrentar A Doença E A Hospitalização. *Servir*, 50, 1, pp.12-20.
- Dionísio, R.; Escobar, E. (2002). Importância Da Presença E Participação Dos Pais Durante A Hospitalização Da Criança. *Revista De Enfermagem Unisa*, 3, pp.23-26.
- EORN. International Federation of Perioperative Nurses (2006). *Recomendações para o desenvolvimento de padrões de boa prática*. Segurança dos clientes – O nosso primeiro Objetivo.

- European Society of Anaesthesiology. (Junho de 2014). Parental presence improves quality of child anesthesia, research shows. *ScienceDaily*. Retrieved January 8, 2019 from [www.sciencedaily.com/releases/2014/06/140601202029.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2014/06/140601202029.htm)
- Felder-Puig, R.; Maksys, A.; Noestlinger, C. et al. (2003). Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: Results of a randomized clinical trial. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 67, pp.35-41.
- Fernandes SC, Arriaga P. The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *J Health Psychol*. 2010;15:405-415.
- Ferrito, Cândida; Nunes, Lucília; Ruivo, Maria Alice (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15.
- Figueiredo, M. (Novembro, 2002). Contributos Para A Clarificação Do Conceito De Enfermagem De Família. *Sinais Vitais*, 45, pp.31-34. ISSN: 0872-8844.
- Fine, L. (2010). *The SWOT Analysis: Using your Strength to overcome Weaknesses, Using Opportunities to overcome Threats*. CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Fortier MA, Del Rosario AM, Martin SR, Kain ZN. Perioperative anxiety in children. *Paediatr Anaesth*. 2010;20: 318-322.
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo De Investigação: Da Concepção À Realização*. 2ª Ed. Loures: Lusociências.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos E Etapas Do Processo De Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Glasper, E. & Haggarty, R. (2006). The Psychological Preparation Of Children For Hospitalization. In Glasper, A. & Richardson, J. *A Textbook Of Children's And Young People's Nursing*. Londres: Editora Elsevier, Cap. 5, pp. 61-76.
- Golan G, Tighe P, Dobija N, Perel A, Keidan I. Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: A randomized controlled trial. *Paediatr Anaesth*. 2009;19:262-266.
- Gordon, B.K.; Jaaniste, T.; Bartlett, K.; Perrin, M.; Jackson, A.; Sandstrom, A.; Charleston, R. (2010). Child and parental surveys about pre-hospitalization information provision. *Child: care, health and development*, 37, 5, pp.727-733.
- Groah, L.K. (1996). *Perioperative Nursing*. USA. Connecticut: Appleton e Lange.
- Grundemann, B., & Fernsebner, B. (1995). *Comprehensive perioperative nursing*. Boston: Jones and Bartlet Publishers.
- Guia da Unidade Curricular Projeto/Estágio (2017). 2º Curso de Mestrado de Enfermagem Perioperatória. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Hamlin, L.; Richardson-Tench, M. & Davies, M. (2009). *Perioperative Nursing: An Introductory Text*. Australia: Mosby. ISBN 978 0 7295 3887 9

- Hanson, S. (2005). *Enfermagem De Cuidados De Saúde À Família: Teoria, Prática E Investigação*. 2ªed. Loures: Lusociência.
- Healy, Kathy. (2013). A descriptive survey of the information needs of parents of children admitted for same day surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, 2, pp.179-185.
- Henderson, M.A.; Baines, D.B. & Overton, J.H. (Junho de 1993). Parental attitudes to presence at induction of paediatric anaesthesia. *Anaesthesia and Intensive Care*, 21, pp.324-327.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Himes, M.K.; Munyer, K. & Henly, S.J. (Agosto de 2003). Parental presence during pediatric anesthetic inductions, *AANA Journal*, 71, pp.293-298.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2011). *Fundamentos de enfermagem pediátrica*. 8ª ed.. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.
- Instituto De Apoio À Criança (2008). *Carta Da Criança Hospitalizada*. 4ª Ed. Lisboa: Instituto De Apoio À Criança.
- International Federation of Perioperative Nurses (2006). *Recomendações para o desenvolvimento de padrões de boa prática*. Segurança dos clientes – O nosso primeiro Objetivo. EORN.
- Jorge, A.M. (2004). *Família e hospitalização da criança - Re(Pensar) o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência
- Kain, Z.N., Fortier, M.A.; Del Rosario, A.M.; Martin, S.R. (2010). Perioperative anxiety in children. *Paediatric Anaesthesia*, 20, 4, pp.318-322.
- Kain, Z.N.; Caldwell-Andrews, A.A.; Maranets, I.; Nelson, W.; Mayes, L.C. (2006). Predicting which child-parent pair will benefit from parental presence during induction of anesthesia: a decision-making approach. *Anesth Analg.*, 102, 1, pp.81-84.
- Kain, Z.N.; Mayes, L.C.; Caramico, L.A. (1996). Preoperative preparation in children: A cross-sectional study. *J Clin Anesth.*, 8, p.508-514.
- Kain, Z.N.; Mayes, L.C.; Cicchetti, D.; Bagnall, A.L.; Finley, J.D.; Hofstadter, M.B. (1995). Measurement tool for preoperative anxiety in young children: the Yale Preoperative Anxiety Scale (YPAS). *Child Neuropsychol*, 1, pp.203-210.
- Kain, Z.N.; Mayes, L.C.; Cicchetti, D.; Bagnall, A.L.; Finley, J.D.; Hofstadter, M.B. (Maio de 1996). Parental presence during induction of anesthesia: A randomized controlled trial. *Anesthesiology*, 84, pp.1060-1067.

- Kain, Z.N.; Mayes, L.C.; Cicchetti, D.V.; Bagnall, A.L., Finley, J.D.; Hofstadter, M.B. (1997). The Yale Preoperative Anxiety Scale: how does it compare with a “gold standard”? *Anesth Analg.*, 85, 4, pp.783-788.
- Kain, Z.N.; Mayes, L.C.; Wang, S.M.; Caramico, L.A.; Krivutza, D.M.; Hofstadter, M.B. (2000). Parental presence and a sedative premedicant for children undergoing surgery: A hierarchical study. *Anesthesiology*, 92, pp.939-946.
- Kain, Z.N.; Mayes, L.C.; Caldwell-Andrews, A.A.; Karas, D.E., McClain, B.C. (2006). Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*, 118, pp.651-658.
- Kain, Z.N.; Mayes, L.C.; O'Connor, T.Z.; Cicchetti, D.V. (1996). Preoperative anxiety in children: Predictors and outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 150, pp.1238-1245.
- Kawik, L. (Abril de 1996). Nurses And Parents Perceptions Of Participation And Partnership In Caring For A Hospitalized Child. *British Journal Of Nursing*, 5, 7, pp.430-437.
- Kazak Z, Sezer GB, Yilmaz AA, Ates Y. (2010). Premedication with oral midazolam with or without parental presence. *Eur J Anaesthesiol.*, 27, 4, pp.347-352.
- Kerlinger, F. (1988). *Metodologia de Pesquisa em Ciências Sociais: um tratamento conceitual*. São Paulo.
- Kim, H.; Jung, S.M.; Yu, H; Park, S. (September 2015). Video Distraction and Parental Presence for the Management of Preoperative Anxiety and Postoperative Behavioral Disturbance in Children: A Randomized Controlled Trial. Pediatric Anesthesiology: Research Report. *Anesthesia & Analgesia*, 121, 3, pp.778–784.
- Konig, M.W.; Varughese, A.M.; Brennen, K.A. et al. (2009). Quality of recovery from two types of general anesthesia for ambulatory dental surgery in children: A double-blind, randomized trial. *Paediatr Anaesth.*, 19, pp.748-755.
- LaRosa- Nash, Patricia A; Murphy, Jane M; Wade, Loretta A; Clasby, Laura L. (2006). Implementing a Parent- Present Induction Program, *AORN Journal*, 61, 3, pp.526-531.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as Competências Individuais e Colectivas*. Lisboa: Edições Asa.
- Lee A.; Chui P.T. & Gin T. (2003). Educating patients about anesthesia: a systematic review of randomized controlled trials of media-based interventions. *Anesth Analg*, 96, pp.1424–1431.
- Li, H.C. & Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: A randomized controlled trial study. *J Spec Pediatr Nurs*, 13, pp.63-73.
- Li, H.C.; Lopez, V. & Lee, T.L. (2007). Psychoeducational preparation of children for surgery: The importance of parental involvement. *Patient Educ Couns.*, 65, pp.34-41.

- Litman RS, Berger AA, Chhibber A. An evaluation of preoperative anxiety in a population of parents of infants and children undergoing ambulatory surgery. *Paediatr Anaesth*. 1996;6: 443-447.
- Lourenço, M.C. (Abril de 2004). Cuidar no Bloco Operatório. *Nursing*. 187, pp.25-28. ISSN 0871-6196.
- LuRosa-Nash, M. (Março de 1995). Implementing a Parent-Present Induction Program. *AORN Journal*, 61, 3.
- MacLaren, J. & Kain, Z.N. (2007). Pediatric preoperative preparation: A call for evidence-based practice. *Paediatr Anaesth*, 17, pp.1019-1020.
- MacLaren, J.E.; Thompson, C.; Weinberg, M. et al. (2009). Prediction of preoperative anxiety in children: Who is most accurate? *Anesth Analg.*, 108, pp.1777-1782.
- Malhó, R.M. & Costa, I.M. (Julho de 1998). Humanização no atendimento da criança e família no hospital Bernardino Lopes de Oliveira (Alcobaça). *Revista Sinais Vitais*, 19, pp.31-31. ISSN: 0872-8844.
- Mano, M. (2002). Cuidados Em Parceria As Crianças Hospitalizadas: Predisposição Dos Enfermeiros E Dos Pais. *Revista Referência*, 8, pp.53-61;
- Marçal, T. (2006) – A Criança e o Espaço nos Serviços de Saúde. In: IAC -*Acolhimento e estadia da criança e jovem no hospital*. Lisboa: IAC. ISBN: 972-8003-23-4.
- Martin, H. (2000). *Principles of perioperative practice*. Churchill Livingstone.
- Martins, C. R. (Maio-Junho de 2000). A Família E A Hospitalização/A Participação Da Família No Cuidar. *Revista Servir*, 48, 3, pp.133-135. ISSN 0871-2370.
- McEwen A, Moorthy C, Quantock C et al. (2007). The effect of videotaped preoperative information on parental anxiety during anesthesia induction for elective pediatric procedures. *Pediatr Anesth*, 17, pp.534–539.
- Meeker, M. (1995). *Alexander's care for patient in surgery*. USA: Mosby.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company, LLC;
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing*. (5ª Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health;
- Messeri, A.; Caprilli, S. & Busoni, P. (2004). Anaesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parents' presence. *Pediatric Anesthesia*, 14, pp.551–556.
- Moro, E.T. & Módolo, N. (Setembro/Outubro de 2004). Ansiedade, a Criança e os Pais. Artigo de revisão. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54, 5, pp.728 – 738.
- Munro, H. & D'Errico, F.C. (Dezembro de 2000). Parental involvement in perioperative anesthetic management. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 15, pp.397-400.

- Newton, M.S. (Março/Abril de 2000). Family Centred Care: Current Realities In Parent Participation. *Paediatric Nursing*, 26, 3, pp.164–168.
- Nightingale, F. (1871). *Una and the lion*. Riverside Press. Disponível em <http://books.google.com/books?id=tDkFAAAAYAAJ&oe=UTF-8>. [05.02.2018]
- Nunes, L. (Agosto de 2007). Responsabilidade Profissional: cinco estrelas e uma bandeira azul. Dos conceitos a um relanceio ao contexto da Enfermagem Perioperatória. *Revista AESOP*, 8, 26, pp.5-18. ISSN 0874-8128.
- Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2.
- Oliveira, T. (2002). *Teses De Dissertação: Recomendações Para A Elaboração E Estruturação De Trabalhos Científicos*. Lisboa: Editora Rh.
- Opperman, C. S. & Cassandra, K. A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Ordem Dos Enfermeiros (Março de 2007). *Desenvolvimento Profissional. Individualização das Especialidades em Enfermagem*. Lisboa.
- Ordem Dos Enfermeiros (Dezembro de 2009). *Caderno Temático, Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume II*.
- Ordem Dos Enfermeiros (Setembro de 2012). *Padrões De Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem. Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*. Lisboa.
- Ordem Dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador De Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas No Controlo Da Dor Na Criança*. Série 1, Número 6. Lisboa.
- Ordem Dos Enfermeiros (2015a). *Adaptação À Parentalidade Durante A Hospitalização – Guia Orientador De Boa Prática*. Lisboa.
- Ordem Dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros E Repe*. Lisboa-
- Ordem Dos Enfermeiros (Novembro de 2017). *Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica*. Leiria.
- Palermo, T.M.; Tripi, P.A. & Burgess, E. (2000). Parental presence during anaesthesia induction for outpatient surgery of the infant. *Paediatr Anaesth*, 10, pp.487–491.
- Patel, A.; Schieble, T.; Davidson, M. et al. (2006). Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety. *Paediatr Anaesth.*, 16, 10, pp.1019-1027.

- Pereira et al (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da atividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*, 13, 1, pp.28-38. ISSN: 0873-8904.
- Perry, J.N.; Hooper, V.D. & Masiongale, J. (Abril, 2012). Reduction of Preoperative Anxiety in Pediatric Surgery Patients Using Age-Appropriate Teaching Interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 27, 2, pp 69-81.
- Phipps, W. et al. (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. 2ª Ed. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-0-6.
- Piira, T.; Sugiura, T.; Champion, G.D.; Donnelly, N.; Cole, A.S. (2005). The role of parental presence in the context of children's medical procedures: a systematic review. *Child: Care, Health and Development*, 31, 2, pp.233-243).
- Pimentel, M.H. (Julho/Agosto de 2001). Preparação pré-operatória da criança e da família. *Servir*, 49, 3, pp.172-177. ISSN 0871-2370
- Pinto, J.P.; Ribeiro, C.A.; Pettengill, M.M.; Balieiro, M.M. (2010). Cuidado Centrado Na Família E Sua Aplicação Na Enfermagem Pediátrica. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 63, 1, pp.132-135.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos De Pesquisa Em Enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-984-3.
- Porras, J. (2002). *Stream Analysis: A Powerful Way to Diagnose and Manage Organizational Change*. Addison- Wesley Publishing Compan.
- Portugal. Instituto De Apoio À Criança. (1996). *Sector De Humanização Dos Serviços De Atendimento À Criança - A Criança E Os Serviços De Saúde: Humanizar O Atendimento*. Lisboa: IAC.
- Potter, P. & Perry, A. (2013). *Fundamentos de Enfermagem*. 8ªed. São Paulo: Elsevier. ISBN: 978-0-323-07933-4.
- Power, N. & Franck, L. (2008). Parent Participation In The Care Of Hospitalized Children: A Systematic Review. *Journal Of Advanced Nursing*, 62, pp.622–641.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual De Investigação Em Ciências Sociais*. 3ª Ed. Lisboa: Gradiva.
- Reis, G. & Santos, M. (Agosto de 1996). A importância da presença dos pais na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Sinais Vitais* nº8, Agosto, pp.25-28. ISSN: 0872-8844.
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital Da Família, Perspectiva Sistémica*. Porto: Afrontamento.

- Rice, M.; Glasper, A.; Keeton, D.; Spargo, P. (2008). The effect of a preoperative education programme on perioperative anxiety in children: An observational study. *Paediatr Anaesth.*, 18, pp.426-430.
- Romino, S.L.; Keatley, V.M.; Secrest, J; Good, K. (2005). Parental presence during anesthesia induction in children. *AORN Journal*, 81, 4, pp.780-796.
- Rothrock, J (1996). *Perioperative nursing care planning*. USA: Mosby.
- Rothrock, J. & Smith (2000). Selecting the Perioperative Patient Focused Model. *AORN Journal*, 71, 5, pp.1030-1037
- Ryder, I.G. & Spargo, P.M. (Novembro de 1991) Parents in the anaesthetic room. A questionnaire survey of parents' reactions. *Anaesthesia*, 46, pp.977-979.
- Sabatés, A.L. & Borba, R.I. (2005). As Informações Recebidas Pelos Pais Durante A Hospitalização Do Filho. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 13, 6, pp.968-73.
- Sadhasivam, S.; Cohen, L.L. & Szabova, A. (2009). Real-time assessment of perioperative behaviors and prediction of perioperative outcomes. *Anesth Analg.*, 108, pp.822-826.
- Sally, D. (2004). Research & Commentary Perceptions Of Parental Needs. *Paediatric Nursing*, 16, 5, p.12.
- Santos, M. C. (Junho de 2001). A Criança E O Hospital. *Revista Nascer e Crescer*, 10, 2, pp.74-77.
- Scully, S.M. (Julho de 2012). Parental Presence During Pediatric Anesthesia Induction. *AORN Journal*, 96, pp.26-33.
- Shields, L.; Pratt, J. & Hunter, J. (2006). Family Centred Care: A Review of Qualitative Studies. *Journal Clinical Nursing*, 15, pp.1317–1323.
- Shirley PJ, Thompson N, Kenward M, Johnston G. Parental anxiety before elective surgery in children. A British perspective. *Anaesthesia*. 1998;53:956-959.
- Silva, A.P. (2007). Enfermagem Avançada: Um Sentido Para O Desenvolvimento Da Profissão E Da Disciplina. *Servir*, 55, pp.11-20.
- Simons, J. (2002). Parents Support And Satisfaction With Their Child's Postoperative Care. *British Journal Nursing*, 11, p.1442-1449.
- Smith, L. & Callery, P. (2005). Children's accounts of their preoperative information needs. *Journal of Clinical Nursing*, 14, pp.230-238.
- Smith, L.; Coleman, V. & Bradshaw, M. (2006). Family-Centred Care: Using The Practice Continuum Tool. In Glasper, A.; Richardson, J. *A Textbook Of Children's And Young People's Nursing*. Churchill Livingstone: Elsevier.
- Smith, P. (1992). *The Emotional Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.

- Soares, M.F. & Leventhal, L.C. (Julho/Setembro de 2008). A Relação Entre a Equipe de Enfermagem e o Acompanhante da Criança Hospitalizada: Facilidades e Dificuldades. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 7, 3, pp.327-332.
- Sousa, L.D.; Gomes, G.C. & Santos, C.P. (2009). Percepções Da Equipe De Enfermagem Acerca Da Importância Da Presença Do Familiar/Acompanhante No Hospital. *Revista De Enfermagem*, 17, 3, pp.394-399.
- Sousa, L.D.; Gomes, G.C.; Silva, M.R.; Santos, C.P.; Silva, B.T. (2011). A Família Na Unidade De Pediatria: Percepções Da Equipe De Enfermagem Acerca Da Dimensão Cuidadora. *Ciencia Y Enfermeri*, 17, 2, pp.87-95.
- Stetler, C.B.; Morsi D.; Rucki S. et al. (1998). Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*, 11, pp.195-206.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa Em Enfermagem: Avançando O Imperativo Humanista*. Camarate: Lusociência.
- Talbot S. (2010). *The Pediatric Patient*. 2nd ed. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Teixeira, E.M. & Figueiredo, M.C. (Março de 2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Rev. Referência*, II Série, 9, pp.7-14. ISSN: 0874-0283
- The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology For Jbi Scoping Reviews. South Australia: The Joanna Briggs Institute; 2015.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5ªed.). Loures: Lusociência.
- Tourigny, J.; Chapados, C. & Pineault, R. (2005). Determinants Of Parental Behaviour When Children Undergo Day-Care Surgery. *Journal Of Advanced Nursing*, 52, 5, pp.490–497.
- UNAIBODE (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório. Desenvolver uma cultura de qualidade*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-24-x
- Vagnoli, L.; Caprilli S. & Messeri, A. (2010). Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option? *Paediatr Anaesth*, 20, 10, pp.937-943.
- Veatch T. A theory of humor. *Intl J Humor Res*. 2009;11: 161-216.
- Vessey JA, Bogetz MS, Caserza CL et al. Parental upset associated with participation in induction of anaesthesia in children. *Can J Anaesth* 1994; 41: 276–280.
- Watson, A.T. & Visram, A. (2003). Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Paediatr Anaesth*, 13, pp.188–204.

- Weber F. The influence of playful activities on children's anxiety during the preoperative period at the outpatient surgical center. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86:209-214.
- Wennstrom, B.; Hallberg, L. & Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of advanced Nursing*, 62, 1, pp.96-106.
- Whaley, L.F. & Wong, D.L. (1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0506-0.
- Winkelstein, M. L. (2006). Perspectivas Da Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M.; Wilson, D.; Winkelstein, W. *Wong Fundamentos De Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio De Janeiro: Mosby Elsevier.
- Wright, K.D.; Stewart, S.H. & Finley, G.A. (2010). When are parents helpful? A randomized clinical trial of the efficacy of parental presence for pediatric anesthesia. *Can J Anesth*, 57, 8, pp.751-758.
- Xavier, S.C.; Almeida, M.F. & Regazzi, I.C. (2010). As Estratégias Terapêuticas De Enfermagem Como Minimizantes Do Estresse Da Criança Hospitalizada. *Revista De Pesquisa: Cuidado É Fundamental*.
- Ygge, B.; Lindholm, C. & Arnetz, J. (2006). Hospital Staff Perceptions Of Parental Involvement In Pediatric Hospital Care. *Journal of Advanced Nursing*, 53, pp.534-542.
- Yousef, Y.; Drudi, S.; Sant'Anna, A.M. & Emil, S. (Dezembro de 2018). Parental presence at induction of anesthesia: perceptions of a pediatricsurgical department before and after program implementation. *Journal of Pediatric Surgery*, 53, pp.1606–1610
- Zuwala, R. & Barber, K.R. (Fevereiro de 2001). Reducing anxiety in parents before and during pediatric anesthesia induction. *AANA Journal*, 69, pp.21-25.

## **APÊNDICES**

## Apêndice I – Cronograma do projeto de Estágio

### CRONOGRAMA DO PROJETO

Estratégias a desenvolver	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Criação de novos circuitos de passagem (para a pessoa significativa): - da zona de transfer in e recobro para a sala operatória - de regresso ao recobro ou sala de espera, consoante a criança esteja internada ou em regime de ambulatório						
Aferição de condições de privacidade dos clientes dentro das salas operatórias ao longo do circuito						
Revisão de literatura						
Integração de outras unidades como elos de ligação à equipa do BO						
Motivação dos profissionais para a importância do acompanhamento da criança durante o período perioperatório						
Realização de ações de formação em serviço						
Elaboração de folheto informativo destinado à criança e família Elaboração de um poster informativo a afixar nos locais necessários						

<b>Legenda:</b>	<b>Previsto</b>	
<b>Não realizado</b>	<b>Realizado</b>	

Apêndice II – Instrumento de Identificação do Problema/Diagnóstico de Situação da  
ESS/IPS

## MESTRADO EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

### Definição do Problema

<b>Estudante:</b> Inês Isabel Prates Canejo
<b>Instituição:</b> Hospital de Lisboa e Vale do Tejo
<b>Serviço:</b> Bloco Operatório Central
<b>Título do Projeto:</b> A importância do acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório
<b>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha</b> <p>No local de estágio, após análise da entrevista semi-estruturada ao diretor do Bloco Operatório e Enfermeira Gestora, e após conversas com a equipa de anestesia, de enfermagem e de assistentes operacionais que exercem funções no recobro de ambulatório, UCPA e salas operatórias, foi referenciado que é necessário criar uma norma de procedimento e instrução de trabalho que descreva os cuidados a ter relativamente ao acompanhamento da criança no período perioperatório, de modo a dar resposta às necessidades do serviço e ao Despacho n.º 6668/2017 – Diário da República n.º 148/2017, Série II de 2 de Agosto de 2017.</p> <p>A doença e a hospitalização proporcionam ansiedade e medo nas crianças, agem como agentes geradores de stress, não só pela hospitalização mas também pela separação da família, perda de controlo, risco de lesão corporal e possivelmente dor. O fato da presença da família ou pessoa significativa junto da criança aliviar todos estes agentes geradores de stress, torna imprescindível o acompanhamento da criança no período perioperatório (Teixeira &amp; Figueiredo, 2009).</p> <p>Assim, e enquanto enfermeira no bloco operatório, com finalidade de contribuir para a qualidade dos cuidados prestados à criança submetida a intervenção cirúrgica e otimização da gestão dos cuidados de saúde pretendo implementar um projeto de atuação nesta área pois os enfermeiros, como parte integrante da equipa do bloco operatório, são elementos fundamentais no cuidado à criança e família no período perioperatório (Teixeira &amp; Figueiredo, 2009).</p> <p>Por todas estas razões e por trabalhar num serviço que tem como foco dos cuidados de enfermagem a criança, é para mim fulcral a implementação deste projeto.</p>
<b>Diagnóstico de situação</b>
<b>Definição geral do problema</b> Necessidade de operacionalizar o que está descrito no Despacho n.º 6668/2017 – Diário da

### **Análise do problema**

O método de Análise *SWOT* é uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional (Ferrito et al, 2010).

A análise *SWOT* (*Strengths* – Forças; *Weaknesses* – Fraquezas; *Opportunities* - Oportunidades e *Threats* – Ameaças) subdivide-se em ambiente interno (forças e fraquezas) e ambiente externo (oportunidades e ameaças), permitindo desta forma identificar pontos de melhoria, estabelecer metas e introduzir ações de melhoria da qualidade dos cuidados (Daychoum, 2016).

Para a realização da análise *SWOT* recorri as informações que foram extraídas na minha prática diária através da observação das intervenções da equipa multidisciplinar, especialmente da equipa de enfermagem relativamente à problemática em estudo e que foram de extrema importância para estabelecer as forças internas e externas da equipa, bem como oportunidades e ameaças.

As forças dizem respeito a fatores internos da organização que movem a equipa em direção ao sucesso (Daychoum, 2016; L. Fine, 2010).

As oportunidades são os aspetos positivos da organização e que influenciam positivamente a equipa, sendo que não existe um controlo sobre a atuação. Deste modo, determinar as oportunidades da equipa implica também refletir sobre a conjectura no âmbito político, económico, social e demográfico procurando estabelecer uma correlação do ambiente externo com a própria equipa (Daychoum, 2016; L. Fine, 2010).

As fraquezas estão relacionadas com as desvantagens internas da organização e com aquilo que a equipa perceciona como uma desvantagem ou como algo que não funciona corretamente e nas quais se podem introduzir melhorias (Daychoum, 2016; L. Fine, 2010).

As ameaças são aspetos negativos do ambiente externo com potencial de comprometer o sucesso do projeto na organização (Daychoum, 2016). As ameaças, ao contrário das oportunidades, são forças externas ao ambiente da equipa e que podem influenciar negativamente a mesma. Sempre que se identificam ameaças estas devem ser consideradas uma preocupação uma vez que pode influenciar a interação entre os membros da equipa mas também condicionar negativamente os resultados do trabalho desenvolvido.

Após análise da entrevista semi-estruturada ao diretor do Bloco Operatório e Enfermeira Gestora, e após conversas com a equipa de anestesia, de enfermagem e de assistentes operacionais que exercem funções no recobro de ambulatório, UCPA e salas operatórias obtive alguns resultados, os quais dividi em pontos fortes (Forças), os pontos

fracos (Fraquezas), as oportunidades e as ameaças.

**Forças:** Obrigatoriedade da implementação do projeto devido ao despacho de 2 de Agosto de 2017; Equipa do recobro de ambulatório e UCPA já permitem o acompanhamento da criança pela pessoa significativa; Equipa de anestesia especialista em pediatria é pequena e concorda com a presença da pessoa significativa no período perioperatório; Equipa de enfermagem frequente na pediatria é pequena e concorda com o projeto.

**Fraquezas:** Resistência à mudança por parte da equipa multidisciplinar; Dificil esquematização dos circuitos corretos seguindo as recomendações da DGS; Desmotivação dos profissionais; Falta de consulta ou visita de enfermagem para preparação da criança e família.

**Oportunidades:** Cultura organizacional direcionada para melhoria contínua da qualidade e segurança da pessoa; Obrigatoriedade de implementação devido ao despacho de 2 de Agosto de 2017.

**Ameaças:** Dificuldade de aceitação do projeto por parte de alguns profissionais e decisão final exterior à equipa de enfermagem.

#### **Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral**

\* Criação de novos circuitos de passagem (para a pessoa significativa):

- da zona de transfer in e recobro para a sala operatória
- de regresso ao recobro ou sala de espera, consoante a criança esteja internada ou em regime de ambulatório

\* Aferição de condições de privacidade dos clientes dentro das salas operatórias ao longo do circuito

\* Integração de outras unidades como elos de ligação à equipa do BO

\* Motivação dos profissionais para a importância do acompanhamento da criança durante o período perioperatório

\* Prestação adequada de formação sobre o cumprimento de todas as regras relativas ao equipamento de proteção individual e de higiene inerentes à presença em bloco operatório e unidade de recobro

#### **Determinação de prioridades**

- Revisão de pesquisa bibliográfica
- Descrição dos novos circuitos
- Elaboração de norma de procedimento
- Reunião com responsáveis do serviço e restante equipa multidisciplinar

#### **Objetivos**

##### **OBJETIVO GERAL**

- Promover o acompanhamento da criança/jovem pela família/pessoa significativa no período

perioperatório

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Elaborar uma norma de procedimento
- Elaborar uma instrução de trabalho
- Envolver no projeto outras unidades do hospital que prestam cuidados à criança no período perioperatório (serviço de internamento, UCPA e recobro de ambulatório)
- Capacitar a criança e família para o período perioperatório

### **Referências Bibliográficas**

- Barbier, J. (1996). *Elaboração de Projetos de Ação e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Bolander, V (1998). *ENFERMAGEM FUNDAMENTAL. Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Carvalho, A.;Diogo, F. (1999) *Projeto Educativo*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fuller, J (2007). *Instrumentation Quirúrgica. Teoria, técnicas*. Espana: Editorial Médica Panamericana S. A.
- Groah, L.K. (1996). *Perioperative Nursing*. USA,Connecticut: Appleton e Lange
- Grundemann, B., & Ferrnsebner, B. (1995). *Comprehensive perioperative nursing*. Boston: Jones and Bartlet Publishers.
- Hamlin, Lois; RICHARDSON-TENCH, Marilyn; DAVIES, Menna – *Perioperative Nursing: An Introductory Text*. Australia: Mosby, 2009. ISBN 978 0 7295 3887 9
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- International Federation of Perioperative Nurses (2006). *Recomendações para o desenvolvimento de padrões de boa prática. Segurança dos clientes – O nosso primeiro Objetivo*. EORN.
- Martin, H. (2000). *Principles of perioperative practice*. Churchill Livingstone.
- Meeker, M.(1995). *Alexander's care for patient in surgery*. USA: Mosby.
- Porras, J.(2002). "Stream Analysis: A Powerful Way to Diagnose and Manage Organizational Change" Addison- Wesley Publishing Compan.
- Rothrock, J (1996). *Perioperative nursing care planning*. USA: Mosby.
- AESOP (2006). *Enfermagem perioperatória. Da Filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. ISBN 978-972-8930-16-5
- AORN (2010). *Standards and Recommended Practices*. USA, Denver: AORN Publications.
- Rothrock, J.; SMITH. *Selecting the Perioperative Patient Focused Model*. AORN Journal. Vol. 71, N.º 5. 2000. Pp. 1030-1037
- Teixeira, E. M. D. B. R., Figueiredo, M. C. B. A. (2009). *A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada*. Rev. Referência. II Série (9). 7-14.
- UNAIBODE (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório. Desenvolver uma cultura de qualidade*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-24-x

Data: 20/06/2018

Assinatura: Inês Canejo

Apêndice III – Instrumento de Planeamento do Projeto da ESS/IPS

## MESTRADO EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

### Planeamento do Projeto

<b>Estudante:</b> Inês Isabel Prates Canejo 170523003		<b>Orientador:</b> Professora Ana Lúcia Ramos; Enfermeiro Nuno Palma			
<b>Instituição:</b> Hospital de Lisboa e Vale do Tejo		<b>Serviço:</b> Bloco Operatório Central			
<b>Título do Projeto:</b> Importância do acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório					
<b>OBJETIVO GERAL</b>					
- Promover o acompanhamento da criança/jovem pela família/pessoa significativa no período perioperatório					
<b>OBJETIVOS Específicos</b>					
- Elaborar uma instrução de trabalho					
- Envolver no projeto outras unidades do hospital que prestam cuidados à criança no período perioperatório (serviço de internamento, UCPA e recobro de ambulatório)					
- Capacitar a criança e família para o período perioperatório					
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b>					
Diretor clínico do serviço de Anestesiologia e Bloco Operatório					
Enfermeira gestora do Bloco Operatório					
Enfermeiros do Bloco Operatório, Recobro de Ambulatório, UCPA e do internamento de Pediatria					
<b>Data:</b> ___ 20 ___ / ___ 06 ___ / ___ 2018 ___		<b>Assinatura:</b> ___ Inês Canejo ___			
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	

<p>Elaborar uma instrução de trabalho sobre “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório”</p>	<p>Elaboração de proposta para a criação de novos circuitos de passagem (para a pessoa significativa):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- da zona de transfer in e recobro para a sala operatória</li> <li>- de regresso ao recobro ou sala de espera, consoante a criança esteja internada ou em regime de ambulatório</li> </ul> <p>Aferição de condições estruturais de modo ao acompanhante poder trocar de roupa antes de entrar no BO</p> <p>Revisão Integrativa da Literatura</p>	<p>Estudante</p> <p>Equipa de enfermagem do BO, Recobro de ambulatório e UCPA</p> <p>Equipa de assistentes operacionais</p> <p>Equipa multidisciplinar</p>	<p>Vídeo projetor</p> <p>Computador</p> <p>Papel</p> <p>Máquina de plastificar</p>		<p>Instrução de trabalho realizada e entregue para aprovação</p> <p>Após aprovação do projeto deve ser implementado</p>
<p>Envolver no projeto outras unidades do hospital que prestam cuidados à criança no período perioperatório (serviço de internamento, UCPA e recobro de ambulatório)</p>	<p>Realização de ações de formação de modo a facilitar a integração das unidades com elo de ligação à equipa do BO</p> <p>Realização de reuniões multidisciplinares de modo a motivar os profissionais para a importância do acompanhamento da criança durante o período perioperatório</p>				<p>Realizada ação de formação no BO</p> <p>Após aprovação do projeto devem ser realizadas as ações de formação e reuniões multidisciplinares</p>
<p>Capacitar a criança e família para o período perioperatório</p>	<p>Elaboração de folheto informativo destinado à criança e família</p> <p>Elaboração de um poster informativo a afixar nos locais necessários</p> <p>Realização de ensinamentos sobre o acompanhamento</p>				<p>Folheto e poster realizados, aguardam aprovação</p> <p>Após aprovação do projeto devem ser implementados</p>

	no pré-operatório, na sala operatória e no pós-operatório				
--	---	--	--	--	--

**Cronograma:**

Ver em Apêndice II – Cronograma do projeto de estágio

**Orçamento:**

Recursos Humanos:

Mestranda e Equipa de enfermagem do BO, Recobro de ambulatório e UCPA

Equipa multidisciplinar: anestesiólogistas, cirurgiões e assistentes operacionais

Recursos Materiais:

Vídeo projetor; Computador; Papel; Máquina de plastificar

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

Necessidade de articulação com outros profissionais de saúde do BO e de outras unidades

- Reuniões com a equipa multidisciplinar do BO e outras unidades do hospital
- Motivação dos profissionais para a importância do acompanhamento da criança durante o período perioperatório

Data da revisão \_\_31\_\_ / \_\_01\_\_ / \_\_2019\_\_

Assinatura: \_\_\_\_Inês Canejo\_\_

Docente: \_\_\_\_Prof. Dra. Ana Lúcia Ramos\_\_

Apêndice IV – Carta à enfermeira gestora do Bloco Operatório Central do HLVT

No âmbito do 2º Mestrado de Enfermagem Perioperatória foi solicitada a elaboração de um projeto de estágio, utilizando a Metodologia de Projeto, cujo tema será decidido em concordância com o diretor e enfermeira gestora do Bloco Operatório.

Deste modo, e respeitando os objetivos da unidade curricular Projeto de Estágio, venho por este meio solicitar autorização para realizar o meu projeto na área do acompanhamento da criança/jovem no Bloco Operatório.

O projeto será realizado no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família no período perioperatório, ou seja, nos períodos pré, intra e pós operatório. Foi favorável o parecer da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente e da Direção-Geral da Saúde, e nos termos do disposto nos artigos 19.º, 20.º e 21.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, e nos artigos 1.º, 2.º e 7.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, em concordância com a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros, visando a promoção da humanização dos cuidados em ambiente hospitalar.

De acordo com o Despacho n.º 6668/2017 – Diário da República n.º 148/2017, Série II de 2017-08-02, as instituições hospitalares que realizem intervenções cirúrgicas a crianças e jovens devem assegurar as condições necessárias ao exercício do direito ao acompanhamento familiar da criança ou jovem nos termos referidos na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril.

Assim, pretendo realizar um projeto com o tema "Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório" de modo a promover o acompanhamento da criança/jovem pelos pais ou pessoa significativa no pré e pós-operatório e no momento da indução anestésica.

Atenciosamente  
Inês Canejo

Apêndice V – Carta ao diretor do Bloco Operatório Central do HLVT

No âmbito do 2º Mestrado de Enfermagem Perioperatória foi solicitada a elaboração de um projeto de estágio, utilizando a Metodologia de Projeto, cujo tema será decidido em concordância com o diretor e enfermeira gestora do Bloco Operatório.

Deste modo, e respeitando os objetivos da unidade curricular Projeto de Estágio, venho por este meio solicitar autorização para realizar o meu projeto na área do acompanhamento da criança/jovem no Bloco Operatório.

O projeto será realizado no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família no período perioperatório, ou seja, nos períodos pré, intra e pós operatório. Foi favorável o parecer da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente e da Direção-Geral da Saúde, e nos termos do disposto nos artigos 19.º, 20.º e 21.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, e nos artigos 1.º, 2.º e 7.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, em concordância com a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros, visando a promoção da humanização dos cuidados em ambiente hospitalar.

De acordo com o Despacho n.º 6668/2017 – Diário da República n.º 148/2017, Série II de 2017-08-02, as instituições hospitalares que realizem intervenções cirúrgicas a crianças e jovens devem assegurar as condições necessárias ao exercício do direito ao acompanhamento familiar da criança ou jovem nos termos referidos na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril.

Assim, pretendo realizar um projeto com o tema "Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório" de modo a promover o acompanhamento da criança/jovem pelos pais ou pessoa significativa no pré e pós-operatório e no momento da indução anestésica.

Atenciosamente  
Inês Canejo

Apêndice VI – Folheto informativo para a criança/jovem e acompanhante

## Período Perioperatório

**Pré-Operatório:** momento do internamento até ida para sala operatória

**Intra-Operatório:** desde a entrada até à saída da sala operatória



Pode levar o brinquedo preferido para a sala operatória, depois de higienizado



Na sala operatória irá adormecer ao lado da pessoa significativa

**Pós-Operatório:** desde a entrada no recobro até à alta clínica



Após a cirurgia, a pessoa significativa estará junto da criança/jovem

Para uma boa experiência durante estes momentos, tanto a criança/jovem como o seu acompanhante podem colocar as questões necessárias de modo a não terem medo, ansiedade dúvidas ou preocupações.

## FOLHETO INFORMATIVO

## ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA/JOVEM NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

Serviço Bloco Operatório

Hospital de Lisboa e Vale do Tejo

No Hospital é promovido o acompanhamento da criança/jovem durante a sua permanência na instituição.

A presença do pai, mãe ou outra pessoa significativa (avó, avô, tia, tio ou outra) proporciona uma experiência menos traumática à criança/jovem nesta fase vulnerável da sua vida, ser submetida a uma intervenção cirúrgica.



Tanto a criança/jovem como a pessoa significativa serão informados das regras do serviço para que o acompanhamento aconteça de modo regular e sem complicações.

A criança/jovem pode ser acompanhada antes e após a intervenção cirúrgica, mas também na sala operatória, até adormecer (decisão do anestesiológico da sala operatória).

#### O que pode provocar ansiedade na criança/jovem:

- Local estranho
- Pessoas estranhas e de farda
- Saber que vai ser operado
- Medo de técnicas invasivas
- Medo de ficar longe do acompanhante

#### Como proporcionar uma boa experiência:

- A criança/jovem será informada sobre o que vai acontecer
- Pode brincar com brinquedos do serviço ou dela, fazer desenhos, distrair-se com novas tecnologias que leve consigo



- Pode levar o brinquedo preferido para a sala operatória, depois de higienizado
- A criança/jovem pode estar junto da pessoa significativa:
  - antes da cirurgia,
  - no percurso até à sala operatória,
  - na sala operatória até adormecer,
  - no recobro após a cirurgia.

#### Como acompanhar a criança/jovem e minimizar a sua ansiedade:

- Será informado sobre o que vai acontecer
- Serão esclarecidas dúvidas e receios
- Pode colaborar sempre que solicitado pelo profissional de saúde (ajudar a tomar a pré-medicação e no momento das técnicas invasivas, por exemplo)
- Pode distrair a criança/jovem, brincar, sorrir, dizer piadas, ler uma história, jogar um jogo
- Irá vestir uma farda descartável, touca e sapatos de proteção para entrar na sala operatória
- No percurso até à sala operatória deve acompanhar a criança/jovem e focar-se apenas nela para a ajudar.



Apêndice VII – Poster informativo para a criança/jovem e acompanhante

# HOSPITAL DE LISBOA E VALE DO TEJO

## ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA/JOVEM NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

No Hospital é promovido o acompanhamento da criança/jovem durante a sua permanência na instituição.

A presença do pai, mãe ou outra pessoa significativa (avó, avô, tia, tio ou outra) proporciona uma experiência menos traumática à criança/jovem nesta fase vulnerável da sua vida, ser submetida a uma intervenção cirúrgica.

Tanto a criança/jovem como a pessoa significativa serão informados das regras do serviço para que o acompanhamento aconteça de modo regular e sem complicações.

A criança/jovem pode ser acompanhada antes e após a intervenção cirúrgica, mas também na sala operatória, até adormecer (decisão do anestesiolegista da sala operatória).

Em situação de intervenção cirúrgica a criança/jovem irá passar por três momentos no período perioperatório:

- Pré-operatório: desde a admissão até à entrada no bloco operatório;
- Intra-operatório: desde a entrada até à saída da sala operatória;
- Pós-operatório: desde a saída do bloco operatório até ao momento da alta.



Pode levar o seu brinquedo preferido



Adormece junto do seu familiar



Quando acordar regressa para junto do familiar

O que provoca ansiedade na criança/jovem:

- Local estranho
- Pessoas estranhas e de bata
- Saber que vai ser operado
- Medo de técnicas invasivas
- Medo de ficar longe da mãe ou do pai

Como ultrapassar:

- A criança/jovem será informada sobre o que vai acontecer
- Pode brincar com brinquedos do serviço ou dela, fazer desenhos, distrair-se com novas tecnologias que leve consigo
- Pode levar o brinquedo preferido para a sala operatória, depois de higienizado
- A criança/jovem pode estar junto da pessoa significativa:
  - antes da cirurgia,
  - no percurso até à sala operatória,
  - na sala operatória até adormecer,
  - no retorno após a cirurgia.

Como acompanhar a criança/jovem e minimizar a sua ansiedade:

- Será informado sobre o que vai acontecer
- Serão esclarecidas dúvidas e receios
- Pode colaborar sempre que solicitado pelo profissional de saúde (ajudar a tomar a pré-medicação e no momento das técnicas invasivas, por exemplo)
- Pode distrair a criança/jovem, brincar, sorrir, dizer piadas, ler uma história, jogar um jogo
- Irá vestir uma farda descartável, touca e sapatos de proteção para entrar na sala operatória
- No percurso até à sala operatória deve acompanhar a criança/jovem e focar-se apenas nela para a ajudar.

Elaborado por: Entidade Inês Carneiro

Apêndice VIII – Resumo do artigo científico com o tema “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório”

<b>Título do Artigo</b>	Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório
<b>Palavras chave</b>	Enfermagem Perioperatória; Criança/jovem; Acompanhamento.
<b>Autor(es)</b>	Inês Isabel Prates Carnejo
<b>Revisor(a) Científico</b>	Ana Lúcia Ramos
<b>Resumo</b>	
<b>Enquadramento</b>	<p>A Enfermagem Perioperatória foca-se nos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a intervenção cirúrgica, em todos os momentos, no pré, intra e pós-operatório. A pessoa que vai ser submetida a uma cirurgia está numa situação de vida complicada, com medos, ansiedade, receio da alteração da sua imagem corporal, receio pela sua vida e qualidade de vida após a cirurgia. Deve ser sempre respeitada em todas as suas dimensões, psicológicas, culturais, tendo em conta a privacidade, a confidencialidade, o respeito pelas suas crenças e valores (AESOP, 2006).</p> <p>De acordo com a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, a pessoa é vista como um todo e não apenas como a soma das suas partes; a família é englobada nos cuidados como um ser unitário e tem uma perspetiva única sobre os fatores (stressores) que influenciam a sua saúde. A partir da palavra <i>holistic</i> (holístico) surgiu para Neuman a palavra <i>wholistic</i> (totalidade), de modo a tornar compreensível este termo como um todo.</p> <p>Os cuidados de enfermagem prestados à criança e à sua família devem garantir a excelência e respeitar o recomendado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (POCEESIP).</p> <p>A intervenção do enfermeiro deve ter como pilar uma filosofia e organização de cuidados adequados aos direitos da criança e programas de saúde infantil. A participação dos pais (ou pessoa significativa) nos cuidados hospitalares é, para Casey (1993), a peça chave dos Cuidados centrados na família, cujo objetivo principal é o bem-estar da criança e família, mantendo e reforçando os laços da família com a criança hospitalizada e ajudar a promover a normalidade das rotinas e da unidade familiar.</p> <p>A doença e a hospitalização proporcionam ansiedade e medo nas crianças, agem como agentes stressores, não só pela hospitalização mas também pela separação da família, perda de controlo, risco de lesão corporal e possivelmente dor. O fato da presença da família ou pessoa significativa junto da criança aliviar todos estes stressores, torna</p>



	imprescindível ao acompanhamento da criança no período perioperatório.
Objetivos	Apresentar projeto, cujo objetivo geral é promover o acompanhamento da criança/jovem pela família/pessoa significativa no período perioperatório.
Metodologia	<p>Recorreu-se à metodologia de projeto. A definição do problema e o diagnóstico de situação foi realizado através da análise da entrevista semiestruturada a elementos da equipa cirúrgica, tendo ressaltado a importância de trabalhar esta temática, assim como evidenciou a necessidade de criar uma norma de procedimento e instrução de trabalho que descreva os cuidados a ter relativamente ao acompanhamento da criança no período perioperatório, de modo a dar resposta às necessidades do serviço e ao Despacho n.º 6668/2017 – Diário da República n.º 148/2017, Série II de 2 de Agosto de 2017. Após análise SWOT, como ferramenta de apoio ao diagnóstico de situação, foram planeadas atividades e delineadas estratégias, a serem implementadas e avaliadas.</p> <p>Realizou-se revisão de literatura em bases de dados e plataformas agregadoras de bases de dados (B-On, PubMed, Cochrane, Elsevier, entre outras) para melhor enquadramento da problemática e suporte às etapas do projeto.</p>
Resultados/ Discussão	<p>Em relação à análise SWOT: Como pontos fortes [F] foi identificado: a recomendação do acompanhamento da criança/jovem submetida intervenção cirúrgica devido ao despacho de 2 de agosto de 2017; equipa do recobro de ambulatório e UCPA já permitem o acompanhamento da criança pela pessoa significativa; equipa de anestesia especialista em pediatria e de enfermagem é pequena e concorda com a presença da pessoa significativa no período perioperatório. Como pontos fracos [W] identificou-se a resistência à mudança por parte da equipa multidisciplinar; difícil esquizematização dos circuitos corretos seguindo as recomendações da DGS; falta de consulta ou visita de enfermagem para preparação da criança e família e desmotivação dos profissionais. A cultura organizacional direcionada para melhoria contínua da qualidade e segurança da pessoa e a recomendação do acompanhamento da criança/jovem submetida intervenção cirúrgica devido ao despacho de 2 de agosto de 2017 surgem como oportunidades [O], enquanto que a dificuldade de aceitação do projeto por parte de alguns profissionais e a decisão final sendo a destes biólogos da sala surgem como ameaças [T].</p> <p>Após a análise SWOT, foram planeadas atividades específicas de modo a atingir o objetivo geral de promover o acompanhamento da criança no período perioperatório pela pessoa significativa, minimizando a ansiedade e</p>

	<p>ta uma na criança e família neste momento tão vulneráveis as suas vidas.</p> <p>Na elaboração da norma de procedimento e de instrução de trabalho foram tidos em conta os direitos e deveres do acompanhante e da criança/jovem, a estrutura física do serviço e os recursos humanos e materiais. Outras estratégias implementadas foram: criação de novos circuitos de passagem (para a pessoa significativa); atribuição de condições de privacidade dos doentes dentro das salas operatórias ao longo do circuito; integração de outras unidades como e los de ligação à equipa do BC; motivação dos profissionais para a importância do acompanhamento da criança durante o período perioperatório; realização de ações de formação em serviço.</p> <p>A revisão da literatura permitiu compreender as várias perspetivas da problemática, como tomou posse a informação necessária de modo a garantir uma prestação de cuidados diferenciada para a criança/jovem e acompanhante.</p>
<p><b>Conclusão</b></p>	<p>A Prática Baseada na Evidência realmente faz a diferença, auxilia na argumentação e justificação do porquê de determinadas atitudes e intervenções de enfermagem. Com a finalização do projeto perspetiva-se a criação de parcerias entre a triade: criança, enfermeiro e acompanhante, com foco na criança e família.</p>
<p><b>Transferibilidade</b></p>	<p>O presente projeto poderá ser implementado nos restantes hospitais da rede hospitalar do local de estágio, pois apesar de permitirem o acompanhamento da criança/jovem no período pré e pós-operatório, alguns hospitais ainda não possuem norma de procedimento, instruções de trabalho ou circuitos definidos de modo a dar resposta ao acompanhamento da criança/jovem no momento da indução e anestésica.</p>

Apêndice IX – Slides da apresentação em *power point* no 2º Congresso de Enfermagem Perioperatória com o tema “Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório”

CONGRESSO  
**ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**  
Comitê Organizador: Associação de Enfermeiros do Alentejo

25 JAN 19 FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**Cuidados de Enfermagem ao cliente pediátrico em contexto perioperatório:  
Acompanhamento da criança/jovem**

Inês Correia  
Professora Orientadora: Ana Lúcia Ramos

IPS INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

## OBJETIVOS DO PROJETO

### OBJETIVO GERAL

- Promover o acompanhamento da criança/jovem pela família/pessoa significativa no período perioperatório

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

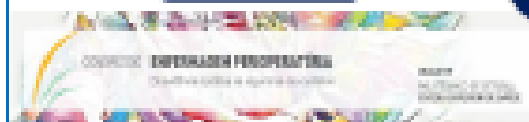
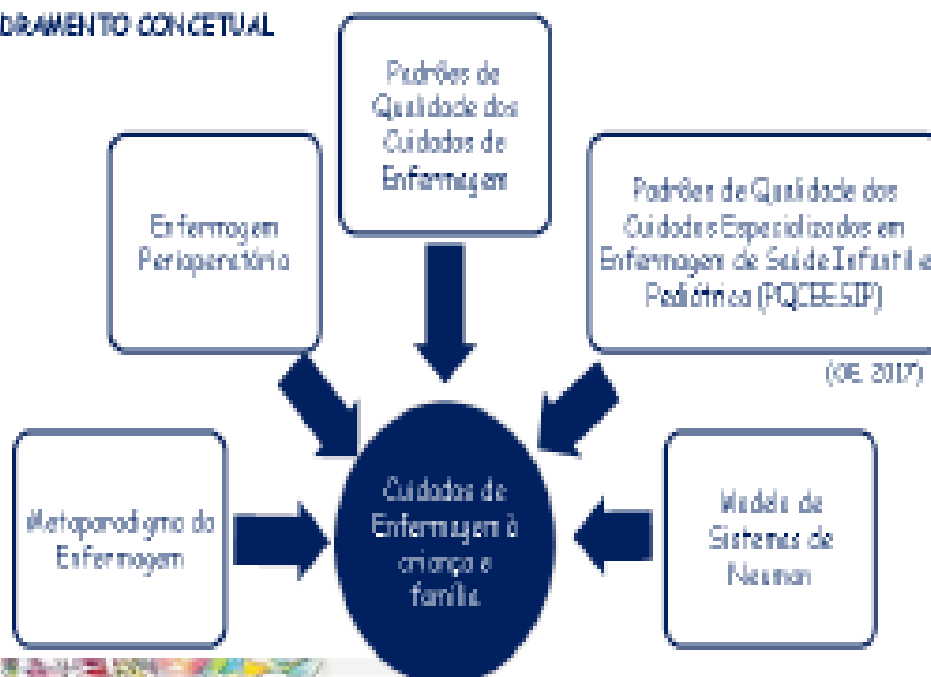
- Elaborar uma norma de procedimento
- Elaborar uma instrução de trabalho
- Avaliar os projetos outras unidades do hospital que prestam cuidados à criança no período perioperatório (serviço de internamento, UPA e recobro de ambulatório)
- Capacitar a criança e família para o período perioperatório

CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
Comitê Organizador: Associação de Enfermeiros do Alentejo

IPS INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

**Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório**

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL



Acompanhamento da criança/jovem no período periparto

3

## TEORIA DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

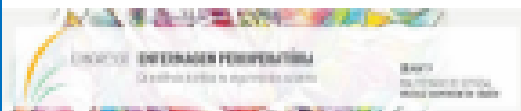


Taney & Allgood, 2004

Acompanhamento da criança/jovem no período periparto

4

## METODOLOGIA DE PROJETO

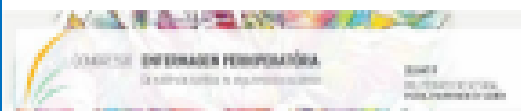


Ferreira, Nunes, & Ruivo (2010)

Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - ANÁLISE SWOT

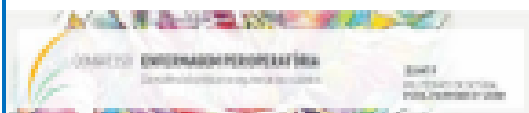
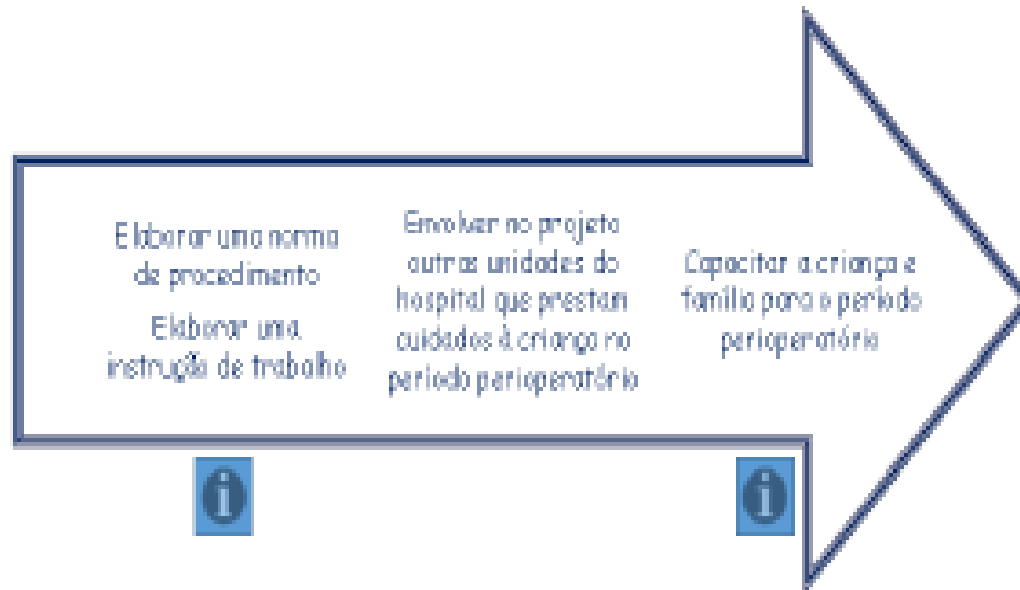
Pontos Fortes (S)	Pontos Fracos (W)	Oportunidades (O)	Ameaças (T)
Necessidade de implementação do projeto de vida il. Acesso ao diagnóstico em nível do Diário da República	Deixar a família a cuidar por parte da equipa médica a operar	Diferenciação de ind. direcionada para esta il. ou cat. levedo qual é esta a segurança do projeto	Dif. de nível de avaliação do projeto por parte de alguns profissionais
Equipa do recurso de saúde il. e 100% j. operatória o acompanhamento da criança/pessoa significat	Dif. de acesso ao diagnóstico de saúde com as recomendações da OMS	Necessidade de implementar o projeto de vida il. e recomendação em nível do Diário da República	Condições físicas e de recursos
Equipa de intervenção pediátrica com pediatras e enfermeiros com a presença de pessoas significat	Falta de consulta ou nível de referência para projeção da criança e família		
Equipa de intervenção frequent. e especializada a presença	Destruição dos profissionais		



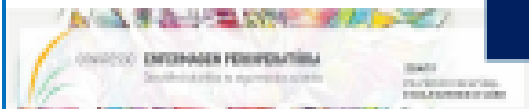
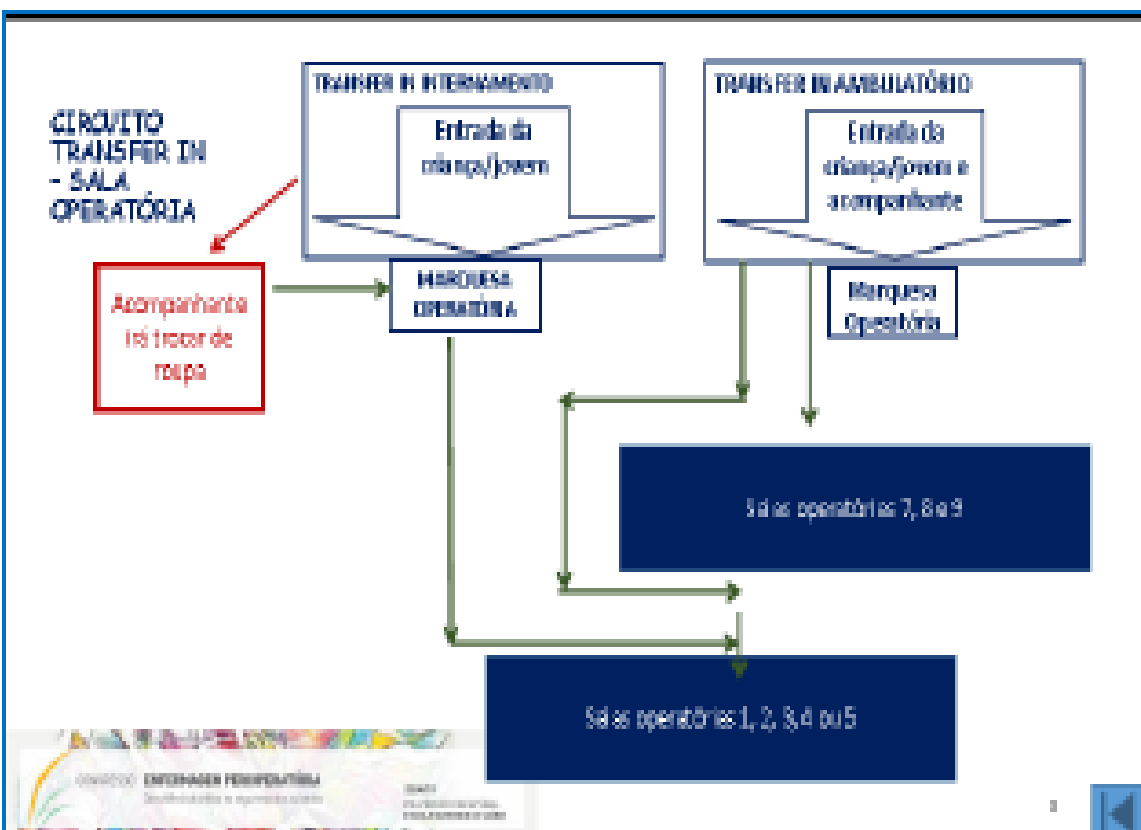
Daychoim, 2016

Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório

## PLANEAMENTO - OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS



Acompanhamento da criança/jovem no período perioperatório





## ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA/JOVEM NO PERÍODO DE PERÍODE PARAPARÉTI

No Hospital é provido a quem permanece da criança/jovem durante o seu período no Instituto.

A presença de pai, mãe ou outra pessoa significativa (avô, avó, tia, tio ou outro) proporciona uma experiência menos traumática à criança/jovem neste fase vulnerável da sua vida, por alicerçada a uma intervenção cirúrgica.

Tanta a criança/jovem como a pessoa significativa serão informados das regras de serviço para que a quem permanece esteja segura de modo regular e sem complicações.

A criança/jovem pode ser acompanhada antes e após o período cirúrgico, mas também na sala operatória, até conhecer (decisão do anestesiologista, da sala operatória).

### O que pode provocar ansiedade na criança/jovem:

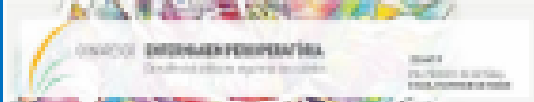
- Local estranho
- Pessoas estranhas e deitado
- Saber que vai ser operado
- Ausência de técnicas invasivas
- Ausência de ficar longe da quem permanece

### Como proporcionar uma boa experiência:

- A criança/jovem será informada sobre o que vai acontecer
- Pode brincar com brinquedos da sala de espera, fazer desenhos, distraí-lo com novos tecnologia que leve consigo
- Pode levar a brinquedo preferido para a sala operatória, depois de higienizado
- A criança/jovem pode estar junto da pessoa significativa
  - antes da cirurgia,
  - no percurso até à sala operatória,
  - na sala operatória até adormecer,
  - no retorno após a cirurgia.

### Como acompanhar a criança/jovem e minimizar a sua ansiedade:

- Ser informado sobre o que vai acontecer
- Ser informado dos direitos e regras
- Não calar sempre que solicitado pelo profissional de saúde (ajudar a tomar a decisão e no momento das técnicas invasivas, por exemplo)
- Não distrair a criança/jovem, brincar, cantar, desenhar, ler uma história, jogar um jogo
- Investir em uma fantasia de personagem, roupa e sapatos de proteção para entrar na sala operatória
- No percurso até à sala operatória deve acompanhar a criança/jovem e fazer-se alguns relatos e falar.



## CONCLUSÃO



Acompanhamento da criança/jovem no período paraparético



## **ANEXOS**

Anexo I – Modelo da distribuição semanal dos enfermeiros por sala operatória

Distribuição de Trabalho Semanal –  
Enfermeiros

		Ano: _____		Mês: _____		Semana de _____ a _____																																																																																							
Unidade	Dia	PT	(2ª feira)	(3ª feira)	(4ª feira)	(5ª feira)	(6ª feira)	(Sábado)	(Domingo)																																																																																				
		<p><b>Urgência Turno</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">N</td> <td>I</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">M</td> <td>I</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">T</td> <td>I</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										N	I									A									C									M	I									A									C									T	I									A									C						
N	I																																																																																												
	A																																																																																												
	C																																																																																												
M	I																																																																																												
	A																																																																																												
	C																																																																																												
T	I																																																																																												
	A																																																																																												
	C																																																																																												
Rotina Salas	1	I		ORT		ORT		ORT	URO	<p><b>LEGENDA:</b>            PT – Posto de Trabalho            I – Enf. Instrumentista            A – Enf. Apoio Anestesia            C – Enf. Circulante            R – Responsável de Turno</p> <p><b>OBSERVAÇÕES:</b>            - O Plano pode ser alterado por necessidade do Serviço</p>																																																																																			
		A																																																																																											
		C																																																																																											
	4	I		CIR		CIR		CIR	CIR																																																																																				
		A																																																																																											
		C																																																																																											
	5	I		GIN		ORL	GIN/ ORL	ORL	GIN																																																																																				
		A																																																																																											
		C																																																																																											
	7	I		OFT		ORT	OFT	OFT	OFT/ DER																																																																																				
		A																																																																																											
		C																																																																																											
	8	I		CIR		URO	ORT	CIR/ GIN																																																																																					
		A																																																																																											
		C																																																																																											
	9	I			OFT/ ORL			OFT																																																																																					
		A																																																																																											
		C																																																																																											
<p>Enfermeiro Chefe / Responsável:</p>																																																																																													

Anexo II - Diploma de bom comportamento fornecido à criança no BO do HLVT

Hospital de Lisboa e  
Vale do Tejo



# Diploma de bom comportamento

Certificamos que o/a menino/a

---

se portou muito bem no hospital e foi muito corajoso/a.

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Anexo III – Certificado de Presença no Curso de Laparoscopia Urológica – Live Surgery



1<sup>ST</sup>  
Edition

LEARN WITH THE BEST

# LAPAROSCOPY COURSE

LEVEL I LIVE SURGERY

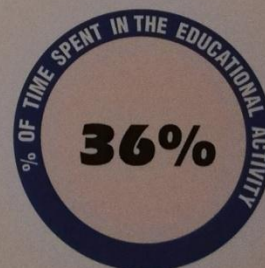
## CERTIFICATE

We hereby certify that,

**INES CANEJO**

participated in the *Learn with the best: Laparoscopy Course, 1<sup>st</sup> Edition, Level I – Live surgery*, held in Lisbon Marriott Hotel, November 09 & 10, 2018.

Lisbon, November 10, 2018



Luis Campos Pinheiro  
Course Coordinator

Rui Farinha  
Course Coordinator



Anexo IV - Certificado de Presença no 2º Curso Teórico-Prático de Ginecologia  
Laparoscópica

LAPAROSCOPIA  
GINECOLÓGICA

# CERTIFICADO

Certificamos que,

esteve presente no **2º Curso Teórico-Prático** de **Laparoscopia Ginecológica**, que decorreu nos dias 30 de novembro e 01 de dezembro de 2018, no Auditório do Hospital Lusíadas Lisboa.

Lisboa, 01 de dezembro de 2018



Dra. Fátima Faustino

*Coordenadora da Unidade de Ginecologia  
e Obstetrícia do Hospital Lusíadas Lisboa*