



Sara Vanessa
Serrão Jacob

**CIRURGIA DE AMBULATÓRIO UM
FUTURO PRESENTE** – Importância
cuidados de enfermagem pré-
operatórios

Relatório Estágio/Projeto do Mestrado de
Enfermagem Perioperatória

Docente orientadora: Professora Doutora Ana
Lúcia Ramos

23 de Setembro de 2019



Sara Vanessa
Serrão Jacob

**CIRURGIA DE AMBULATÓRIO UM
FUTURO PRESENTE** – Importância
cuidados de enfermagem pré-
operatórios

JÚRI

Presidente: Professora Doutora Andreia Filomena
Ferreri de Gusmão Gonçalves Cerqueira
Orientadora: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos
Arguente: Mestre Hugo Alves Franco

23 de Setembro de 2019

“O ignorante afirma, o sábio duvida, o sensato reflete.”
Aristóteles

AGRADECIMENTO

A realização desta caminhada nem sempre foi fácil, houve bastantes obstáculos que nos fizeram pensar em desistir. Agora com a sua chegada ao fim, à meta, quero expressar a minha gratidão para com as pessoas que por este ou aquele motivo estiveram presentes neste percurso, dando o seu apoio, incentivo e motivação. Permitindo-nos destacar:

- A Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, nossa orientadora, a qual diferencio pela sua orientação em todo este projeto, escutando as nossas lamentações, dando apoio motivacional nos momentos de desespero;
- O enfermeiro orientador por todo o apoio e compreensão;
- Aos companheiros do mestrado pelo companheirismo que partilhamos nesta realidade nova nas nossas vidas, em especial à Marisa e à Sofia por todos os desabafos e incentivo ao longo de muitos quilómetros;
- A todos os enfermeiros perioperatórios do bloco onde foi realizado o estágio, os quais se disponibilizaram a participar neste trabalho e permitiram a respetiva concretização, uma vez que acreditaram e acederam com a sua colaboração e contribuição;
- Aos colegas do serviço onde desempenho funções, que apesar de não pertencerem ao ambiente perioperatório, sempre incentivaram e tentaram perceber as nossas angústias;
- A todos os meus amigos, pelo incentivo, reforço dado em todo este projeto, e também pela compreensão dos diversos momentos de ausência do saudável convívio;
- Por último à minha família, que embora tenha enfrentado um período bastante difícil, sempre nos motivou a não desistir.

A todos o meu muito obrigado!

RESUMO

O presente trabalho foi realizado no âmbito do Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória, na Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS).

A prestação de cuidados de enfermagem, em contexto de cirurgia ambulatória, compreende uma abordagem individualizada, onde o planeamento dos cuidados é realizado com base nas dimensões físicas, psicológicas, sociais de cada utente. Na cirurgia de ambulatório, apesar de ser um contexto em que a componente técnica está bastante presente, o sucesso desta experiência está intimamente ligado com toda a preparação que se efetua no período pré-operatório e com a capacidade que os enfermeiros têm em criar uma relação de confiança com os utentes, permitindo-lhes expor suas dúvidas acerca dos ensinamentos efetuados.

Os Enfermeiros têm uma grande responsabilidade nos ensinamentos que realizam, estes são a chave para uma recuperação rápida dos utentes, assim como o estabelecimento rápido do seu estado, providenciando o aumento da qualidade em todo o processo cirúrgico. Para este aspeto é necessário obter competências de ensino, e comunicação e de empatia, não esquecendo a realização de um plano de cuidados personalizado com avaliação posterior, atingindo a excelência dos cuidados.

Numa fase inicial, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a importância dos cuidados de enfermagem pré-operatórios na cirurgia de ambulatório, com a aquisição de conhecimentos que demonstraram a sua importância. Perante a evidência alcançada e com os défices identificados na instituição desenvolveu-se o projeto com o objetivo de otimizar os cuidados pré-operatórios prestados aos utentes em regime de ambulatório. O projeto foi elaborado com base na metodologia de projeto.

Também se considerou pertinente a elaboração de um folheto informativo a fornecer ao utente na consulta de enfermagem pré-operatória que está a ser desenvolvida.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória, Cirurgia de Ambulatório, Cuidados de enfermagem pré-operatórios, Metodologia de projeto.

ABSTRACT

The present work was carried out in the scope of the internship to obtain the degree of Master in Perioperative Nursing, at the Health School (ESS), of the Polytechnic Institute of Setúbal (IPS).

The provision of nursing care, in the context of ambulatory surgery, comprises an individualized approach, where care planning is performed based on the physical, psychological, and social dimensions of each wearer. In outpatient surgery, despite being a context in which the technical component is very present, the success of this experience is intimately linked with all the preparation that takes effect in the preoperative period and with the capacity that nurses have in Create a relationship of trust with the users, allowing them to expose their doubts about the teachings made.

The nurses have a great responsibility in the teachings they perform, these are the key to a rapid recovery of users, as well as the rapid establishment of their state, providing an increase in quality throughout the surgical process. For this aspect it is necessary to obtain teaching skills, and communication and empathy, not forgetting the realization of a personality care plan with posterior evaluation, achieving the excellence of care

At an early stage, a Bibliographic Review was carried out on the importance of Pre-operative care and nursing in outpatient surgery, with the Acquisition of knowledge that has demonstrated its importance. In view of the evidence reached and the deficits identified in the institution, the project was developed with the objective of optimizing the preoperative care provided to users in outpatient clinics. The project was elaborated based on the project methodology.

It was also pertinent to elaborate an informative leaflet to be provided to the user in the Preoperative nursing consultation that is being developed.

Keywords: perioperative nursing, Outpatient surgery, pre-operative nursing care, project methodology.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

APCA: Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

AORN – American Operating Room Nurses

BO - Bloco Operatório

CA – Cirurgia de ambulatório

CDE – Código deontológico dos Enfermeiros

CNDCA- Comissão nacional de desenvolvimento da Cirurgia de ambulatório

Dm – Dispositivo médico

Enfº - Enfermeiro

ESS- Escola Superior de Saúde

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

Nº - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OR-Operating Room

P. – Página

Profª – Professora

REPE – Regulamento do Exercício profissional do Enfermeiro

SNS – Serviço nacional de saúde

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

UC – Unidade Curricular

UCA – Unidade de cirurgia de ambulatório

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1 – Circuito do utente na UCA	24
Figura 2 – Teoria das Transições de Afaf Meleis	34
Quadro 1 - SWOT	41

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
1.1 – Cirurgia de Ambulatório	20
1.1.1 - Cuidados de enfermagem perioperatórios no período pré-operatórios	30
1.2 – Teoria de Afaf Meleis	33
2 – METODOLOGIA DE PROJETO	38
2.1 – Diagnóstico de situação	39
2.1.1 - Caracterização do contexto de estágio	39
2.2 - Definição de objetivos	42
2.3 - Planeamento	43
2.4 - Execução e Avaliação	44
2.5 - Divulgação do projeto	47
3 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE E EM ENFERMAGEM PERIOPERATORIA	49
4 - CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	62
APÊNDICES	67
APÊNDICE I – Diagnóstico de Situação	68
APÊNDICE II - Planeamento	73
APÊNDICE III – Cronograma de atividades	80
APÊNDICE IV – Folheto de acolhimento	83
APÊNDICE V – Guia do telefonema pré-cirúrgico	87
APÊNDICE VI – Circuito do utente na UCA	90
APÊNDICE VII – Artigo científico	93
APÊNDICE VIII - Apresentação “Gestão dos cuidados de Enfermagem na cirurgia de ambulatório	96

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio/projeto, inserida no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde de Setúbal, do Instituto Politécnico de Setúbal foi elaborado este relatório de estágio, no qual pretendemos demonstrar o percurso desenvolvido para a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

O estágio desenvolveu-se durante o período de 7 de Maio de 2018 e 31 de Janeiro de 2019, com um total de 360 horas de prestação clínica, a que correspondem 35 ECTS, desenvolvido no Bloco operatório de um Hospital Privado na zona centro do país. Para além da aquisição de competências na prestação de cuidados perioperatórios, esta unidade curricular propôs a elaboração de projeto de intervenção, utilizando a metodologia projeto, no contexto em que o estágio foi desenvolvido.

Nunes *et al* (2010) descrevem Projeto como “um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (p. 4). Com vista a desenvolver um projeto que se mostra-se vantajoso para a instituição onde se realizou o estágio, foram realizadas reuniões informais com a equipa de enfermagem, que mostraram algumas debilidades na área da cirurgia de ambulatório, mais especificamente nos cuidados pré-operatórios.

A cirurgia de ambulatório, apesar de ser um regime cirúrgico já existente há algumas décadas, tem-se revelado uma área com grande evolução no presente e com uma perspetiva de crescimento no futuro.

Definimos, assim, como objetivos deste relatório:

- Desenvolver competências no âmbito da investigação, com recurso à metodologia de projeto;
- Fundamentar a problemática;
- Caracterizar o contexto de estágio;
- Expor as etapas desenvolvidas no projeto, de acordo com a metodologia de projeto;
- Analisar as competências de Mestre e em Enfermagem Perioperatória adquiridas durante o Estágio.

A investigação na área das profissões, neste caso na área da Enfermagem, permite um

desenvolvimento contínuo da mesma, pois através da investigação constrói-se um domínio de conhecimento, elaborando e testando as teorias (Fortin, 2009). Deste modo e segundo Craig e Smyth citados por Nunes *et al*, 2010, p. 35 “Os Enfermeiros têm a responsabilidade profissional de desenvolver os seus conhecimentos sobre os cuidados de saúde, ao longo da sua prática, de modo a aperfeiçoar as suas competências”.

Este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos, no primeiro capítulo encontra-se o enquadramento teórico, resultado da pesquisa bibliográfica realizada. Pretende-se que surja como suporte teórico e científico para o projeto realizado. Ainda neste capítulo apresentamos a teoria em que nos centramos para a elaboração deste. O segundo capítulo explana todo o percurso realizado para o desenvolvimento do projeto de intervenção, de acordo com a metodologia projeto. No terceiro capítulo é apresentado o resultado da análise reflexiva entre o processo de aquisição de competências em contexto da prática de enfermagem perioperatória, com as competências inerentes ao grau de Mestre em enfermagem perioperatória. Por último, na conclusão pretendemos realizar a síntese do percurso realizado quer no desenvolvimento do projeto, quer no desenvolvimento das competências de enfermeiro perioperatório.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretende-se constituir um ponto de partida para contextualizar o projeto e trabalho desenvolvido ao longo do estágio, é aqui que procuramos definir conceitos e aprofundar conhecimentos, tendo recorrido à revisão bibliográfica.

1.1- Cirurgia de ambulatório

Cirurgia de Ambulatório define-se como “intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais legis artis, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas” (D.R., 1.ª série, N.º 21, 30/01/09, Port.n.º132/2009, Artigo 3).

A cirurgia de ambulatório apresenta-se como um importante instrumento para o aumento da qualidade dos cuidados e da eficácia na organização hospitalar, com múltiplas vantagens reconhecidas internacionalmente. Representa um impacto positivo para o utente que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo realizar a sua recuperação num ambiente familiar. A CA possibilita, ainda, uma organização da estrutura hospitalar, podendo os serviços de internamentos ficarem disponíveis para as situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares. (Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 8 de fevereiro de 2018)

A cirurgia de ambulatório tem sofrido um forte crescimento em termos internacionais, no nosso país esse desenvolvimento intensificou-se desde 2007, tendo-se constituído como um exemplo de referência, com a sua expansão sustentada. Se em 2000 as cirurgias realizadas em regime de ambulatório representavam pouco mais de 10 % do total de cirurgias, relativas a procedimentos com indicação internacional para serem efetuados em regime de CA, presentemente cerca de 80 % destas cirurgias são realizadas em regime de CA. O seu desenvolvimento tem sido de facto exponencial, sendo que cerca de 63 % do total de cirurgias programadas é realizada neste regime cirúrgico. (Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 8 de fevereiro de 2018)

Atualmente existem procedimentos mais complexos, com indicação para ser realizados em cirurgia de ambulatório, que se realizam em Portugal, cerca de 12 %, quando no ano de 2000 esta prática era inexistente. No entanto, existem ainda algumas instituições com taxas inferiores às melhores práticas nacionais, necessitando esta prática de um maior desenvolvimento. (Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 8 de fevereiro de 2018)

De acordo com o despacho nº 1380/2018 “O crescimento da CA em Portugal nos últimos anos deveu-se em parte às orientações emanadas pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA), nomeada através do Despacho n.º 25832/2007, de 19 de outubro, com o objetivo de estudar e propor estratégias, para o desenvolvimento da CA no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A CNDCA, com uma composição transversal a vários organismos do Ministério da Saúde e com carácter multidisciplinar, tendo sido responsável pela elaboração do *‘Relatório Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente’*, de outubro de 2008. Além da caracterização detalhada da realidade portuguesa, este relatório forneceu ao Ministério da Saúde a possibilidade de implementar muitas medidas que resultaram num forte crescimento da CA em Portugal” (Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 8 de fevereiro de 2018, p. 4511).

Em 2018 foi criado um Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA), com o objetivo de proceder à avaliação da CA nos últimos 10 anos em Portugal, procedendo ao diagnóstico da situação, identificando áreas que, apesar do crescimento, requerem ainda de desenvolvimento. As identificações destas áreas de intervenção prioritárias permitem continuar a melhorar esta resposta no Serviço Nacional de Saúde, de forma a otimizar as vantagens da CA, privilegiando a abordagem sem pernoita e centrada nas necessidades do utente com patologia cirúrgica (Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 8 de fevereiro de 2018).

O crescimento mundial da CA está associado a um conjunto significativo de vantagens, das quais salientamos:

- Clínicas – baixa incidência de complicações, quer sejam decorrentes do ambiente em que os doentes se encontram (menor possibilidade de contraírem infeções de origem hospitalar, por menor contacto com outros doentes que possam ser portadores de infeções graves), quer sejam resultantes da própria operação (a recuperação mais rápida dos doentes evita que estes fiquem tempos prolongados retidos no seu leito, reduzindo a incidência de complicações cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais, etc.);

- Organizativas – melhoria do acesso dos doentes à cirurgia, através da redução das listas de espera cirúrgica, sobretudo quando o programa se desenvolve em unidades de cirurgia ambulatória especialmente desenhadas para esse fim, facilitando o processo de agendamento e permitindo o aumento significativo da eficiência hospitalar relativamente à cirurgia de internamento;
- Sociais – permite uma mais rápida recuperação pós-operatória dos doentes com início mais precoce das suas atividades diárias, da vida familiar e da atividade profissional em comparação com os doentes que ficam internados, e uma menor alteração da vida quotidiana dos doentes em virtude de reduzir o tempo de afastamento destes do seu ambiente familiar e social;
- Económicas – permite uma forte racionalização da despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares, em especial quando em presença de elevados índices de substituição da cirurgia convencional, dita de internamento, pela CA (AESOP, 2012).

O desenvolvimento da cirurgia de ambulatório tem como grandes impulsionadores o desenvolvimento anestésico e controlo da dor, assim como de técnicas minimamente invasivas, que permitem a realização de cirurgias cada vez mais complexas neste regime (Pinto et al., 2005).

De acordo com o relatório final desenvolvido pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA) a planificação de uma unidade de cirurgia de ambulatório é uma medida de extrema importância para otimizar a produtividade, a eficiência e a eficácia da unidade, potenciando a sua capacidade competitiva no mercado de saúde. Este aspeto permite facilitar os circuitos dos utentes, dos profissionais e dos materiais necessários, proporcionando a redução dos tempos de espera, de quebras nos fluxos de trabalho e o aproveitamento dos tempos operatórios, otimizando o tempo de trabalho dos profissionais (CNADCA, 2008).

Este aspeto é corroborado por Coutinho (2009, p.59) referindo que é “possível afirmar que a génese de uma unidade de cirurgia de ambulatório (UCA) que garanta simultaneamente a qualidade e a humanização do serviço (potenciando as respectivas eficiência, eficácia e produtividade), a qualidade de tratamento e satisfação dos utentes, a participação activa dos acompanhantes no processo e ainda a satisfação dos profissionais, está efectivamente no planeamento e no desenho dessa UCA.”

Existem três modelos estruturais e funcionais de unidades de cirurgia de ambulatório:

- os centros autónomos, são concebidos e organizados exclusivamente para a realização destas cirurgias, pressupõe a existência de um hospital de retaguarda para acolher casos que necessitem de internamento cirúrgico para maior vigilância por alguma complicação;

- os centros adjacentes ao hospital, como os centros anteriores são concebidos apenas para a cirurgia de ambulatório, mas encontram-se no espaço físico do hospital;
- o centro misto pressupõe a realização de cirurgia de ambulatório e convencional, estes centros pressupõe um aproveitamento do espaço existente e dos recursos humanos. Apesar de apresentar custos iniciais mais baixos este modelo é visto pela direção geral de saúde como desvantajoso, pois a acessibilidade pode ser dificultada, dada a prioridade ao internamento, o staff pode não estar tão preparado e os critérios de alta mal definidos, sendo que o mais vantajoso é que a cirurgia de ambulatório funcione numa unidade própria, com estrutura física e recursos técnicos e humanos próprios (AESOP, 2012).

Numa cirurgia convencional os utentes são internados no dia anterior à mesma e após a cirurgia são encaminhados para o serviço de internamento, o mesmo não acontece na cirurgia de ambulatório, na sua maioria, existindo necessidade de assegurar uma ligação ao exterior e o acompanhamento dos utentes pelos familiares. Na cirurgia de ambulatório o utente chega ao serviço no dia que é intervencionado e tem alta, regressando ao domicílio, maioritariamente, no mesmo dia (Coutinho, 2009).

A unidade de cirurgia de ambulatório, independentemente do modelo, tem de cumprir as mesmas normas de um bloco operatório convencional, sendo necessário manter a assepsia, assegurando circuitos bem definidos e sequenciais (Coutinho, 2009).

Deste modo, para dar resposta a estas diferentes questões, o desenho de uma UCA deve considerar três áreas distintas – zona de receção/espera, zona cirúrgica e zona de recobro/alta. Assim como quatro circuitos diferenciados – circuito de utentes, circuito de acompanhantes, circuito de pessoal e circuito de sujios/limpos (Coutinho, 2009).

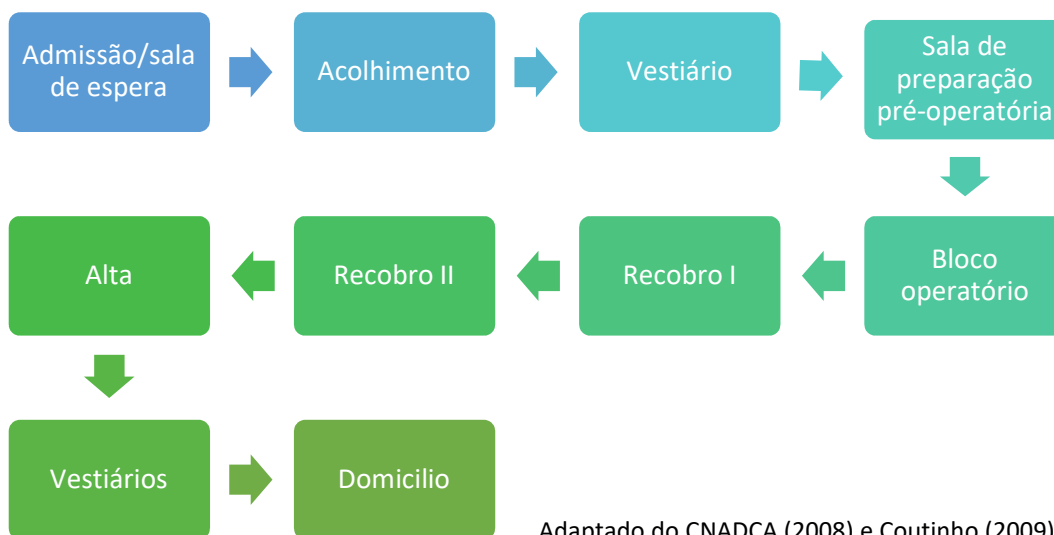
Segundo a AESOP (2012) uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório deve contemplar: a área de receção/Admissão; gabinete de consulta; sala de espera para utentes e acompanhantes; vestiário para os utentes; sala de preparação pré-operatória; UCPA (fase 1 e 2); bloco operatório; espaço exterior para estacionamento automóvel para os utentes/acompanhante.

A zona de receção/espera é reservada para a admissão dos utentes e área de espera dos mesmos, bem como os acompanhantes. É ainda nesta zona que deve ocorrer a preparação dos utentes, constituída por duas áreas distintas: sala de espera e instalações sanitárias e vestiários de utentes; e zona de consulta pré e pós-operatória, com gabinetes de consulta e sala de tratamentos. Esta área pode ser considerada de livre circulação, sem restrições. A zona cirúrgica é destinada às salas cirúrgicas, sala de pequena cirurgia e de anestesia e apoios: vestiários de pessoal, as áreas para desinfeção do pessoal. Esta área deve ser considerada de circulação restrita a pessoal e

utentes preparados. Por último, a zona de recobro destinada aos cuidados pós anestésicos imediatos, com o recobro fase 1 com macas e a área de adaptação ao meio com cadeirões. Deve existir ainda nesta zona, um gabinete de alta, copa, sanitários. Esta área deve ser considerada de circulação semirestrita, onde os acompanhantes podem aceder, desde que autorizados.

Segundo o mesmo autor a “forma mais eficaz de compreender o funcionamento de uma UCA é descrever os circuitos diferenciados que a compõem e que permitem conhecer a sequência das acções e das funções de cada um dos compartimentos que compõem as diferentes zonas”. (Coutinho, 2009, p. 60)

Figura 1 – Circuito dos utentes na UCA



Adaptado do CNADCA (2008) e Coutinho (2009)

O circuito dos utentes deve ser simples e de fácil compreensão, com o intuito de não causar mais stress ao utente no dia da cirurgia. Após realizar a admissão o utente e respetivo acompanhante aguardam na sala de espera, o segundo passo dos utentes é nos vestiários. Esta área tem como função permitir que os utentes, onde trocam a sua roupa pela do bloco, nesta zona os pertences dos utentes devem ficar armazenados em cacifos, ou no caso de não existirem serão entregues aos acompanhantes. Os vestiários deverão ter instalação sanitária com duche e a sua ligação à zona de transfer para a área cirúrgica deverá ser realizada por uma porta específica para o efeito, assegurando uma ligação direta e independente. Não existe necessidade para os vestiários serem separados por sexo, uma vez que são individuais. Depois de preparado, o utente passa pela zona de transferência, que dá acesso à zona cirúrgica. Após a intervenção cirúrgica a primeira fase de recobro é o recobro anestésico, equivalente a uma unidade de cuidados pós-anestésicos de um bloco convencional. A necessidade de um utente realizar esta primeira fase de recobro depende do

tipo e complexidade de intervenção a que foi sujeito. A etapa seguinte da recuperação do utente é o recobro II, ou recobro em cama. Esta área pode estar organizada em boxes individuais, mas, por questões de flexibilidade e capacidade de resposta aos diferentes números e tipos de cirurgias que não são diariamente constantes, pode ser projetada em open space com a área do recobro III, contemplando sempre a separação por cortinas. Durante esta fase a presença do acompanhante, irá depender da política da unidade e da indicação médica. O recobro III é a sala de adaptação ao meio em cadeirões, onde os utentes deverão ter, de preferência, a presença dos acompanhantes. Nesta fase, são averiguados os requisitos para a alta, capacidade de deambulação, capacidade de ingestão de alimentos líquidos e sólidos e capacidade micção. A saída da zona de recobro deverá ser realizada através de um gabinete de alta, onde são efetuados os ensinamentos para a alta, o esclarecimento de dúvidas e as recomendações para a recuperação em casa. Nesta fase a presença do acompanhante é importante, ficando na posse de todas as indicações. Estes ensinamentos podem ser realizados no recobro III, mas tendo em vista a humanização dos cuidados e a privacidade, considera-se uma mais valia a existência de um gabinete exclusivo para este efeito (Coutinho, 2009).

Num serviço de cirurgia de ambulatório, os recursos humanos devem ser alvo de um programa de formação específico, pois para além das competências técnicas terem de estar desenvolvidas, o desenvolvimento de competências na área relacional e o investimento de toda a equipa são aspetos fundamentais para a garantia da prestação de cuidados específicos e individualizados. De qualquer das formas, a equipa deve ser constituída por uma equipa multiprofissional, englobando médicos-cirurgiões, anestesiólogos, enfermeiros, administrativos e assistentes operacionais. (AESOP, 2012).

O sucesso deste regime cirúrgico depende da imposição de critérios de seleção de utentes, ou seja, nem todas as pessoas podem ser operadas em cirurgia de ambulatório. Estes critérios de admissibilidade podem ser adaptados de acordo com as características de cada hospital, contudo as recomendações mínimas da DGS (2000) devem ser cumpridas.

Critérios Sociais:

- Aceitação de ser operado neste regime cirúrgico;
- Transporte garantido em veículo automóvel;
- Área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância de instituição hospitalar;
- Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita;
- Acesso fácil a telefone;
- Assegurar companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas;

Critérios Clínicos:

- Idealmente ASA I ou ASA II.
- Estabilidade clínica e psíquica;
- Intervenção que se prevê de curta duração (cerca de 60 minutos)
- Desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação por via oral.

A seleção dos utentes deve ter sempre em conta o estado geral de saúde, os resultados de meios auxiliares de diagnóstico, a capacidade e disposição para realizar a recuperação em casa. (AESOP, 2012)

Os cuidados de enfermagem em cirurgia de ambulatório têm os mesmos princípios que os realizados em qualquer bloco operatório, onde o papel do enfermeiro é descrito como “o conjunto de actividades orientados não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar” (AESOP, 2012, p. 108). Torna-se, nesta realidade, ainda mais importante a prestação de cuidados de forma individualizada, onde o planeamento dos mesmos, deve ter em conta as dimensões físicas, psicológicas, sociais de cada utente.

Apesar de a componente técnica estar bastante presente, o sucesso desta experiência está intimamente ligado com toda a preparação que se efetua no período pré-operatório e com a capacidade que os enfermeiros têm em criar uma relação de confiança com os utentes. “A Cirurgia ambulatória é uma modalidade assistencial que procura prestar cuidados cirúrgicos com qualidade, e onde a preocupação dominante se prende com o cliente. Constitui um desafio aliciante, onde a enfermagem perioperatória ganha um novo sentido, na medida em que tudo é programado conjuntamente com o cliente e tudo se desenrola no sentido do auto cuidado” (Lima, 2006, p.20).

O enfermeiro perioperatório desenvolve a sua atividade durante todas as fases do processo cirúrgico dos utentes, independentemente do regime cirúrgico: Período Pré-Operatório: consulta de enfermagem e acolhimento da unidade; Período Intraoperatório: bloco operatório; Período Pós-Operatório: UCPA e no domicílio. (AESOP,2012)

A área de intervenção do projeto de estágio centra-se no período pré-operatório, deste modo iremos abordar mais profundamente os cuidados que se devolvem nesta fase, individualizando-os num subcapítulo.

No período intraoperatório segundo a AESOP, (2012) a prestação de cuidados de enfermagem deve ir ao encontro do plano anteriormente estabelecido, devendo ter em conta os seguintes aspetos:

- Identificação completa do utente;
- Comunicação verbal e não-verbal do utente;
- Conforto e posicionamento;

- Monitorização dos sinais vitais, vigiando possíveis alterações das funções cardíaca, respiratória e circulatória;
- Administração de terapêutica;
- Alteração do estado de consciência;
- Perceção da dor;
- Manutenção da segurança;
- Prevenção da infeção.

Durante o período de indução anestésica, é da responsabilidade do enfermeiro a monitorização do utente, de modo a despistar a presença de efeitos adversos e hipersensibilidade aos fármacos e reação tóxica por elevada dose do agente anestésico. (AESOP,2012)

Relativamente ao posicionamento cirúrgico, apesar das intervenções cirúrgicas serem normalmente rápidas, apresentam sempre um risco de desenvolver úlceras de pressão mesmo que seja um risco mínimo, devendo os enfermeiros estar alerta para este aspeto. Deste modo, a avaliação pré-operatória assume um papel fundamental, identificando potenciais riscos para o utente, e que possam dificultar ou impedir o posicionamento ideal, aumentando o risco de morbidade, como por exemplo patologias já existentes. (Manley et al., 2003).

Os cuidados de enfermagem, no intraoperatório neste regime cirúrgico, “são comuns aos da cirurgia convencional, no entanto a comunicação entre o enfermeiro de sala de operações e o da UCPA reveste-se da maior importância, uma vez que o tempo de permanência do doente na instituição é muito curto.” (AESOP, 2012, p. 347)

Relativamente ao período pós-operatório, este pode ser dividido em primeira fase e segunda fase. A primeira fase caracteriza-se pela recuperação da anestesia, sendo os cuidados de enfermagem comuns aos dos utentes intervencionados em cirurgia convencional. Na segunda fase, precedente da alta, caracteriza-se pela etapa de readaptação ao ambiente onde os utentes iniciam o levantar, o sentar, o andar de pé, o urinar e o deambular. (AESOP, 2012, e Rothrock ,2008)

Deste modo, segundo Rothrock (2008, p.1058), “os cuidados de enfermagem pós-operatórios aplicáveis às fases 1 e 2 são:

- Avaliar a respiração;
- Monitorizar risco de volume hídrico deficiente relacionado com a anestesia ou com a hipovolemia;
- Monitorizar lesão relacionada com o delírio da recuperação;
- Monitorizar dor (destaque de pesquisa);
- Monitorizar náuseas e vômitos relacionados com a anestesia ou ao procedimento cirúrgico;
- Proteger áreas dessensibilizadas pela administração de um anestésico local;

- Monitorizar alteração da circulação relacionada com o procedimento cirúrgico, curativo ou aparelho gessado;
- Incentivar a deambulação precoce e a ingestão progressiva de líquidos, conforme apropriado;
- Documentar plano de cuidados de acordo com a política do estabelecimento e o procedimento;
- Fortalecer e rever instruções por escrito apropriadas de alta”.

O tempo que os utentes permanecem na UCPA irá depender do tipo de cirurgia e anestesia a que o utente foi submetido, bem como do restabelecimento das funções vitais: estabilidade hemodinâmica, ausência de depressão respiratória, orientação espaço temporal, tolerância à ingestão de líquidos, ausência de náuseas ou vômitos, hemorragia e dor e ser capaz de urinar, de deambular e vestir-se (AESOP, 2012).

Após estarem reunidas as condições referidas a alta ainda não é efetiva, visto que os utentes apenas poderão abandonar o serviço na presença de um acompanhante. Nesta fase os enfermeiros devem validar os ensinamentos realizados anteriormente e reforçá-los, certificando-se que o utente e acompanhante estão informados e esclarecidos sobre os sintomas e as complicações que possam surgir, bem como as atitudes a tomar perante as mesmas. (AESOP, 2012)

No momento da alta, segundo a AESOP, devem ser entregues aos utentes documentação sobre:

- os cuidados específicos do pós-operatório, contendo o contato da unidade e do serviço de urgência;
- as prescrições medicamentosas e os relatórios anestésico e cirúrgico;
- a carta de alta de enfermagem, indispensável para a continuidade dos cuidados

As náuseas e os vômitos são os sintomas mais frequentes em cirurgia de ambulatório. Esta situação aumenta o desconforto e a insatisfação do utente em relação a este regime cirúrgico. Além do impacto psicológico na pessoa tem também impacto a nível fisiológico, aumentando o risco de hemorragia pós-operatória, deiscência da sutura, desequilíbrio hidroelectrolítico entre outros. Na maioria dos casos as náuseas e vômitos têm grande ocorrência nos utentes já após a alta, não tendo ocorrido anteriormente, sendo desta forma, importante a identificação de utentes com risco acrescido (APCA, 2012).

Para a sua prevenção e tratamento a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) elaborou dois documentos de recomendações:

- Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia de ambulatório.

- **Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vômitos em Cirurgia de Ambulatório**

A dor e o seu controlo a nível agudo no pós-operatório são um dos aspetos mais importantes na satisfação e na qualidade inerente à UCA. Apesar dos avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor é ainda um sintoma pós-operatório muitas vezes referido. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais e um direito dos utentes. O sucesso do controlo da dor só pode ser atingido através duma atuação organizada, com medidas protocoladas e programas de ação multidisciplinar (APCA, 2013).

Para minimizar os sintomas acima descritos em 2009 surgiu o Decreto-Lei n.º 13/2009, de 12 de Janeiro posteriormente alterada pelo Decreto-Lei n.º 75/2013 de 4 de Junho, onde se afirma que os estabelecimentos e os serviços prestadores de cuidados de saúde abrangidos pelo presente decreto-lei devem dispensar de forma gratuita, através dos seus serviços farmacêuticos medicamentos para tratamento, sempre que tal se revele necessário por razões clínicas resultantes dos procedimentos de cirurgia de ambulatório. No mesmo artigo é destacado que a quantidade de medicamentos dispensados não pode ser superior à necessária para sete dias de tratamento após a intervenção cirúrgica.

No dia seguinte à intervenção cirúrgica, os utentes são contactados telefonicamente por um enfermeiro do serviço para avaliar a sua situação pós-operatória, proporcionando a continuidade dos cuidados. É neste momento que se pode despistar possíveis complicações, realizar o esclarecimento de dúvidas específicas de cada situação, reforçar dos ensinamentos, perceber o grau de satisfação dos utentes, para além de fortalecer a relação estabelecida desde o acolhimento. Toda a informação recolhida deve ser registada no processo do utente (AESOP, 2012).

Segundo Lima (2006) as primeiras 48 horas são as que exigem maior vigilância, dado ser neste espaço de tempo que aparecem a maioria das complicações relacionadas com o procedimento cirúrgico. O contacto telefónico torna-se assim um instrumento importante de controlo e despiste de complicações, assim como de avaliação da eficácia e da qualidade dos cuidados.

Em algumas instituições, ainda é realizado um questionário de satisfação aos utentes, para ter o feedback do grau de satisfação relativamente ao seu percurso na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, sensivelmente um mês após a intervenção cirúrgica. (Caseiro et al., 2003).

1.1.1 - Cuidados de enfermagem perioperatórios no período pré-operatórios

Segundo Rothrock (2000) “à medida que os números de cirurgias ambulatoriais continuam a crescer, a educação do utente, o envolvimento da pessoa significativa do utente como componente integrante, e o planeamento da alta tornam-se intervenções cruciais da enfermagem perioperatória e um desafio de forma a melhorar os resultados”. Deste modo, a necessidade de cuidados de enfermagem diferenciados, individualizados e apaziguadores no período pré-operatório, revestem-se de extrema importância.

A componente relacional nos cuidados de enfermagem são uma realidade que necessita de estar bastante desenvolvida neste regime cirúrgico. “Os cuidados de enfermagem são compostos de múltiplas ações que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de pequenas coisas que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção ao beneficiário de cuidados e seus familiares (...)”. (Hesbeen, 2000, p.47).

O contacto pré-operatório com os utentes deve ser orientado para a educação específica e a informação, oral e escrita, pertinente sobre o seu procedimento, os detalhes relativos à admissão, o que esperar do período perioperatório e as necessidades após a alta. Esse momento é igualmente uma oportunidade para que os utentes exprimirem as suas preocupações. (Rhodes et al. 2005)

No período pré-operatório a realização da consulta de enfermagem, quando esta está implementada, permite o estabelecimento de uma relação de empatia e de ajuda com o utente e/ou família. Nesta fase os utentes são informados sobre os cuidados a ter na fase do pré, intra e pós-operatório, recebe toda a informação necessária para o seu consentimento esclarecido em todo o processo cirúrgico (AESOP, 2012).

Segundo Rothrock (2008) a avaliação pré-operatória pode ser completada de várias formas como por exemplo entrevistas conduzidas por telefone e questionários. Esta avaliação prévia e este acompanhamento personalizado deve ser feito de forma organizada, rigorosa levando ao aumento da satisfação dos utentes, reduzindo atrasos e evitando cancelamentos cirúrgicos.

Segundo a AESOP (2012) a consulta de enfermagem tem como objetivos:

- Avaliar as necessidades físicas e psicológicas do utente;
- Relatar procedimentos anestésico-cirúrgicos;
- Envolver a família ou pessoa significativa no plano de cuidados;
- Entregar documentação importante para orientação do utente;
- Realizar ensinamentos pré e pós-operatórios.

Manica et al. (1994), considera que a preparação pré-operatória proporciona tempo aos utentes e acompanhante para falarem sobre a cirurgia, familiarizando-se com o ambiente, não sendo este totalmente estranho no dia da cirurgia, diminuindo também a incidência de cancelamento de cirurgias por preparação inadequada ou má avaliação.

O momento do acolhimento normalmente é acompanhado por sentimentos de grande stress e ansiedade para o utente e sua família, pelo que é essencial que o enfermeiro estabeleça uma relação de ajuda com os mesmos (Manley et al. 2003)

A iminência de uma intervenção cirúrgica é normalmente vivida pelos utentes de forma intensa e dolorosa, esta é percebida como algo desconhecido e provocadora de medo, às vezes mais do que a própria doença, gerando elevados níveis de ansiedade.

De acordo com a AESOP (2012, p.123) “A intervenção cirúrgica impressiona e gera inquietude, não tanto pelo acto cirúrgico em si, mas pelo conceito mais ou menos imaginário do mundo misterioso da sala de operações. A visão que o doente tem de um bloco operatório é de um meio fechado, interdito a todas as pessoas que lá não trabalham, o uso de uniformes especiais e mascaras, por detrás das quais as pessoas não são reconhecidas, equipamento sofisticado, a cor fria do material de inox que predomina (...)”. Tendo em conta este aspeto, os cuidados de enfermagem realizados no período pré-operatório devem ser orientados para a preparação psicológica dos utentes e suporte emocional, exigindo do enfermeiro perioperatório competências relacionais e humanas, permitindo o estabelecimento de uma relação de qualidade com os utentes.

O acolhimento corresponde ao momento em que o enfermeiro deve validar o ensino realizado na consulta de enfermagem, assim como o consentimento relativamente aos procedimentos que irão ser efetuados, identificando outras necessidades que a pessoa apresente (AESOP, 2012). Neste momento o utente também deve ser observado pelo cirurgião, para discutir algum aspeto necessário, esclarecer dúvidas que possam permanecer, ou proceder à marcação da região que vai ser operada; e pelo anestesiológista de modo a verificar as condições anestésicas e avaliação da eventual necessidade de administração de medicação ou monitorização pré-operatória (Manley et al., 2003).

Esta fase de preparação tem como objetivos promover a segurança dos utentes, minimizar possíveis complicações peri-operatórias, evitar cancelamentos de cirurgia de última hora, fornecer atempadamente informação aos utentes, esclarecer dúvidas e avaliar necessidades específicas. No dia anterior à cirurgia o contacto telefónico do enfermeiro ao utente é considerado bastante vantajoso uma vez que irá lembrar os ensinamentos realizados anteriormente e fortalecer a relação terapêutica. (Leal, 2006).

A informação fornecida não deve ser igual para todos os utentes, nem o modo como é transmitida, devendo o enfermeiro adaptar a informação às necessidades de cada utente, procurando solidificar as ideias, com pedido de feedback e realizando o ensino de forma mais clara e objetiva possível. Zanchetta et al. (2004) destaca que a comunicação deve ser realizada de forma apropriada e nos tempos corretos resultando no aumento da satisfação, na diminuição da depressão e ansiedade, e na redução da medicação analgésica. Podemos deste modo afirmar que os ensinamentos não devem ser realizados de forma padrão, devem diferir de pessoa para pessoa, tendo por base os conhecimentos prévios manifestados pelos utentes, devido a terem usufruído de consulta pré-operatória ou experiências cirúrgicas anteriores.

A informação transmitida verbalmente deverá ser complementada com um folheto informativo onde se preconiza a realização de ensino sobre a roupa necessária, tempo de jejum, importância do acompanhamento por um adulto, exames de rotina e esclarecimento de dúvidas de modo geral (Costa et al, 2005; Freire et al., 2010). Os folhetos permitem facilitar a compreensão das recomendações a seguir antes da cirurgia e após a alta hospitalar, deverão ir de encontro àquelas que são as principais dúvidas e inquietações do utente da CA, a forma de as superar e onde recorrer caso necessário, fornecendo-lhe confiança e segurança no sistema. (CNACDA, 2008)

Este aspeto é corroborado por Marques (2011) e Zanchetta et al. (2004) referindo que os utentes consideram o folheto como facilitador e importante para o esclarecimento de dúvidas. Já Santos et al. (2012) refere que este documento deve ter as orientações escritas de forma clara, detalhada de maneira que os utentes/familiares compreendam a informação recebida.

A qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros perioperatórios tem vindo a melhorar, na mesma medida em que os utentes passaram a ser o centro da sua atenção, havendo um esforço para melhorar a interação e humanização, nunca descorando a excelência técnica. Farber (2010) evidencia no seu artigo que os enfermeiros com mais formação proporcionam um nível de satisfação superior aos utentes de quem cuidam. Outro autor, Gilmartin et al. (2007), refere que a equipa de enfermagem deve prestar cuidados nas várias valências da cirurgia de ambulatório, trabalhando várias competências procurando a obtenção de cuidados excelentes.

Hoje e cada vez mais no futuro muito próximo, a garantia da qualidade é uma opção estratégica absolutamente inquestionável. Perante uma sociedade mais exigente e com direitos reconhecidos, a garantia da qualidade faz parte integrante de todas as instituições, para além de constituir preocupação dos profissionais que, no exercício da sua atividade, querem ver reconhecido o seu desempenho e envolvimento. (CNADCA, 2008).

Contudo, uma das desvantagens apontadas no relatório do CNADCA é o contacto reduzido dos utentes com a equipa de enfermagem, o que lhes aumenta o medo e a ansiedade e dificulta a

comunicação assim como a coordenação e continuidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Assim, é importante a implementação de métodos que sistematizem os cuidados de enfermagem e permitam a sua adaptação a episódios de curta duração, de forma a permitir que esta permanência reduzida do utente na organização não prejudique a qualidade dos cuidados prestados.

Em suma, os enfermeiros têm uma grande responsabilidade nos ensinos que realizam, estes são uma peça fundamental para uma recuperação rápida dos utentes. Deste modo, é necessário obter/ desenvolver competências de ensino, de comunicação e de empatia, não esquecendo a realização de um plano de cuidados personalizado com avaliação posterior.

1.2- Teoria de Afaf Meleis

A enfermagem enquanto disciplina científica é composta por vários elementos: metaparadigma, filosofias, modelos conceptuais, teorias de enfermagem e indicadores empíricos.

As teorias de enfermagem permitiram a evolução da Enfermagem enquanto disciplina científica, pois fundamentam e orientam a nossa prática diária.

Os utentes que necessitam de cuidados de enfermagem perioperatórios, encontram-se numa situação de dependência e vulnerabilidade o que reforça o dever de proteção, assegurando os seus direitos e promovendo-os. Este sentimento de impotência e dependência, tornam o período perioperatório num dos mais preocupantes na vida dos utentes, o confronto com a realidade de ir ao BO constitui uma experiência geradora de ansiedade. No entanto, esta pode ser amenizada, se no acolhimento e durante toda a experiência cirúrgica, prevalecer a competência de pessoas qualificadas e capazes de lhe transmitir segurança (Silva, et al., 2006). Para isso, é fundamental, que no período pré-operatório se estabelecer uma relação entre o enfermeiro e o utente, em que este seja esclarecido e informado de forma a sentir-se apoiado na sua vivência (AESOP, 2012).

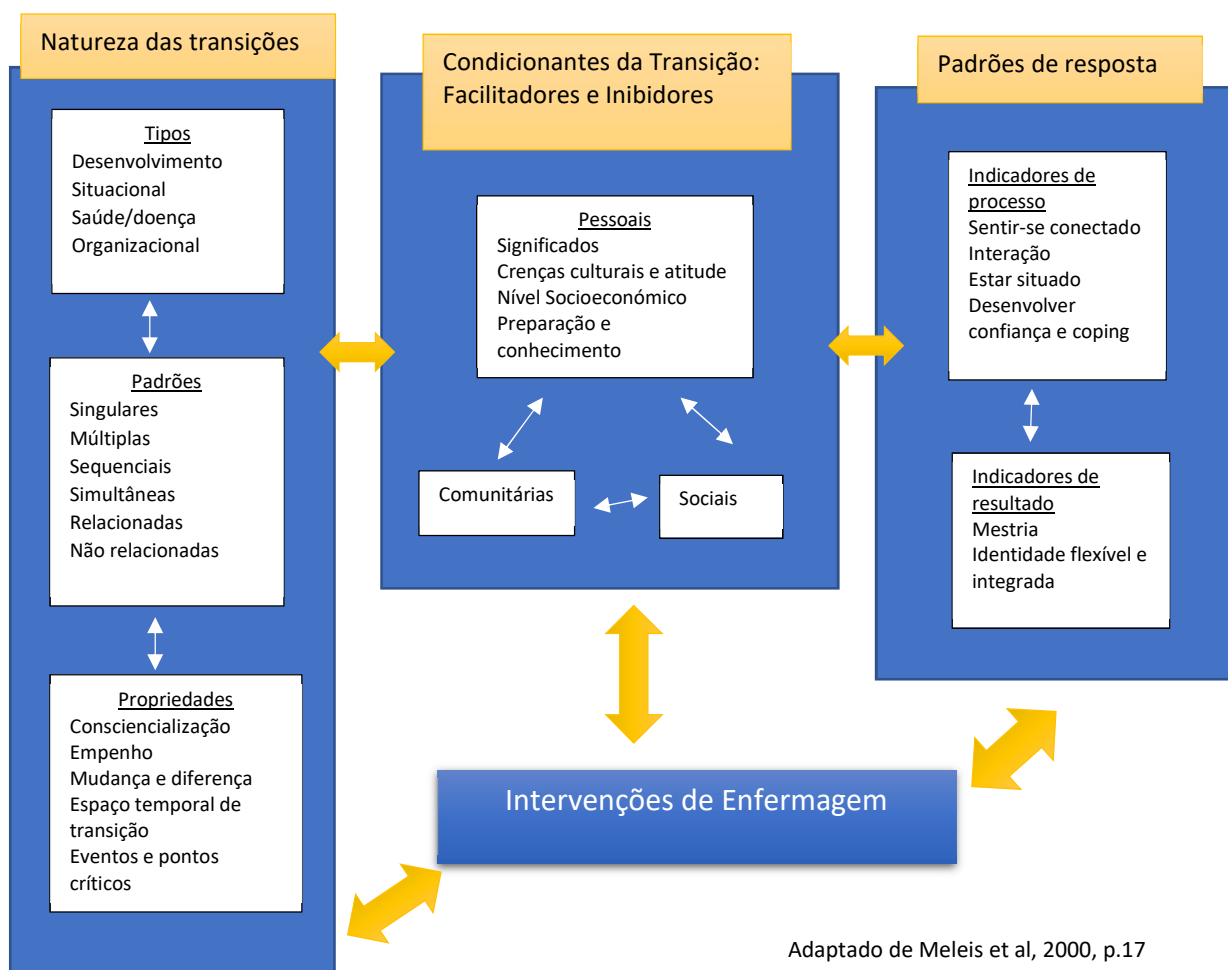
Assim, ao longo deste percurso tornou-se necessário a mobilização de uma Teoria de Enfermagem, com o objetivo de orientar o pensamento e o exercício profissional. A Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis tornou-se desta forma um fio condutor e de orientação do pensamento, dando ênfase, tal como refere Silva (2006) às respostas humanas envolvidas nas transições.

De acordo com Meleis (2012) o processo de transição é caracterizado pela sua singularidade, diversidade, complexidade e contém múltiplas dimensões que geram significados

diferentes, determinados pela percepção que cada indivíduo tem da situação em causa. As transições são o resultado das mudanças na vida, saúde, relacionamentos, e ambientes em que a pessoa se encontra inserida.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis assenta em quatro componentes que tentam descrever e caracterizar o processo transicional. Sendo estas: a natureza das transições (tipos, modelos e propriedades); condicionantes facilitadoras/inibidoras da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) interligados pelas intervenções terapêuticas de enfermagem, como está esquematizado na figura 2.

Figura 2 – Teoria das Transições de Afaf Meleis



Durante o ciclo de vida as pessoas experienciam diversos processos de transições, podendo ser transições previsíveis (transições de desenvolvimento), como é o caso da infância ou adolescência, transições situacionais, exemplo disso uma gestação e transições saúde-doença,

como por exemplo, considerando-se a vivência de uma situação aguda de doença, e organizacional, relacionadas ao ambiente, mudanças políticas, socioeconômicas. (Meleis et al, 2000)

Segundo esta teoria as transições apresentam diferentes modelos: singular (transição única) ou múltiplas; sequenciais (quando ocorrem em intervalos de tempo diferentes) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. Estas são percebidas como modelos de multiplicidade e complexidade por não serem autônomas, nem exclusivas.

As transições são complexas e multidimensionais, apresentando propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos. A consciencialização está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciência reflete-se, muitas vezes, no grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas esperadas e as percepções das pessoas que vivenciam transições semelhantes. O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento, pois a pessoa só pode envolver-se depois de ter noção da mudança. O nível de envolvimento de uma pessoa que reconhece as mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, será diferente daquela em que tal não acontece. Exemplos de envolvimento são a procura de informação, recurso a modelos e preparação ativa e pró-ativa da modificação das atividades (Meleis et al., 2000).

Todas as transições encontram-se associadas a eventos marcantes ou situações críticas, como por exemplo o nascimento, a morte, a menopausa, o diagnóstico de uma doença crónica ou uma intervenção cirúrgica. Estes criam a consciência de mudança ou diferença levando a um maior envolvimento na experiência de transição. Durante o período de incerteza existem uma series de pontos críticos que diferem a natureza da transição, cada um exige a atenção por parte dos enfermeiros, pois correspondem a períodos de extrema vulnerabilidade em que os utentes encontram dificuldades em manter o seu autocuidado. Os padrões de cuidado são alterados e os indivíduos experienciam incertezas e ansiedade (Meleis, et al., 2000).

Nesta teoria são descritos condicionantes das transições, podendo estes serem dificultadores ou facilitadores das transições. No que diz respeito as condicionantes pessoais os significados (neutros, positivos ou negativos) atribuídos as situações criticas que levam à transição; as crenças e atitudes culturais, quando ligadas a uma transição podem influenciar a expressão de emoções relacionadas com a mesma; o nível socioeconómico torna mais vulnerável a manifestação de sintomas psicológicos, o que dificulta a transição; a preparação e o conhecimento prévio facilitam a experiência de transição, ao passo que a ausência deste constitui um fator inibidor, ambos podem ser usados como estratégias para alcançar uma transição saudável. As condições comunitárias e sociais relacionam-se com a existência de apoio familiar e social, de recursos

instrumentais, de representação social e de estereótipos, constituindo um fator que também pode facilitar ou dificultar a transição. (Meleis, et al., 2000)

Uma transição saudável é determinada pelos modelos de resposta do indivíduo ao processo de transição, que se pode dar a partir dos indicadores de processos e de resultados. Os indicadores processuais são importantes porque permitem determinar se os utentes, que se encontram em processo de transição, estão numa situação de saúde e bem-estar, ou a encaminhar-se para uma direção de riscos e vulnerabilidade. Os indicadores processuais compreendem: o sentir-se conectado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde); a interação (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores familiares) a fim de ajustar os comportamentos de resposta às transições; o estar situado (no tempo, espaço e relações) possibilita que a pessoa se despenda de seu passado e enfrente os novos desafios; e o desenvolvimento de confiança e de coping, que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação (Meleis et al., 2000).

Por último, os indicadores de resultado referem-se à maestria (domínio de novas competências) e à integração de uma identidade flexível (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica). A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para completar a transição com sucesso, sendo ambos definidores de um processo saudável de transição (Meleis et al., 2000).

As intervenções de Enfermagem, surgem nesta teoria, definidas como todas as ações intencionalmente implementadas para cuidar dos doentes, englobando o conteúdo tanto das intervenções como os objetivos de enfermagem (Meleis, 2012). As intervenções terapêuticas de enfermagem devem ser entendidas como ações interventivas continuadas no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimentos e capacidades àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis et al., 2000).

A Teoria das Transições de Meleis permite-nos compreender o processo de transição que cada indivíduo/família estão a experienciar, desta compreensão surgem intervenções terapêuticas de Enfermagem, que detêm como finalidade simplificar a vivência do processo de transição pelas pessoas que se tornam clientes de enfermagem.

Desta forma, os enfermeiros perioperatórios poderão constituir-se agentes facilitadores de todo o processo de transição, intervindo com e unido com o utente e família, proporcionando-lhe, tal como refere Meleis transições promotoras de sentimentos de bem-estar.

2 – METODOLOGIA DE PROJETO

De acordo com Ruivo e Ferrito (2010, p.4), esta é uma metodologia ligada à investigação que pressupõe uma atividade intencional com um objetivo determinado e “está associada a um produto final que procura responder ao objetivo inicial e reflete o trabalho realizado”; prevê iniciativa e autonomia dos responsáveis pelo projeto; pressupõe autenticidade, uma vez que decorre de um problema real; compreende um determinado grau de complexidade e incerteza e possui um carácter prolongado e faseado no tempo.

Segundo Semedo (2009, p.34), a metodologia de projeto consiste num processo centrado na “resolução de problemas e tenciona introduzir uma dinâmica integradora e de síntese entre a teoria e a prática, num processo interativo, onde a teoria decorra diretamente da prática e esta da teoria, onde os conhecimentos já adquiridos, desencadeiem a aquisição de novos conhecimentos e experiências.”.

A metodologia de projeto é constituída pelas seguintes fases:

Diagnóstico da situação;

Planificação das atividades, meios e estratégias;

Execução das atividades planeadas;

Avaliação da intervenção;

Divulgação de resultados.

O projeto foi desenvolvido no local onde se realizou o estágio, centrando a nossa atenção na cirurgia de ambulatório, mais especificamente nos cuidados de enfermagem prestados no período pré-operatório. Este projeto de intervenção surge no âmbito da Unidade Curricular Projeto/Estágio, e tem como objetivos, de acordo com o guia UC:

- Capacitar para o uso das principais técnicas de enfermagem perioperatória.
- Promover o desenvolvimento de competências em contexto clínico de enfermagem perioperatória.
- Capacitar para a elaboração de um projeto de formação individual.
- Promover o desenvolvimento de competências de decisão clínica e decisão ética de enfermagem, em contexto específico da enfermagem perioperatória.
- Aplicar a metodologia de projeto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto da prática.

2.1 – Diagnóstico de situação

A primeira etapa da metodologia de projeto, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, isto é, um descritivo da realidade sobre a qual nos propomos intervir. Para a identificação e validação do problema, utilizamos a entrevista semiestruturada e como método de análise deste a análise SWOT, para além da observação que esta implícita em todo este processo.

Durante a realização da entrevista semiestruturada ao enfermeiro chefe, este alertou para o problema na cirurgia de ambulatório, necessidade também sentida por vários elementos da equipa, principalmente os que prestam cuidados com mais frequência na cirurgia de ambulatório. Sendo esta área, também de interesse pessoal, e que permitia desenvolver a área das intervenções autónomas em enfermagem, decidimos que poderíamos contribuir para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem prestados no pré-operatório, em cirurgia de ambulatório.

O problema apurado deve-se ao fato de o contato com os utentes antes da cirurgia ser escasso, e à falta de informação dos utentes, sentida pelos enfermeiros, quando estes chegam à sala operatório e ao fato de não existir um circuito definido do utente na cirurgia de ambulatório, devido à organização do espaço físico.

Neste ponto torna-se pertinente realizar uma breve caracterização do serviço onde foi realizado o estágio.

2.1.1 - Caracterização do contexto clínico

O estágio foi realizado numa unidade hospitalar privada na região centro do país, pertencente a um grupo de saúde nacional, regida por protocolos, manuais e instruções de trabalho uniformizadas em todas as unidades do grupo. Esta unidade hospitalar de oferta abrangente nas mais diversas áreas médico-cirúrgicas, suportada em meios técnicos e na qualidade dos seus profissionais com o objetivo de oferecer cuidados médicos de qualidade e segurança a todos os seus clientes.

Tem como visão ser líder na prestação de cuidados de saúde de qualidade distintiva suportada numa rede integrada de unidades de elevada performance, tanto no setor privado como no setor público, e apresentando opções de crescimento em mercados internacionais selecionados.

Preconiza como missão promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor. Estabelece a prestação de cuidados de saúde, de acordo com as melhores práticas, a excelência tecnológica, e a mais recente e comprovada evolução científica na prevenção, diagnóstico e tratamento clínico da doença, sustentada na obtenção de resultados clínicos, periodicamente monitorizados e reavaliados face aos objetivos e metas definidos. Define um modelo de prestação de cuidados assente na procura contínua de soluções para dar resposta às necessidades dos clientes.

Tem capacidade para 24 pessoas para internamento médico-cirúrgico, 2 salas de bloco operatório, uma de cirurgia de ambulatório e 21 gabinetes permitindo a realização de consultas de cerca de 30 especialidades. A unidade dispõe, ainda, de um atendimento permanente e de uma estrutura que permite realizar exames nomeadamente: radiologia, análises clínicas, cardiologia, medicina dentária, otorrinolaringologia, entre outros.

O estágio realizou-se no bloco operatório, que é constituído por 3 salas operatórias e uma sala de cuidados pós-anestésicos com a capacidade para 5 pessoas, tendo apoio da unidade de cuidados intermédios com lotação de 4 camas localizada no serviço de internamento.

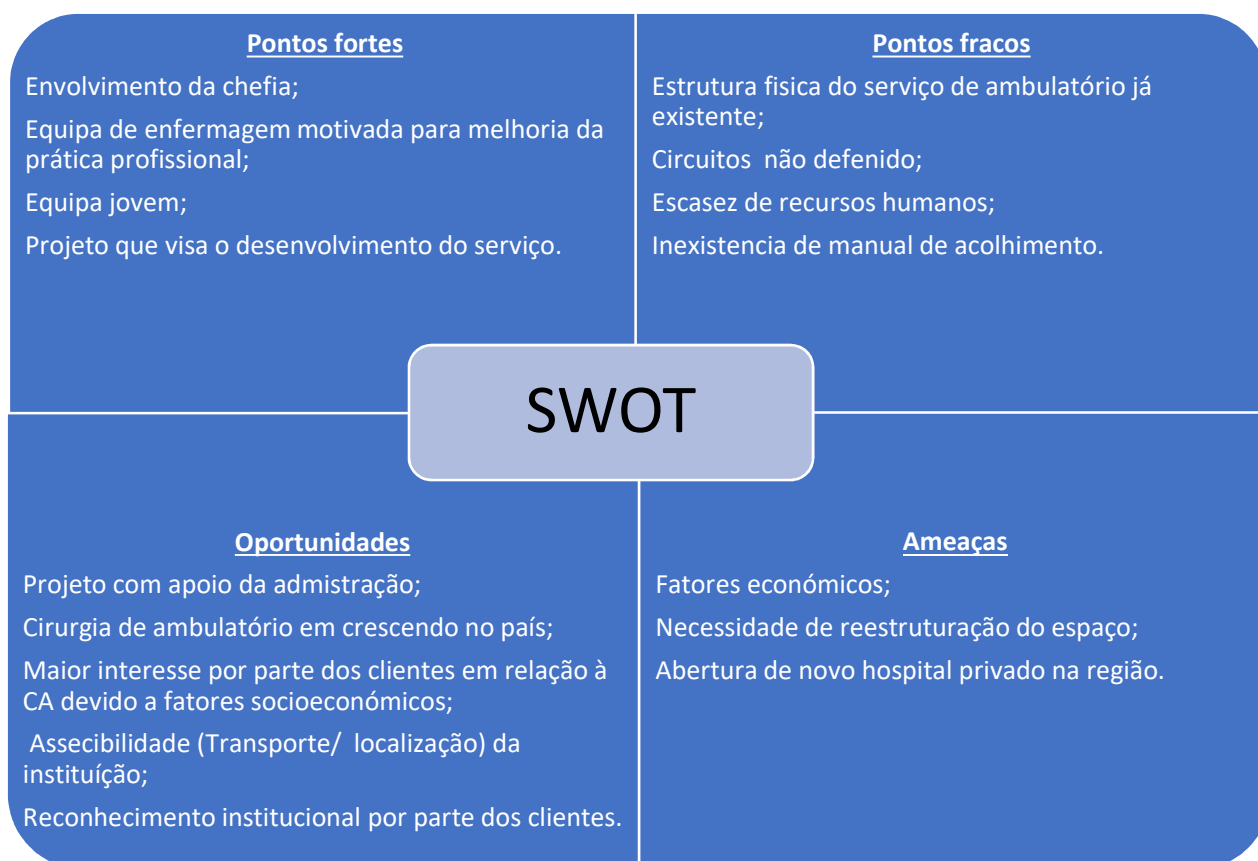
A equipa do bloco operatório é constituída por 15 enfermeiros em que apenas o enfermeiro gestor é especialista, 6 assistentes operacionais e 7 anestesiólogos. Como valências cirúrgicas detém cirurgia geral, cirurgia plástica, estética e reconstrutiva, urologia, ortotraumatologia, neurocirurgia, dermatologia, oftalmologia em regime de ambulatório, cirurgia vascular, ginecologia, otorrinolaringologia e apoio à unidade de dor, cardiologia e medicina dentária. O bloco operatório funciona com cirurgia programada e urgência nos dias úteis das 8 horas às 24 horas; nos restantes dias, funciona apenas em regime de urgência. Os elementos de enfermagem têm uma média de idades de 32 anos e com experiência anterior de blocos operatórios diversificados incluindo Reino Unido e França, o que promove um ambiente de partilha de conhecimentos pela diversidade de contextos.

No contexto onde desenvolvemos o estágio o aumento do número de cirurgias de ambulatório, tem sido muito significativo e acompanha a tendência do país. Apesar alguns dos utentes pernoitar após a cirurgia, existem muitos outros que algumas horas após as intervenções têm alta para o domicílio, o que leva a uma necessidade de continuidade dos cuidados, muitas vezes assegurados pelos próprios ou pelas famílias, com base nos ensinamentos efetuados pelos profissionais de saúde. Neste sentido torna-se de extrema importância o papel dos enfermeiros nos ensinamentos ao utente/família, de modo a promover a continuidade dos cuidados de saúde e a sua preparação para

a alta. A preparação para a alta deve-se iniciar no período pré-operatório, tendo um primeiro contacto na admissão, continuando na preparação pré e intraoperatório, recobro imediato e no ensino para a alta ao utente e família.

Posteriormente, para analisar a situação, foi utilizada a metodologia SWOT. E este método de análise 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) divide-se em ambiente interno (forças e fraquezas) e ambiente externo (oportunidades e ameaças), possibilitando desta forma identificar pontos de melhoria, definir metas e apresentar ações de melhoria da qualidade dos cuidados (Daychoum, 2016).

No quadro nº1 apresentamos a análise SWOT do problema, esta teve por base a entrevista semiestruturada com o enfermeiro chefe, de reuniões com a equipa de enfermagem do bloco operatório e da observação na unidade de cirurgia de ambulatório.



Quadro nº1- Análise SWOT

A análise interna presume a identificação dos principais pontos fortes e pontos fracos que caracterizam o serviço num determinado momento. É importante que esta se realize periodicamente e que através dela, o serviço seja capaz de identificar por um lado, quais são os seus pontos fortes para mantê-los e melhorá-los, e por outro, quais as áreas que pode melhorar e que devem ser reforçadas para tentar transformá-las em pontos fortes. A análise externa tem como objetivo a identificação das principais oportunidades e ameaças que, num determinado momento, se colocam perante a organização. (Benavent, 2001)

De acordo com a análise SWOT desenvolvida, podemos concluir que as forças ou seja os pontos fortes da cirurgia de ambulatório são uma mais-valia para o desenvolvimento deste projeto. Esperamos que com este projeto possamos transformar os pontos fracos em fortes e alertar os superiores hierárquicos para alguns condicionantes da cirurgia de ambulatório, mostrando poderemos maximizar a produtividade, otimizando os tempos cirúrgicos e acima de tudo aumentar a satisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de enfermagem.

2.2 Definição de objetivos

A definição de objetivos pretende que os problemas identificados anteriormente, sejam descritos sucintamente de forma a definir o problema, promovendo a formulação clara dos objetivos. Estes objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar e podem ir desde o geral ao mais específico (Nunes, 2010).

Deste modo, apresentamos os objetivos definidos para este projeto:

- Objetivo geral:

Otimizar os cuidados de enfermagem pré-operatórios prestados aos utentes na cirurgia de ambulatório.

- Objetivos específicos:

Fundamentar a importância da Cirurgia de Ambulatório;

Conhecer os circuitos dentro da unidade de cirurgia de ambulatório;

Definir o circuito do utente na CA;

Uniformizar os cuidados de enfermagem pré-operatórios ao utente;

Elaborar um folheto de acolhimento;

Implementar o telefonema pré-cirúrgico.

2.3 Planeamento

O planeamento é a terceira etapa da metodologia de projeto e onde se realiza o levantamento dos recursos e as condicionantes à concretização do projeto, são também definidas as atividades a desenvolver, os métodos e técnicas de pesquisa, assim como o cronograma de atividades. Este último não é um processo estanque, pelo que poderá ser alterado ao longo do processo. As atividades desenvolvidas estão relacionadas com os objetivos a que nos propomos atingir e vão no sentido para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes submetidos a cirurgia em regime de ambulatório. No Apêndice I encontra-se a ficha de planeamento devidamente estruturada, bem como o cronograma de atividades no apêndice II.

Apresentamos os objetivos e as atividades correspondentes para os atingir.

Fundamentar a importância da Cirurgia de Ambulatório:

- Aquisição de conhecimentos sobre a Cirurgia de Ambulatório;
- Pesquisa bibliografia sobre o tema em bases de dados científicas, livros, manuais, etc.

Conhecer os circuitos dentro da unidade de cirurgia de ambulatório:

- Identificação dos circuitos existentes;
- Consulta manual do BO para identificar os fluxos existentes no serviço;
- Consulta de planta do serviço.

Definir o circuito do utente na Cirurgia de ambulatório

- Observação de outros serviços de CA, inseridos no bloco central;
- Elaboração de fluxograma do utente na cirurgia de ambulatório

Uniformizar os cuidados de enfermagem pré-operatórios ao utente

- Consulta das recomendações da direção geral de saúde;
- Apresentação dos resultados aos enfermeiros
- Realização ensinios ao utente com o apoio do folheto de acolhimento;
- Fornecimento da informação em suporte de papel para o utente consultar quando quiser se tiver ficado com dúvidas.

Elaborar um folheto de acolhimento

- Aprofundamento conhecimentos sobre a elaboração do folheto de acolhimento;
- Realização visita a outras unidades de cirurgia de ambulatório;
- Consulta folheto/guias já existentes noutros serviços de cirurgia de ambulatório;
- Elaboração do folheto de acolhimento;

- Apresentação aos Enfermeiros do folheto de acolhimento;
 - Recolha de sugestões dos Enfermeiros;
 - Revisão do folheto de acolhimento;
 - Apresentação do folheto de acolhimento ao enfermeiro orientador e professora orientadora;
 - Finalização do folheto de acolhimento
- Implementar o telefonema pré-cirúrgico**

- Realização de visita a unidade com o telefonema implementado;
- Elaborar o guia do telefonema

2.4 - Execução e Avaliação

Nesta etapa da metodologia de projeto o investigador “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Nunes et al., 2010, p.23). O que antes era apenas algo pretendido torna-se numa situação real e significativa, pois possibilita a realização das nossas vontades e necessidades através das ações planeadas.

Nesta fase são recolhidos dados nos contatos com a realidade envolvente como no âmbito teórico, e no contexto social, político e cultural. As técnicas para o seu desenvolvimento incluem a observação, entrevistas, questionários, consulta de documentos entre outros. (NUNES et al., 2010

Durante a fase da execução “é necessária a procura de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema selecionado, segundo a divisão de tarefas e a gestão do tempo previamente estabelecidos” (NUNES et al., 2010, p. 23). Esta fase do projeto considera-se de transformadora, pois proporciona a mudança de comportamentos, a resolução de problemas e o desenvolvimento de competências, melhorando a nossa prática diária (NUNES et al., 2010).

Para elaborar a fundamentação teórica do projeto foi realizada uma Revisão de literatura. Realizou-se uma pesquisa abrangente nas bases de dados e agregadores de bases de dados B-on e Pub-med utilizando os descritores MeSH (Perioperative nursing, ambulatory surgery, day surgery, quality of care, information). Para além desta pesquisa foram consultados alguns livros de referência sobre a temática, relatórios de entidades públicas, bem como decretos-Lei. Houve também a necessidade de recorrer ao motor de busca Google para conseguir aceder a alguns documentos na íntegra. A pesquisa foi uma constante ao longo de todo o processo, não se tendo

fixado apenas num determinado período, como consta no nosso cronograma apresentado em anexo. (Anexo III).

Elaboramos um folheto de acolhimento (apêndice IV), onde consta toda a informação pertinente para os utentes intervencionados em cirurgia de ambulatório e seus acompanhantes. Deste modo, esperamos reduzir a ansiedade dos utentes informando-os sobre os cuidados a ter durante o período perioperatório, otimizando a sua experiência cirúrgica.

De acordo com o relatório da CNADCA a elaboração de folhetos Informativos constitui uma excelente oportunidade para melhorar a comunicação com os utentes e facilitar a compreensão de recomendações. Este folheto deverá responder àquelas que são as principais inquietações dos utentes, a forma de as superar e onde recorrer caso necessário, fornecendo-lhe confiança e segurança no sistema. Assim, estes deverão conter informação acerca de:

- Informação pré-operatória: acesso à unidade; hora de comparência; documento de identificação pessoal e cartão de saúde; acompanhante; vestuário indicado; jejum; medicação habitual; exames de que tenha em sua posse;
- Informação pós-operatória: alimentação; medicação; repouso; higiene pessoal; penso; exercício físico; etc.;
- Informação de que, se algo não correr conforme esperado, poderá ficar internado na Instituição;
- Sinais e sintomas mais frequentes e como agir: dor; náuseas e vômitos; hemorragia; etc.;
- Informação sobre a terapêutica que lhe será fornecida para o domicílio;
- Contacto telefónico: de elemento da equipa da UCA; da instituição e do serviço de urgência de referência;
- Informação de que será contactado nas primeiras 24h pelo enfermeiro da UCA

Segundo a AESOP, 2012, p. 122 “Cada doente reage de maneira singular a esta situação, dependendo de factores psicossociais presentes em cada experiência. Nem todas as pessoas reagem da mesma maneira a cirurgias iguais, também o mesmo doente não reage da mesma forma a cirurgias diferentes. O stress tem intensidade variável e vai revelar-se nos comportamentos, nas expectativas e nas questões que nos são colocadas (...)”. Este aspeto torna importante o fornecimento de informação personalizada, reduzindo a ansiedade e insegurança dos utentes, proporcionando um sentimento de segurança, levando ao sucesso da experiência cirúrgica e consequentemente à satisfação dos utentes.

Uma vez que a instituição onde realizamos o estágio, ainda não tem implementado a consulta de enfermagem, o que torna o contato com os utentes ainda mais fugaz, decidimos que realizar o telefonema pré-cirúrgico, pelos enfermeiros do serviço, seria uma forma de contornar

este facto. Segundo o CNADCA, 2008, p.192 “Nesta área das telecomunicações, o telefone é essencial, quase imprescindível, no nosso dia a dia. Permite-nos ganhar tempo, diminuir gastos e agilizar necessidades. Na Cirurgia de Ambulatório, torna-se ainda mais importante porque todos os utentes irão ser contactados pelo telefone para marcar a cirurgia, lembrar os cuidados pré-operatórios ou para avaliar o seu grau de satisfação após a cirurgia.” Apresentamos o guia para o telefonema pré-cirúrgico no apêndice V. A continuidade da realização do telefonema não deverá ser posta em causa quando se iniciar a consulta de enfermagem, pois poderão complementar-se, utilizando o telefonema para ter o feedback dos ensinamentos efetuados.

Relativamente à definição do circuito dos utentes na cirurgia de ambulatório, foi um objetivo do nosso projeto que se demonstrou ser difícil de alcançar uma vez que a estrutura física existente na unidade não permite a sua definição de acordo com as exigências definidas pela CNADCA. Deste modo deixamos algumas sugestões, tendo por base a estrutura pré-existente (apêndice VI)

Durante a avaliação de um projeto podem distinguir-se vários momentos, a avaliação intermédia/depuração, que ocorre durante a execução do projeto, e a avaliação final, com o intuito de avaliar o processo e o produto do projeto. (NUNES et al, 2010)

As avaliações compreendem momentos em que se questiona o trabalho desenvolvido, podendo ocorrer entrevistas com o orientador, questionários, entre outros instrumentos para operacionalizar a mesma. (NUNES et al, 2010)

A avaliação do projeto “deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)” (NUNES et al., 2010, p.24).

A avaliação intermédia do projeto na nossa ótica foi uma mais valia, pois possibilitou o aperfeiçoamento do folheto de acolhimento, bem como do guia para o telefonema pré-cirúrgico na fase da execução. Nesta foram recolhidas as sugestões, do enfermeiro orientador, enfermeiros do serviço e docente orientadora, para tornar os dois instrumentos acima descritos, claros e com linguagem de fácil compreensão.

Uma vez que o projeto ainda não foi implementado, não possuímos resultados deste, para apresentar. No entanto, queremos realçar que durante todo este processo foi possível observar uma mudança por parte da equipa, que compreendeu a importância dos cuidados pré-operatórios

e sempre que possível, iniciavam os ensinamentos no acolhimento e tentavam realizar este na zona do recobro II e não já na sala cirúrgica, promovendo, assim, a segurança dos utentes.

Após a implementação do projeto, consideramos que será pertinente a realização de questionários tanto aos profissionais, como aos utentes sobre a satisfação dos cuidados de enfermagem prestados. Este aspeto foi referido ao enfermeiro gestor, que concordou, e garantiu que iria dar continuidade a este projeto.

2.5 - Divulgação do projeto

Para a avaliação de um trabalho de projeto existe a necessidade de proceder à divulgação dos resultados, que é o último de todas as etapas.

A divulgação faz parte do desenvolvimento de um projeto, pelo que deve ser planeada, com a finalidade de informar o público, favorecer o retorno da informação de modo a adaptar o material ou o método utilizado, entre outros, neste sentido a divulgação assegura o conhecimento externo do projeto de modo a possibilitar a discussão das estratégias adotadas na resolução do problema (NUNES et al, 2010).

Podemos então afirmar que a divulgação de um relatório é um dever ético de todos os investigadores. A investigação e a formação contribuem para o desenvolvimento contínuo da profissão e ajudam na tomada de decisões adequadas e fundamentadas para uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem (NUNES et al, 2010).

Como forma de divulgação, foi elaborado, para além do presente relatório onde se insere a metodologia utilizada para a resolução do problema, uma apresentação sobre a importância dos cuidados de enfermagem no período pré-operatório em cirurgia de ambulatório, apresentada num congresso realizado no IPS e à equipa do bloco onde foi desenvolvido o projeto (apêndice VI), e um artigo científico (Apêndice VII) com o objetivo de partilhar e dar a conhecer os resultados do trabalho realizado.

Esta divulgação desenvolveu em nós uma sensação de dever cumprido, pois podemos contribuir para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento profissional dos pares, bem como contribuir para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem perioperatória.

3 – ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E EM ENFERMAGEM PERIOPERATORIA

O Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatório procura proporcionar conhecimentos e momentos de reflexão, análise e prática clínica, impulsionadores do desenvolvimento de um conjunto de competências que permitirão a prestação de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, centrados nos utentes submetidos a cirurgia nas diversas fases. Deste modo pretende-se suportar o desempenho dos enfermeiros em contexto perioperatório, de modo a que se desenvolvam competências para a manutenção de um ambiente seguro, respondendo eficazmente a situações de grande complexidade.

De acordo com o guia da Unidade Curricular Projeto/Estágio o 2º 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 formando:

1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;
2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva
4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência
6. Realiza 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.

De acordo com o mesmo documento o ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória, no respeito pelo estipulado em geral, no ensino politécnico, para o grau de mestre, 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:

- Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

Neste capítulo pretendemos realizar uma reflexão crítica do caminho percorrido durante todo o mestrado, mais especificamente no estágio com vista à aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

Torna-se importante para nós referir que a componente teórica lecionada durante o mestrado, foi fundamental, uma vez que a nossa área profissional não era o bloco operatório, permitindo o desenvolvimento de competências com suporte na evidencia científica.

Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação

Para alcançar esta competência, todo o trabalho realizado durante o mestrado foi importante no aprofundar de conhecimentos no domínio da enfermagem perioperatória, sendo de destacar a importância da unidade curricular Enfermagem Perioperatória.

A enfermagem perioperatória “representa o conjunto de conhecimentos , habilidades e atitudes utilizados pelo enfermeiro quando cuida de um doente numa sala de operações, importa dar visibilidade a esses instrumentos do cuidar, os quais correspondem ao saber, ao saber fazer e ao saber ser ou estar da especificidade perioperatória e por isso, dão uma outra dimensão do

cuidar, a qual não se limita ao momento cirúrgico, mas atravessa transversalmente a fase pré, intra e pós operatória da experiência anestésica e cirúrgica do doente”. (AESOP, 2012, p. 107)

Para compreender o domínio da enfermagem perioperatória, é fundamental que o conhecimento das funções que o enfermeiro pode exercer num bloco. Apesar dos enfermeiros desenvolverem a sua prestação de cuidados em quatro áreas elas complementam-se e os enfermeiros devem adquirir competências específicas para desenvolver cada uma delas.

Durante o estágio foram desenvolvidas funções de enfermeiro de anestesia, circulante, instrumentista, UCPA, em regime convencional e de ambulatório. Não foi possível realizar visita pré e pós-operatória, pois não estão implementadas na instituição.

O enfermeiro a desempenhar a função de apoio à anestesia mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para estabelecer uma relação empática, assistir o utente e família nas perturbações emocionais decorrentes da sua situação e promove o estabelecimento de relação terapêutica com estes. Diagnostica precocemente complicações relacionadas com o procedimento anestésico. Monitoriza intensivamente as funções fisiológicas e identifica alterações do padrão. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de vida e realiza intervenções apropriadas. Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos. Identifica evidências fisiológicas e emocionais do sofrimento e garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.

O enfermeiro a desempenhar funções de circulante é o elemento vital, pois controla o desenrolar dos cuidados ao utente, antes, durante e após o procedimento cirúrgico. Tem como principais missões, coordenar todas as atividades na sala e os cuidados de enfermagem necessários ao utente, pois é o membro da equipa cirúrgica que está em posição para ter uma panorâmica geral das atividades a decorrer e que pode em muitos casos defender os interesses do utente. Gere a comunicação interpessoal na equipa, proporciona um ambiente perioperatório seguro, supervisionando a equipa cirúrgica detetando qualquer quebra de técnica asséptica e estabelece comunicação com o exterior. É ainda o responsável pela verificação da lista da cirurgia segura e colabora com o instrumentista nas contagens dos itens quantificáveis.

O enfermeiro com funções de instrumentista deve possuir destreza técnica e elevados conhecimentos dos procedimentos e técnicas cirúrgicas e que desenvolve as suas atividades sobretudo na área do controlo da infeção e da segurança, tem como principais responsabilidades, controlar a assepsia do campo operatório e mesa de instrumentos, controlar os dispositivos estéreis, ajudar o cirurgião e os seus assistentes, controlar as contagens de instrumentos e os restantes dispositivos médicos, nomeadamente compressas e corto perfurantes.

Por último na função de enfermeiro de apoio à UCPA deve ter capacidades e conhecimentos múltiplos, para responder a situações de stress, avaliar possíveis complicações pós-operatórias agindo em conformidade e prestar apoio ao utente e família na fase pós-operatória. Realiza a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do utente otimizando os cuidados. Gere a comunicação interpessoal e a informação na relação terapêutica com o utente e família. Assegura a continuidade dos cuidados ao utente transmitindo toda a informação quando este é transferido para o serviço de internamento.

O enfermeiro perioperatório desempenha várias funções, tendo que ser um especialista em todas elas, apesar de ainda não ser visto como tal. Contudo estas as funções/intervenções mencionadas devem centrar-se na relação de ajuda, sempre com uma atitude ética e deontológica associada a todo o tipo de cuidados. Apesar de as intervenções realizadas no âmbito do estabelecimento da relação de ajuda não poderem ser mensuráveis tal como as funções mais técnicas, no entanto, são muito importantes e refletem-se no cuidar e satisfação dos utentes.

Este aspeto é corroborado pela AESOP (2012) afirmando que estas funções devem ser orientadas não só para a componente técnica, mas também para as necessidades humanas centradas no cuidar e na relação de ajuda.

A realização deste Projeto salienta esta competência, na medida em que todo o processo é fundamentado em documentos baseados na evidência científica. Para a sua elaboração foi utilizada a metodologia do projeto. Através desta metodologia foi realizada o diagnóstico das necessidades do serviço, propondo objetivos a alcançar, procedendo à realização do planeamento de atividades e recursos para atingir esses objetivos. A Ordem dos Enfermeiros em 2006, p. 1 afirma que: “a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, família e comunidade. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem.”

A investigação foi, durante este último ano e meio, uma constante na prática profissional como académica, tendo todos os trabalhos, reflexões, análises, e práticas fundamentados em artigos baseados em investigação e em autores com grande experiência.

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.

Esta competência pressupõe que o enfermeiro mestre utilize todas as suas capacidades e saberes teóricos para resolver situações problemáticas na área da Enfermagem Perioperatória. No entanto, é espectável que esta já esteja desenvolvida no Enfermeiro de cuidados gerais, pelo que é necessário o aperfeiçoamento no processo de tomada de decisão, proporcionando uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sobretudo quando as situações novas e que se apresentam cada vez mais complexas.

No contexto perioperatório as situações problemáticas e urgentes são uma constante, desde situações relacionadas com o utente ou problemas com equipa e equipamento, sendo fulcral o desenvolvimento desta competência, aperfeiçoando tanto no domínio da componente técnica, como da componente relacional.

Segundo Deodato (2008, p.27) “os actos profissionais decorrem de um processo de tomada de decisão que o enfermeiro percorre, com base num raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica.” Por vezes é necessário recorrer a todos estes para fundamentar a nossa prática e mostrar que é a mais correta.

Durante o estágio estava a ser implementado a prática recomendada para a prevenção da hipotermia perioperatória inadvertida, o que nos permitiu desenvolver esta competência, uma vez que esta nova recomendação já tinha sido trabalhada durante o mestrado. Este fato vem com que a equipa recorre-se aos nossos conhecimentos para compreender melhor a necessidade de tomar estas novas medidas na prevenção da infeção. Apesar de a maioria da equipa tentar realizar as novas intervenções, houve elementos mais renitentes principalmente da parte médica, o que permitiu desenvolver em nós capacidade de argumentação, comunicação interprofissional, assertividade, fundamentando sempre a nossa prática com a evidencia científica.

O ambiente perioperatório é pautado por um constante desenvolvimento científico e tecnológico, obrigando os enfermeiros a acompanhar as mudanças, mantendo a necessidade de estudo, procurando estratégias para a resolução de situações e procedimentos novos.

Por último a elaboração deste projeto também foi uma situação nova para nós, sendo necessário a aquisição de conhecimento tanto a nível da elaboração do projeto em si e da metodologia para o elaborar, bem como, a os cuidados enfermagem no pré-operatório na cirurgia de ambulatório.

Durante o estágio foi uma enorme mais valia o aporte de conhecimentos teóricos adquiridos durante o mestrado, o que nos permitiu ter uma maior segurança nos cuidados prestados, uma vez que a realidade perioperatória não era a nossa área profissional.

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

A realização do projeto foi um estímulo importante para a aquisição e desenvolvimento desta competência. A pesquisa de mais informação sobre o tema e sobre a sua importância para os utentes, permitiu a melhoria dos cuidados, integrando conhecimentos, desenvolvendo soluções para a o desenvolvimento da cirurgia de ambulatório e dos cuidados de enfermagem.

A prática de enfermagem, envolve uma abordagem sistémica, baseada em princípios, respeitando os valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico. Acreditamos que a nossa responsabilidade profissional, as decisões e cuidados que prestamos em contexto perioperatório têm sempre por base os conhecimentos relacionados com a dimensão ética, deontológica e jurídica. Apoiados, pelos conceitos inseridos no REPE, nos valores, deveres e direitos enunciados e regulamentados no Código Deontológico do Enfermeiro, não descurando os princípios básicos da ética, como por exemplo: o princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

A realização dos cuidados de enfermagem pré-operatórios na cirurgia de ambulatório, bem como no regime convencional, permite-nos realizar uma avaliação inicial dos utentes, permitindo as tomadas de decisões adequadas aos mesmos de forma personalizada.

Durante o estágio, a aplicação do processo de enfermagem foi uma constante. A realização do acolhimento em cirurgia ambulatória, permitiu-nos elaborar todos os diagnósticos, relacionados com os problemas dos utentes e acompanhantes e planear as intervenções (soluções) para os colmatar. Posteriormente implementá-las e avaliá-los, apreciando os resultados finais, tendo sempre presente a individualidade de cada utente. Foi também possível desenvolver competências na educação do utente de modo a proteger e promover a sua saúde e prevenir complicações. Isto tornou-se possível, na fase pré-operatória ao realizar ensinamentos aos utentes, referentes a todo o processo anestésico-cirúrgico que este iria experienciar.

O enfermeiro perioperatório experimenta vários “papéis” na sua prática diária, queremos destacar o de advogado do doente, onde tem o dever de assegurar um ambiente seguro e terapêutico mantendo padrões de qualidade nas diversas circunstâncias. Deve garantir que o consentimento informado não é violado, até o utente estar capaz de tomar as suas decisões, protegendo-o contra qualquer dano ou prejuízo. (AESOP, 2012)

Por outro lado, na enfermagem perioperatória existem algumas situações em que a informação que temos disponível sobre os utentes é limitada ou incompleta, pelo que devemos desenvolver na nossa prática assegurando as questões éticas inerentes, de forma a dar resposta às necessidades dos utentes.

Este estágio proporcionou, ainda, o desenvolvimento da capacidade de gestão. Esta componente é de extrema importância num bloco operatório, uma vez que pode pôr em causa a segurança dos utentes e a realização de cirurgias por exemplo por falta de material. Foi possível colaborar na gestão de todo o serviço, desde pedidos de material, organizar e gerir autorizações para cirurgias, contacto com várias empresas de dispositivos médicos, organização da escala diária das funções dos enfermeiros, etc. Esta função assume uma responsabilidade acrescida, por isso consideramos que agora é possível auxiliar na gestão do serviço, pois possuímos conhecimentos sobre a organização e as dinâmicas necessárias para a administração do bloco, aspetos que anteriormente era de desconhecimento.

Todos os novos conhecimentos adquiridos permitiram-nos ter segurança e desenvolver soluções, lidando com questões complexas. O BO é um serviço complexo em que os conhecimentos devem estar integrados, de forma a resolver situações diárias complicadas na área da gestão, em situações de urgência, de manutenção da segurança dos utentes entre muitas outras.

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.

Em ambiente perioperatório o enfermeiro deve assumir uma atitude ética e deontológica adequada, não só na prestação de cuidados aos utentes, mas também nas relações interpessoais com os restantes membros da equipa pluridisciplinar. A atividade num bloco operatório é uma prática complexa, interdisciplinar, com forte dependência da atuação individual, exercida no seio de organizações complexas, onde os fatores de equipa, e os fatores organizacionais desempenham um papel fundamental, numa constante interação entre humanos, máquinas e equipamentos. (Fragata, 2010)

Numa equipa multidisciplinar nunca pode ser descurada a informação e comunicação entre os elementos constituintes da equipa. Considerando a prática dos cuidados de Enfermagem prestados em BO, não podemos negligenciar a interação do Enfermeiro de BO com os Enfermeiros dos restantes serviços hospitalares.

Segundo NUNES et al., (2005, p.151) o Artigo 91º - Dos deveres para com outras profissões do CDE alínea c) descreve que o enfermeiro deve “Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.”. Desta forma fundamenta a necessidade de o enfermeiro partilhar o seu conhecimento com outros profissionais que estejam relacionados com o plano de cuidados do utente.

Durante o estágio foi realizada uma sessão de apresentação sobre a importância dos cuidados de enfermagem pré-operatórios na cirurgia de ambulatório. Após a realização desta fomos consultados por outros enfermeiros sempre que tinham alguma dúvida sobre os ensinamentos em cirurgia de ambulatório.

Esta apresentação foi também apresentada no Congresso Enfermagem Perioperatória Evidência à prática na segurança dos cuidados realizado na ESS.

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.

Consideramos esta competência já estava, em parte adquirida, pois o facto de nos matricularmos neste mestrado de enfermagem perioperatório surgiu de uma necessidade de desenvolvimento profissional identificada, bem como a procura de novas aprendizagens num contexto que não era o da nossa prática clínica.

Todas as unidades curriculares, possibilitaram o desenvolvimento de sentido crítico e de autorreflexão, mas em particular o estágio e a elaboração deste relatório.

Independentemente do percurso efetuado no mestrado, ao longo da vida profissional, sempre procuramos adquirir novos saberes de acordo com a necessidade ou curiosidade, pelo que este será sempre um grande investimento pessoal, traduzindo-se num claro contributo para a prática profissional. A frequência deste mestrado deu-nos novas ferramentas para poder desenvolver esta característica, como por exemplo o recurso à pesquisa nas bases de dados eletrónicas. Uma maior destreza no uso destas bases de dados científicas que, hoje em dia, podem ser utilizadas de diversas formas praticamente em qualquer local com acesso à Internet. Atualmente estes recursos são fundamentais para efetuar pesquisas de forma a esclarecer dúvidas

que possam surgir mesmo até durante a prestação de cuidados, estimulando a autoformação fundamentada na evidência científica.

Como constatámos em estágio o mundo da enfermagem perioperatória está repleto de inovações e de constantes adaptações, pelo que enfermeiro perioperatório que se preocupe em manter o ambiente seguro, em se adaptar a novas técnicas e a novos DM, terá que estar em constante formação e aprendizagem sempre baseados em evidência científica atualizada.

Este Estágio foi muito enriquecedor na medida em que possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências que irão ser muito vantajosas para quando ingressar no bloco operatório como contexto profissional. Estas aprendizagens teórico-práticas alcançadas tanto na permitem, serão uma mais valia nas mais diversas situações, a tomada de decisões fundamentadas e bem consolidadas. Contudo, ainda temos um longo caminho a percorrer até sermos especialista na área perioperatória e detentores de todas as competências que lhe são inerentes, sendo este desenvolvimento de competências encarado como um contínuo ao longo da vida profissional.

Deste modo, esperamos que com as bases adquiridas neste mestrado, possamos agir sempre baseados em evidência científica atualizada e efetuarmos tomadas de decisão com base num raciocínio crítico fundamentado em princípios de natureza científica, técnica, ética, garantindo a qualidade e segurança na prestação de cuidados perioperatórios. Podemos assim afirmar que experienciámos situações que promoveram aprendizagens e desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e relacionais fundamentais para a prestação de cuidados de excelência e de qualidade na área da enfermagem perioperatória.

4 – CONCLUSÃO

Durante aproximadamente 6/7 meses de trabalho no projeto de estágio pudemos desenvolver competências na área da investigação e na área da realização de projetos. Devido à escassa experiência foi necessário procurar e pesquisar sobre todo o processo de realização de projetos com o objetivo da excelência na adequação de todo o trabalho.

Com o término deste relatório, podemos concluir que a investigação é de extrema importância, pois possibilita-nos a produção de conhecimento, e com este mudar práticas na enfermagem. Além de dar resposta à etapa de Divulgação do Projeto e procedemos a uma reflexão final sobre as aprendizagens adquiridas e sobre a concretização dos objetivos a que nos propusemos atingir.

A elaboração deste relatório final auxiliou a apresentar toda a informação recolhida, o diagnóstico de situação, o planeamento, a execução, os resultados e a avaliação de todo o processo. Foi ainda analisada a progressão enquanto enfermeiro, examinando as competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

O Projeto realizado durante o Estágio revelou a sua importância devido à sua pertinência teórica e à sua utilidade para o serviço em questão, pelo que se pretende que vá ao encontro de uma necessidade do serviço e que a colmate. Este Projeto teve por base as fases da Metodologia de Projeto, o que foi bastante útil, pois permitiu ter um fio condutor para a realização do Projeto, com o objetivo de solucionar um problema real do serviço em questão.

O enquadramento teórico revelou ser um grande desafio, mas revelou-se de grande utilidade, pois só assim conseguimos fundamentar a nossa prática. O enquadramento conceptual tornou-se de difícil escolha, dado que muitas são as teorias possíveis de enquadrarmos a enfermagem perioperatória. Escolhemos a Teoria das Transições, de Meleis, uma teoria de médio alcance, dado que nos parece ser a que melhor fundamenta a prática da enfermagem perioperatória em contexto de cirurgia ambulatória.

Creemos que os resultados esperados em relação aos objetivos propostos, foram alcançados, embora o projeto ainda não esteja implementado, consideremos que ficamos com todas as ferramentas para melhorar e colmatar a problemática identificada. No relatório pudemos analisar e avaliar os vários passos do projeto, refletindo sobre os pontos fortes e fracos, para que no futuro possamos continuar e manter os pontos fortes e trabalhar os pontos fracos. Para o desenvolvimento profissional é necessário manter o espírito crítico, levando à procura de mais

informação, assim como de produzir conhecimento científico baseado em metodologias adequadas. Como referenciado ao longo do relatório foi necessária produção de vários documentos que estão apresentados nos apêndices deste trabalho.

A excelência no atendimento na cirurgia de ambulatório, resultando na satisfação dos utentes é uma tendência e um objetivo deste serviço, sendo efetivo em muitos casos. Vários autores apresentam a cirurgia de ambulatório como o futuro da cirurgia no mundo. Esta está centrada e fundamentada nos utentes e nos seus ganhos em saúde. Com este trabalho foi pretendemos, e pensamos que alcançamos a melhoria da qualidade dos Enfermeiros deste serviço. Os aspetos da informação e do acompanhamento são fortemente determinantes na satisfação do utente de CA, pelo que deverão constituir um dos alvos prioritários de preocupação dos agentes de saúde, de modo a fomentar a recetividades dos cidadãos a este regime de cirurgia. (CNADCA, 2008). Os Enfermeiros têm uma grande responsabilidade nos ensinamentos que realizam, estes são a chave para uma recuperação rápida dos utentes, assim como o estabelecimento rápido do seu estado, providenciando o aumento da qualidade em todo o processo cirúrgico. Para este aspeto é necessário obter competências de ensino, e comunicação e de empatia, não esquecendo a realização de um plano de cuidados personalizado com avaliação posterior, atingindo a excelência dos cuidados

Consideramos que com a aquisição de conhecimentos em relação à prática de enfermagem perioperatória na área da cirurgia de ambulatório, atingimos o objetivo e permitimos aos utentes experienciarem a sua experiência cirúrgica de forma satisfatória e tranquila. É de extrema importância a reflexão sobre as práticas, com o intuito de melhorar os cuidados de Enfermagem, pois só assim se consegue aumentar a qualidade de vida dos utentes e desta forma aumentar e melhorar a visão que têm sobre os cuidados dos enfermeiros perioperatórios.

Gostaríamos de referir como aspeto facilitador, para o desenvolvimento do trabalho, a ajuda e disponibilidade de toda a equipa de enfermagem do serviço, destacando a disponibilidade do enfermeiro orientador na realização deste projeto, o apoio da professora orientadora que nunca permitiu que baixássemos os braços, e orientando a realização do projeto assim como do rápido feedback em relação ao trabalho efetuado. Como aspetos dificultadores não iremos destacar nenhum aspeto, pois ao longo de todo este processo existiram alguns contratemplos, mas todos de índole pessoal. Foi um trabalho demorado, com momentos de maior tristeza e cansaço, contudo a perseverança permitiu a conquista do nosso objetivo.

No que concerne às competências de mestre em enfermagem perioperatória, julgamos que foram atingidas, embora seja difícil transcrevê-las.

O caminho percorrido durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória proporcionou-nos conhecimentos e sítios de reflexão, análise e prática clínica, que permitiram o desenvolvimento de um conjunto de competências que nos permitem a prestação de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, centrados nos utentes submetidos a cirurgia nas diversas fases (pré, intra e pós-operatório).

Concluimos, assim que todo este percurso efetuado nos permitiu alcançar os objetivos propostos, embora tenhamos consciência que ainda temos um longo caminho a percorrer para atingir a excelência do exercício profissional, este foi desafio superado com resultados positivos quer a nível pessoal como profissional, com momentos de aprendizagem únicos em que crescemos e enriquecemos ao longo deste percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP - *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados*. 1ª Reimpressão. Camarate: Estúdio Lusociência. (2012) ISBN 978-972-8930-16-5.
- APCA - *Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória*. Janeiro. 2013. [Consultado Nov. 2018]. Disponível em: http://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao_DorAguda.pdf
- APCA - *Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vômitos em Cirurgia Ambulatória*. Janeiro. 2012. [Consultado Nov. 2018]. Disponível em: http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf
- Benavent, F.B. - *La autoevaluación según los modelos de gestión de calidad total y el aprendizaje en la organización: una investigación de carácter exploratorio*. Universidade de Valencia. Facultat d'Economia, Departament de Direcció de Empreses, 2001.
- Caseiro, J. et al. - *Procedimentos e Protocolos utilizados em Anestesia Clínica e Analgesia do Pós-Operatório*. Oncoanestesia. 2013. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa. [Consultado em Setembro 2018] Disponível em: <http://www.oncoanestesia.org/?p=265>
- Comissão Nacional de Portugal para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA, 2008). *Relatório final – cirurgia de ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*. Ministério da Saúde de Portugal, Lisboa.
- Condeça, A.; Costa, B. - *Cirurgia de Ambulatório: Papel do Enfermeiro*. Revista Nursing, nº198, Abril de 2005
- Coutinho, S. - *Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório*. Revista Portuguesa de Cirurgia. IIª série: 8 (2009) 59-64.
- Couto, A. - *A informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados pós a alta em cirurgia de ambulatório*. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal. Setembro 2014. Mestrado em Enfermagem Perioperatória. [Consultado em novembro de 2018]. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7173/1/Andr%C3%A9_Couto_120523008_Est%C3%A1gio_Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio.pdf
- Deodato, Sérgio - *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra. Edições Almedina. Março. 2008. ISBN: 978-972-40-3401-0
- DGS - *Cirurgia de Ambulatório*. Lisboa. 2000. ISBN: 972-9425-98-1. [Consultado em setembro de 2018]. Disponível em:

http://www.saudinha.com/parcerias/publicacoes/referenciacao_hospitalar/cirurgia_ambulatorio.pdf

- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1.a série - N.º 80 - 24 de abril de 2013
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1.a série. N.º 202. 17 de Outubro de 2008
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª série — N.º 28 — 8 de fevereiro de 2018 Despacho n.º 1380/2018
- Farber, Janice – *Measuring and Improving Ambulatory Surgery Patients’ Satisfaction*. Aorn Journal. Volume 92. Número 3. (2010). Pp. 313-321. [Consultado em outubro 2018]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010793057&site=ehost-live&scope=site>
- Fortin, M. – *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Lisboa: Lusociência, (1999). ISBN 972-8383-10-X.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos E Etapas Do Processo De Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- George, J. – *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000.
- Gilmartin J.; WRIGHT K. – *The nurse’s role in day surgery: a literature review*. Reino Unido. 2ª Edição. International Nursing Review. School of Healthcare Studies. Volume 54. 2007. p. 183-190. [Consultado em dezembro de 2018]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2007.00528.x/pdf>
- Hesbeen, Walter – *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures. Lusociência. 2000. ISBN: 972-8383-20-7.
- Leal, Maria Teresa - *Cirurgia Ambulatória: estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem*. (2006) Pensar Enfermagem, vol. 10, nº 1, 67, 68, 73 (67-74).
- Lemos, P. – Grande crescimento da cirurgia ambulatória em Portugal: resultados do V Inquérito Nacional. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. 11: 1 (2010) 9- 20.
- Lemos, Paulo [et al.] – *Patient Satisfaction following day surgery*. *Journal of Clinical Anesthesia*. Volume 21. (2008). p. 200-205. [Consultado em setembro de 2018]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0952818009000804>
- Lemos, Paulo; JARRETT, Paulo; PHILIP, Beverly - *Day Surgery: Development and Practice*. International Association for Ambulatory Surgery. Porto. Abril. 2006. ISBN: 989-20-0234-2.

- Lima, N. – *O Desafio da Cirurgia Ambulatória*. Revista Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. Vol. VII, nº. 19, 2006, p. 13-20. ISSN 0874-8128.
- Manica, J. [et al.] – *Anestesiologia: Princípios e Técnicas*. Porto Alegre. Artes Médicas, 1994.
- Manley, K.; Bellman, L. – *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures. Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-54-1.
- Marcos, A. – *Unidade de cirurgia de ambulatório do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho: três anos de evolução*. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. Vol. 12 (2011) p. 7- 11.
- MARQUES, Ana Rita Oliveira – *Cuidados de Enfermagem Pré e Pós-Operatórios em Cirurgia Ambulatória: Percepção dos Doentes*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Novembro. 2011. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. [Consultado em novembro de 2018]. Disponível em: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4166>
- Meleis, A - *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 5ª Ed. (2012) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. *Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. (2010). ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A. I. *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.ª Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. (2012) ISBN 978-1-60547-211-9.
- Meleis, A. *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC. New York. (2010) ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Mendonça, T. et al. – *A unidade de cirurgia ambulatória do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte : experiência preliminar*. Acta Urológica. Vol. 3 (2010) 27 – 32.
- Nunes, L. [et al.] – *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Revista PERCURSOS n.º15. (2010), p.1-38.
- Nunes, L. *A propósito do dever de informar e do dever de sigilo*. Revista Ordem dos Enfermeiros. (2001) Vol.(nº2), pp.27-32
- Ordem dos enfermeiros – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Consultado em setembro de 2018] Disponível na internet:

<<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>>.

- Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem - *Perioperatórios?*. Revista AESOP. Vol. XII nº34 (2011)
- Pinto, José Miguel Silva; Tavares, Paula - *A Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital de Curry Cabral*. Revista Portuguesa Cirurgia Ambulatório. Volume 6. (2005). p. 41-48. [Consultado em setembro de 2018]. Disponível em: http://www.apca.com.pt/documentos/revista2005_unidade_curry.pdf
- Rhodes, Lenore; Miles, Gail; Pearson, Alan – *Paciente subjective experience and satisfaction during the Perioperative period in the day surgery setting: A systematic review*. International Journal of Nursing Practice. [Em linha]. Volume 12. (2005). p. 178-192. [Consultado em janeiro de 2019]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2006.00575.x/pdf>
- Rothrock, J. – *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Loures. 13ª Edição. 2008. ISBN: 978-989-8075-07-9
- Rothrock, J.; Smith. *Selecting the Perioperative Patient Focused Model*. AORN Journal. (2000) Vol. 71, N.º 5. Pp. 1030-1037
- Ruivo, Alice; Ferrito, Candida, et al. - *Metodologia de projecto: Colectânia descritiva das etapas*. Revista Percursos. Nº. 15. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Janeiro/ março, 2010. ISSN: 1646-5067
- Santos, Mariana Rodrigues Machado dos; Sousa, Cristina Silva, Turrini, Ruth Natalia Teresa - *Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Volume 46. (2012). p. 78-85. ISSN 0080-6234. [Consultado em novembro de 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/12.pdf>
- Semedo, S. (2009). *O trabalho de projecto em aulas de ciências da natureza no 2º ciclo do ensino básico: relato de uma experiência*. Dissertação de Mestrado em educação. Lisboa. Universidade de Lisboa - Faculdade de Ciências Departamento de Educação. [Consultado em janeiro de 2019]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/5021>
- Zanchetta, Claudia; Bernstein, Mark – *The nursing role in patient education regarding outpatient neurosurgical procedures*. Canadian Association of Neuroscience Nurses. AXON/ L'AXONE. Vol. 25. N.º 4. (2004). p. 18-21. [Consultado em Novembro de 2018]. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004201391&site=ehost-live&scope=site>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Definição do problema

Definição do Problema

Estudante: Sara Jacob
Instituição: Hospital Privado da zona Centro
Serviço: Bloco operatório
Título do Projeto: Cirurgia de ambulatório um Futuro cada vez mais Presente
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): <p>O projeto de intervenção que me proponho a desenvolver no decorrer do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Setúbal, intitula-se: Cirurgia de ambulatório um Futuro cada vez mais presente.</p> <p>A Cirurgia de Ambulatório (CA) consiste na realização de uma intervenção cirúrgica programada, sob anestesia geral, loco-regional ou local, tradicionalmente efetuada em regime de internamento cuja admissão e alta ocorre até 24h após a cirurgia (Resolução do Conselho de Ministros nº 159-A/2008).</p> <p>Atualmente, os internamentos hospitalares têm vindo a tornar-se cada vez mais curtos, encontrando-se a Cirurgia de Ambulatório (CA) em franco desenvolvimento não só em Portugal como em outros países. Efetivamente, a sua prática é possível em virtude dos avanços da Ciência no domínio da anestesiologia, nas técnicas e materiais utilizados na Cirurgia, bem como pelo apoio e reconhecimento político e maior aceitação deste regime pela sociedade (Natário [et al], 2000). Neste sentido em Portugal tem ocorrido um investimento para o desenvolvimento da CA, devido à necessidade de diminuir os tempos de internamento e as listas de espera, o que constitui benefícios sociofamiliares, económicos e psicológicos, para além de reduzir os custos hospitalares.</p> <p>Após a pesquisa de bibliografia e a entrevista semiestruturada com o enfermeiro orientador (chefe do serviço) e reuniões com os enfermeiros do serviço que mais prestam cuidados em intervenções deste regime cirúrgico, constatamos que a cirurgia de ambulatório, no serviço em questão, necessita de ser melhorada para que possa ter o seu crescimento e desenvolvimento. Torna-se assim necessário elaborar um folheto de acolhimento para permitir a disponibilização de toda a informação ao utente,</p>

de modo reduzir as dúvidas e a ansiedade, otimizando a sua experiência cirúrgica; desenvolver um guião para implementar o telefonema pré-cirúrgico, possibilitando um contato prévio entre o enfermeiro/utente; definir o circuito do utente na unidade de cirurgia de ambulatório.

Com a realização deste projeto de intervenção propomo-nos a otimizar os cuidados de enfermagem pré-operatórios prestados ao utente submetido a cirurgia de ambulatório, bem como, estabelecer o circuito dos utentes, elaborar um folheto de acolhimento e desenvolver o telefonema pré-cirúrgico, de maneira a promover a melhoria da qualidade dos cuidados.

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

O problema apurado deve-se ao fato de o contato com os utentes antes da cirurgia ser escasso, e à falta de informação dos utentes, sentida pelos enfermeiros, quando estes chegam à sala operatório e ao fato de não existir um circuito definido do utente na cirurgia de ambulatório, devido à organização do espaço físico.

Análise do problema

Ao frequentar o Mestrado em Enfermagem Perioperatória do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Setúbal, foi-nos solicitado a realização de um Projeto de Intervenção a ser desenvolvido durante o Estágio. Com vista a iniciar este projeto foi necessário elaborar um levantamento de dados relativos às necessidades do serviço em questão, realizando, portanto, uma entrevista semiestruturada ao Enfermeiro Chefe, que alertou para o problema da Cirurgia de Ambulatório. Necessidade também sentida por vários elementos da equipa, principalmente os que prestam cuidados com mais frequência na cirurgia de ambulatório.

Para fundamentar esta problemática procedeu-se a uma análise SWOT.

Com vista a colmatar esta problemática, é fundamental realizar uma reestruturação do espaço físico existente, de modo a distinguir as diferentes áreas, definir os circuitos e por último realizar todos os ensinamentos necessários para o utente possa usufruir da sua experiência cirúrgica da melhor forma possível. Prevemos, ainda uma articulação com a consulta de enfermagem pré-operatória com o intuito de fornecer o folheto de acolhimento, bem como a implementação do telefonema pré-cirúrgico.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

Inexistência de espaços definidos, nomeadamente sala de pré-anestesia e ucpa II

Escassez de recursos humanos

Inexistência de guia/folheto de acolhimento

Determinação de prioridades

Em primeiro lugar o objetivo fornecer toda a informação essencial ao utente sobre a sua estadia na cirurgia de ambulatório; reestruturar o espaço físico e projetá-lo de modo a definir o circuito do utente cirúrgico.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJETIVO GERAL

Otimizar os cuidados de enfermagem pré-operatórios prestados aos utentes na cirurgia de ambulatório

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Fundamentar a importância da Cirurgia de Ambulatório;

Conhecer os circuitos dentro da unidade de cirurgia de ambulatório;

Definir o circuito do utente na CA;

Uniformizar os cuidados de enfermagem pré-operatórios ao utente;

Elaborar um folheto de acolhimento;

Implementar o telefonema pré-cirúrgico.

Referências Bibliográficas

AESOP. **Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Loures: Lusoditacta. 2006.

ISBN: 972-8930-16-X.

NATARIO A. [et al.] - Cirurgia ambulatório - Recomendações para o desenvolvimento. **Revista portuguesa de cirurgia ambulatório**. Porto. ISSN 0874-8349. Vol. 1, nº1 (2000), p. 19-27.

PINHEIRO, M. (1993). O papel da enfermeira de sala de operações na cirurgia ambulatória. **Servir**, nº41-2, Março/Abril, p.82-88.

APÊNDICE II – Planeamento do projeto

Planeamento do Projeto

Estudante: Sara Jacob	Orientador: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos
Instituição: Hospital privado zona centro do país	Serviço: Bloco Operatório
Título do Projeto: Cirurgia de Ambulatório um Futuro cada vez mais Presente	
Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):	
<u>OBJETIVO GERAL</u> Otimizar os cuidados de enfermagem pré-operatórios prestados aos utentes na cirurgia de ambulatório	
<u>OBJETIVOS Específicos</u> Fundamentar a importância da Cirurgia de Ambulatório; Conhecer os circuitos dentro da unidade de cirurgia de ambulatório; Definir o circuito do utente na CA; Uniformizar os cuidados de enfermagem pré-operatórios ao utente; Elaborar um folheto de acolhimento; Implementar o telefonema pré-cirúrgico.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	

O desenvolvimento deste Projeto prevê a articulação da intervenção com o enfermeiro chefe do serviço em questão, o Enfermeiro Orientador deste Projeto, a Professora Orientadora e os restantes membros da Equipa de Enfermagem.

Data: _____/_____/_____

Assinatura: _____

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Fundamentar a importância da Cirurgia de Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de conhecimentos sobre a Cirurgia de Ambulatório; • Pesquisa bibliografia sobre o tema em bases de dados científicas, livros, manuais, etc.; 	Discente	Papel, canetas, computador, livros e folhas de papel.	Consultar cronograma	Enquadramento teórico
Conhecer os circuitos dentro da unidade de cirurgia de ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos circuitos existentes; • Consulta manual do BO para identificar os fluxos existentes no serviço; • Consulta de planta do serviço 	Discente, enfermeiro orientador	Manual do BO		Caraterização do serviço

Definir o circuito do utente na CA	<ul style="list-style-type: none"> • Observação de outros serviços de CA, inseridos no bloco central; • Elaboração de fluxograma do utente na cirurgia de ambulatório 	Discente, docente e enfermeiro orientador	Papel, canetas, computador, livros e folhas de papel		Fluxograma do utente
Uniformizar os cuidados de enfermagem pré-operatórios ao utente	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta das recomendações da direção geral de saúde; • Apresentação dos resultados aos enfermeiros • Realização ensinios ao utente com o apoio do folheto de acolhimento; • Fornecimento da informação em suporte de papel para o utente consultar quando quiser se tiver ficado com dúvidas. 	Discente, enfermeiros do serviço, enfermeiro orientador, professor orientador	Papel, canetas, computador, livros, folhas de papel e impressora	Consultar o cronograma	Apresenta o folheto de acolhimento
Elaborar um folheto de acolhimento;	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundamento conhecimentos sobre a elaboração do folheto de acolhimento; • Realização visita a outras unidades de cirurgia de ambulatório; • Consulta folheto/guias já existentes noutros serviços de cirurgia de ambulatório; • Elaboração do folheto de acolhimento; • Apresentação aos Enfermeiros do folheto de acolhimento; • Recolha de sugestões dos Enfermeiros; • Revisão do folheto de acolhimento; 				

<p>Implementar o telefonema pré-cirúrgico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do folheto de acolhimento ao Enfermeiro orientador e professora Orientadora; • Finalização do folheto de acolhimento • Realização de visita a unidade com o telefonema implementado; • Elaborar o guia do telefonema. 	<p>Discente, enfermeiros do serviço, enfermeiro orientador, professor orientador</p>	<p>Papel, canetas, computador, livros, folhas de papel e impressora</p>	<p>Consultar o cronograma</p>	
---	---	--	---	--------------------------------------	--

Cronograma:

Apêndice III

Orçamento:

Recursos Humanos: Enfermeiros do BO, Profissionais/Enfermeiros de outras instituições e Professora Orientadora com quem a intervenção vai ser articulada.

Recursos Materiais:

Fotocópias 20€

Deslocações à ESS|IPS e à Instituição Hospitalar, outras instituições 15€

Aquisição de livros

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Seleção da bibliografia mais adequada - Procura em livros e revistas especializadas (por ex. da AESOP)

Demora dos Enfermeiros e Orientadores no feedback das versões preliminares elaboradas – insistir na importância do cumprimento dos prazos

Data ___/___/_____ Assinatura: _____ Docente: _____

APÊNDICE III – Cronograma de atividades

	MAIO	JUNHO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Reunião (entrevista) com o orientador												
Definição do problema												
Reunião com o orientador e o docente												
Pesquisa bibliográfica orientada para o tema												
Definir objetivos												
Elaboração do plano de atividades												
Estágio de observação												
Implementação das atividades												
Divulgação dos resultados												
Elaboração do relatório												
Entrega do relatório												

APÊNDICE IV - Folheto de Acolhimento

Nas primeiras 24 horas...

- Pode sentir alguma sonolência, tonturas ou dor no local da cirurgia (sintomas transitórios que melhoram com a medicação que lhe foi prescrita);
- Não deve conduzir, trabalhar com máquinas, realizar trabalho de precisão, assinar documentos ou tomar decisões importante;
- Faça refeições ligeiras e fracionadas, beba muita água;
- Deve permanecer acompanhado neste período;
- Evite fumar e beber bebidas alcoólicas;
- Deve permanecer num local com telefone ou acesso fácil ao mesmo.

Nas primeiras 24 horas após a cirurgia será contactado telefonicamente por um enfermeiro da unidade, irá avaliar a sua evolução pós-operatória e orientá-lo se necessário.

Sinais de alerta

Se em qualquer altura a tiver:

Dores intensas que não aliviam com a medicação;
Náuseas e vômitos frequentes;
Hemorragia no local da cirurgia;
Febre superior a 38°C
Contate a unidade

Contacto Unidade de Ambulatório:

Horário de funcionamento:

Contacto do atendimento permanente:

UNIDADE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

GUIA DE ACOLHIMENTO



Este guia pretende ajudá-lo(a). Por favor leia atentamente todas as indicações e em caso de dúvida contacte-nos.

O que é a Cirurgia de Ambulatório?

É a cirurgia realizada em utentes que são admitidos e têm alta no próprio dia da cirurgia.

Antes da cirurgia:

Será contactado no dia antes da cirurgia, por um enfermeiro da unidade para confirmar a hora de chegada e esclarecer dúvidas. Certifique-se que foi devidamente informado sobre a intervenção cirúrgica proposta, o tipo de anestesia. A sua segurança constitui um dos principais objetivos da equipa que cuida de si.

Fundamental:

1. Antes da data da cirurgia se tiver alguma alteração do estado clínico ou não puder comparecer na unidade deve contactar.
2. Ter assegurada a companhia de um adulto, nas primeiras 24 horas;
 - Dispor de transporte em veículo automóvel;
 - Dispor de acesso permanente a um telefone;
 - Residir ou pernoitar a menos de 1 hora do Hospital.

No dia da Cirurgia:

- ✓ Mantenha-se em jejum a partir da meia noite, ou da hora indicada anteriormente;
- ✓ Tome duche com desinfetante;
- ✓ Suspenda ou não de terapêutica habitual;
- ✓ Traga consigo os exames complementares de diagnóstico e a sua medicação habitual, bem como os documentos de identificação;
- ✓ Traga roupa e calçado confortável e fácil de vestir;
- ✓ Não use maquilhagem nem verniz nas unhas;
- ✓ Não deve trazer dinheiro, ouro, bijuteria, piercings, etc.;
- ✓ Deve vir acompanhado por um adulto responsável;
- ✓ À hora combinada dirija-se à receção da unidade para realizar o seu registo.

Um pouco antes da cirurgia será recebido na sala de acolhimento, onde se irá efetuar a preparação necessária para a cirurgia. Daí é conduzido até à sala operatória onde é efetuado o procedimento cirúrgico proposto.

Após a cirurgia:

Permanecerá na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) onde lhe são prestados os cuidados necessários, com vigilância até se restabelecer. O tempo de permanência na UCPA é incerto, dependendo da sua recuperação e da indicação médica.

Poderá ter alta após:

- Os sinais vitais estabilizarem;
- Recuperar o estado de consciência;
- Ingerir um pequeno lanche e tolerar;
- Estar sem dor ou ter dor ligeira;
- Conseguir andar sem dificuldade.

No momento da alta receberá orientações sobre:

- Cuidados pós-operatórios necessários;
- Medicação para o domicílio prescrita e fornecida (analgésicos e antibiótico se necessário);
- Data da próxima consulta, etc.
- Ser-lhe-á entregue Nota de Alta de Enfermagem e Relatório de Alta Clínica

APÊNDICE V – Guião do telefonema pré-cirúrgico

UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Telefonema pré-cirúrgico

Identificação do cliente

Nome:

Idade:

CVC:

Telefone:

Cirurgia Agendada:

Data da cirurgia:

Dados do telefonema

Data:

Hora:

Respondeu ao contato?

Quem?

Enfermeiro:

Checklist

Como se sente em relação à cirurgia?

Alteração do estado clínico, em relação à última avaliação?

Se sim, qual?

Confirmar jejum, a partir das _____ horas.

Relembrar a toma ou não da medicação habitual (conforme o combinado na consulta)

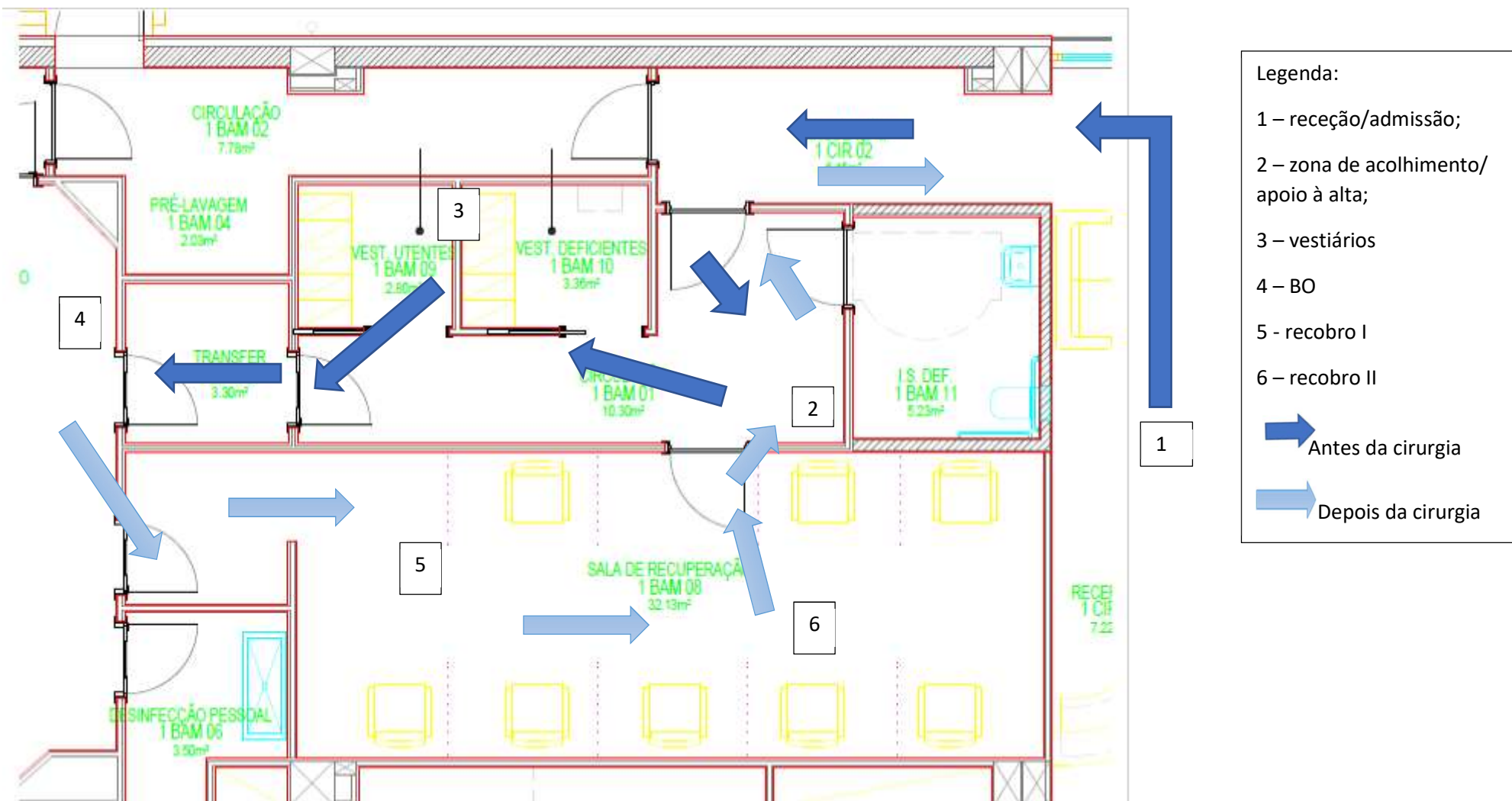
Confirmar chegada à UCA às _____ horas.

Relembrar necessidade de vir com acompanhante.

Solicitar que traga, no dia da cirurgia, medicação de rotina e exames complementares de diagnóstico.

Tem alguma dúvida sobre todo o processo cirúrgico?

APÊNDICE VI – Circuito do utente na UCA



Nota: Este circuito deve ocorrer em cirurgias em que não será necessária preparação pré-operatória. Nas cirurgias em que for necessário, como por exemplo cirurgia oftalmológica, o recobro II pode permitir essa preparação. Na planta no recobro I tem cadeirões, mas existiram macas.

APÊNDICE VII – Artigo científico

Gestão dos cuidados de enfermagem na cirurgia de ambulatório

Sara Jacob

Ana Lúcia Ramos

A cirurgia de ambulatório apresenta-se como uma importante ferramenta para o aumento efetivo da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com várias vantagens associadas. Este regime cirúrgico tem sofrido um crescimento exponencial nos últimos anos no nosso país e parte desse sucesso deve-se os cuidados dos enfermeiros perioperatórios, nomeadamente nas suas intervenções autónomas. Na cirurgia de ambulatório, apesar de ser um contexto em que a componente técnica está bastante presente, o sucesso desta experiência está intimamente ligado com toda a preparação que se efetua no período pré-operatório e com a capacidade que os enfermeiros têm em criar uma relação de confiança com os utentes, permitindo-lhes expor suas as dúvidas acerca dos ensinamentos efetuados. Apesar da curta estadia do utente no hospital, impõe ao enfermeiro perioperatório que, desde o pré-operatório estabeleça uma relação de confiança e segurança com o utente e a pessoa que o acompanha e que promova o envolvimento destes de forma a garantir uma boa continuidade dos cuidados pós-alta, pois só assim poderá garantir o sucesso de todo este processo.

A metodologia utilizada para a elaboração deste artigo foi realizada uma Revisão de literatura.

Palavras chave: Enfermagem perioperatória, cirurgia de ambulatorio, qualidade de cuidados e informação

Apêndice VIII – Apresentação “Gestão dos cuidados de Enfermagem na cirurgia de ambulatório”



O enfermeiro perioperatório na organização e gestão dos cuidados

Gestão dos cuidados de Enfermagem na cirurgia de ambulatório

Aluna: Sara Jacob

Professora Orientadora: Ana Lúcia Ramos



OBJETIVOS

- Fundamentar a importância da Cirurgia de Ambulatório na atualidade;
- Compreender a importância dos cuidados de enfermagem para o sucesso deste regime cirúrgico;



CIRURGIA DE AMBULATÓRIO- CONCEITO

Cirurgia de Ambulatório define-se como “intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais legis artis, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas” (D.R., 1.ª série, N.º 21, 30/01/09, Port.n.º132/2009, Artigo 3)



CIRURGIA DE AMBULATÓRIO- EVOLUÇÃO EM PORTUGAL

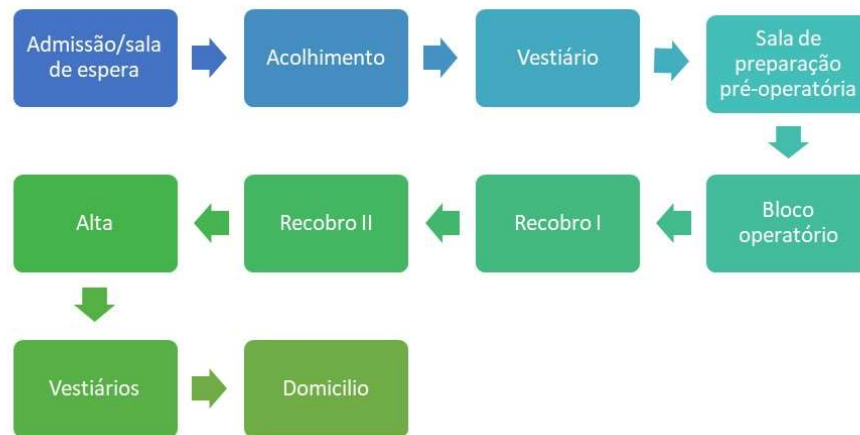


63 % do total de cirurgias programadas são realizadas em regime de cirurgia de ambulatório



(Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 8 de fevereiro de 2018)

CIRCUITO/FLUXOGRAMA DOS UTENTES



Adaptado do CNADCA (2008) e Coutinho (2009)

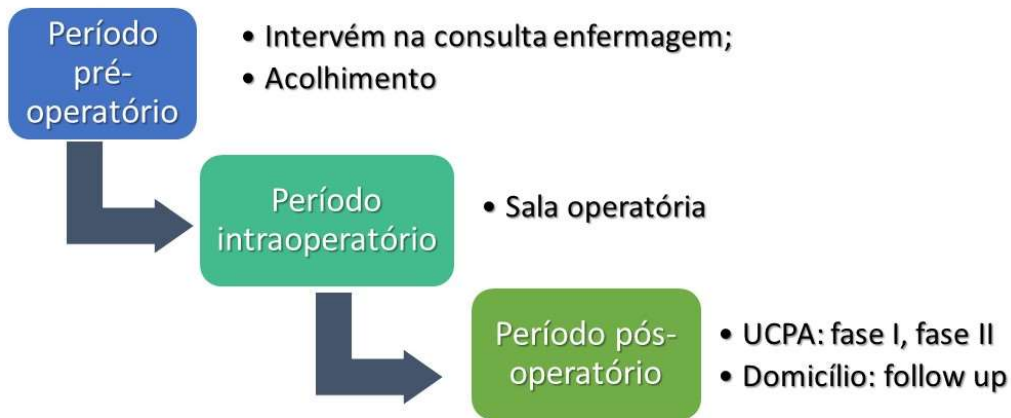
CIRURGIA DE AMBULATÓRIO- CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS

Os cuidados de enfermagem em CA têm os mesmos princípios que os realizados em qualquer bloco operatório, onde o papel do enfermeiro é descrito como “o conjunto de actividades orientados não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar” (AESOP, 2012, p.108).

Segundo Rothrock (2000) “à medida que os números de cirurgias ambulatoriais continuam a crescer, a educação do utente, o envolvimento da pessoa significativa do utente como componente integrante, e o planeamento da alta tornam-se intervenções cruciais da enfermagem perioperatória e um desafio de forma a melhorar os resultados”.



CIRURGIA DE AMBULATÓRIO- CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS



(AESOP, 2012)

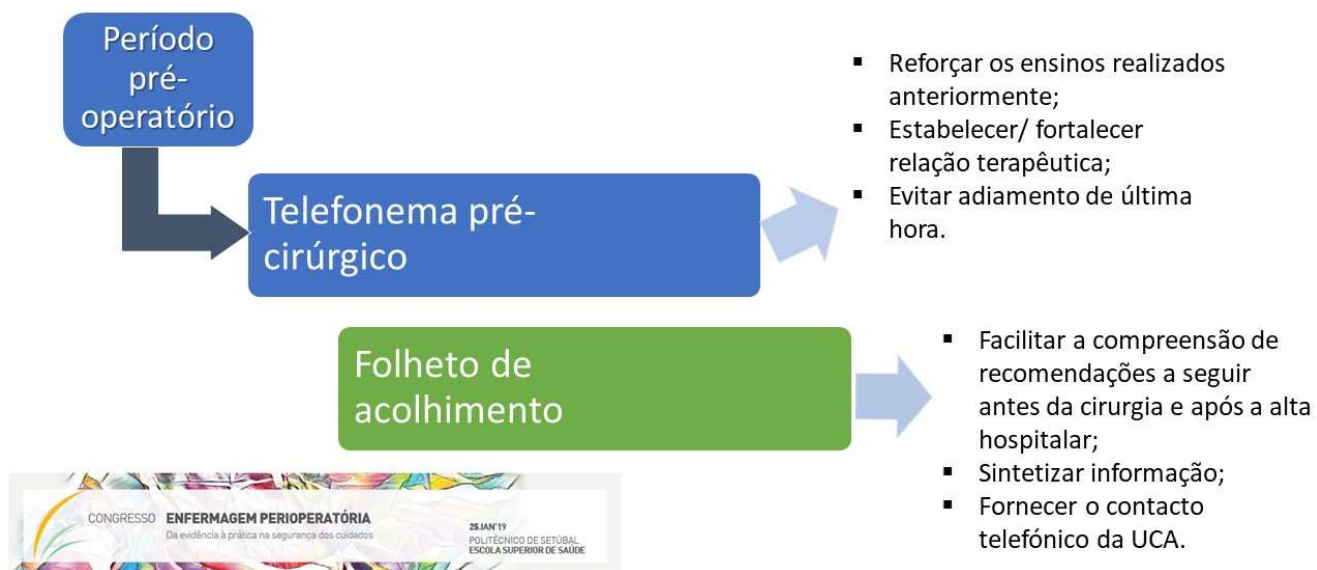
CIRURGIA DE AMBULATÓRIO- CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS PRÉ-OPERATÓRIO

Segundo ROTHROCK (2008) a avaliação pré-operatória pode ser completada de várias formas como por exemplo entrevistas conduzidas por telefone e questionários. Esta avaliação prévia e este acompanhamento personalizado deve ser feito de forma organizada, rigorosa levando ao aumento da satisfação dos utentes, reduzindo atrasos e evitando cancelamentos cirúrgicos.

O momento do acolhimento normalmente é acompanhado por sentimentos de grande stress e ansiedade para o utente e sua família, pelo que é essencial que o enfermeiro estabeleça uma relação de ajuda com os mesmos
(MANLEY et al, 2003)



CIRURGIA DE AMBULATÓRIO- CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS PRÉ-OPERATÓRIO



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Enfermeiros têm uma grande responsabilidade nos ensinamentos que realizam, estes são a chave para uma recuperação rápida dos utentes, assim como o rápido restabelecimento do seu estado, providenciando o aumento da qualidade em todo o processo cirúrgico. Para este aspeto é necessário obter competências de ensino, e comunicação e de empatia, não esquecendo a realização de um plano de cuidados personalizado com avaliação posterior, atingindo a excelência dos cuidados (GILMARTIN et al., 2007)



Modelo de formação e prática de enfermagem perioperatória (AESOP, 2012)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP (2012) – Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados. 1ª Reimpressão. Camarate: Estúdio Lusociência. ISBN 978-972-8930-16-5.
- Comissão Nacional de Portugal para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA, 2008). Relatório final – cirurgia de ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente. Ministério da Saúde de Portugal, Lisboa.
- DGS - Cirurgia de Ambulatório. Lisboa. 2000. ISBN: 972-9425-98-1. [Consultado Set. 2018]. Disponível em: http://www.saudinha.com/parcerias/publicacoes/referenciacao_hospitalar/cirurgia_ambulatorio.pdf
- Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 8 de fevereiro de 2018 Despacho n.º 1380/2018
- FARBER, Janice – Measuring and Improving Ambulatory Surgery Patients' Satisfaction. Aorn Journal. [Em linha]. Volume 92. Número 3. (2010). Pp. 313-321. [Consultado Out. 2018]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010793057&site=ehost-live&scope=site>
- HESBEEN, Walter – Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Ação na Perspectiva do Cuidar. Loures. Lusociência. 2001. ISBN: 972-8383-20-7.
- LEINO-KILPI, Helena [et al.] – Preferences for information and behavioral control among adult ambulatory surgical patients. Applied Nursing Research. [Em linha] Volume 22. (2009). p. 101-106. [Consultado out. 2018]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189707000717>
- LEMOS, Paulo [et al.] – Patient Satisfaction following day surgery. Journal of Clinical Anesthesia. [Em linha]. Volume 21. (2008). p. 200-205. [Consultado Set. 2018]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0952818009000804>
- LEMO, Paulo; JARRETT, Paulo; PHILIP, Beverly - Day Surgery: Development and Practice. International Association for Ambulatory Surgery. Porto. Abril. 2006. ISBN: 989-20-0234-2.
- LIMA, N. – O Desafio da Cirurgia Ambulatória. Revista Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. Volume VII, Numero 19, 2006, p. 13-20. ISSN 0874-8128.
- MANICA, J. [et al.] – Anestesiologia: Princípios e Técnicas. Porto Alegre. Artes Médicas, 1994.
- MANLEY, K.; BELLMAN, L. – Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada. Loures. Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-54-1.
- PINTO, José Miguel Silva; TAVARES, Paula - A Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital de Curry Cabral. Revista Portuguesa Cirurgia Ambulatório. [Em linha] Volume 6. (2005). p. 41-48. [Consultado Set. 2018]. Disponível em: http://www.apca.com.pt/documentos/revista2005_unidade_curry.pdf
- RHODES, Lenore; MILES, Gail; PEARSON, Alan – Patient subjective experience and satisfaction during the Perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. International Journal of Nursing Practice. [Em linha]. Volume 12. (2005). p. 178-192. [Consultado. Out. 2013]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2006.00575.x/pdf>
- ROTHROCK, J. – Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Loures. 13ª Edição. 2008. ISBN: 978-989-8075-07-9
- ROTHROCK, J.; SMITH (2000). Selecting the Perioperative Patient Focused Model. AORN Journal. Vol. 71, N.º 5. Pp. 1030-1037

