Vera Lúcia Barbosa Nunes

Literacia em Saúde da Pessoa Submetida a Cirurgia de Ambulatório

2023

Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória

Vera Lúcia Barbosa Nunes

Literacia em Saúde da Pessoa Submetida a Cirurgia de Ambulatório

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

LITERACIA EM SAÚDE DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Relatório de estágio

Vera Lúcia Barbosa Nunes

Relatório de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação da Professora Doutora Susana Regadas

Oliveira de Azeméis| 2023

“Conta-me e eu esqueço.
Mostra-me e eu apenas me lembro.
Envolve-me e eu compreendo”.

Confúcio

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Susana Regadas, pela competência, empenho, exigência, rigor e insistência na melhoria e progressão.

À Enfermeira Mestre Paula Guimarães, orientadora do estágio, pela disponibilidade, oportunidade, interesse, carinho e ajuda ao longo deste caminho e por acreditar que era possível.

A toda a equipa multidisciplinar da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa por permitirem o estágio, as aprendizagens e pelo apoio em momentos menos bons, de cansaço e desânimo.

Aos meus filhos Leonor e Martim pelas minhas ausências, mas pela presença constante em todos os momentos, conquistas e pensamentos.

Ao meu marido por estar sempre presente, por ser pai e mãe, nas minhas ausências.

À minha família pela dedicação e paciência.

A todos o meu sincero Agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association of PeriOperative Registered Nurses

BO- Bloco Operatório

CA – Cirurgia de Ambulatório

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EVA – Escala Visual Analógica

EF – Escala de Faces

EQ – Escala Qualitativa

IACS – Infeções Associadas a Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

IFC – Infeção da Ferida Cirúrgica

ILC – Infeção do Local Cirúrgico

ISBAR. - Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendação

JBI – Joanna Briggs Institute

LS – Literacia em Saúde

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

RESUMO

Com o presente relatório pretende-se proceder a uma descrição e análise reflexiva sobre as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, fulcrais para o desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) - Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. O foco de interesse é a Literacia em Saúde (LS) na pessoa submetida a Cirurgia de Ambulatório (CA).

A perceção de que a quantidade e qualidade de informações que se obtém sobre a saúde resulta em melhores resultados para a saúde pessoal e coletiva fez com que houvesse um aumento exponencial da atenção por esta temática. A LS é essencial no fornecimento de informações precisas de saúde e serviços que os indivíduos podem encontrar, compreender e utilizar para a sua tomada decisão, resultando em ações que trazem benefícios quer para a saúde individual, quer pública, bem como para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

A CA é um modelo organizacional de cuidados cirúrgicos que visa a alta hospitalar em menos de 24 horas desde a entrada da pessoa na instituição hospitalar. Tendo em conta que alguns estudos internacionais (Molina *et al*., 2017; Nelson, 2018), documentam que a pouca informação e aliteracia sobre a segurança do paciente e a qualidade do atendimento nesse contexto é uma possível restrição à CA, torna-se preponderante o desenvolvimento de ações interventivas que visem o empoderamento da pessoa submetida a CA, através da LS.

O EEEMC, integrado na equipa multidisciplinar, é um elemento fundamental para, no domínio da sua competência desenvolver estratégias para melhorar a LS da pessoa em situação perioperatória.

Esta experiência de aprendizagem teve lugar numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), de um Centro Hospitalar da região norte, sendo que do percurso efetuado no estágio realçam-se as atividades desenvolvidas no âmbito da gestão de risco, segurança do cliente e riscos profissionais, através de realização de ações de formação. Atividades no âmbito das aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade, com a elaboração da norma de prevenção de quedas na UCA, bem como a elaboração do protocolo de atuação em caso de incêndio. No âmbito do controle de infeção, realça-se a participação no Congresso Internacional de Controlo de Infeção, com a apresentação de três posters decorrentes da pesquisa de evidencia científica, participação em workshops relativos ao lançamento do eBook sobre LS, e webinar´s organizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

ABSTRACT

This report aims to describe and analyse the activities developed during the internship, which were essential for the development of the competencies inherent to the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing (SNMSN) - Specialisation Area of Nursing for People in Perioperative Situations. The focus of interest is Health Literacy (HL) in people undergoing Ambulatory Surgery (AS).

The perception that the quantity and quality of information obtained about health results in better personal and collective health outcomes has led to an exponential increase in the attention paid to this topic. HL is essential in providing accurate health information and services that individuals can find, understand, and use for decision-making, resulting in actions that bring benefits to both individual and public health, as well as to the sustainability of health systems.

The AS is an organizational model of surgical care that aims at hospital discharge in less than 24 hours from the time the person is admitted to the hospital. Taking in consideration that some international studies (Molina et al., 2017; Nelson, 2018) document that the little information and illiteracy about patient safety and quality of care in this context is a possible restriction to the AS, the development of interventional actions aimed at the empowerment of the person undergoing AS, through the HL, becomes preponderant.

Integrated into the multidisciplinary team, a SNMSN is a key element to develop strategies to improve the HL of the person in perioperative situation.

This learning experience took place in an Ambulatory Surgery Unit (ASU) of a Hospital Centre in the northern region, where the activities developed within the scope of risk management, client safety and professional risks, through the completion of training sessions, are highlighted. Activities within the scope of professional learning and continuous quality improvement, with the preparation of the falling prevention standard in the CCU, as well as the preparation of the protocol for action in case of fire. In the infection control area, we highlight the participation in the International Congress on Infection Control, with the presentation of three posters resulting from the search for scientific evidence, participation in workshops related to the launching of the eBook on HL, and webinars organized by the Ordem dos Enfermeiros (OE).

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Análise SWOT 89

Tabela 2. Mnemónica "PCC", de acordo com as recomendações do JBI para as scoping reviews, para definição dos critérios de elegibilidade. 94

Tabela 3. Tabela de evidências do artigo 1. 99

Tabela 4. Tabela de evidências do artigo 2. 100

Tabela 5. Tabela de evidências do artigo 3. 101

Tabela 6. Tabela de evidências do artigo 4. 102

Tabela 7. Tabela de evidências do artigo 5. 103

Tabela 8. Tabela de evidências do artigo 6. 104

Tabela 9. Tabela de evidências do artigo 7. 105

Tabela 10. Tabela de evidências do artigo 8. 106

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Queijo Suiço das Defesas. 34

Figura 2. Princípios ou critérios básicos para uma boa organização da cirurgia ambulatorial 75

Figura 3. Modelo conceptual de Literacia em Saúde. 78

Figura 4. Modelo conceptual de Literacia em saúde. 79

Figura 5. Níveis de Literacia 80

Figura 6. Fluxograma de seleção dos artigos da revisão 96

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 21

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO 25

1. Enquadramento do contexto de estágio 27

1.1. Unidade de Cirurgia de Ambulatório 27

1.2. Objetivos de estágio 28

2. Competências comuns do enfermeiro especialista 31

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 31

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade 32

2.3. Domínio da gestão dos cuidados 37

2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. 38

3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória 43

3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa 44

3.1.1. Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica 44

3.1.2. Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória 49

3.1.3. Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional 52

3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica 56

3.2.1. Demonstra consciência cirúrgica e promove um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório 56

3.2.2. Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios 58

3.2.3. Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório 64

4. Considerações finais 65

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO 67

1. Resumo 69

2. Abstract 71

3. Enquadramento teórico 73

3.1. Cirurgia de Ambulatório 73

3.1.1 Organização e estrutura da Cirurgia de Ambulatório 74

3.2. Modelo de promoção da saúde de Nola Pender 75

3.3. Literacia em Saúde – conceito 76

3.4. Modelos conceptuais para a Literacia em Saúde 77

3.5. Níveis de Literacia em Saúde 79

3.6. Importância da Literacia em Saúde 81

3.7. As barreiras da Literacia em Saúde 82

3.8. A comunicação para a construção da Literacia em Saúde 83

3.9. Instrumentos de medição para avaliar a Literacia em Saúde 85

3.10. Contributos dos Enfermeiros para a Literacia em Saúde 86

3.11. Estratégias para a promoção da Literacia em Saúde na segurança dos cuidados .. 88

3.12. Análise SWOT 89

4. Finalidade e objetivos 91

5. Metodologia 93

5.1. Desenho do Estudo 93

5.2. Considerações éticas 96

5.3. Previsão de disseminação científica 98

6. Resultados 99

7. Discussão 107

8. Conclusão 113

CONSIDERAÇÕES FINAIS 117

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 119

APÊNDICES 139
APÊNDICE I - Norma de prevenção de quedas em contexto de Cirurgia de Ambulatório
APÊNDICE II - Protocolo de atuação em caso de incêndio na Unidade de Cirurgia de Ambulatório
APÊNDICE III - Panfleto de ensino ao doente submetido a artroscopia do ombro
APÊNDICE IV - Panfleto do ensino ao doente submetido a cirurgia de ouvido
APÊNDICE V - Plano de cuidados da pessoa no pré-operatório, intraoperatório e no pós-operatório
APÊNDICE VI – Implementação da técnica de ISBAAR
APÊNDICE VII - Cartaz sobre o ISBAAR
APÊNDICE VIII - Documento padrão para suporte na transição dos cuidados de saúde, nomeadamente na passagem de turno no recobro imediato e recobro tardio
APÊNDICE IX - Formação em serviço sobre as estratégias de comunicação para fazer face às problemáticas da comunicação
APÊNDICE X - Ação de formação sobre conceitos essenciais em gestão de risco em saúde e segurança do cliente
APÊNDICE XI - Ação de formação, sobre a importância da notificação de incidentes e sistemas ou plataformas de notificação
APÊNDICE XII - Ação de formação sobre os riscos dos profissionais em perioperatórios: físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicossociais e culturais
APÊNDICE XIII - Ação de formação sobre a Literacia em Saúde – um desafio emergente
APÊNDICE XIV – Póster intitulado “O ar da sala operatória e a sua relação com a infeção da ferida cirúrgica: revisão bibliográfica”
APÊNDICE XV – Póster intitulado “Intervenções de enfermagem perioperatórias para a prevenção de infeção na hernioplastia abdominal
APÊNDICE XVI – Póster intitulado “Qual a importância da troca de luvas durante o procedimento cirúrgico?
ANEXOS..... 241
ANEXO I - Participação na Conferência “LITERACIA EM SAÚDE: CAPACITAÇÃO DO DOENTE”, organizada pela liga portuguesa contra o cancro

ANEXO II - Participação na apresentação do eBooK “Boas Práticas ao Serviço do Cliente”, inserido no I Seminário da Gestão de Risco

ANEXO III - Participação no Webinar organizado pela Ordem dos Enfermeiros” Registos no Perioperatório: Onde estamos? Para onde vamos?

ANEXO IV - Participação no Webinar da Ordem dos Enfermeiros “Responsabilidades do EEEMC no contexto perioperatório

INTRODUÇÃO

O presente relatório teve como propósito documentar a análise pessoal e reflexiva das experiências e competências adquiridas no decorrer do estágio numa UCA de um Hospital Central do norte de Portugal, inserido na Unidade Curricular**:** Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, integrada no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Norte Cruz Vermelha Portuguesa.

Este estágio decorreu entre três de janeiro e 31 de junho de 2022, num total de 810 horas, das quais 540 horas correspondem a horas de contacto em contexto clínico, sob tutoria de uma Enfermeira Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e sob orientação da Professora Doutora Susana Regadas.

De acordo com o Ministério da Saúde (Portaria n.º 132/2009 de 30 de janeiro, artigo 3º, ponto 1, p.660):

> *"Cirurgia de Ambulatório" - intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada 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.*

Este regime cirúrgico apresenta múltiplas vantagens reconhecidas internacionalmente, tanto a nível económico, através da redução dos custos hospitalares e da menor morbidade associada, como a nível organizacional, permitindo uma redução do tempo de espera para cirurgias (Pinto *et al*., 2020).

A CA está ainda associada a menores taxas de complicações pós-operatórias relacionadas à assistência, à saúde e a nível social tem um impacto muito positivo no cliente, pois este pode recuperar em ambiente familiar, bem como ter uma integração socioprofissional mais rápida (Despacho n.º 1380/2018; Pinto *et al* 2020).

Por outro lado, alguns estudos internacionais documentam possíveis restrições ao desenvolvimento da CA, estando uma delas relacionada com a pouca informação e aliteracia sobre a segurança do paciente e a qualidade do atendimento nesse contexto (Molina *et al*., 2017; Nelson, 2018).

Os clientes submetidos a procedimentos anestésicos e cirúrgicos, têm direito a ser cuidados num ambiente seguro e por profissionais qualificados, pelo que o enfermeiro perioperatório representa uma garantia de qualidade e segurança nos cuidados de saúde. Sendo uma das competências do EEEMC na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória desenvolver projetos de melhoria continua da qualidade (Association of PeriOperative Registered Nurses [AORN], 2015).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória deve pautar a sua ação na assunção de funções de prestador de cuidados, advogado do cliente, líder, investigador, educador e gestor, sendo este o modelo de formação e prática da enfermagem perioperatória preconizado pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2012).

Nesta linha de pensamento, os principais objetivos deste estágio centraram-se em: proporcionar conhecimentos e espaços de reflexão, análise e prática clínica, fundamentais para o desenvolvimento de competências levando à prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios centrados na pessoa e baseados na evidência científica. Acresceu ainda, a realização de um projeto de investigação no contexto de estágio, projeto esse que visou identificar estratégias para a promoção da LS à pessoa submetida a CA, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem neste contexto.

De acordo com Lopes e Almeida (2019, p.17):

> *A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Literacia em Saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde. A Literacia em Saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida.*

O Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 assenta numa metodologia participativa de auscultação de peritos nacionais e internacionais e, visa aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo por foco a pessoa e os seus cuidadores. O pilar 1 do PNSD, diz respeito à cultura de segurança que "corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e as ações relativas às questões da segurança do doente" (Despacho

n.º 9390/2021, p.99). Um dos objetivos estratégicos do pilar da cultura de segurança é "aumentar a literacia e a participação da pessoa, família, cuidadores e da sociedade na prestação de cuidados" (Despacho nº 9390/2021, p.99), cujas ações apontam para o desenvolvimento e implementação de um plano de sensibilização sobre a relevância da segurança dos cuidados articulado com o Plano de Ação da Literacia em Saúde.

O despacho nº 6430/2017 determinou a implementação do projeto piloto "Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde" sendo um dos objetivos, a segurança cirúrgica.

De acordo com o U.S. Department of Health and Human Services (2010), uma baixa Literacia em Saúde pode dar origem a um maior número de internamentos, a uma maior utilização dos serviços de urgência e a uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, pelo que é importante promover a mesma, de modo a potenciar uma participação ativa e informada dos clientestes nos Sistemas de Saúde.

Posto isto, objetiva-se estudar a LS na pessoa submetida a cirurgia de ambulatório no sentido de reunir evidência científica que sustente a sua importância e desta forma, potenciar maior participação da pessoa na gestão dos riscos e validações para a sua segurança cirúrgica.

Recorrendo a materais educativos que têm por objetivo melhorar o conhecimento da pessoa em relação aos aspetos essenciais para a sua segurança numa cirurgia, pretende-se contribuir como elemento ativo da equipa multidisciplinar, para a melhoria contínua da qualidade.

A escolha do tema de estudo prende-se, com a motivação pessoal e com a pertinência e praticabilidade do mesmo, por se tratar de uma temática atual, e por ser também uma necessidade em termos de segurança e qualidade em saúde, uma vez que é um os objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 (Despacho nº 9390/2021).

A escolha do local de estágio no serviço onde exerço funções está relacionado com a necessidade que sinto a nível pessoal de adquirir novas aptidões teórico-práticas que facilitem tanto o meu crescimento profissional na UCA, como ampliem as minhas capacidades de resposta que são exigidas no dia-a-dia para uma prestação de cuidados com a máxima qualidade e rigor exigidos.

Assim, os objetivos deste trabalho são:

- Descrever os objetivos de estágio definidos;
- Contextualizar a prática clínica no estágio;

- Refletir sobre as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória;
- Apresentar os trabalhos desenvolvidos no estágio;
- Promover o desenvolvimento de competências em contexto clínico de enfermagem perioperatória;
- Desenvolver competências no âmbito da investigação, através da elaboração de uma *Scoping review*.

Para tal, utilizou-se a metodologia descritiva, assente numa análise crítica e reflexiva sobre as atividades executadas e experiências significativas para a aprendizagem ao longo do estágio, à luz dos objetivos de aprendizagem/competências a adquirir.

O trabalho encontra-se estruturado em duas componentes distintas: a componente I, respeita à prática clínica, na qual se contextualiza o local de estágio, explanam-se os objetivos delineados e se procede à análise reflexiva das experiências significativas para a aprendizagem, tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; na componente II apresenta-se o trabalho de investigação desenvolvido, uma *Scoping review*, onde se explanam todas as etapas do processo de investigação à luz das recomendações do *Joanna Briggs Institute*.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

1. Enquadramento do contexto de estágio

O Centro Hospitalar onde decorreu o estágio integra duas Unidades Hospitalares distintas. Deste modo, a UCA está dividida pelas mesmas duas.

Assim, o presente capítulo trata-se de uma descrição acerca do contexto do estágio, iniciando-se com uma breve contextualização do mesmo e posteriormente com a apresentação dos objetivos delineados.

1.1. Unidade de Cirurgia de Ambulatório

A UCA suprarreferida, num dos hospitais é constituída por duas salas operatórias e a do outro hospital por três, devidamente equipadas com os materais e medicações necessárias à realização de procedimentos cirúrgicos com a segurança que os mesmos exigem. Para além disso, é dotada de salas de indução, um recobro imediato com capacidade para seis camas e um recobro tardio com doze camas com capacidade de monitorização e recuperação.

A equipa de enfermagem conta com 35 enfermeiros:

- Uma enfermeira gestora;
- Dois EEEMC´s;
- Dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária;
- Um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Apesar da diversidade de especialidades cirúrgicas tratadas nesta UCA, o presente estágio decorreu maioritariamente na especialidade de Otorrinolaringologia.
Importa referir, que este contexto de prática clínica se encontra em processo de candidatura à Acreditação e Idoneidade Formativa pela OE. Neste sentido, tem implementado a consulta de *follow-up* não presencial através do contacto telefónico do dia seguinte, bem como se encontra em fase de aprovação a implementação da consulta de enfermagem pré-operatória e a consulta de enfermagem ao fim dos 30 dias de pós-operatório.

O estágio é um local de aprendizagem, que permite experienciar novas situações proporcionando momentos de reflexão e desenvolvimento do espírito crítico em relação aos cuidados prestados e, quando acompanhado com a aplicação da evidência científica, permite o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista.

Durante o estágio, foi mantida uma postura profissional, com empenho nas atividades realizadas, fundamentando as ações na melhor evidência disponível, tendo sempre em vista uma correta prestação de cuidados e a aquisição de competências específicas no perioperatório.

1.2. Objetivos de estágio

O estágio, enquanto processo de aprendizagem e aplicação de conhecimentos, deve iniciar-se com a definição de objetivos.

Dos objetivos gerais advêm os objetivos específicos que se pretendem que sejam mensuráveis, atingíveis, relevantes e concretizáveis no tempo preconizado para o estágio.

Neste alinhamento, os objetivos específicos para o presente estágio foram delineados com base nos objetivos pessoais e profissionais enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, tendo por base as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (Regulamento nº429/2018). Concomitantemente, e de um modo também intencional, tentou-se ir ao encontro das necessidades formativas diagnosticadas no serviço resultando claramente no enriquecimento e tornando-se numa mais valia para ambas as partes.

Neste seguimento, para o estágio foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. **Promover cuidados à pessoa em situação perioperatória**
   a) Integrar na área de circulação na especialidade de Otorrinolaringologia;
   b) Integrar na área de instrumentação na especialidade de Otorrinolaringologia.
2. **Capacitar a pessoa e família / prestador de cuidados para a gestão da experiência cirúrgica**
   a) Assegurar que a pessoa compreende a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão;
   b) Desenvolver planos de ensino, instrução e treino conjuntamente com a pessoa promovendo a capacitação, autogestão e recuperação.
3. **Intervir numa perspetiva intra e interprofissional**
   a) Implementar estratégias facilitadoras da comunicação, contribuindo para o aumento da segurança e qualidade dos cuidados.

4. **Elaborar um plano de cuidados para a pessoa submetida a cirurgia de ambulatório recorrendo ao aplicativo informático vigente / ferramentas pré-existentes no serviço**
    a) Recolher e documentar os dados que baseiam o processo de tomada de decisão;
    b) Elencar os principais domínios/focos de enfermagem mais frequentes na pessoa em situação perioperatória;
    c) Identificar os principais diagnósticos de enfermagem;
    d) Definir as intervenções/atividades para colmatar as reais necessidades da pessoa.
5. **Promover um ambiente seguro para todos os intervenientes (pessoa/profissionais) no período perioperatório**
    a) Aprofundar conhecimentos que permitam reconhecer e atuar precocemente em situações de falhas de segurança, visando a otimização da experiência cirúrgica, segurança e eficiência dos cuidados;
    b) Intervir na gestão de risco perioperatório, fomentando a segurança dos cuidados à pessoa e a própria segurança dos profissionais de saúde;
    c) Garantir condições do ambiente de trabalho promotoras da saúde e da segurança dos profissionais.
6. **Dinamizar a formação em serviço**
    a) Realizar formação à equipa de enfermagem da UCA sobre LS:
        ✓ Capacitar os enfermeiros para a promoção da LS da pessoa submetida a CA;
        ✓ Empoderar os enfermeiros no âmbito da segurança dos cuidados de saúde – segurança cirúrgica.
7. **Desenvolver práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua**
    a) Elaborar a norma de Prevenção de Quedas da pessoa em Cirurgia de Ambulatório;
    b) Realizar protocolo de atuação em caso de incêndio na UCA;
    c) Dinamizar e divulgar a informação à pessoa submetida a CA, visando o aumento da LS.
8. **Contribuir para o aumento do conhecimento científico e disciplinar da enfermagem na área específica da enfermagem perioperatória, dando maior visibilidade à profissão**

a) Elaborar o relatório final de estágio refletindo criticamente sobre as intervenções dos enfermeiros no período perioperatório e os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem;
b) Apresentar o relatório com uma componente de investigação (S*coping review*) intitulada: Literacia em Saúde da Pessoa Submetida a Cirurgia de Ambulatório: *scoping review.*

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Atualmente, os cuidados de Enfermagem, paralelamente aos cuidados de saúde, assumem uma crescente importância e exigência técnica e científica, motivo pelo qual a generalidade dos profissionais de saúde sentem necessidade de diferenciação e especialização (Regulamento nº140/2019).

Assim, ainda de acordo com o Regulamento nº140/2019 (p.4744), "o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem".

Neste seguimento, torna-se pertinente a abordagem dos quatro domínios do Enfermeiro Especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No que respeita ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, segundo o Regulamento nº140/2019, artigo 5º (p.4745), o enfermeiro especialista deve desenvolver "(…) uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional", bem como garantir "(….) práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais".

Efetivamente, o trabalho desenvolvido ao longo do estágio pautou-se no exercício da prática de enfermagem com responsabilidade profissional, procurando manter sempre disponibilidade para a aprendizagem, aproveitando todas as oportunidades que surgiam, disponibilizando-me para realizar/assistir a intervenções/atividades que fossem novas no meu processo de aprendizagem.

Junto ao cliente, foi minha preocupação constante o respeito pela sua autonomia e liberdade, informando-o dos cuidados, apresentando-me e solicitando o seu consentimento. Além da observação, da monitorização e vigilância contínua, dei ênfase à comunicação, pautando os cuidados pelo respeito, igualdade e equidade, assim como pela dignidade, privacidade e intimidade do cliente. Mantive o sentido de responsabilidade procurando ser metódica e justifiquei as minhas ações e os juízos profissionais que elaborei, de acordo com conhecimentos científicos, promovendo assim o meu desenvolvimento profissional.

Considero ainda ter reconhecido o meu papel enquanto estudante, estando consciente das minhas dificuldades e potencialidades, compreendendo as orientações que me eram dadas e atuando de acordo com o meu estadio de desenvolvimento.

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No que concerne às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, o Enfermeiro Especialista deve garantir "(…) um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais", desenvolver "(…) práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua" e garantir "(…) um ambiente terapêutico e seguro" (Regulamento nº140/2019, artigo 6º, p.4745).

Efetivamente, na UCA, a preocupação com a segurança do cliente e por todo um processo de melhoria contínua, tem sido notória e priorizada. Deste modo, e tendo por base uma política de qualidade dos cuidados, tem-se procedido à uniformização e divulgação de procedimentos, a evidência do cumprimento de políticas institucionais com demonstração de boas práticas e a disponibilização de um sistema de notificação de incidentes.

A existência de um sistema de notificação de incidentes nas plataformas dos serviços das instituições hospitalares, de fácil acesso a todos os profissionais e sem caráter punitivo, na qual se podem reportar todos os tipos de ocorrências, incidentes, eventos adversos, quase eventos ou eventos sentinela enfatiza e contribui para a cultura de segurança da instituição. Após a notificação de um incidente, seja ele, de risco clínico ou não clínico, o gabinete de gestão do risco procede à sua análise de forma a resolver e prevenir a ocorrência do mesmo, sendo este o principal objetivo da existência dos sistemas de notificação. Após levantamento do número de notificações de risco no último ano, surge a questão de uma hipotética subnotificação, devido a receios infundados de punição, ou até mesmo défice de conhecimento para a sua realização. Assim, suscita-se aqui a pertinência desta temática para a formação a ser apresentada à equipa.

A segurança dos clientes é uma responsabilidade de toda a equipa, que deve mobilizar e optimizar as capacidades e competências de cada um dos seus elementos, através da gestão de todas a atividades individuais (Despacho nº 1400-A/2015).

No seio da melhoria contínua da qualidade, houve sempre a preocupação que a prestação de cuidados decorresse no patamar máximo de segurança, reduzindo a probabilidade de ocorrência de erros, prevenindo os riscos e promovendo um ambiente seguro tanto para o cliente como para o profissional de saúde. Alguns exemplos, foram a correta identificação

dos clientes, a melhoria da comunicação eficaz, a utilização segura dos medicamentos, a redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, a prevenção de úlceras de pressão e a prevenção de quedas.

> *A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é, assim, um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde. A causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos* (Despacho nº 1400-A/2015, p. 3882-(2).

James Reason (2008), desenvolveu uma teoria designada "Teoria do Queijo Suíço", com o objetivo de explicar a génese dos acidentes em sistemas de organização complexa, sendo esta, uma teoria multifatorial de acidentes, que estabelece que para um dado acidente ocorrer há um alinhamento de uma série de causas ou "buracos de segurança" num dado intervalo de tempo (Figura 1). Segundo esta teoria, quanto maiores e mais abundantes forem os "buracos de segurança" e ausentes os níveis ou alarmes de defesa, maior a probabilidade de alinhamento e a possibilidade de ocorrência de acidentes, pelo que, para evitar a sua ocorrência é fundamental o desenvolvimento de planos de ação, normas e procedimentos que passam pela implementação de medidas preventivas e corretivas.

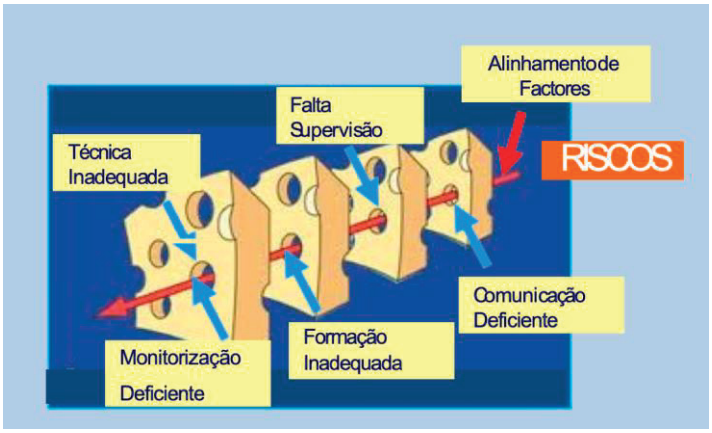


Figura 1: Modelo Queijo Suiço das Defesas.

Adaptado de Reason, J. (2008). *The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries* (1st ed.). CRC Press. https://doi.org/10.1201/9781315239125.

A exigência de cuidados à pessoa em situação perioperatória, implica que a equipa garanta a segurança dos procedimentos de enfermagem. Deve ser mantido um ambiente de cuidados seguros, através de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco, não só para segurança do cliente, como também de todos os profissionais.

Importa referir que os profissionais da UCA estão igualmente expostos diariamente a diversos riscos: químicos, físicos, biológicos, ergonómicos, psicossociais e culturais.

As normas e protocolos de procedimento, relativas às várias intervenções autónomas e interdependentes são fundamentais e são uma ferramenta de extrema importância, uma vez que nos dão segurança na prestação de cuidados, permitem uma homogeneidade e uniformização dos procedimentos e são uma mais-valia. Constituem ainda, uma parte integrante dos programas de garantia da qualidade e uma forma de desenvolver atividades interdependentes, perante situações que exigem resposta imediata e segura, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Durante o estágio, contribuí de forma proativa no projeto de melhoria contínua do serviço elaborando a norma de prevenção de quedas em contexto de CA (Apêndice I) e o protocolo de atuação em caso de incêndio na UCA (Apêndice II). A elaboração dos referidos trabalhos, tiveram por base, as atividades do enfermeiro perioperatório nas diversas funções e pesquisa de bibliografia que fundamentassem as temáticas.

Após elaboração da norma e do protocolo suprarreferidos, foram programadas e efetuadas ações de formação, no sentido de apresentar e discutir as mesmas no seio da equipa multidisciplinar, tendo os referidos documentos permanecido durante dois meses na capa

de formação de serviço para eventuais alterações e sugestões de melhoria. Após esse término foram encaminhadas para a Enfermeira Gestora que por sua vez direcionou as mesmas para o departamento de qualidade do hospital para aprovação e implementação.

Quedas

A Queda é um foco de atenção em Enfermagem que de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) descreve-se como "Evento ou episódio", resultante de um outro foco de atenção que é o Cair, estando este descrito como "(…) descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical" (International Council of Nurses [ICN], 2019).

O Evento queda pode ainda ser entendido como, "um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil" (Saraiva, 2008, p.29 cit por Barbosa *et al* 2015, p.4).

As quedas são uma prioridade de atuação e uma preocupação enquanto indicador de qualidade, pois são a segunda causa de eventos adversos, nomeadamente eventos sentinela a nível mundial, pelo que os profissionais de saúde, assumem nesta temática um papel preponderante no sentido de prevenir e minimizar o risco da sua ocorrência, não só através da criação de ambientes seguros, como também na criação de normas (Barbosa *et al,* 2015).

Segundo Morse (2009), as quedas têm diferentes causas e por isso devem ser classificadas como: Quedas acidentais, quedas fisiológicas antecipáveis e quedas fisiológicas não antecipáveis (Barbosa *et al* 2015).

São vários os fatores de risco para queda na UCA como: as alterações da mobilidade, estado de consciência alterado, idade, obesidade, patologias osteoarticulares associadas, posicionamentos cirúrgicos específicos com necessidades de grandes exposições e angulamentos acentuados, equipamentos de transporte e/ou transferência disfuncionais e necessidade de transferências entre camas/mesas operatórias.

Segundo LeCuyer *et al*. (2017), as quedas são um grande risco para os clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, dado que os sedativos, anestésicos e/ou analgésicos são adjuvantes de procedimentos que aumentam a probabilidade de queda. Ainda segundo os mesmos autores, os programas de prevenção de risco de queda são implementados em organizações para avaliar os fatores de risco e fornecer intervenções apropriadas para a

segurança do cliente, sendo assim, fundamental a existência de normas e a sua incorporação na cultura de segurança dentro de uma organização (LeCuyer *et al*., 2017). Neste estudo, verificou-se que o *Institute for Quality Improvement* apresentou o MFS (*Morse Fall Scale*) como o meio mais apropriado de identificar clientes em risco de queda no ambiente de Bloco Operatório (BO), apoiando a implementação do enfermeiro líder no programa de prevenção de quedas. Os mesmos autores referem ainda que, após a implementação de programas de prevenção de quedas, verificou-se uma redução da percentagem de quedas, fornecendo-se um ambiente seguro para os clientes cirúrgicos das instituições de saúde.

Toussaint *et al*. (2013), refere a existência de muita produção científica acerca do tema das quedas intra-hospitalares, mas que há consideravelmente menos literatura que enfoca especificamente o tópico de quedas no BO. Contudo, há registos que indicam que as consequências das quedas no bloco são mais nefastas, resultando em considerável morbilidade e morte, comparativamente às quedas que ocorrem nos restantes serviços intra-hospitalares. Os mesmos autores indicam que, embora a incidência exata de quedas na sala de operações não seja exatamente conhecida, a carga emocional e financeira para as famílias, profissionais de saúde e hospitais não é insignificante. Bastam por vezes pequenas intervenções eficazes, por exemplo, no posicionamento do cliente e uso adequados dos acessórios para evitar quedas com consequências graves (Toussaint *et al*., 2013).

Para Lam *et al*. (2016), a anestesia aumenta a probabilidade de quedas pós-operatórias, devido aos efeitos residuais do bloqueio farmacológico e neuromuscular dos anestésicos, aumentando as debilidades físicas e mentais dos doentes.

Incêndios

O incêndio é um risco sempre presente no BO, representando um perigo potencial para o cliente e segurança do trabalhador. Daí, a importância da preparação das equipas, não só para promover e manter um ambiente seguro, assim como, para assegurar a prontidão de execução do plano de atuação em caso de ocorrência de incêndio.

A ocorrência de um incêndio é um risco importante, pois a dificuldade de evacuação dos clientes durante uma cirurgia é um problema real. As causas de incêndio em contexto de BO e UCA´s podem ser várias. Para a sua prevenção, é essencial sermos detentores dos conhecimentos e dos riscos inerentes ao utilizarmos substâncias inflamáveis, porque funcionam como comburente, se forem atingidas por uma faísca de um elétrodo ativo do bisturi ou de uma descarga de eletricidade estática.

Para além dos cuidados na prevenção, faz todo o sentido um protocolo de atuação em caso de incêndio na UCA. Este deve contemplar as tarefas dos elementos da equipa multidisciplinar, permitindo uma atuação rápida e eficaz, minimizando as consequências e de maneira a encontrar uma alternativa para a continuidade da intervenção cirúrgica, na impossibilidade de esta prosseguir no mesmo local (UNAIBODE, 2001; AESOP, 2012).

É fundamental que todos os profissionais conheçam o plano de emergência interno do hospital, disponível em suporte de papel na sala de reuniões e suporte digital na intranet, de modo a que a resposta seja a mais célere possível, minimizando os danos.

Após a elaboração da Norma Hospitalar "Prevenção de Quedas na UCA" e do protocolo de "Atuação em Caso de Incêndio na UCA" foram então programadas sessões de formação, com vista às suas apresentações e explicações à equipa, para posterior seguimento para o departamento da qualidade do hospital com o objetivo de se obter as respetivas aprovações.

2.3. Domínio da gestão dos cuidados

"O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Regulamento n.º 140/2019, p.4744). Ainda segundo Leprohon, (2002), o enfermeiro na área da gestão dos cuidados, deve centrar a sua prestação de cuidados usando os recursos disponíveis e as metodologias que visem a melhoria e garantia da qualidade. Para a alcançar é fundamental a atualização constante e oportuna de conhecimentos e competências de enfermagem.

Sendo uma das competências comuns do enfermeiro especialista, a gestão da qualidade no sentido de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria da qualidade, é indispensável ter consciência que a escassez de recursos é um fato cada vez mais evidente e que nas tomadas de decisão, devemos ter em conta a avaliação dos custos, no sentido de obter ganhos de eficiência. É importante ter noção do custo dos materiais e desta forma fazer um uso racional dos mesmos sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

A gestão objetiva a melhoria contínua da qualidade, na qual o objetivo pretendido é atingir a máxima eficiência, nunca descurando e sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados (Machado, 2013).

Nova (2008) descreve eficiência, como uma medida do custo exigido, de forma a atingir qualquer melhoria num sistema de saúde, relacionando os custos e os resultados,

acreditando ser possível prestar bons cuidados de saúde com menores custos e sem desperdícios, sejam eles recursos humanos, materiais ou financeiros.

No decorrer do estágio foram realizados turnos com a coordenadora de turno, sendo ela a responsável pela gestão de todo o material cirúrgico, necessário para o correto decorrer das cirurgias, para além da gestão dos materiais e consumíveis, tinha como função controlar os estupefacientes do serviço e gerir os recursos humanos.

2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Um dos objetivos de estágio inicialmente traçados foi integrar na especialidade de otorrinolaringologia na função de circulação e instrumentação.

A Integração é um processo que deve ser bem planeado, orientado e adaptado às necessidades do profissional e da instituição levando na direção da valorização pessoal e profissional.

Inerente às aprendizagens profissionais, que se iniciam no processo de integração estão inerentes os conceitos do saber-fazer, saber-ser e o saber-estar.

O saber-ser e o saber-estar dos enfermeiros em contexto de perioperatório, vão sendo adquiridos ao longo do percurso social, familiar, profissional e educacional contribuindo tanto para a aquisição de competências de socialização como para o correto comportamento dentro do bloco operatório. Estes conceitos estão relacionados com a motivação, empenho, rigor profissional, consciência cirúrgica, destreza, espírito de equipa, facilidade de integração, autodomínio, concentração, rapidez na resposta a situações de emergência e controlo do stress (AESOP, 2012).

Segundo o programa de integração proposto pela AESOP (2012), o acolhimento é a primeira fase, a segunda fase é a integração como enfermeiro de anestesia, a terceira fase é a integração como enfermeiro circulante e a quarta fase é a integração na instrumentação.

Uma vez que as funções de acolhimento e enfermeira de anestesia já estão integradas, foi meu objetivo para o estágio adquirir novas aprendizagens profissionais como enfermeira circulante e enfermeira instrumentista, nomeadamente na especialidade de Otorrinolaringologia.

“Durante o ato cirúrgico, quer a equipa estéril, quer a equipa de anestesia estão envolvidas nos seus procedimentos e é o enfermeiro circulante que tem de estar atento a tudo quanto

se passa na sala e atuar em conformidade de forma a manter a segurança. Isto implica conhecimentos específicos nesta área e domínio das competências que lhe estão associadas" (AESOP; 2012, p. 130).

A OE (2004, p.1), no que concerne às Orientações Relativas Às Atribuições Do Enfermeiro Circulante, refere que:

> *O enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite.*

Atividades desenvolvidas como enfermeira circulante:

- Verificação do plano operatório e planeamento dos cuidados;
- Controle e garantia das condições ambientais da sala operatória;
- Preparação e teste dos materais e equipamentos necessários para a cirurgia;
- Abertura dos consumíveis, materiais e instrumentais;
- Participação no acolhimento do cliente;
- Participação no posicionamento do cliente;
- Colaboração na desinfeção do campo operatório;
- Cooperação com a toda a equipa cirúrgica e de anestesia;
- Manutenção da organização da sala;
- Resposta às necessidades durante a cirurgia;
- Concretização da contagem de compressas, corto-perfurantes e dispositivos médicos;
- Preparação dos materais necessários à realização do tratamento da ferida cirúrgica;
- Garantia das condições de segurança do cliente e da equipa;
- Colaboração na saída dos clientes para o recobro;
- Reorganização e reposição da sala.

Mediante o vasto leque das funções do enfermeiro circulante, denota-se que o mesmo tem que ter competências específicas e atualizadas no âmbito da gestão de risco, da segurança do cliente e da equipa, assim como, de organização e controlo ambiental da sala operatória, circuitos dos clientes e profissionais, com o objetivo de cumprir-se a assepsia cirúrgica e em prol de uma melhoria contínua dos cuidados prestados em perioperatório.

Segundo a AESOP (2012, p. 139), o enfermeiro instrumentista deve "(…) compreender e valorizar a área da instrumentação enquanto isolada e distinta, mas deve, simultaneamente, valorizar a área da circulação e da anestesia, como forma de complementar a sua prestação de cuidados no âmbito dos cuidados perioperatórios", tendo como responsabilidade "prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o cliente e para a equipa".

Atividades desenvolvidas como enfermeira instrumentista:

- Verificação do plano operatório e planeamento dos cuidados;
- Lavagem cirúrgica das mãos;
- Utilizar corretamente a indumentária cirúrgica;
- Aplicação dos campos estéreis e colocação das mesas de instrumentação, de acordo com as normas preconizadas;
- Cumprimento das regras de movimentação e circulação na sala operatória;
- Cumprimento das normas de manuseamento e de passagem dos instrumentos cirúrgicos ao cirurgião principal e cirurgião ajudante;
- Conhecimento e previsão dos tempos operatórios;
- Conhecimento dos diferentes tipos de sutura;
- Realização da contagem de compressas, ferros cirúrgicos e corto perfurantes;
- Colaboração na realização do tratamento às feridas cirúrgicas;
- Conhecimento das normas de evacuação de materiais contaminados da sala operatória.

Uma das aprendizagens profissionais que motivaram também, a pesquisa da melhor evidência científica, prendeu-se com o fato de ter sido adquirido para a UCA, naquele período de tempo que decorreu o estágio, pensos oclusivos que funcionam por pressão negativa para

realização do tratamento da ferida cirúrgica não infetada e fechada com agrafos. Esta nova prática levantou as seguintes questões:

- Qual a eficácia da terapia por pressão negativa no tratamento da ferida cirúrgica não infetada, não exsudativa e fechada realizado em contexto de Bloco Operatório?

- Em que circunstâncias deve ser utilizado?

- A terapia por pressão negativa é uma intervenção autónoma do enfermeiro?

A terapia por pressão negativa pode ser usada sobre incisões cirúrgicas fechadas para evitar deiscência ou infeção da ferida cirúrgica. Ela é particularmente indicada em clientes com alto risco de deiscência ou infeção, como obesos, diabéticos, e com consumo de tabaco e em feridas cujos bordos ficam sob tensão (Norman *et al.*, 2020).

Num estudo clínico randomizado, prospetivo e multicêntrico, cujo objetivo foi avaliar a prevenção de deiscência e infeção em 249 pacientes pós-operatórios com risco de deiscência comparou-se a terapia por pressão negativa com o tratamento convencional pós-operatório, tendo os autores concluído que houve menos deiscência no grupo da terapia por pressão negativa, bem como menor índice de infeção (Stannard *et al*., 2012).

Norman *et al*. (2020) fizeram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar se o tratamento de feridas com pressão negativa tem efeitos nas complicações, incluindo as infeções das feridas operatórias com encerramento primário, ou seja, aquelas cujos bordos foram unidos usando pontos ou agrafos e avaliar a relação custo-benefício, comparando com um penso padrão. Relativamente à infeção da ferida operatória há evidência de certeza moderada que os pensos por pressão negativa reduzem o risco de infeção. Relativamente à deiscência, a evidência é de baixa certeza, ou seja, não há diferença clara entre o penso por pressão negativa e o penso padrão. Na análise custo-eficácia há evidência de certeza moderada de que a pressão negativa é provavelmente custo-eficaz para feridas operatórias de cesariana em mulheres obesas e provavelmente não é custo-eficaz para feridas de cirurgias por fratura. A evidência do custo-eficácia dos pensos por pressão negativa noutras feridas cirúrgicas é de certeza baixa ou muito baixa.

A OE (2016), emitiu o Parecer Nº03/2016 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica relativamente à questão: "A terapia com pressão negativa é uma intervenção autónoma de enfermagem?". Neste parecer, está descrito que o uso da pressão negativa não se trata apenas do uso de material de pensos, mas de uma técnica que exige uma avaliação cuidadosa da ferida e da pessoa. Quando se está a planificar usar a

pressão negativa para o tratamento de feridas, temos que ter em conta critérios como o custo benefício e os objetivos a atingir.

O processo de tomada de decisão acerca da questão após a devida fundamentação teórica, revelou que os enfermeiros "têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos técnicos e científicos que detêm, a identificação da problemática do beneficiário de cuidados, os riscos e problemas potenciais que da implementação podem advir, atuando no melhor interesse da pessoa assistida" (OE, 2016, p.2).

No âmbito da prestação de cuidados, a aquisição e o desenvolvimento de competências assume um papel preponderante, na formação do enfermeiro especialista. No decorrer do estágio, procurei dinamizar e estimular a troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática profissional, desenvolvi não só, competências técnicas, mas sobretudo competências pessoais como assertividade, autoconhecimento, limites pessoais e profissionais.

Ao longo do estágio desenvolvi novos conhecimentos e novas aprendizagens, que possibilitaram não só a reflexão acerca das mesmas, assim como, possibilitaram o aperfeiçoamento de competências, enriquecendo desta forma, o conhecimento de uma forma continua, construtiva e positiva.

3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

O enfermeiro em perioperatório tem como funções "identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do individuo antes, durante e após a cirurgia" (AESOP, 2012, p.9).

A enfermagem perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa que vivenciam uma experiência cirúrgica/anestésica. Segundo a AESOP é definida como "(...) conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do cliente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado" (AESOP, 2012, p. 107).

A intervenção do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória decorre nas fases pré, intra, pós-operatório, alta e *folow-up* e desenvolve-se nas seguintes áreas de atuação, que se complementam entre si: consulta perioperatória, acolhimento, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. O enfermeiro perioperatório deve ser capaz de trabalhar no seio da equipa multiprofissional, colaborar e cooperar na organização e gestão das CA e ser elemento ativo e participativo na humanização dos cuidados.

A aquisição de competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória encontra-se contemplada no artigo 5º do Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018, publicado em Diário da República (2018, p.19360), que se enquadram na homologação: "a) Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa; b) Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica." De acordo com estas competências, encontram-se as unidades de competência correspondentes, bem como as atividades desenvolvidas ou critérios de avaliação.

As atividades desenvolvidas durante o estágio tiveram como foco não só a técnica como também, a humanização dos cuidados prestados.

Com base nessas mesmas atividades desenvolvidas, segue-se uma reflexão relativa à prática de cuidados no decorrer do estágio apoiada na evidência.

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

Considerando a especificidade das necessidades da pessoa e família/pessoa significativa que vivenciam uma experiência cirúrgica/anestésica, o enfermeiro mobiliza conhecimentos e habilidades no sentido de proporcionar cuidados diferenciados que promovam a compreensão de todo o processo vivenciado, capacitando os intervenientes para o autocuidado e reintegração familiar e social.

3.1.1. Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica

Desenvolve planos de instrução, ensino e treino promovendo a capacitação, autogestão e recuperação

As informações, os ensinos e as instruções fornecidas de forma eficaz recorrendo a uma comunicação clara, positiva, empática e assertiva, contribuem para o sucesso da gestão do regime terapêutico no pós-operatório, nomeadamente no domicílio. Para além disso, reduzem a ansiedade e o stress, impactando positivamente na recuperação do cliente, que por sua vez também contribui para o seu grau de satisfação.

Os ensinos para a alta devem ser iniciados no dia em que o cliente é proposto para cirurgia, sendo o momento de eleição a consulta pré-operatória de enfermagem, caso esteja implementada. São vários os aspetos fundamentais e necessários no momento da alta, tais como o repouso/mobilização, alimentação, cuidados com a ferida cirúrgica/penso, tipo descrição do ato anestésico e cirúrgico, encaminhamento pós-alta, marcação de consulta/tratamanto e o retorno às atividades de vida diárias. Importa referir que todas as informações e ensinos devem ser reforçados junto do acompanhante ou cuidador.

Recentemente na UCA, foram introduzidos novos procedimentos cirúrgicos. Na especialidade de ortopedia realizam-se a artroscopia do joelho e do ombro, a cirurgia endoscópica à coluna e o reposicionamento e/ou remoção de fixadores externos e na especialidade de otorrinolaringologia, a laringoscopia em suspensão (LES), a timpanoplastia,

timpanotomia exploradora e timponomastoidectomia. Deste modo, em conjunto com a restante equipa de enfermagem foi identificada a necessidade e considerou-se pertinente a concretização de um plano de ensino à pessoa submetida a uma destas intervenções cirúrgicas, o que facilitaria o ensino à pessoa no momento da alta, tornando o mesmo mais eficaz.

Neste seguimento, desenvolveram-se as seguintes atividades:

- Elaboração de um panfleto de ensino ao doente submetido a artroscopia do ombro, (APENDICE III)
- Elaboração de um panfleto do ensino ao doente submetido a cirurgia de ouvido, (APÊNDICE IV)
- Realização de ensinos no momento da alta ao doente e prestador de cuidados,
- Realização do contacto telefónico do dia seguinte a fim de avaliar a aquisição de conhecimentos e a gestão do regime terapêutico.

Assegura que a pessoa compreende a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão

O enfermeiro perioperatório deve verificar a realização de consentimento informado, garantido o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com este procedimento. É também sua função validar se a pessoa compreendeu a informação que lhe foi transmitida, no sentido de assegurar o exercício pleno da sua autodeterminação e tomada de decisão.

No consentimento informado subentende-se a compreensão e livre consentimento. Estes "dois conceitos, quando assumidos pelo doente, são a garantia de que qualquer decisão assenta nos pressupostos de autorresponsabilização, conhecimento e liberdade de escolha" (Entidade Reguladora da Saúde, 2009, p.3).

Neste seguimento, é importante salientar, o défice de Literacia em Saúde por parte do cliente, identificando-se aqui, uma necessidade de um maior investimento nesta área. É fundamental assegurar o empoderamento da pessoa para a tomada de decisão no que se refere aos atos cirúrgico e anestésico a que vai ser submetido. "O Empoderamento na saúde viabiliza o engajamento, corresponsabilização e a participação social das pessoas, sendo um processo pelo qual adquirem domínio sobre suas vidas, apreendendo conhecimento e habilidades para tomarem decisões acerca de sua saúde" (Cesarino, Sciarra, 2017, p.1).

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde definiu o empoderamento como um processo pelo qual as pessoas obtêm maior controle sobre decisões e ações que afetam sua saúde, que pode ser obtido por meio do desenvolvimento de habilidades, acesso a informações e recursos e influenciando os fatores que afetam sua saúde e bem-estar (OMS, 2020).

Neste contexto, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Participação na Conferência "LITERACIA EM SAÚDE: CAPACITAÇÃO DO DOENTE", organizada pela liga portuguesa contra o cancro (Anexo I),
- Participação na apresentação do eBooK "Boas Práticas ao Serviço do Cliente", inserido no I Seminário da Gestão de Risco (Anexo II).

Recolhe, processa e documenta os dados que baseiam o seu processo de tomada de decisão

O processo de enfermagem possibilita a promoção e manutenção da saúde, através da formulação de diagnósticos de enfermagem e é a base de sustentação das ações de enfermagem, sendo considerado uma forma ordenada e sistemática do agir do enfermeiro para identificar e resolver os problemas identificados. É constituído por cinco etapas interligadas: a avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação. Traduz-se num processo contínuo e dinâmico que promove cuidados de enfermagem individualizados e ajuda o enfermeiro a dar respostas às necessidades do cliente de forma atempada e consciente, para melhorar ou manter o nível de saúde do mesmo.

De acordo com Silva *et al*., (2016) a elaboração de diagnósticos de enfermagem promove o desenvolvimento de sistemas de classificação, assim como a criação de conceitos que fazem parte da linguagem profissional da ciência da enfermagem.

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2017) uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, contribuindo para a diminuição de omissões de informação e promovendo a continuidade dos cuidados.

Deve ser objetivo de todos os enfermeiros em geral e em particular dos enfermeiros do perioperatório a prestação de cuidados de qualidade que satisfaçam as necessidades individuais da pessoa e sua família, fato que só é possível monitorizar com indicadores que traduzam efetivamente a prática de enfermagem.

Giordani *et al*. (2015), Santos, Silva, Brito, Ferreira & Veras (2013) citados por Lopes (2020, p.23), referem que:

> *Até à década de 1960, as intervenções de enfermagem aos doentes cirúrgicos cingiam-se à colaboração na realização de cirurgias, atendendo aos pedidos da equipa médica e ao desenvolvimento de ações preventivas e promotoras de um ambiente intraoperatório seguro. Ao longo dos anos, a enfermagem no seio da equipa cirúrgica assumiu outras responsabilidades, resultando numa maior expansão da classe, maior busca de conhecimento científico na área e melhoria dos cuidados prestados.*

Assim, durante o estágio elaborou-se um plano de cuidados para o cliente em CA, pois os registos de enfermagem permitem uma transmissão de informação eficaz e são a garantia da informação necessária para a continuidade dos cuidados. Importa ainda realçar a importância da taxonomia CIPE, adaptada aos sistemas de informação de enfermagem, sendo o aplicativo em vigor na UCA o *Patient Care.*

Apesar do plano de cuidados resultar dos dados colhidos e ser individualizado para cada cliente, existem diagnósticos de enfermagem transversais ao perioperatório e que se podem dividir no período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

A identificação e clarificação dos diagnósticos de enfermagem no contexto do perioperatório constitui uma oportunidade para a enfermagem documentar as suas intervenções e contribuir para o avanço da profissão e "por sua vez, a documentação padronizada dos cuidados de Enfermagem prestados em contexto de bloco-operatório é crucial para a sistematização da informação, para a continuidade dos cuidados, bem como para a minimização dos erros e para a segurança dos doentes neste contexto"(Lopes, 2020, p.9).

Ainda segundo Lopes (2020, p.96):

> *A melhoria dos registos de enfermagem permite não só dar visibilidade à profissão de Enfermagem, mas também a sistematização e a estandardização da documentação da informação, respeitando concomitantemente a individualidade de cada doente. Não menos importante, evidencia o valor dos cuidados de enfermagem e a sua relevância na prevenção da doença, na promoção e na recuperação da saúde do doente.*

Posto isto, é fundamental que o enfermeiro conheça a diversidade de focos de atenção, diagnósticos possíveis e planeie intervenções, com o objetivo de proporcionar uma

experiência cirúrgica isenta de danos para o cliente. Assim, foram elencados os diagnósticos que ocorrem com maior frequência em cada fase do perioperatório no cliente em CA.

Grande parte dos diagnósticos identificados no intraoperatório são de risco, o que denota a natureza preventiva das intervenções do enfermeiro perioperatório e está relacionado com fatores internos e externos que potenciam a ocorrência de eventos adversos, mas, que através de determinadas intervenções de enfermagem podem ser evitados.

O deficit de conhecimento no doente cirúrgico é bastante frequente, sendo possível identificar diversas áreas de "conhecimento não demonstrado", como por exemplo, no autocontrolo ansiedade, no circuito do doente, no procedimento cirúrgico, no processo anestésico, na recuperação fisiológica e nas complicações pós-operatórias, como sejam na prevenção da aspiração, retenção urinária, e dor (Giordani et al.,2015 e Vieira et al.,2017, cit por Lopes, 2020, p.62).

De acordo com a CIPE, conhecimento define-se como **"**conteúdo específico do pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou nas competências desenvolvidas; conhecimento e reconhecimento da informação**"** (ICN Browser, 2019). Este, é fundamental no sucesso do processo cirúrgico e é através de intervenções no âmbito do "ensinar" que os enfermeiros contribuem para o aumento da LS, intervindo autonomamente e utilizando o conhecimento técnico, rigor científico e uma linguagem e/ou comunicação adequada ao cliente.

No que concerne ao desenvolvimento desta competência, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Participação no Webinar organizado pela OE sobre "Registos de Enfermagem em Contexto de Bloco Operatório: Onde estamos? Para onde vamos?" (Anexo III),
- Realização de um plano de cuidados da pessoa no pré-operatório, intraoperatório e no pós-operatório (APENDICE V),
- Apresentação e discussão do plano de cuidados à equipa de enfermagem,
- Inserção no aplicativo informático de novos diagnósticos e intervenções de enfermagem pertinentes que refletem e documentam o trabalho do enfermeiro em perioperatório.

3.1.2. Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória

A assistência em enfermagem consiste em cuidar e manter o bem-estar físico, emocional, social, espiritual e cultural de um individuo, de uma família ou comunidade (Tomey e Alliggod, 2004).

Tal como já referido, o estágio decorreu maioritariamente na especialidade de otorrinolaringologia no sentido de adquirir e aprofundar conhecimentos nas várias funções do enfermeiro em perioperatório, desde o acolhimento, enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista, enfermeiro no recobro imediato, recobro tardio / regime de pernoita e consulta de *follow-up*/telefonema do dia seguinte, seguindo o circuito do cliente.

Assim, foi pertinente desenvolver a seguinte atividade:

- Participação no Webinar da OE sobre "Responsabilidades do EEEMC no contexto perioperatório (Anexo IV)

Garante a verificação da lista de procedimentos com vista à segurança da cirurgia

A OMS e a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente produziram em 2008 a iniciativa "Cirurgia Segura Salva Vidas", na qual consagra a lista de verificação cirúrgica como meio de prever a maioria dos erros cirúrgicos, permitindo, uma redução de cerca de 50% nos eventos adversos cirúrgicos (Fragata, 2010).

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) é uma ferramenta na gestão do risco no BO/CA que contribui para a melhoria na qualidade dos cuidados e sucesso cirúrgico, sendo também uma estratégia de comunicação entre a equipa e o cliente. De acordo com a DGS (2010, p.1):

> *A verificação de uma lista enumerando os principais problemas potencialmente associados a cada uma das fases da cirurgia (antes, durante e após), com envolvimento ativo de todos os profissionais de saúde que constituem a equipa cirúrgica, traduzem-se em amplos benefícios já bem demonstrados em estudos internacionais, nomeadamente, numa significativa redução das taxas de complicações e de mortalidade.*

A *Checklist* Cirúrgica é efetuada pelos enfermeiros, anestesistas e cirurgiões e é aplicada em três momentos críticos do procedimento cirúrgico: antes da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão (*time out*) e antes do cliente sair da sala de operações (*sign out*).

A DGS (2010, p. 14) enumera as orientações da OMS para a "Cirurgia Segura", para que as equipas cirúrgicas tenham em conta dez objetivos básicos a cumprir em qualquer ato cirúrgico:

1. "A equipa vai operar o doente certo, no local correto;
2. A equipa vai usar métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o doente da dor;
3. A equipa vai identificar e estar efetivamente preparada para atuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória;
4. A equipa vai identificar os sinais/sintomas e estar efetivamente preparada para atuar face ao risco de elevada perda de sangue;
5. A equipa vai evitar a indução de uma reação alérgica ou reações adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente;
6. A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico;
7. A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas;
8. A equipa vai acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas;
9. A equipa vai comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos;
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados".

Para que a LVSC tenha o efeito preconizado pela OMS, é fundamental a colaboração de toda a equipa, encarando a mesma, enquanto estratégia de comunicação entre profissionais e cliente, contribuindo assim, positivamente para o sucesso cirúrgico e para a qualidade dos cuidados.

A existência de protocolos e *checklists* de segurança, as verificações dos dados dos clientes, das informações clínicas, da disponibilidade e do bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos, da operacionalidade das salas e condições ambientais, fazem toda a

diferença na realização de um procedimento seguro, prevenindo a ocorrência de complicações para o cliente, permitindo a execução da cirurgia com padrões de cuidados adequados e de qualidade.

Assegura o posicionamento cirúrgico

Uma das intervenções importantes do enfermeiro perioperatório é o posicionamento cirúrgico que tem como principal finalidade promover o acesso ao local cirúrgico. Este, deve ser realizado de forma correta, de modo a garantir a segurança do cliente e prevenir complicações, estando-lhe associados riscos, como lesões nervosas, vasculares e cutâneas, cujas consequências podem influenciar o equilíbrio hemodinâmico e ventilatório (AESOP, 2012).

Para um correto posicionamento, é exigido ao enfermeiro especialista em perioperatório conhecimentos de anatomia e fisiologia, conhecimento sobre o funcionamento do equipamento necessário para a realização do mesmo, conhecimento da técnica cirúrgica, abordagem cirúrgica e vias de acesso necessárias à anestesia e perceber que os posicionamentos estão condicionados pela idade, patologias associadas, peso e estatura.

Durante o estágio, no exercício de funções enquanto enfermeira de anestesia e circulante foram cumpridas as medidas de segurança inerentes ao correto posicionamento cirúrgico. Para tal, foi preponderante conhecer e familiarizar-me com o equipamento disponível, com vista à sua utilização segura. Foi importante ainda, aprofundar conhecimentos acerca dos vários posicionamentos necessários para os diversos procedimentos cirúrgicos, como realizá-los de forma a evitar lesão e dano ao cliente e expor adequadamente a zona corporal necessária.

Gere a dor associada a procedimentos cirúrgicos

No recobro imediato e tardio, uma das grandes prioridades a par da estabilidade hemodinâmica e conforto do cliente é a gestão e controlo da dor, considerada o 5º sinal vital. A dor segundo a CIPE, é o "aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contato social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (ICN Browser, 2019).

O período perioperatório tem associado a si, uma dor intrínseca – a dor perioperatória, presente no cliente cirúrgico. A dor perioperatória é um dos tipos mais comuns de dor nociceptiva-inflamatória aguda, que quando não é devidamente controlada pode originar consequências desadaptativas. Neste sentido, é importante avaliar os mecanismos básicos da dor e como gerir a dor perioperatória (Urman & Vadivelu, 2013).

Segundo o guia orientador de boa prática relativamente à dor, da OE (2008), um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados. Para o controlo da dor é necessária sua avaliação, existindo vários instrumentos: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica, Escala de Faces (EF) e Escala Qualitativa (EQ), sendo estas as mais utilizadas.

A gestão e controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento.

Sempre que previ a ocorrência de dor ou a avaliação evidenciava a sua presença, estando então identificado o diagnóstico de enfermagem: dor (na ferida cirúrgica), foram identificadas e implementadas as intervenções de enfermagem: gerir analgesia, dar conhecimento ao médico, ensinar e instruir estratégias não farmacológicas, atuando assim, na promoção de cuidados para a eliminar ou reduzir para níveis considerados aceitáveis pela pessoa, recorrendo ao algoritmo e protocolo existente no serviço.

3.1.3. Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva intra e interprofissional

Na UCA é primordial o trabalho em equipa, uma vez que o mesmo possibilita uma maior fluidez e por sua vez, um aumento do rendimento, otimizando a comunicação interpessoal e interdisciplinar. Os *briefings* são um meio utilizado de forma crescente nos BO e UCA*,* pois permitem reunir e sintonizar formalmente toda a equipa, fomentado e cimentando a adoção de procediementos cirúrgicos de segurança que permitem a perceção antecipada de possíveis cenários emergentes (Fragata, 2012).

O *debriefing,* por sua vez, é o momento no final do procedimento cirúrgico que favorece a aprendizagem no seio da equipa, pois avalia-se todas as etapas do mesmo, num contexto critico-reflexivo, livre de críticas e não de culpabilização, na qual o principal objetivo é implementar medidas corretivas, que promovam e favoreçam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Trabalhar em equipa é fundamental, no entanto, só é possível se a comunicação for eficaz, houver coordenação, cooperação e partilha na realização das atividades, onde cada um, tem um papel preponderante no alcance da prestação de cuidados de excelência ao cliente, sendo este o objetivo primordial da equipa cirúrgica.

Durante o estágio considero ter desenvolvido esta competência, fomentando a existência e participando nos momentos de reunião e partilha de conhecimentos mantendo um comportamento assertivo e respeito mútuo, pois o sucesso de uma cirurgia passa essencialmente pela comunicação e trabalho em equipa.

Adequa estratégias facilitadoras da comunicação que contribuem para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos

De acordo com Chaboyer, McMurray e Wallis (2010), uma boa comunicação entre os profissionais de saúde é preponderante para garantir uma prática dos cuidados de qualidade, sendo nas organizações a matriz onde assentam todas as atividades humanas.

A comunicação entre os vários membros da equipa multidisciplinar é muito importante, de forma a partilhar o mesmo modelo mental, enfatizando a cultura de segurança, com vista à excelência dos cuidados. Garantir que a continuidade de cuidados de saúde seja segura e eficaz, depende totalmente da existência de eficientes mecanismos de comunicação entre a equipa (Sousa *et al.*, 2019).

As falhas de comunicação podem ocorrer na UCA a diferentes níveis e em diferentes momentos. São várias as problemáticas que influenciam um processo comunicacional eficiente, tais como: o perioperatório como uma situação de stress, os ruídos, o caudal de informação, as diferentes atividades, o número de pessoas, entre outros.

De acordo com a DGS (2017), as falhas na comunicação são uma das principais causas de eventos adversos na área da saúde, a nível internacional, existindo evidência de que até 70% destes eventos, devem-se a falhas de comunicação entre a equipa de saúde, nos momentos de transição de cuidados dos clientes, como é o caso da passagem de turno.

A transição de cuidados define-se como "(…) qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos" (DGS, 2017, p.4), sendo um processo que decorre entre profissionais de saúde e/ou Instituições prestadoras de cuidados, acerca da identificação e informações do estado de saúde do

doente, desde que exista transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade da prestação de cuidados (DGS, 2017).

Todavia, existe igualmente evidência de que os enfermeiros reconhecem e estão sensibilizados para a importância da partilha de informação na passagem de turno (identificação do cliente, situação atual, antecedentes de saúde, informações pertinentes, cuidados que foram prestados e plano de cuidados), sendo que esta poderá sempre ser melhorada substancialmente (Sousa *et al.*, 2019).

O ISBAR - Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendação é uma técnica de comunicação eficaz na transição de cuidados, uma vez que possibilita relatar informações verbais concisas, pertinentes e completas durante a passagem de informação do cliente. Existe evidência de que o recurso a estruturas padronizadas e estruturadas, melhora a transferência de informações e os *outcomes* dos clientes (Foster & Manser, 2012). A utilização do ISBAR como ferramenta estruturada, concomitantemente com mudanças organizacionais, pode melhorar a transferência do cliente e, deste modo, melhorar também a segurança do cliente (Kaltoft, Jacobsen, Tangsgaard & Jensen, 2022).

Outra problemática comunicacional observada no contexto da prática, é a comunicação entre enfermeiro de anestesia e anestesiologista. As soluções encontradas para minimizar esta problemática foram: a dinâmica e boa comunicação, idealmente escrita e sempre em dupla verificação, *double-check*, comunicação proativa, a etiquetagem de medicamentos e diluições estandardizadas, também considerados aspetos comunicativos.

Desenvolvendo uma prática baseada na evidência, quando assegurei a função de enfermeira de anestesia, tive sempre em consideração os aspetos acima mencionados, adequando, assim, as estratégias facilitadoras da comunicação que contribuem para o aumento da segurança no perioperatório.

Por sua vez, no que concerne à comunicação entre profissional e cliente, para que seja eficaz, deve-se ter em conta a situação particular do destinatário, isto é, deve atender à sua capacidade de perceção, de acordo com o seu estado emocional, intelectual e maturidade. O enfermeiro deve estabelecer uma comunicação clara, utilizando uma linguagem adequada a cada pessoa. Todo o comportamento pode ser considerado comunicação, mesmo o silêncio, é um comportamento que suscita efeitos, logo é comunicação.

Almeida (2019, p.19), enfatiza que "A comunicação é a base estruturante em que a literacia em saúde assenta e que permite estabelecer relações entre as pessoas", permitindo que as pessoas possam apreender as informações necessárias para tomarem as melhores decisões

sobre as questões relacionadas com a sua própria saúde. A baixa LS é um dos fatores que compromete a segurança da comunicação e por sua vez a segurança dos cuidados.

Efetivamente, a comunicação em saúde é extremamente relevante, motivo pelo qual foi parte integrante do Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020 no seu segundo objetivo estratégico. Este, visou aumentar a segurança da comunicação, reforçando que a comunicação, à semelhança do que já foi referido anteriormente, é "um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde" e que é importante evitar falhas na comunicação "(…)que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente" (Despacho nº 1400-A/2015, p.3882-(3)).

O novo PNSD 2021-2026 continua a enfatizar a comunicação, enquanto terceiro pilar. Neste, está decrito que "a comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde" (Despacho nº 9390/2021, p.101). Os objetivos estratégicos são: otimizar a comunicação intra e interinstitucional, melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados e adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador (Despacho nº 9390/2021).

"A aplicação de estratégias facilitadoras de comunicação permitirá aos doentes a compreensão da informação relacionada com a sua saúde, garantindo que estes se sintam mais envolvidos no seu processo de saúde e aumentando as hipóteses de continuar o seu plano de tratamento" (Lopes, Filipe & Esteves, 2019, p.127).

Como exemplos de técnicas de melhoria de comunicação tem-se o método *Teach-back* "ensinar de volta", o *Follow-up*, o *Brown Bag review,* a entrega de folhetos informativos e o encorajamento das questões.

Neste seguimento, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Implementação da técnica de ISBAR (APÊNDICE VI)
- Realização de um Cartaz sobre o ISBAR (APÊNDICE VII),
- Criação de um documento padrão para suporte na transição dos cuidados de saúde, nomeadamente na passagem de turno no recobro imediato e recobro tardio (APÊNDICE VIII)

- Formação em serviço sobre as estratégias de comunicação para fazer face às problemáticas da comunicação (Apêndice IX),
- Recolha de evidência científica que suporta a importância da comunicação como promotor da segurança cirúrgica.

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

O EEEMC, na vertente da pessoa em situação perioperatória tem a responsabilidade de intervir na mobilização de *"*conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente" (OE, 2018, p. 19367).

3.2.1. Demonstra consciência cirúrgica e promove um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório

É fundamental que o enfermeiro numa sala operatória (instrumentista, circulante e anestesista) desenvolva "consciência cirúrgica". A consciência cirúrgica trata-se de um sistema de valores internos que levam a uma prática correta do profissional a qualquer altura do seu desempenho (AESOP, 2012). É um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado.

O desenvolvimento da **"**consciência cirúrgica**"** é fundamentado por conhecimentos teóricos e práticos e competência profissional, nomeadamente:

- Conhecer os princípios de assepsia;
- Autodisciplinar e organizar a própria higiene, vestuário e prática de enfermagem, sem quebras da técnica;
- Antecipar as necessidades do cliente e da equipa conhecendo o cliente, o tipo de cirurgia, as preferências da equipa, os materiais necessários e como os obter;
- Desenvolver a maturidade para ultrapassar divergências e preferências, independentemente das cirurgias, das circunstâncias em que ocorrem e dos diferentes membros da equipa.

Durante o estágio cumpri com os princípios de assepsia e do controlo da contaminação promovendo uma cultura de consciência cirúrgica, autodisciplinei e organizei a própria higiene, vestuário e prática de enfermagem sem quebras da técnica asséptica.

Promover um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório, colaborando no âmbito da gestão de risco em saúde e segurança do cliente

Atualmente tem-se verificado uma preocupação crescente com a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde, na qual os enfermeiros assumem um papel preponderante, sendo também, um dos pilares fundamentais devido à complexidade dos cuidados que prestam no dia-a-dia.

Uma política de gestão de risco promove uma melhoria da qualidade na prestação de cuidados, desenvolvimento da capacidade de aprender com os erros, promoção efetiva da segurança para profissionais e clientes, aumento da eficácia na utilização dos recursos e sustentabilidade financeira. Procura também, a manutenção e criação de sistemas de saúde, desenvolvimento e implementação de processos de identificação, avaliação, análise e compreensão, atuação e priorização dos riscos, preservação da imagem e reputação da organização e estabelecimentos de sistemas para lidar com os riscos identificados eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável (DGS,2011).

Desta forma, conclui-se que a segurança e a qualidade dos cuidados são um imperativo multiprofissional que exige o empenho de todos os profissionais e instituições de saúde.

O contributo dos Enfermeiros na identificação, avaliação e controlo dos riscos em saúde é crucial na medida em que as suas funções se revestem de um carácter único de proximidade com os clientes e de responsabilidade na gestão direta das unidades de saúde. Torna-se assim, fundamental adquirir e desenvolver conhecimentos e procedimentos relacionados com a gestão dos riscos e segurança do cliente.

De acordo com a OMS (2009) a segurança do cliente consiste na redução a um nível aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

De acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020, a qualidade em saúde consiste na "Prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expetativas do cidadão. Por outro lado, qualquer contexto económico-financeiro exige uma melhoria da eficiência e da

efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estes são pilares da qualidade em saúde" (Despacho n.º 5613/2015, 22 de maio de 2015, p.13551).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 fomentou a segurança do doente, verificando-se melhorias a nível da cultura de segurança, da identificação inequívoca dos doentes, da cirurgia segura, da prevenção de úlceras de pressão, da segurança da medicação, da prevenção de quedas, das infeções associadas a cuidados de saúde, assim como, da notificação de incidentes de segurança (Despacho nº 9390/2021).

A experiência resultante da execução do PNSD 2015-2020, bem como a sua avaliação, foram fatores contribuintes para a execução do PNSD 2021-2026 (Despacho nº 9390/2021).

De forma a promover um ambiente seguro e a colaborar no âmbito da gestão de risco e segurança do cliente foram trabalhados sobretudo o pilar 1 e o pilar 4 do PNSD 2021-2026, que visam a cultura de segurança e a prevenção e gestão de incidentes de segurança do cliente respetivamente.

No que respeita a este ponto, as atividades desenvolvidas foram as seguintes:

- Realização de uma ação de formação sobre conceitos essenciais em gestão de risco em saúde e segurança do cliente (Apendice X)
- Realização de uma ação de formação, sobre a importância da notificação de incidentes e sistemas ou plataformas de notificação; (Apêndice XI)
- Realização de uma ação de formação sobre os riscos dos profissionais em perioperatórios: físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicossociais e culturais; (Apendice XII)
- Realização de uma ação de formação sobre a Literacia em Saúde – um desafio emergente. (Apendice XIII)

Com a realização das ações de formação acima descritas foi igualmente cumprido um dos objetivos de estágio que se prendia com a dinamização da formação em serviço.

3.2.2. Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS), são complicações graves que constituem uma séria ameaça para o cliente cirúrgico. Elevam as taxas de mortalidade e morbilidade, os

custos com procedimentos diagnósticos e terapêuticos e o tempo de afastamento da pessoa do seu trabalho e família (Franco & Ercole, 2011).

O risco de infeção aumenta quando os cuidados são prestados em contexto de BO, onde a realização de procedimentos invasivos é uma constante. Este é considerado um serviço de "alto risco" não só para os doentes, mas também para os profissionais que lá trabalham (AESOP, 2012).

Segundo um inquérito de prevalência de infeção adquirida no hospital, realizado em 2012 pela DGS, verifica-se que a infeção no local cirúrgico foi a terceira mais frequente, representando 18% do total das infeções nosocomiais. Sendo que, é considerada uma das infeções com custos humanos e económicos mais relevantes, é importante implementar medidas de eficácia comprovada que permitam a sua prevenção. DGS (2013).

Das intervenções para prevenção e controlo de infeção em perioperatório realizadas, realçam-se: o controlo e administração atempada dos medicamentos (antibioterapia), a preparação física do cliente, os cuidados com o local de incisão (protocolo de preparação da pele, tricotomia, e desinfeção do local cirúrgico seguindo as recomendações…), a utilização da indumentária preconizada, a manutenção da normotermia e normoglicemia, os cuidados com a utilização dos materiais e tratamento de dispositivos médicos, considerando as normas de assepsia e disciplina, que se tornam fundamentais para o sucesso, assim como, a lavagem cirúrgica das mãos, a disposição dos instrumentos nas mesas, e a colocação dos campos cumprindo a técnica assética.

Para além de todas estas atividades e segundo recomendações da *European Operating Room Nurses Association*, foram também, identificados outros fatores que influenciam na prevenção de infeções em perioperatório, como: as condições da sala de operações, nomeadamente, a limpeza e higienização, sistema de ventilação adequado, temperatura ambiente e humidade da sala. Estes aspetos devem ser contínuos ao longo da atividade cirúrgica, antes, durante e após a realização (AORN, 2015).

As medidas de prevenção e controlo relacionam-se com o cliente, com a equipa cirúrgica, com a assepsia durante os procedimentos, com o controlo ambiental e com os cuidados adequados no pós-operatório e incidem em medidas técnicas, mas também, em medidas comportamentais.

Perante a atual pandemia por COVID-19, por vezes também, levanto a problemática da troca de máscara sobretudo à chegada ao serviço e à saída, bem como a utilização de máscaras sem atilhos dentro da sala operatória, que se começou a verificar com bastante frequência.

Considero que a obrigatoriedade do uso de máscaras impostas pela pandemia, banalizou e descurou a sua correta utilização em contexto de BO, sendo uma reflexão que cada um tem que fazer, no sentido não só de proteção individual, mas também de prevenção de infeção do local cirúrgico.

Conhecer e cumprir os circuitos é também fundamental e indispensável para o estabelecimento de uma assepsia progressiva. Esta acarreta uma circulação controlada, limitada e com barreiras para o pessoal, clientes e materiais, onde a circulação dos mesmos, ocorre das zonas menos limpas para as mais limpas, e a circulação do ar das zonas mais limpas para as menos limpas (AESOP, 2012). O objetivo da assepsia progressiva é obter um nível de assepsia o mais elevado possível na zona da incisão cirúrgica (UNAIBODE, 2001).

A UCA dispõe de um corredor duplo com isolamento de sujos e com circuitos de material, pessoal e clientes bem delimitados. Um dos aspetos essenciais da organização de um BO é a existência de circuitos bem definidos (AESOP, 2012). O cliente, circula sempre por um corredor central, os profissionais entram e saem da UCA pelos vestiários e zona de transfer. O material estéril e limpo circula por um corredor único lateral e paralelo às salas operatórias.

Para a realização de todas as atividades inerentes ao processo de controlo de infeção em perioperatório, o enfermeiro especialista deve munir-se de evidência científica que sustente as suas práticas, sendo também da sua responsabilidade a supervisão dos pares.

Durante o estágio no âmbito do controlo de infeção foi estudada a questão: qual a importância da troca de luvas durante o procedimento cirúrgico?

As luvas cirúrgicas, introduzidas na década de 1890, têm sido usadas para reduzir ou prevenir a Infeção do Local Cirúrgico (ILC) (Lee, 2020). Hoje, este dispositivo médico feito de latex fino, desempenha um papel importantíssimo na prevenção de contaminação, não só do cliente, como também, da equipa cirúrgica (Kommission & Krinko, 2018). Contudo, podem desenvolver micro perfurações ao longo do procedimento cirúrgico devido à tensão mecânica, perdendo a sua função protetora, e com isto, contaminar a ferida cirúrgica, podendo trazer consequências para o doente e para o profissional, em termos de risco, e económicas para o sistema de saúde (Paoli *et al*., 2018).

Como o objetivo foi determinar qual a importância da troca de luvas no intraoperatório em contextos de cirurgia limpa, realizou-se uma revisão da literatura, uma vez que constitui uma metodologia de eleição na recolha, síntese e aquisição de conhecimentos no que se refere ao tema em análise (Harris et al., 2013). Os critérios de inclusão considerados na seleção dos artigos para revisão foram os seguintes: artigos em texto integral disponível em português,

inglês e espanhol, entre a janela temporal de 2014 a 2022 inclusive; serem artigos/estudos relativos a danos provocados nas luvas no decurso da cirurgia; serem artigos com o assunto relacionado com a temática. No que se refere aos critérios de exclusão, não se consideraram: artigos com texto incompleto (apenas resumo) e artigos de opinião.

A pesquisa foi realizada durante o mês de fevereiro de 2022, nas bases de dados: EBSCO e B-ON utilizando as palavras chave: *"Surgical Procedures", "surgical gloves", "Contamination", "Infection"*. A pesquisa desenvolveu-se de acordo com a seguinte equação boleana: *Surgical Procedures" and "surgical gloves" and "Contamination" and "Infection".*

Efetivamente, a troca de luvas é fundamental no sentido de minimizar o risco de contaminação do local cirúrgico (Enz *et al*. 2021).

Na revisão efetuada pode verificar-se que os procedimentos que provocam maior tensão mecânica nas luvas, têm uma maior percentagem de danos. O tempo de cirurgia é também um fator preponderante a ter em consideração. Palo *et al*. (2017), efetuou um estudo onde identifica uma percentagem de dano nas luvas de 20%, em procedimentos ortopédicos de 30 a 60 min., 37,2% em intervenções de 61 a 120 min. e 66,6% em cirurgias com período de duração entre 120 a 210 min.

Durante a cirurgia de tecidos moles, a suscetibilidade ao dano intraoperatório é menor, contudo, tem sido pouco investigada até ao presente, em contraste com os estudos de cirurgia ortopédica.

A percentagem de danos nas luvas em cirurgia ortopédica, é relativamente alta. A proteção do cliente e da equipa cirúrgica, pode ser inadvertidamente comprometida, uma vez que os danos nas luvas e, principalmente, as microrroturas não são detetadas no intraoperatório. Assim, as luvas devem ser trocadas de acordo com um algoritmo pré-definido, principalmente antes de usar materiais estéreis, como dispositivos implantáveis.

Outra temática abordada no estágio foi a relação entre o ar da sala operatória com a infeção da ferida cirúrgica. O bloco operatório é um serviço de grande diferenciação e complexidade técnica, cujo funcionamento obriga ao cumprimento de um conjunto de normas estabelecidas, assim como a existência de condições obrigatórias para a segurança e qualidade dos clientes e profissionais. A infeção da ferida cirúrgica é uma potencial complicação associada a qualquer procedimento cirúrgico, que segundo o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, representa uma das infeções mais relevantes pelo peso epidemiológico clínico e económico.

A utilização de sistemas de ventilação com fluxo "laminar", demonstraram que a sua utilização faz diminuir significativamente o risco de depósito de microrganismos em suspensão no ambiente intraoperatório.

Neste sentido, a qualidade do ar nas salas de operação constitui um fator importante na prevenção da Infeção da Ferida Cirúrgica (IFC).

Com o objetivo de aprofundar conhecimentos através da reflexão bibliográfica das melhores evidências científicas sobre a relação efetiva da qualidade do ar na sala operatória e a prevenção da IFC, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados B-on e EBSCO, RCAAP, com recurso aos descritores: "Operating theatre", "infeção da ferida cirúrgica", "fluxo laminar", "climatização", durante o mês de fevereiro de 2022.

"A evidência revela que 98% das bactérias detetadas na ferida operatória têm origem no ar ambiente" (Santos, 2009, p.34).

Os sistemas de ventilação com fluxo "laminar", projetados no sentido de criar uma zona isenta de partículas no campo cirúrgico, demonstraram que o seu uso diminui de forma significativa as infeções pós-operatórias, pelo que se recomenda a sua utilização. O primeiro sistema de fluxo de ar laminar nas salas operatórias (nos EUA, 1964) permitiu posteriormente, registar uma queda da taxa de infeção de 8,9% para 0,5% (Santos, 2009).

As salas operatórias devem ser monitorizadas e controladas de forma constante devido aos inúmeros requisitos necessários e fundamentais, para um correto controlo microbiológico e de partículas. Neste sentido, e de forma a minimizar a IFC, o Decreto Regulamentar- I série B, Nº 253 de 2/11/1994, anexo IV preconiza a existência obrigatória de unidade de tratamento de ar na sala de operações.

Em contexto perioperatório, a prevenção da infeção é definida como um dos pilares dos cuidados seguros à pessoa em situação perioperatória.

No estágio também foram estudadas quais as intervenções de enfermagem perioperatórias para a prevenção de infeção na hernioplastia abdominal.

A hernioplastia ocupa um lugar de destaque como uma das cirurgias mais realizadas em cirurgia geral, no entanto, a colocação de material protético pode favorecer diversas complicações, entre elas, a infeção. Pande e Naidu (2020), descrevem uma taxa de infeção de 4,97%, num estudo desenvolvido em 181 clientes submetidos a hernioplastia inguinal com implante de prótese, num centro hospitalar da Índia. Nos EUA, a infeção do local cirúrgico (ILC) é dos motivos mais comuns de readmissão hospitalar após cirurgia. Cerca de 80% dos

clientes que desenvolvem ILC após hernioplastia, regressam ao hospital por necessidade de assistência médica (Wilson & Farooque, 2022).

Neste seguimento, realizou-se uma pesquisa, com recurso à B-ON e EBSCO, em fevereiro de 2022, utilizando as seguintes palavras-chave: “Surgical Site Infection”, “Hernia Abdominal”, “Perioperative Nursing”, “Mesh infection”, “Prevention”.

A ILC associado à hernioplastia abdominal, resulta na diminuição da qualidade de vida, recorrência de hérnia, reintervenção cirúrgica e custos associados a cuidados de saúde (Woelber *et al*., 2016).

Por conseguinte, existem diversos fatores que podem ser otimizados no contexto pré, intra e pós operatório, tais como: o banho pré cirúrgico, a profilaxia antimicrobiana quando indicada e segundo diretrizes da prática clínica, a diminuição da transmissão mediada por fômites (Wilson & Farooque, 2022) , a prevenção da contaminação da prótese utilizada na hernioplastia, gestão de situações de risco do ambiente cirúrgico que promovam a sobrevivência bacteriana e subsequente formação de biofilme, tais como hipoxia, hipotermia, a hiperglicemia, (Huntington *et al*., 2016) , a troca de luvas de toda a equipa cirúrgica antes do manuseio da prótese (Enz *et al*., 2021) , entre outros.

O sucesso na prevenção da ILC na hernioplastia, engloba várias medidas que contribuem ativamente na diminuição desta complicação, podendo prevenir até metade de todas as ILC.

A prevenção de ILC na hernioplastia, é um processo complexo que exige uma bundle de medidas preventivas antes, durante e após o procedimento cirúrgico, com base em diretrizes nacionais e internacionais. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na liderança de processos de prevenção e controlo de infeção garantindo um ambiente seguro.

Neste contexto, as atividades desenvolvidas foram: a participação no Congresso Internacional de Controlo de Infeção, com a apresentação de três posters com os seguintes títulos:

- O ar da sala operatória e a sua relação com a infeção da ferida cirúrgica: revisão bibliográfica (APÊNDICE XIV)
- Intervenções de enfermagem perioperatórias para a prevenção de infeção na hernioplastia abdominal (APÊNDICE XV)
- Qual a importância da troca de luvas durante o procedimento cirúrgico? (APÊNDICE XVI).

3.2.3. Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório

Na UCA existem inúmeros materiais, que têm de estar impreterivelmente em conformidade e que devem ser devidamente utilizados, sob pena de colocar em risco a segurança dos clientes. Nomeadamente os dispositivos médicos, os instrumentais cirúrgicos e todos os equipamentos necessários para a anestesia e a cirurgia.

Os enfermeiros perioperatórios são intervenientes importantes na gestão e controlo dos dispositivos médicos. A aquisição de informações úteis para tomada de decisão sobre os procedimentos de controlo de risco destes é fundamental, bem como delinear programas da manutenção preventiva e de aquisição dos mesmos.

A gestão dos gastos e o controlo dos dispositivos médicos é uma função dos enfermeiros em contexto perioperatório. No controlo dos dispositivos médicos importa sublinhar a contagem de compressas e restante material quantificável, no início e final da cirurgia. Esta contagem previne a retenção inadvertida destes dispositivos no cliente, bem como reflete a importância e responsabilidade da equipa na segurança do mesmo.

O enfermeiro do perioperatório deve ainda gerir a utilização dos dispositivos médicos implantáveis de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos, assegurando a documentação e a rastreabilidade bem como normas de segurança na sua utilização.

Neste contexto, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Assegurar o controlo das medidas de higiene e reprocessamento de instrumentais cirúrgicos;
- Colaborar na documentação e rastreio da funcionalidade dos instrumentais cirúrgicos e outros dispositivos médicos;
- Assegurar que os dispositivos médicos estão disponíveis, íntegros e funcionais e são utilizados de acordo com as instruções do fabricante;
- Prevenir retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico;
- Acondicionar e registar as peças para anatomia patológica, citologia e microbiologia, procedendo à correta rotulagem e verificação de dados dos clientes, bem como registo do procedimento.

4. Considerações finais

A elaboração deste relatório proporcionou espaços de reflexão, permitindo adquirir e aprofundar conhecimentos teórico-práticos, através da melhor evidência disponível.

O estágio foi fundamental para o desenvolvimento da prática crítico-reflexiva, importante também, no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista. O processo de aquisição de competências é gradual, uma vez que depois de compreendidas e interiorizadas, só com a experiência prática é que vão sendo cimentadas e aperfeiçoadas.

A UCA é uma unidade orgânico-funcional complexa, um ponto de convergência de numerosas atividades de um hospital que exige competências e habilidades específicas e complexas. Esta entidade oferece ao enfermeiro um vasto campo de intervenção, com atividades muito específicas a exigirem uma soma de conhecimentos e habilidades de natureza diversa, para o desempenho dos papéis em áreas complementares entre si: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatórias.

Com base no exposto, considero ter atingidos os objetivos a que me propus, estando convicta que o conhecimento no perioperatório, não é estanque, mas sim bastante dinâmico e em constante evolução e atualização, o que exige, um continuum de aprendizagens, sendo um processo inacabado.

Todas as funções do enfermeiro perioperatório são de extrema importância e imprescindíveis para o sucesso de uma UCA. A nível pessoal, a que mais me fascina é a de enfermeiro circulante. Este desempenha particularmente, um papel fundamental na manutenção da segurança dos clientes e qualidade dos cuidados, sendo responsável por uma basta gama de intervenções e atividades, como: o correto posicionamento do cliente na mesa operatória, monitorizar o campo estéril, realizar verificações de segurança do uso de materiais e equipamentos envolvidos no ato cirúrgico, entre outros, devendo ser um profissional experiente, com capacidade de liderança, gestão, consciencialização, comunicação e trabalho em equipa.

O exercício profissional do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória caracteriza-se por uma disposição para antecipar os riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica e tem como princípios, a atuação com responsabilidade profissional e prudência considerando como alvo a pessoa alvo dos cuidados, visando o seu

empoderamento, a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da sua doença.

O contexto perioperatório é um contexto muito específico, que envolve inúmeros riscos quer para os profissionais, quer para os clientes. Assim, é necessária uma formação e qualificação adequada da equipa de enfermagem, de modo a diminuir estes riscos e proporcionar ao cliente, cuidados com a máxima segurança.

Este estágio, foi sem dúvida uma mais-valia, não só a nível académico, mas sobretudo profissional, teórico-prático e também comunicacional e relacional. Estando numa posição de estudante naquele que é o meu contexto da prática clínica, permitiu-me focar e olhar para determinados aspetos que no dia-a-dia, que devido à grande exigência tecnicista, por vezes são descurados. O cliente como pessoa singular, onde a comunicação verbal e não verbal, o toque e a empatia se revestem de grande importância e fazem a diferença na humanização dos cuidados, bem como a forma como o cliente vive a experiência cirúrgica.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Literacia em Saúde da Pessoa submetida a Cirurgia de Ambulatório: *Scoping Review*

1. Resumo

Enquadramento: A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman. A Cirurgia de Ambulatório é um modelo organizacional de cuidados cirúrgicos, que consiste na alta hospitalar em menos de 24 horas, após a entrada do cliente na instituição hospitalar e a realização da cirurgia. Os deficits de comunicação entre clientes e profissionais de saúde podem contribuir para o não cumprimento das instruções pré e pós-operatórias por parte do cliente, que está diretamente relacionado com o baixo nível de alfabetização em saúde. Deste modo, a melhoria dos níveis de Literacia em Saúde, apresenta-se como um desafio emergente nos cuidados de saúde em Portugal.

Objetivos: Identificar e mapear estratégias para promover a Literacia em Saúde da pessoa em situação perioperatória e a participação da pessoa/cuidador na segurança cirúrgica, através do acesso a informação qualificada.

Métodos: Estudo de *Scoping Review* tendo por base uma seleção de artigos recolhidos das bases de dados CINAHL®, MEDLINE®, B-on e Google Scholar, com a frase boleana "Ambulatory Surgical Procedures AND Health Literacy OR Empowerment for Health". Foram definidos como critérios de inclusão estudos escritos em português, inglês e espanhol com *full text* disponível.

Resultados: Foram incluídos no estudo oito artigos. Nos estudos selecionados e analisados identificaram-se evidências, estratégias, modelos, intervenções, soluções de maior interatividade e competências digitais que visam aumentar a Literacia em Saúde, em contexto de Cirurgia de Ambulatório, que se possam constituir como instrumentos e exemplos para a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

Conclusões: A promoção da Literacia em Saúde, junto das pessoas constitui-se como uma importante oportunidade e desafio, pois o seu baixo nível na pessoa que vai ser submetida a Cirurgia de Ambulatório pode acarretar uma deficiente compreensão das instruções de preparação para o período perioperatório. Alguns estudos revelam os benefícios dos projetos de promoção da saúde, dinamizados por profissionais de saúde, nomeadamente nas salas de espera, constituindo-se como um distinto contributo para a prática clínica.

Palavras-Chave: Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios; Literacia em Saúde; Assistência Perioperatória; Empoderamento do Paciente.

2. Abstract

Background: The concern with the quality of health care runs throughout history, from Hippocrates to Florence Nightingale and Ernest Codman. Ambulatory Surgery is an organisational model of surgical care, which consists of hospital discharge in less than 24 hours, after the client's admission to the hospital and the completion of surgery. Communication deficits between clients and health professionals may contribute to the client's non-compliance with pre- and postoperative instructions, which is directly related to the low level of Health Literacy. Thus, improving Health Literacy levels presents itself as an emerging challenge in health care in Portugal.

Objectives: To identify and map strategies to promote perioperative health literacy and the participation of the person/caregiver in surgical safety, through the access to qualified information.

Methods: Scoping review, based on a selection of articles collected from the databases CINAHL®, MEDLINE®, B-on and Google Scholar, with the key words "Ambulatory Surgical Procedures AND Health Literacy OR Ambulatory Surgical Procedures AND Empowerment for Health". The inclusion criteria were defined as studies written in Portuguese, English, and Spanish with full text available.

Results: Eight articles were included in the study. The selected and analysed studies identified evidence, strategies, models, interventions, solutions for greater interactivity and digital skills, aimed to increase Health Literacy in the context of Ambulatory Surgery, which can be used as tools and examples for the continuous improvement of health care.

Conclusions: The promotion of Health Literacy among people is an important opportunity and challenge, since its low level in the person who will undergo Outpatient Surgery may lead to a poor understanding of the preparation instructions for the perioperative period. Some studies show the benefits of health promotion projects, streamlined by health professionals, particularly in waiting rooms, constituting a distinct contribution to clinical practice.

Keywords: Ambulatory Surgical Procedures; Health Literacy; Perioperative Care; Patient Empowerment.

3. Enquadramento teórico

O enquadramento teórico é fundamental para alcançar o estado atual do conhecimento acerca da temática a ser estudada, permitindo aprofundar o conhecimento dos conceitos-chave, assim como as relações entre eles. No presente capítulo, serão explanados os temas mais pertinentes e relevantes para a compreensão deste estudo, inserido no contexto da enfermagem perioperatória, numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

3.1. Cirurgia de Ambulatório

Principalmente nos países da Europa e nos EUA, tem-se assistido a um crescente aperfeiçoamento dos conceitos e das práticas da Cirurgia de Ambulatório. O desenvolvimento das técnicas anestésicas e cirúrgicas, a integração de diversos recursos relacionados com a prevenção da dor, da náusea e do vómito, a melhoria da qualidade dos sistemas de saúde, para além da redução de custos de internamento, muito têm contribuído para o desenvolvimento da cirurgia ambulatorial (Sørensen *et al*., 2015).

As cirurgias em regime de ambulatório são realizadas sob qualquer tipo de anestesia e não necessitam de internamento hospitalar, pelo que a permanência do cliente no serviço não deve exceder as 24 horas. Assim, o sucesso da cirurgia de ambulatório depende de uma cuidadosa seleção dos clientes, bem como de procedimentos adequados quer do ponto de vista cirúrgico, quer do ponto de vista anestésico.

As cirurgias programadas em contexto de ambulatório, permitem uma organização da estrutura hospitalar, libertando desta forma os serviços de internamento para necessidades mais complexas e permitem, desta forma, racionalizar a despesa em saúde. (Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 8 de fevereiro de 2018)

A DGS (2000), recomenda critérios sociais mínimos e critérios clínicos mínimos, os quais devem ser tidos em conta, na seleção dos clientes e suas patologias, devendo a mesma ser criteriosa.

De acordo com a DGS, os critérios sociais mínimos são: “aceitação de ser operado nas condições oferecidas, transporte assegurado em veículo automóvel, área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital, condições de adequada

habitabilidade do local de pernoita, acesso a comunicações (telefone), assegurada a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas" (DGS, 2000, p.8).

Ainda segundo a DGS, os critérios clínicos mínimos são: "idealmente ASA I ou ASA II (American Society of Anesthesiologists), 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" (DGS, 2000, p.8).

3.1.1 Organização e estrutura da Cirurgia de Ambulatório

A CA corresponde a um modelo organizativo centrado no cliente, que está ligado a um significativo fundamento da qualidade, com o aumento da personalização e humanização dos cuidados de saúde, com mais de 30 anos de evolução. Para o sucesso na qualidade dos serviços encontra-se uma estrutura complexa organizacional que permite a obtenção de resultados de existência com elevados níveis de satisfação dos clientes e prestadores. Contrariamente, a não presença de índices de qualidade na estrutura e organização pode pôr em causa a qualidade clínica, bem como todas as vantagens diferidas no Despacho 25832/2007 de 13 de novembro, no seu ponto 2.

O carácter inovador da CA está integrado no modelo organizativo que se centra no cliente, que o envolve num circuito independente do de internamento, e procura ganhos em eficiência e qualidade, obtendo assim níveis de maior humanização e satisfação dos clientes e seus familiares. Para que se possam obter resultados práticos na boa organização da CA são recomendados alguns princípios ou critérios básicos, tal como ilustrado na Figura 2.

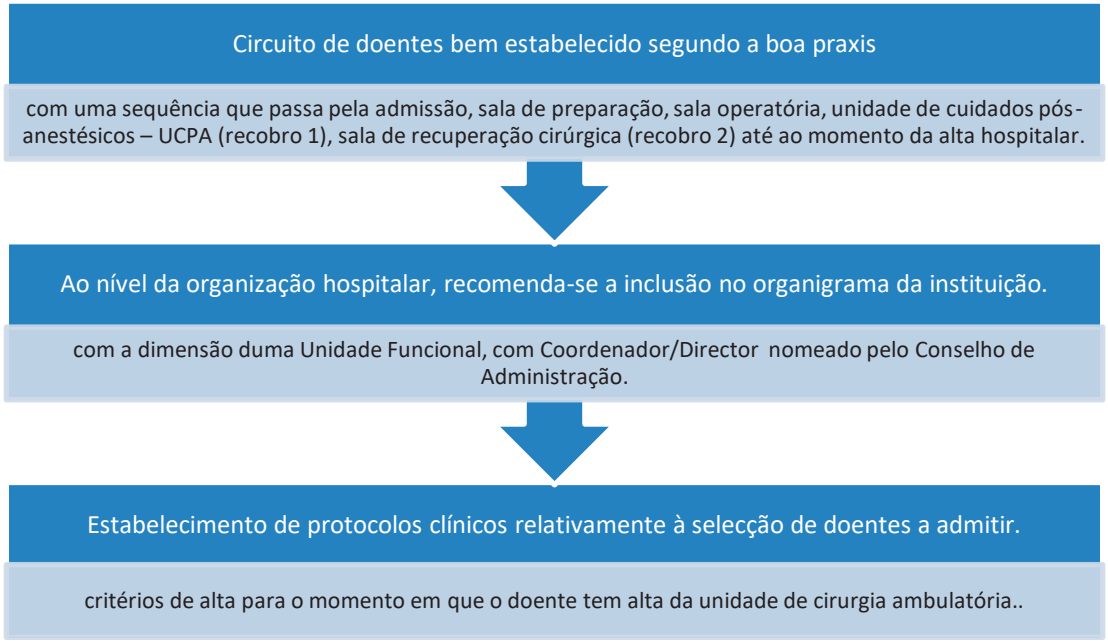


Figura 2. Princípios ou critérios básicos para uma boa organização da cirurgia ambulatorial
Adaptado da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (2008) e Coutinho (2009).

Devido às suas especificidades e características únicas e modo de funcionamento diferente de qualquer outro serviço de um hospital, uma UCA, seja qual for a sua dimensão, deverá ser planeada e desenhada com especial atenção quer no que respeita à humanização e conforto para os clientes e profissionais quer no cumprimento das regras básicas de diferenciação de circuitos que permitem garantir a segurança dos procedimentos praticados nessa UCA (Coutinho, 2009, p.64).

3.2. Modelo de promoção da saúde de Nola Pender

A teoria de enfermagem traduz-se numa articulação sistemática e coerente de posições capazes de dirigir e focalizar, concomitantemente, a investigação e a prática clínica. Tal como outros domínios do conhecimento, pretende identificar, descrever e explicar a sucessão de fenómenos de interesse da disciplina.

Como base teórica para o presente estudo, recorreu-se ao modelo de promoção de saúde proposto por Nola Pender que foi desenvolvido em 1982 e revisto em 1996 e 2011. Segundo a teórica, o processo de promoção de saúde engloba três vertentes: a educação para a saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

A promoção da saúde é um processo de capacitação dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades. Tem por objetivo torná-los ativos, capazes de controlar os determinantes dos

seus comportamentos de saúde, bem como de tomar medidas com vista ao seu bem-estar. A motivação inerente à promoção da saúde, traduz-se no desejo de elevar o bem-estar e potencializar a saúde, ao contrário da prevenção da doença que é motivada pelo medo e ansiedade (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Para Nola Pender, a promoção de saúde tem uma influência multifatorial, tendo em conta as características e experiências individuais das pessoas, os benefícios e barreiras percecionadas por elas, a perceção de autoeficácia, o afeto que associam ao comportamento, as influências interpessoais e situacionais, o compromisso com um plano de ação, bem como as exigências de competição. Assim, este referêncial teórico, abarca três componentes preponderantes para avaliar os comportamentos que conduzem à promoção da saúde: características e experiências individuais, cognições e afetações do comportamento e resultado do comportamento (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

3.3. Literacia em Saúde – conceito

O aumento exponencial da atenção ao tema da Literacia em Saúde, observado nas últimas duas décadas, resulta do facto das pessoas compreenderem que maior quantidade e qualidade de informações obtidas, traduz-se em melhores resultados para a saúde pessoal e coletiva (Liu *et al*., 2020).

De acordo com o *Department of health and human services* (2019), define-se Literacia em Saúde como um processo que sucede quando uma sociedade fornece informações explícitas sobre saúde e serviços, que os indivíduos facilmente podem encontrar, entender e utilizar para sustentar as suas decisões e ações, resultando em benefícios para a saúde individual e coletiva, bem como para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Esta definição de LS é inovadora, uma vez que não aborda unicamente a capacidade de entendimento das informações do indivíduo, mas também por ter em consideração as funções de quem transmite as informações: profissionais de saúde e organizações de saúde, departamentos de saúde públicas e agências governamentais, fabricantes de alimentos, produtos farmacêuticos e produtos de consumo, entre outros (*Department of health and human services*, 2019).

A boa saúde é a pedra angular do desenvolvimento em qualquer sociedade, tanto quanto o estado de saúde de uma sociedade é suscetível de influenciar todos os setores numa determinada política. Contrariamente, a falta de saúde e as doenças são atualmente

reconhecidas como barreiras ao crescimento económico e posteriormente para o desenvolvimento nacional nos países em desenvolvimento (Sørensen *et al*. 2015).

Não obstante, a literacia preocupa-se com as capacidades das pessoas para atender às necessidades de saúde na sociedade moderna. O desenvolvimento entre as pessoas tem sido considerado muito importante em todo o mundo devido à clara associação entre baixa alfabetização em saúde e maus resultados de saúde (Berkman *et al*. 2011).

> *A Literacia em Saude está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivaçãoo e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juizos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida. (*OMS, 2013, cit por Arriaga, p.11)

O dia 8 de setembro foi designado pela Organização das Nações Unidas como o Dia Internacional da Literacia.

3.4. Modelos conceptuais para a Literacia em Saúde

A educação em saúde organizada e estruturada melhora a LS em indivíduos e populações, quando é adaptada às necessidades específicas dos indivíduos e populações ao longo da vida. Um dos modelos lógicos para a promoção da saúde relaciona a educação em saúde e a Literacia em Saúde no contexto de um conjunto de intervenções potenciais para a promoção da saúde e prevenção de doenças (Nutbeam, 1998).

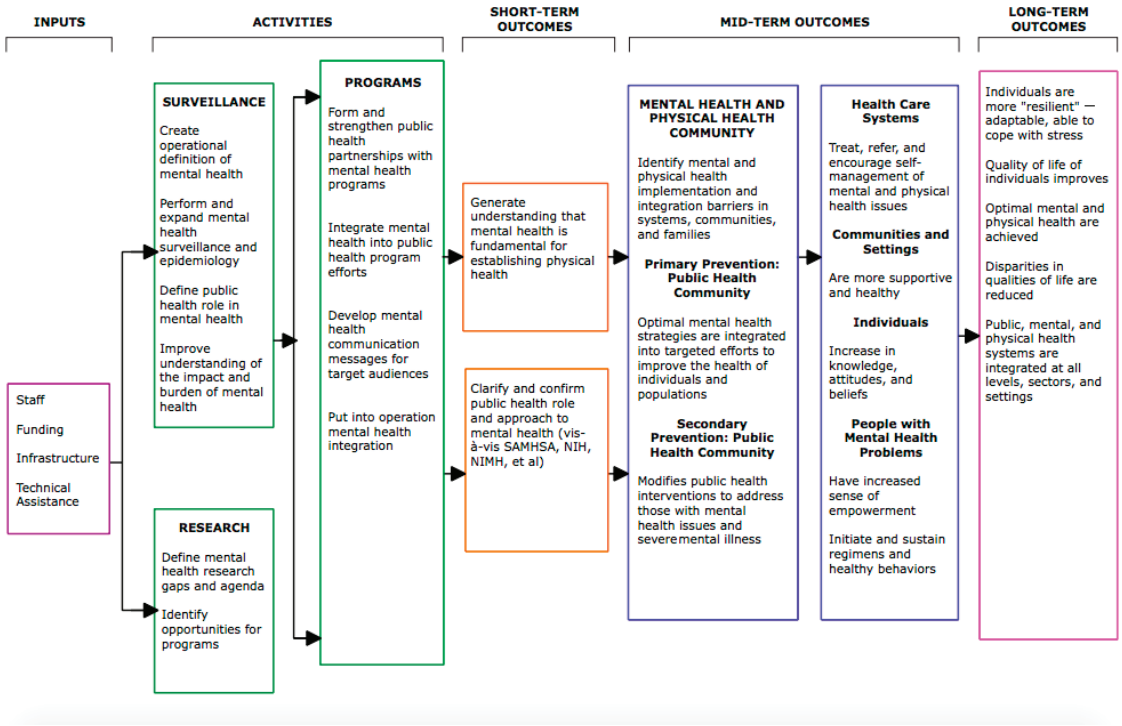


Figura 3. Modelo conceptual de Literacia em Saúde.

Fonte Nutbeam 1998

A figura supra fornece um modelo lógico para a promoção da saúde que ilustra a relação entre a educação em saúde e a Literacia em Saúde, e o lugar de educação em saúde e a literacia no contexto de um conjunto de intervenções potenciais para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Assim, no estágio inicial das intervenções as áreas da saúde e os resultados, geralmente expressos em termos de redução de mortalidade, morbilidade e incapacidade e pode igualmente integrar as metas sociais relacionadas com uma maior equidade nos resultados.

Neste sentido, os resultados intermediários no modelo representam os determinantes mais imediatos desses mesmos resultados sociais. Por outro lado, os comportamentos pessoais como a atividade física podem aumentar ou diminuir o risco de doença, e são resumidas como estilos de vida saudáveis no modelo. Os ambientes saudáveis consistem nos aspetos ambientais, económicos e nas condições sociais que afetam diretamente a saúde, bem como apoiar os estilos de vida saudáveis.

O acesso e o uso apropriado dos serviços de saúde são reconhecidos como determinantes importantes do estado de saúde, e são representados como serviços de saúde eficazes neste modelo (Nutbeam, 2010).

Não obstante a educação em saúde pode ser igualmente direcionada para o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais e sociais relevantes, sendo que as pessoas têm uma melhor saúde se tiverem melhor literacia desenvolvida. Os resultados não são apenas melhores resultados de saúde, mas também um conjunto mais amplo de opções e oportunidades para a saúde.

O esquema seguinte (Figura 4) demonstra o modelo conceptual de Literacia em Saúde de Mancuso (2008).

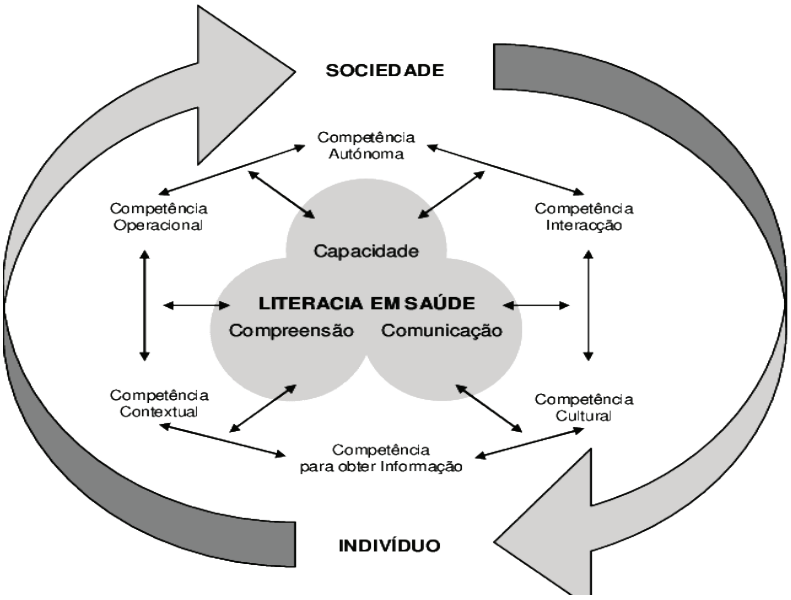


Figura 4. Modelo conceptual de Literacia em Saúde.
Fonte: Josephine Mancuso (2008), p. 251

A figura acima referida, mostra que "os atributos da literacia em saúde (capacidade, compreensão e comunicação) estão integrados e são precedidos pelas aptidões, estratégias e capacidades firmadas dentro das competências necessárias para atingir a literacia em saúde" (Ferreira et al. 2012, p.161).

3.5. Níveis de Literacia em Saúde

Segundo com Nutbeam citado por Pedro (2018, p.30),

> *a literacia é vista usualmente como sendo constituída por dois elementos fundamentais, as tarefas (tasks) e as competências (skills). A literacia baseada nas tarefas refere-se à medida de acordo com a qual o indivíduo consegue realizar determinadas tarefas, como ler um texto básico ou escrever frases simples. Por outro*

lado, a literacia baseada em competências centra-se no nível de conhecimento e competências que as pessoas devem ter para realizar tais tarefas.

A Literacia em Saúde representa a capacidade de se envolver com informações e serviços de saúde. Esta incorpora as habilidades de linguagem, alfabetização e numeramento que são usadas em ambientes de saúde e para a gestão da saúde, bem como a capacidade de aceder, compreender, avaliar, usar e navegar por informações e serviços de saúde e assistência social (Sørensen *et al*., 2012).

A LS de uma pessoa depende tanto das suas próprias habilidades quanto dos esforços de saúde e dos sistemas de saúde para tornar os seus serviços e informações claros e acessíveis para todos. A literacia em saúde é frequentemente dividida em três níveis, como representado na Figura 5:

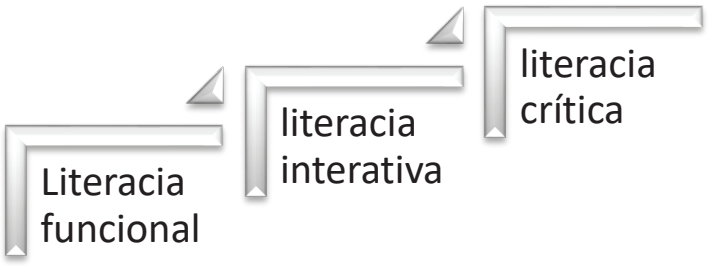


Figura 5. Níveis de Literacia

A **Literacia Funcional** representa a capacidade de uma pessoa ler e compreender as informações e instruções em ambientes de saúde e, está geralmente ligada ao nível educacional e à literacia geral (Jordan, Osborne & Buchbinder, 2011). A literacia funcional em saúde nem sempre é equivalente ao nível de escolaridade, apesar da correlação.

A L**iteracia Interativa** em saúde é a capacidade de uma pessoa se envolver ativamente nas decisões sobre a sua própria saúde e cuidados ao longo do tempo e em circunstâncias em mudança.

A **Literacia Crítica** em saúde é a capacidade de um individuo assumir o controlo dos determinantes mais amplos da Saúde.

3.6. Importância da Literacia em Saúde

Como ferramenta de promoção da saúde e prevenção de doenças, a Literacia em Saúde tem sido fortalecida pelo desenvolvimento de uma nova geração de intervenções mais sofisticadas e informadas e pelas teorias mais recentes. Estas teorias não se centram apenas na transmissão de informações, mas igualmente no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais que suportam a mudança de comportamento no contexto social das decisões comportamentais e, em ajudar as pessoas a desenvolver habilidades pessoais e sociais necessárias para efetuar escolhas de comportamento de saúde positivas.

A Literacia em Saúde não é somente a função de competências básicas, inclui a capacidade de comunicar sobre questões de saúde, dependendo de fatores individuais e sistémicos, como as crenças, cultura, educação e organização dos serviços de saúde, enquadrados pelas necessidades de saúde e necessidades de contexto (Santos *et al*., 2017). A literacia é relevante para a saúde, empoderando os indivíduos a participar e agir na sua própria saúde, com impacto nos resultados de saúde, além de que, melhora a saúde e o bem-estar, aborda as desigualdades na saúde e constrói a resiliência individual e comunitária (Iezadi *et al*., 2020). Por outro lado, o baixo nível de literacia está associado a uma maior mortalidade, maior morbilidade, maiores taxas de depressão e menor adesão aos medicamentos, e comumente relacionada com a falta de educação, pobreza e baixo nível socioeconómico (Zamir *et al*., 2020).

Num exemplo onde a literacia foi fundamental para a saúde, foi que desde o início da pandemia por COVID-19, em que uma grande quantidade de novos dados diários foi entregue ao público a partir de inúmeras fontes oficiais e não oficiais (Abel & McQueen, 2020). Comentários e explicações de muitos especialistas e formadores de opinião invadiram diariamente os noticiários, às vezes de forma contraditória. A supersaturação de informações tornou difícil diferenciar entre as informações corretas e erradas, permitindo a introdução de equívocos e crenças, sob a capa de um discurso quase científico.

Neste sentido, a forma como as pessoas acedem às informações mudou drasticamente ao longo dos anos, as fontes de informação são cruciais para enquadrar como alcançar as pessoas. Para a população mais jovem, a internet substituiu os media clássicos como fonte preferencial de informação de massa, com fácil acesso e conteúdo abrangente. No entanto, a internet está associada a níveis mais baixos de literacia (Santos *et al*., 2018), devido à quantidade de informações falsas que são divulgadas sem revisão técnica e avaliação.

Estudos recentes sobre a literacia digital em saúde, principalmente no contexto da pandemia por COVID-19, demonstraram que embora algumas pessoas atinjam níveis elevados, são incapazes de fazer julgamentos sobre a confiabilidade das informações de saúde online (Patil *et al*., 2021).

Em suma, a LS quer no campo do conhecimento como no comportamento, é considerada a chave para a prevenção eficaz da doença e o caminho para uma maior justiça e equidade na sociedade a longo prazo.

3.7. As barreiras da Literacia em Saúde

A literacia em saúde limitada é uma barreira invisível aos cuidados de saúde e uma barreira para o atendimento eficaz ao cliente (Magnani *et al*., 2018; Seurer & Vogt, 2013). A pesquisa tem identificado que as pessoas com baixa Literacia em Saúde experimentam problemas de saúde numa ampla série de áreas e o uso mais pobre de serviços de saúde. Como exemplo, a revisão sistemática de Berkman *et al*. (2011), identificou esta associação para o uso de serviços preventivos, autogestão de doenças, como a adesão à medicação, e aumento dos internamentos hospitalares.

Neste sentido, o modelo *Health Literacy Pathway* desenvolvido por Edwards, Wood, Davies e Edwards (2012) descreve os desenvolvimentos na Literacia em Saúde para as pessoas, mas está excessivamente focado em responder a problemas de saúde, em vez de reconhecer os determinantes sociais da saúde e o papel da promoção da saúde (Guzys, Kenny, Dickson-Smith & Threlkeld, 2015).

O objetivo do estudo de McKenna, Sixsmith & Barry (2020) foi ampliar a compreensão de como o desenvolvimento da LS pode ser apoiada através da exploração dos principais facilitadores e barreiras no processo, numa amostra de 26 participantes que participam de um programa estruturado de redução de risco de doença cardiovascular. Os resultados identificaram que os participantes demonstraram maior perceção de controlo fortalecido ao longo do tempo. No entanto, também foi afetada por eventos externos da vida. De igual forma, a relação com o profissional de saúde permeou todos os aspetos da LS e o desenvolvimento de capacidade, incluindo aspetos da tomada de decisão sobre o tratamento.

Alguns estudos consistentes demonstraram que a baixa LS está associada a um amplo conjunto de resultados adversos à saúde, incluindo pior estado geral de saúde autoavaliada

(Sentell *et al.*, 2014). Efetivamente, a evidência demonstra que a baixa LS é um problema de saúde pública significativo, que deverá piorar à medida que a população envelhece e se torna mais diversificada racial e etnicamente (Vespa, Armstrong & Medina, 2019).

De igual modo, as barreiras linguísticas e culturais entre os indivíduos com proficiência limitada em inglês, incluindo os imigrantes e refugiados, podem interferir no processo de navegação bem-sucedida no sistema de saúde. A comunicação escrita e oral deve estar disponível em vários idiomas de acordo com a população-alvo (Allen-Meares, Lowry, Estrella & Mansuri 2020).

Posto isto, verifica-se que o envelhecimento, a barreira linguística, a baixa escolaridade, o mau status socioeconómico e o sofrimento de doenças crónicas são fatores que condicionam e influenciam de forma negativa o conhecimento em saúde, sendo considerados barreiras para a LS.

3.8. A comunicação para a construção da Literacia em Saúde

"A comunicação é a base estruturante em que a literacia em saúde assenta e que permite estabelecer relações entre as pessoas" (Almeida, 2019, p.43). Por sua vez, a comunicação em saúde como área de teoria e prática envolve relações interpessoais e de massa destinadas a melhorar a saúde dos indivíduos, organizações e populações maiores por meio de informações de saúde apropriadas (Ishikawa & Kiuchi, 2010). Nestas comunicações e aplicações de informações sobre questões de saúde há a necessidade de algumas habilidades básicas exigidas, que são consideradas críticas, pois possuem impactos fortes nos comportamentos de saúde e nos resultados de saúde dos indivíduos e da população.

Estas habilidades são consideradas como competências de LS, além de que, a relação entre a comunicação em saúde e a LS formou um dos principais objetivos cardinais do projeto Pessoas Saudáveis 2010, no ano de 2000 nos Estados Unidos. Este projeto ocorreu porque as pessoas com saúde limitada e habilidades de literacia igualmente limitadas, podem não ser capazes de compreender adequadamente as informações de saúde mesmo na presença de acesso a tais informações e serviços relacionados (Ishikawa & Kiuchi, 2010).

Uma vez que o foco de todas as definições está relacionado com as informações, uma análise mais minuciosa dos modelos de informações podem esclarecer a estrutura das intervenções. A premissa é que as intervenções podem ser analisadas através da associação de um modelo de informação com uma intervenção. Os modelos de informação têm evoluído de forma gradual do clássico, unidirecional para modelos mais avançados e complexos que integram

sistemas dinâmicos como os modelos transacionais e construtivistas (Veenke & Paqans, 2016).

Neste sentido, a avaliação das intervenções pode ser analisada através da utilização da comunicação implícita, variando do modelo clássico de comunicação para os modelos avançados em associação com a secção intermediária e finalmente, a modelos que correspondem de perto a uma definição para a saúde, como transacional e construtivista dos modelos de comunicação.

Uma das características mais importante dos modelos transacionais e construtivistas de comunicação é a introdução de uma perspetiva dinâmica sobre os elementos do modelo. Estes modelos, integram construções que facilitam a autonomia do cliente e, de acordo com uma visão dinâmica a mensagem é emergente, ou seja, surge como um resultado da negociação sobre o significado (De Winter et al., 2013).

Como exemplo, os problemas de saúde com alta necessidade sobre a capacidade de adaptação e autogestão estão muitas vezes relacionados com o estilo de vida ou com as decisões que exigem ponderação de benefícios ou danos entre opções de vida, como a cirurgia a um cancro, local de atendimento no fim de vida, participação num programa de perda de peso (Raauw, 2014).

A literacia interativa em saúde descreve as competências mais avançadas de literacia que permitem aos indivíduos extrair as informações de saúde e derivar o significado de diferentes formas de comunicação, para aplicar novas informações às circunstâncias em mudança e envolver-se em interações com os outros para ampliar as informações disponíveis e tomar decisões. Assim, os clientes com estes conhecimentos de saúde mais avançados estão bem posicionados para responder à educação e comunicação que estão mais focadas no desenvolvimento de habilidades pessoais e melhoria pessoal da capacidade de agir de forma independente sobre o conhecimento e estratégias destinadas a melhorar a motivação e a autoconfiança para agir sobre as informações obtidas (Griffey *et al*., 2015).

Na área da saúde é fundamental a promoção de um conhecimento e compreensão das competências de comunicação, “os métodos mais usados nestas formações de desenvolvimento de competências são: o role playing, o feedback através de vídeos e as discussões de grupo. As abordagens menos comuns são os tutoriais, os seminários, os vídeos interativos, a imitação e a identificação” (Hargie *et al*. 1998 cit. por Almeida 2019 p.45), o “profissional de saúde deve ter amplas competências técnicas, mas refinadas com conhecimentos e habilidades nas áreas da comunicação em saúde, mediação de conflitos e

resolução de problemas, marketing em saúde, criatividade, além de um vasto campo de competências sociais" (Sørensen *et al*., 2012, cit por Almeida 2019, p.43).

De acordo com Almeida (2019), o modelo de comunicação ACP, que incorpora de uma forma conjunta e interdependente a utilização das competências relativas à Assertividade, Clareza e Positividade "estrutura-se como um guião de competências de comunicação e foi validado por todos os participantes dos focus group como "importante, "útil", "fundamental" e "simples de usar" (Almeida, 2019, p.46), contribuindo para a capacitação dos profissionais de saúde e para uma Literacia em Saúde transversal, holística e prática.

3.9. Instrumentos de medição para avaliar a Literacia em Saúde

Muitos fatores afetam a capacidade dos indivíduos de compreender e, por sua vez, usar ou agir sobre as informações de saúde e comunicação. A proficiência em leitura, escrita, audição, interpretação, comunicação oral e a análise visual é necessária não apenas para navegar adequadamente num sistema de saúde complexo, mas para funcionar como participante da sociedade moderna.

Inúmeras ferramentas foram desenvolvidas ao longo das últimas duas décadas num esforço para medir a LS em vários contextos. Algumas destas ferramentas foram desenvolvidas como testes de triagem e outros foram desenvolvidos como avaliações abrangentes. A sua diversidade de instrumentos de verificação em saúde levou a inconsistências na medição, complicando a tarefa de interpretar os resultados em estudos dispares e escolher a ferramenta adequada para novos estudos (Griffin *et al*., 2010; Haun, Luther, Dodd & Donaldson, 2012).

Assim, medir a LS é provável que seja o desafio mais marcante, pois o mercado está em evolução e construção. Inicialmente, os investigadores definiram a LS de forma restrita relacionado com a leitura, escrita e numeracia, ser capaz de aplicar habilidades de alfabetização a materiais relacionados com a saúde como prescrições, cartões de consulta, rótulos de medicamentos, bem como orientações para os cuidados de saúde domiciliários (Parker *et al*., 1995).

O Teste de Saúde Funcional de Literacia de Adultos (TOFHLA), a Estimativa Rápida da Literacia de Adultos em Medicina (REALM) e o Conjunto de Perguntas Breves de Triagem (SBSQ) foram desenvolvidos para avaliar essas habilidades, seja por meio de testes diretos de habilidades de leitura (Parker *et al*., 1995), ou autorrelato (Chew *et al*., 2004; Morris *et al*., 2006).

As reconceptualizações posteriores do constructo de Literacia em Saúde argumentaram que os indivíduos precisam de um conjunto amplo de competências cognitivas e sociais para lidar e agir sobre as informações de saúde em todas as apresentações, para além da leitura básica e habilidades de escrita (Nutbeam, 2000).

Papen (2005) sugeriu que as competências em Literacia em Saúde devem ser vistas como distribuídas dentro da rede individual do utilizador do serviço de saúde e o círculo social imediato. Assim, a ferramenta de medição de LS mais utilizada é a definição de Nutbeam (2000) que inclui a literacia funcional, comunicativa e crítica em saúde.

Por outro lado, o *Health Literacy Survey-EU* (HLS-EU) é também, um instrumento destinado à avaliação do nível da LS. A escolha deste instrumento de avaliação decorreu da revisão da literatura da temática possibilitando a inclusão de Portugal no consórcio *Health Literacy Survey-EU* (Sørensen *et al.*, 2015).

Acresce ainda, a Escala de Comportamento de Estilo de Vida para Promoção da Saúde (HPLBS) II, que mede os comportamentos de promoção da saúde relacionados com a saúde de um indivíduo e o seu estilo de vida saudável. Inclui 52 itens e 6 subescalas: Responsabilidade por Saúde (9 itens), Atividade Física (8 itens), Hábito Nutricional (9 itens), Desenvolvimento Moral (9 itens), Relações Interpessoais (9 itens) e Gestão de stress (8 itens). Uma escala Likert de 4 pontos é usada para eliciar as respostas dos participantes como "Nunca, Às vezes, Frequentemente ou Regularmente". Neste sentido, os aumentos no score obtido na escala e subescalas implicam um perfil de vida saudável positivo (Bahar, Beser, Gördes, Ersin, & Kıssal, 2008).

3.10. Contributos dos Enfermeiros para a Literacia em Saúde

De acordo com Arriaga (2019, p.13), "Os profissionais de saúde desempenham um papel central como promotores e ativadores da Literacia em Saúde, nos seus diferentes contextos de intervenção e interação: profissional de saúde – pessoa e profissional de saúde – população".

O mesmo autor acrescenta ainda que a LS depende da "interação alargada de diferentes *stakeholders*, mas tem na intervenção dos profissionais de saúde a sua melhor e mais sustentada ferramenta de promoção" (Arriaga, 2019, p.14).

Deste modo, a LS é um pré-requisito para incentivar a educação dos clientes, permitindo que os indivíduos tomem decisões informadas sobre a sua própria saúde, a saúde das suas

famílias e da comunidade (Sørensen *et al*., 2013). O cuidado de enfermagem possui uma das ferramentas essenciais para melhorar a LS da população e consequentemente também para melhorar a LS dos idosos, através do trabalho educativo em saúde e promoção da saúde. Ao aumentar a autoeficácia, também está a aumentar o nível de LS, o que significa que com uma educação para saúde eficaz, educação para a saúde e promoção da saúde, podemos aumentar o nível de LS de toda a população (Hozjan *et al*., 2014).

Efetivamente, a LS fornece aos indivíduos as habilidades que lhes permitem entenderem, partilharem informações pessoais e de saúde com prestadores de serviços e envolverem-se no autocuidado, adotando comportamentos de promoção da saúde. Neste sentido, os enfermeiros podem desempenhar um papel eficaz na superação do desafio da baixa LS, adotando estratégias específicas. Os enfermeiros podem superar este problema atendendo os clientes com problemas de LS, adotando estratégias adequadas na tentativa de reduzir as suas permanências no hospital e elevar os níveis de cumprimento das instruções (Williamson & Chopak-Foss, 2015).

O estudo de Alsubaie e Salem (2019) teve como objetivo avaliar o conhecimento e a perceção atual dos enfermeiros sobre o impacto da LS sobre os clientes e a sua prática. O estudo incluiu uma amostra de 679 enfermeiros que trabalhavam em um ambiente de atenção terciária. Os resultados do estudo determinaram que a maioria dos enfermeiros tinha um conhecimento moderado sobre a LS, e a maioria dos participantes percebeu um impacto limitado desta no cuidado dos clientes. Neste sentido, é fundamental que as organizações de saúde tenham ferramentas especializadas que possam medir efetivamente os níveis de LS, pois existe uma necessidade urgente de projetar programas para os profissionais de saúde que lhes permitam melhorar esses níveis.

A literacia limitada de um individuo afeta os seus comportamentos de saúde, a capacidade de tomada de decisão para melhorar a saúde e o bem-estar e os resultados de saúde. Neste sentido, a LS tornou-se uma prioridade emergente, pelo facto de que a esta está associada a melhores resultados de saúde como consequência da aquisição de novos conhecimentos, atitudes mais positivas e maior autoeficácia (Rudd, 2012).

De acordo com Rajah, Hassali & Murugiah (2019) a enfermagem desempenha um papel crucial no cuidado direto ao cliente e na prestação de serviços de saúde. Neste contexto, é importante que os enfermeiros compreendam a LS do cliente e estejam preparados para enfrentar os desafios ao trabalhar com pessoas com LS limitada.

3.11. Estratégias para a promoção da Literacia em Saúde na segurança dos cuidados

Os clientes que reconhecem que as informações precisas são um aspeto importante da sua segurança, podem participar ativamente no processo de tomada de decisão sobre o cuidado (Kim *et al*., 2019). É necessário melhorar a legalidade das informações, através de instruções sobre medicamentos, e folhetos que podem ajudar os pacientes e os seus familiares a manterem os seus conhecimentos sobre a saúde após alta hospitalar.

Recentemente, as necessidades de autocuidado dos clientes têm aumentado devido à redução do tempo de internamento hospitalar, acompanhado por um aumento da prevalência de doenças crónicas. Portanto, a importância de uma comunicação precisa entre clientes e enfermeiros também aumentou (Kim *et al*., 2019).

Assim, a LS pode ser melhorada através do fornecimento de informação, comunicação eficaz e educação estruturada. Pode ser considerado um resultado mensurável para a educação em saúde ou educação do cliente (Rajah *et al*., 2019).

As melhorias na LS podem ser avaliadas por meio da medição das mudanças no conhecimento e habilidades que permitem uma tomada de decisão em saúde bem informada e mais autónoma. Assim, as diferenças nos métodos de comunicação e conteúdo resultarão em diferentes resultados de aprendizagem e resultados comportamentais e de saúde associados.

No que concerne aos métodos de educação e comunicação, a maior parte dos estudos utilizou métodos de comunicação interativos para o desenvolvimento de habilidades de LS, direcionados para tarefas. Como exemplo, o estudo de Jay *et al*. (2009) centrou-se no desenvolvimento de habilidades de LS para melhorar as competências na compreensão dos rótulos dos alimentos. O estudo de Soto *et al*. (2015) e Xie (2011) foram mais focados no desenvolvimento das competências genéricas de literacia em saúde, sendo a comunicação mais personalizada para as necessidades de cada paciente.

Estratégias claras de comunicação oral ajudam os clientes a se sentirem mais envolvidos nos seus cuidados de saúde e aumentar a sua probabilidade de aceitar o tratamento e as recomendações. Deve haver uma expectativa de que o cliente seja um participante ativo no processo de comunicação (Soto *et al*., 2015).

Várias estratégias foram implementadas para impedir que a baixa LS influencie negativamente os resultados em saúde. Alguns dos programos desenvolvidos foram: a

campanha nacional para a higienização das mãos, a implementação da LVSC, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015/2020, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021/2026, o Projeto-piloto "Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde", a Biblioteca de Literacia em Saúde, *o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021* e o *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos profissionais de saúde* editada pela Direcção-Geral da Saúde (2019).

3.12. Análise SWOT

Recorreu-se à metodologia SWOT, pois através do reconhecimento das forças e das fraquezas, assim como o levantamento das oportunidades e das ameaças é possível identificar pontos de melhoria, definir metas e apresentar ações de melhoria da qualidade dos cuidados.

Tabela 1. Análise SWOT

Pontos fortes	**Pontos fracos**
Promover a Literacia em Saúde no cliente Permitir o acesso a informações sobre recursos da comunidade; Capacitar o cliente com problemas de saúde Ensino de estratégias de autocuidado e gestão da doença; Sensibilização dos profissionais da equipa sobre o défice de conhecimentos dos clientes sobre a literacia em saúde Inovação na abordagem ao cliente Aumentar a literacia em saúde dos profissionais.	Ausência de Recursos humanos Ferramentas insuficientes quer para a população, quer para os enfermeiros; Ferramentas pouco apelativas (Newletters, comunicados); Pouca divulgação na internet (Twitter, Facebook, Blog's;
Oportunidades	**Ameaças**
Investimento por parte da tutela na informatização dos dados em saúde; Profissionais motivados; Experiência e saber (Know how) dos profissionais; Competência científica e técnica para transformar a informação em ferramentas apelativas. Referenciar para sites de informação credível (ex: DGS);	Desigualdades no acesso a cuidados de saúde de qualidade Debilidades nos sistemas de informação Fragilidade nos serviços de apoio Informação disponível na internet com pouco rigor científico;

Neste cenário, importa salientar importância da intervenção do enfermeiro no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, com a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde daí decorrentes (OE, 2011).

4. Finalidade e objetivos

Os objetivos surgem a partir do diagnostico de situação, no sentido de dar resposta ao problema identificado. Estes, estão focalizados na resolução do problema identificado na fase do diagnóstico de situação, bem como todas as atividades e estratégias definidas nesta fase.

Para Polit e Beck (2011), os objetivos de qualquer estudo são entendidos como os canais da investigação, onde se afirma a intenção do investigador, permitindo manter a coesão nos momentos em que existem dúvidas e dispersão.

Deste modo, a presente investigação, tem como propósito sintetizar a evidência ciêntifica sobre a LS e mapear as estratégias para aumentar a LS da pessoa em situação perioperaória, sendo este o objetivo geral. Como objetivos específicos, foram delineados os seguintes:

- Identificar as evidências científicas disponíveis para promover a literacia e a participação da pessoa/cuidador na segurança cirúrgica, através do acesso a informação qualificada.
- Demonstrar a utilidade de novos projetos e instrumentos que acrescentem valor às boas práticas já existentes.
- Desenvolver competências para a elaboração de planos e projetos em saúde que promovam a LS.
- Fomentar as aptidões e técnicas que promovam a mudança de atitudes e comportamentos em saúde.
- Desenvolver competências e estratégias comunicacionais e de informação para melhoria da LS do cliente.

O presente estudo perspetiva a identificação de modelos, estratégias e intervenções que visam aumentar a LS no contexto de CA e se possam constituir como instrumentos e exemplos para a melhoria contínua dos cuidados de saúde através de uma futura implementação na UCA.

É importante ainda, que os trabalhos de investigação tenham por base um profundo raciocínio e uma compreensão nítida da pergunta de investigação (Streubert & Carpenter, 2013). Assim, no sentido de delimitar corretamente a problemática em estudo, a questão de investigação que sustentou e orientou a realização do presente estudo de investigação foi:

"Quais as estratégias para promover a Literacia em Saúde da pessoa submetida a Cirurgia de Ambulatório?".

5. Metodologia

Tendo como objetivo a elaboração de uma *scoping review* (ScR) composta por uma síntese de estudos publicados como resposta a uma questão de investigação, realizou-se uma pesquisa criteriosa relativamente ao tema escolhido e uma avaliação rigorosa e imparcial da literatura.

Para isso, procederam-se às seguintes etapas da metodologia definida: formulação da pergunta de partida; o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para os estudos pesquisados, segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para as *scoping reviews;* a identificação, seleção e recolha dos estudos tendo em conta a sua qualidade metodológica, bem como a análise, síntese e seguinte exposição e discussão dos dados recolhidos.

5.1. Desenho do Estudo

Com este estudo pretendeu-se a realização de uma ScR, que consiste num tipo de síntese de evidência que de modo sistemático identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível acerca de um determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte, dentro ou através de contextos particulares (Peters *et al.*, 2020).

As ScR podem esclarecer os principais conceitos/definições na literatura, bem como identificar as principais caraterísticas ou fatores relacionados a um conceito, incluindo aqueles relacionados à pesquisa metodológica (Peters *et al.*, 2020).

A presente revisão de escopo, de caráter exploratória, teve como objetivo identificar a produção científica relevante sobre a Literacia em Saúde para a segurança dos cuidados de saúde, particularmente na segurança cirúrgica.

A *scoping review*, realizou-se com base na questão PCC "Quais as estratégias para promover a Literacia em Saúde da Pessoa submetida a Cirurgia de Ambulatório?" e o objetivo da revisão. A mnemónica PCC, traduz-se em População, Conceito e Contexto. Para tal, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), compatível com *Medical Subject*

Headings (MeSH): *Empowerment for Health*, *Health Literacy*, *Ambulatory Surgical Procedures* (Tabela 2).

Tabela 2. Mnemónica "PCC", de acordo com as recomendações do JBI para as scoping reviews, para definição dos critérios de elegibilidade.

P (População)	Foram considerados os estudos que incluem a pessoa em situação perioperatória, particularmente em cirurgia de ambulatório, nos quais não são aplicadas restrições de género, idade ou outras características pessoais.
C (Conceito)	A revisão da literatura tratou a LS, inserida na temática da segurança do cliente enquanto dimensão da qualidade.
C (Contexto)	A revisão limitou-se ao perioperatório e/ou cirurgia de ambulatório, sem restrições culturais ou geográficas.

Relativamente aos tipos de fontes, foram considerados estudos do tipo quantitativo, qualitativo e misto, primários e secundários, que respondem à questão de investigação, assim como foram incluídos os estudos redigidos em português, inglês, francês e espanhol, nos últimos 20 anos.

No que concerne à definição dos critérios de exclusão, foram excluídos os artigos que não cumprem os requisitos acima descritos, que não respondem à questão norteadora para o estudo, artigos que não sejam de acesso gratuito e inexistência de texto integral.

Para a concretização da pesquisa recorreu-se às bases de dados CINAHL, MEDLINE, Scielo através da plataforma EBSCOhost e também à base de dados B-on.

Por fim, também foi procurada literatura cinzenta através de uma pesquisa livre no Google Académico e no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP). Para tal, foi adotada a estratégia de pesquisa das três etapas do JBI (2015), consistindo a primeira etapa numa pesquisa inicial nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Cumulative Index to Nursing and Allied Helth Literature (CINAHL), que resultou na identificação das palavras utilizadas nos títulos e resumos, bem como os termos de indexação.

Posteriormente, realizou-se a pesquisa nas referidas bases de dados (CINAHL® e MEDLINE®), assim como na base de dados B-on e na ferramenta Google Scholar.

Por fim, a terceira etapa consistiu na pesquisa de listas de referências da literatura relevante para encontrar estudos adicionais. Após a pesquisa, os estudos encontrados foram exportados para o software *Mendeley* onde foram eliminados os duplicados.

A primeira etapa de seleção de estudos foi consoante a leitura dos seus títulos e resumos, eliminando-se aqueles que não cumpriam os critérios de elegibilidade. Na segunda etapa, os estudos que cumpriram estes critérios foram recuperados na íntegra, para posterior leitura dos seus textos completos e verificação da adequação dos mesmos de acordo com os critérios de elegibilidade.

A extração dos dados foi orientada pela utilização do instrumento "*template study details, characteristics and results extraction instrument"* disponibilizado pelo JBI e adaptado.
Já a síntese dos dados recolhidos foi levada a cabo de forma narrativa e sucinta e apresentados em tabelas que resumem os artigos incluídos na revisão.
A pesquisa foi realizada durante o mês de março de 2022, nas bases de dados: EBSCOhost e B-ON utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) "*Ambulatory Surgical Procedures"; "Health Literacy"*; "*Empowerment for Health".*

A pesquisa desenvolveu-se de acordo com a seguinte equação boleana: "*Ambulatory Surgical Procedures" AND "Health Literacy" OR "Empowerment for Health"*, estando o fluxograma de seleção dos artigos da revisão representado pelo diagrama Prisma Guidelines pela figura 6.

Todos os artigos foram analisados e selecionados cegamente por dois autores, havendo concordância nos artigos selecionados quanto à sua inclusão na grelha final de artigos elegidos e documentos para integrar a revisão.

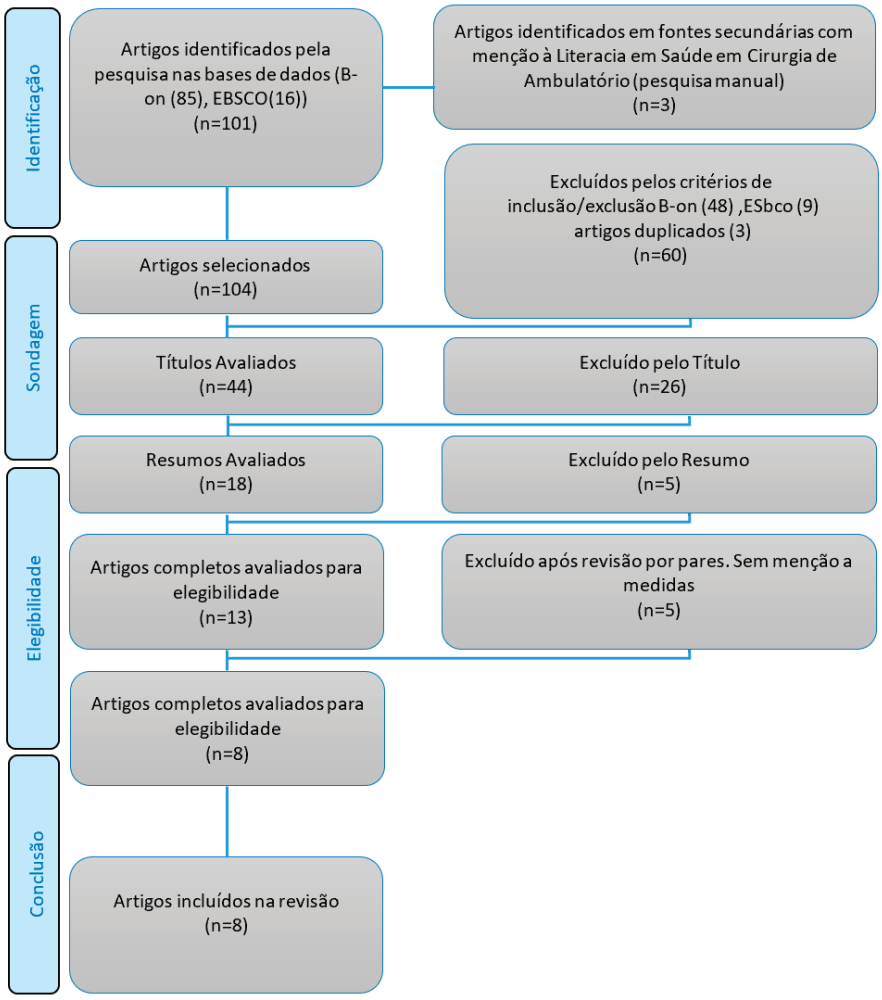


Figura 6. Fluxograma de seleção dos artigos da revisão

Prisma Guidelines 2009, versão traduzida.In: Moher *et al*., (2009).

Foram incluídos os estudos considerados relevantes para a temática, no entanto, dada a escassez de artigos, foram incluídos estudos nos últimos 20 anos, ou seja, com o período de publicação de 2002 a 2022 inclusive.

5.2. Considerações éticas

"A investigação coloca sempre problemas éticos que põem em confronto cientistas sociais, patrocinadores, informantes e aqueles que leem e usam a pesquisa no terreno" (Burgess, 2001, p. 212), citado por Duque, E. & Calheiros (2017, p. 103).

Respeitar a ética científica significa assumir um compromisso com a investigação da verdade e, consequentemente, estar comprometido, para além de todos os progressos técnicos e humanos, com o conhecimento crítico. "Tal compromisso com o conhecimento crítico

implica uma ética de renúncia da manipulação da realidade, quase sempre associada ao poder" (Vidal, 1981) citado por Duque, E. & Calheiros (2017, p. 104).

Segundo Nunes (2020, p.35), "a Enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem definidos (tanto na Deontologia Profissional como no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro- REPE), os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde naturalmente se inclui a investigação". Esta surge como área central para os Enfermeiros, a fim de se detetarem lacunas no conhecimento e promover uma melhoria dos cuidados prestados às pessoas, neste caso em concreto, à pessoa em situação perioperatória, obtendo-se inevitavelmente ganhos em saúde, nomeadamente ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem, contribuindo para uma maior visibilidade da profissão.

"Entre os requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação incluem-se: a relevância do estudo, a validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como o anonimato dos sujeitos e a proteção dos dados) em todas as fases do estudo" (Nunes, 2020, p.6).

Independentemente da escolha epistemológica e metodológica, a realização de estudos de investigação rege-se por regras relativas à proteção das pessoas e da qualidade ética dos procedimentos.

"O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores. E quando se refere "todas as etapas do processo" é mesmo do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência e definição do problema a estudar à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos apropriados de colheita e análise de dados, da confrontação de resultados de outros estudos às regras de publicação e disseminação dos resultados" (Nunes, 2020, p.34).

Na elaboração da presente *Scoping Review*, foram tidos em consideração os princípios éticos que devem guiar a investigação, que segundo (Nunes, 2020) são a:

- Beneficência - fazer o bem, concomitantemente aos profissionais de saúde – enfermeiros e à pessoa/cliente em cirurgia de ambulatório.
- Avaliação da maleficência - princípio de não causar dano.

- Veracidade - princípio ético de dizer a verdade, não deturpando as informações e conclusões dos estudos encontrados.
- Justiça - princípio de proceder com equidade, valorizando de igual modo todos os estudos, desde que, cumpram os critérios de inclusão.

Sendo este, um estudo de revisão irá compreender a fiabilidade e a fidelidade da informação contida nos documentos originais que o suportam. Pelo que, estes aspetos foram assegurados, através do rigor da metodologia da pesquisa efetuada, da adequada referenciação e do rigor no tratamento e apresentação dos dados.

No que diz respeito à revisão de literatura, seja qual for o formato da revisão, visa apresentar o "*estado da arte*". Inevitável a evocação do princípio da integridade académica - materializável nas citações e referências, no respeito pela fidelidade ao autor.

Tratando-se de uma revisão de escopo é expectável a ausência de conflitos de interesses dos investigadores.

5.3. Previsão de disseminação científica

Os resultados deste estudo serão divulgados através da apresentação de um póster na VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde em 2023 e outros eventos relacionados com a gestão de risco e segurança do cliente.

Ambiciono também a publicação de um artigo na revista RIIS da Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa, encontrando-se o mesmo em elaboração.

6. Resultados

Tabela 3. Tabela de evidências do artigo 1.

"The impact of low health literacy on surgical practice."	
Autores (ano da publicação)	Lisa D. Chew, Katharine A. Bradley, David R. Flum, Paul B. Cornia, Thomas D. Koepsell (2004)
Tipo de estudo	Estudo experimental randomizado
Objetivo	Determinar a prevalência da baixa Literacia em Saúde (LHL) entre pacientes numa clínica pré-operatória, as características associadas à LHL e a associação entre a LHL e a adesão às instruções pré-operatórias.
Métodos	Foram entrevistados clientes numa clínica de pré-operatório com o objetivo de recolher informações sobre características sociodemográficas, medicamentos, estado de saúde e função cognitiva. A capacidade de leitura foi avaliada usando o Short Test of Functional Health Literacy in Adults (STOFHLA), um instrumento de alfabetização em saúde que mede a capacidade dos pacientes de ler e entender duas passagens relacionadas à saúde. Com base na pontuação STOFHLA, categorizamos os pacientes como tendo alfabetização em saúde inadequada, marginal ou adequada. Quando os pacientes retornaram para seus procedimentos cirúrgicos programados, a adesão às instruções pré-operatórias foi avaliada.
Resultados	Dos 332 participantes, 12% apresentavam LHL. A baixa alfabetização em saúde foi mais prevalente entre os idosos (mais de 65 anos) em comparação com aqueles com menos de 65 anos. Os pacientes com LHL eram mais propensos a não aderir às instruções de medicação pré-operatória, mas isso foi de significância estatística limítrofe.
Conclusões	A baixa alfabetização em saúde foi mais comum entre os clientes mais velhos e pareceu estar associada à menor adesão às instruções de medicação pré-operatória. No entanto, é necessária a realização de estudos futuros para confirmar a associação entre LHL e adesão pré-operatória, avaliar o impacto do LHL no processo de consentimento informado, resultados cirúrgicos e custos de saúde e determinar se as intervenções LHL reduzem as taxas de cancelamentos e adiamentos de cirurgias e melhoram o atendimento ao cliente.

Tabela 4. Tabela de evidências do artigo 2.

"Using an Educational Multimedia Application to Prepare Children for Outpatient Surgeries."	
Autores (ano da publicação)	Sara Fernandes, Patrícia Arriaga, Francisco Esteves (2014)
Tipo de estudo	Estudo descritivo transversal multicêntrico
Objetivo	Este estudo testou o impacto de uma intervenção educacional multimédia nas respostas cognitivas, emocionais e fisiológicas de crianças submetidas à cirurgia, bem como na ansiedade do estado dos pais.
Métodos	Foi desenvolvida uma ferramenta multimédia interativa intitulada "Uma Aventura no Hospital" para preparar crianças para cirurgias ambulatoriais. 90 crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos foram divididas em três grupos experimentais diferentes. Um deles usava intervenção educacional multimídia (grupo experimental), outro usava intervenção de videogame de entretenimento (grupo de comparação) e um terceiro como grupo controle (sem intervenção).
Resultados	As crianças que receberam a intervenção educacional multimédia relataram menor nível de preocupação com a hospitalização, procedimentos médicos, doenças e consequências negativas do que aquelas nos grupos de controle e comparação. A ansiedade do estado dos pais também foi menor nas intervenções educacionais e de entretenimento em videojogos em comparação com o grupo controle.
Conclusões	O uso de videojogos de modelagem como materiais educativos permitem o ensino de procedimentos específicos, regras e habilidades comportamentais adequadas para crianças prestes a serem submetidas à cirurgia. Os autores acreditam que o estudo feito fornece evidências sobre a importância e a eficácia de preparar as crianças para a cirurgia através da utilização de aplicações multimédia educacionais e interativas.

Tabela 5. Tabela de evidências do artigo 3.

"I Can't Read That! Improving Perioperative Literacy for Ambulatory Surgical Patients"	
Autores (ano da publicação)	Laura Traylor Liebner (2015)
Tipo de estudo	Estudo experimental
Objetivo	O objetivo deste projeto foi avaliar o nível de alfabetização em saúde do cliente cirúrgico ambulatorial pré e pós-operatório para os diferentes materiais de educação. Desenvolver materiasi centrados no cliente e baseados em evidências para facilitar a aprendizagem. Criar uma intervenção baseada noa web que os clientes possam aceder facilemente durante todo o processo periopetaório.
Métodos	Foram revistos os materiais educacionais usados atualmente nas instalações do projeto e desenvolvida uma intervenção baseada na web em forma de um blog, para que os pacientes pudessem aceder facilmente durante todo o processo pré-operatório e pós-operatório e para facilitar a aprendizagem dos pacientes e assim, melhorar os resultados. Um método para medir objetivamente a eficácia do projeto é monitorar a parte da pesquisa Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS), "Clear Discharge Instructions".
Resultados	Uma vez que o blog desenvolvido é ainda muito primitivo, verificou-se que há muitas áreas que podem e devem ser melhoradas e ampliadas para envolver instruções mais específicas e envolver outras disciplinas. Verificou-se que os registos audiovisuais produzidos eram demorados e confusos, principalmente porque o gerente de projeto não tinha experiência na construção de um blog, na criação de produtos audiovisuais ou no uso do software do blog.
Conclusões	Ao implementar iniciativas educacionais altamente acessíveis e económicas para os clientes, os enfermeiros podem aplicar as práticas educacionais atuais focadas na redução das complicações pós-operatórias e no aumento da satisfação docliente no ambiente de cirurgia ambulatorial.

Tabela 6. Tabela de evidências do artigo 4.

"Qualidade dos Cuidados Relativos à Cirurgia de Ambulatório: Perspectiva dos Clientes."	
Autores (ano da publicação)	Susana André, Ângela Tomás, João Duarte (2017).
Tipo de estudo	Estudo de natureza descritiva e de enfoque transversal
Objetivo	O objetivo desta revisão foi determinar a qualidade idealizada e a qualidade percebida dos clientes de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital Central.
Métodos	Estudo conduzido numa amostra não probabilística de 140 clientes da Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital Central, com idade média de 58 anos e maioria possuindo apenas o ensino básico. Foram levados a cabo dois questionários como instrumento de medida: Questionário MOS-SSS (Medical Outcomes Study Social Support Survey) e o Questionário Service Quality (SERVQUAL).
Resultados	Os resultados mostram que, à exceção da variável "aspetos físicos" na qual a qualidade percebida é superior à qualidade idealizada, em todos os restantes parâmetros e no global da SERVQUAL, a qualidade percebida, com M=90.80 foi sempre inferior à qualidade idealizada (M=92.89). Obteve-se um valor de alfa geral de 0,845, o que foi considerado bom. Verificou-se também que quanto maior for o apoio social, maior será a qualidade percebida.
Conclusões	Através deste estudo pode-se concluir que a monitorização da perspetiva dos clientes sobre a qualidade dos cuidados recebidos é uma estratégia fundamental para maximizar a diferenciação e singularidade da assistência prestada nos serviços de saúde e satisfazer de forma holística as necessidades dos clientes.

Tabela 7. Tabela de evidências do artigo 5.

"Association Between Functional Health Literacy and Postoperative Recovery, Health Care Contacts, and Health-Related Quality of Life Among Patients Undergoing Day Surgery"	
Autores (ano da publicação)	Maria Hälleberg Nyman, Ulrica Nilsson, Karuna Dahlberg, Maria Jaensson (2018)
Tipo de estudo	Estudo observacional
Objetivo	Descrever os níveis de alfabetização funcional em saúde entre clientes submetidos à cirurgia diurna e descrever a associação entre alfabetização funcional em saúde (FHL) e contatos de saúde, qualidade de recuperação (SwQoR) e qualidade de vida relacionada à saúde.
Métodos	Este estudo observacional fez parte de uma análise secundária de um ensaio clínico randomizado de clientes submetidos à cirurgia ambulatorial. Foi realizado em vários centros de outubro de 2015 a julho de 2016 e incluiu 704 pacientes.
Resultados	Dos 704 clientes referiram LFS suficiente, 223 LFS problemático e LFS inadequado. A pontuação global do SwQoR indicou má recuperação tanto em pacientes com LFS inadequado, quanto problemático. Os clientes com LFS inadequado ou problemático tiveram uma qualidade de vida relacionada à saúde mais baixa do que os clientes com LFS suficiente em termos de pontuação da escala analógica visual EuroQol. Não houve diferenças entre os grupos de LFS em relação aos contatos de saúde.
Conclusões	O LFS inadequado em clientes submetidos à cirurgia diurna foi associado a pior recuperação pós-operatória e menor qualidade de vida relacionada à saúde. A alfabetização em saúde é um fator relevante a ser considerado para otimizar a recuperação pós-operatória em clientes submetidos à cirurgia ambulatorial.

Tabela 8. Tabela de evidências do artigo 6.

"Nurses' assessment of patient safety culture in ambulatory surgery: scoping review protocol."	
Autores (ano da publicação)	Joana Raquel Luís Pinto, Ana Cristina Rafael Matias, Luís Leitão Sarnadas (2020).
Tipo de estudo	*Scoping Review*
Objetivo	Mapear a evidência disponível sobre a avaliação da cultura de segurança do doente em cirurgia de ambulatório pelos enfermeiros. Mais especificamente, esta revisão visa responder à questão de pesquisa: "Como é que os Enfermeiros avaliam a cultura de segurança do paciente em cirurgia ambulatorial?"
Métodos	Metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute e a estratégia de pesquisa foi adequada a cada base de dados/repositório na identificação de estudos relevantes. Procedeu-se à análise de títulos e resumos, excluindo aqueles que não apresentem os critérios delineados. Os artigos incluídos foram alvo de extração de dados, processo este executado por dois revisores independentes.
Resultados	A pesquisa avalia várias dimensões da Cultura de Segurança do Paciente (PSC), como a comunicação sobre as informações do cliente, a abertura para a comunicação, a pressão e o ritmo de trabalho, o trabalho em equipa, o treino da equipa, a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua, a resposta a erros e o suporte da gestão para segurança do cliente.
Conclusões	Esta *scoping review* contribuiu para identificar a perspetiva dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do cliente em cirurgia de ambulatório, reforçando o potencial impacto na segurança dos cuidados de enfermagem.

Tabela 9. Tabela de evidências do artigo 7.

"Outpatients' perception of their preoperative information regarding their health literacy skills and their preoperative anxiety level."	
Autores (ano da publicação)	Stephanie Chandler-Jeanville, Mathieu Ahouah, Aurore Margat, Monique Rothan-Tondeur (2021)
Tipo de estudo	Estudo descritivo transversal multicêntrico
Objetivo	Tem como objetivo avaliar a capacidade do cliente ambulatorial em ser participante ativo no seu percurso cirúrgico ambulatorial, assim como avaliar a compreensão e a capacidade dos mesmos em seguir as instruções pré-operatórias recebidas por SMS no dia anterior a uma cirurgia de ambulatório, de acordo com o seu nível de literacia em saúde (LS) e ansiedade pré-operatória.
Métodos	Esta pesquisa tem como objetivo entrevistar clientes ambulatoriais submetidos à cirurgia ambulatorial nos estabelecimentos da Assistência Publique-Hôpitaux de Paris (APHP), no qual é utilizado um sistema de lembretes por Short Message Service (SMS). Está previsto entrevistar todas as pessoas acolhidas nas UDS dos 12 hospitais selecionados, acerca da sua experiência após terem recebido instruções pré-operatórias, especialmente por lembretes SMS, durante 12 semanas. Para fazer essa avaliação, foi utilizado um autoquestionário. Esta recolha de dados ocorrerá no dia da cirurgia e pretende-se medir: o nível de literacia em saúde; o nível de ansiedade pré-operatório; a sua experiência com a comunicação do médico e a forma como a percebe e a sua compreensão das instruções pré-operatórias e a sua perceção de lembretes SMS.
Resultados	Os resultados deste estudo serão divulgados através de comunicações orais e de um artigo científico numa revista internacional com revisão por pares.
Conclusões	Clientes com baixa literacia em saúde são menos complacentes em seguir as instruções pré-operatórias, o que pode levar a atrasos ou cancelamentos da cirurgia, especialmente, no contexto de cirurgia ambulatorial, em que os pacientes ambulatoriais são totalmente responsáveis pelos seus cuidados pré-operatórios.

Tabela 10. Tabela de evidências do artigo 8.

Inovação em ambiente de sala de espera	
Autores (ano da publicação)	Ana Quintela, Carina Monteiro, Maria Inês Madureira (2019)
Tipo de estudo	Projeto de intervenção, exploratório e qualitativo
Objetivo	O objetivo é aproveitar os espaços das salas de espera onde a primazia das relações humanas é fundamental para a promoção da literacia em saúde, tornando-se também um local para a mudança. Nesse sentido, deverá ser aproveitado para aumentar a literacia em saúde, através do desenvolvimento de instrumentos atualmente considerados inovadores, que proporcionem um aumento de conhecimento de literacia em saúde em ambiente de sala de espera.
Métodos	Pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados (PubMed e B-ON) nos últimos cinco anos, nas línguas portuguesa e inglesa, utilizando os termos MeSH wainting room e health literacy. Aos resultados desta pesquisa foram ainda adicionados alguns documentos de referência. Dos artigos obtidos foram selecionados os seguintes: – The waiting room "wait": From annoyance to opportunity (H. N. Sherwin, M. McKeown, M. F. Evans, O. K. Bhattacharyya). – The waiting room: Vector for health education? The general practitioner's point of view (Maxine Gignon, Hadjila Idris, Cecile Manaouil, Oliver Ganry) – Ask me 3 (http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/Ask-Me-3-GoodQuestions-for-Your-Good-Health.aspx; www.npsf.org/askme3)
Resultados	O projeto "Inovação em Ambiente de Sala de Espera" permitiu caracterizar a sala de espera como um local muito favorável para ações de literacia em saúde, concluindo-se pela ainda pouca utilização desta capacidade.
Conclusões	A motivação e o envolvimento que se pretende nos clientes em ambiente de sala de espera podem ser atingidos pela estimulação cruzada de vários sentidos (como o olfativo e o visual), a apresentação em ecrãs e também em suporte de papel de quizzes, eventualmente associados a um processo de recompensa/reconhecimento. A utilidade deste instrumento foi reconhecida pelos profissionais de saúde inquiridos, contribuindo para o aumento da literacia em saúde dos clientes: capacita-os na preparação da sua consulta, motiva o cliente para a gestão da saúde e promove a interação entre este e o profissional de saúde.

7. Discussão

Após a análise dos artigos selecionados nesta *scoping review,* verificou-se que, embora se reportem a diferentes tipos de estudos e metodologias, apresentam conclusões muito semelhantes no que diz respeito à LS da pessoa submetida a CA.

Chew *et al*. (2004) concluiu com o seu estudo que os clientes com baixa LS eram mais propensos a não aderir às instruções de medicação pré-operatória e que a baixa alfabetização em saúde foi mais comum entre os clientes mais velhos.

De acordo com os autores anteriormente referidos, como a CA se tornou cada vez mais comum, a responsabilidade da gestão do pré e pós-operatório passou dos enfermeiros dos serviços de internamento para os clientes e suas famílias.

Em contexto de CA, os materiais impressos são frequentemente usados para transmitir informações importantes aos clientes e uma responsabilidade significativa é colocada sobre eles para que, compreendam e sigam as instruções a fim de evitar complicações. No entanto, segundo Chew et al. 2004, essas indicações, nem sempre são seguidas, sendo que algumas das possíveis causas elencadas estão relacionadas com a alfabetização em saúde e a capacidade de leitura e interpretação. Os autores apontam ainda estes fatores como responsáveis por uma comunicação mais pobre entre os profissionais de saúde e os clientes, resultando numa não adesão às instruções perioperatórias, a cancelamentos de cirurgias, desperdício de tempo na sala de operações e despesas hospitalares adicionais.

A baixa LS pode concomitantemente levar a uma pior compreensão do cliente sobre a sua condição de saúde e procedimento cirúrgico em causa, o que levanta a séria preocupação acerca da relação da baixa alfabetização em saúde e do consentimento informado. Neste seguimento, muitos clientes, principalmente os mais velhos podem não ter habilidades de alfabetização necessárias para assumir responsabilidades em cuidados de saúde.

Outros autores, como Fernandes *et. al* (2015) desenvolveram uma aplicação multimédia interativa intitulada “Uma Aventura no Hospital”, para preparar crianças para cirurgias ambulatoriais. As 90 crianças foram divididas em três grupos experimentais diferentes com o objetivo de testar a eficácia desta aplicação. As comparações *post hoc* revelaram que as crianças do grupo de multimídia educacional relataram um nível médio significativamente menor de preocupações com hospitalização, procedimentos médicos, doenças e consequências negativas do que aquelas crianças que pertenciam ao grupo de controle e ao

grupo de comparação. No que concerne às respostas emocionais e fisiológicas, não foram detetadas diferenças significativas entre as condições dos grupos (Fernandes et al., 2015).

O uso de materiais lúdicos e educativos, assim como, os videojogos têm sido utilizados de forma crescente como estratégias para a educação em saúde. No entanto, as intervenções cognitivas que fornecem informações pré-operatórias têm sido consideradas mais eficazes em crianças em idade escolar, mas devido, ao tempo limitado para a intervenção pré-operatória, os métodos de distração também podem ser eficazes, pois os livros, brinquedos, dispositivos de áudio e vídeos envolvem o redireccionamento da atenção das crianças e dos sentimentos de ansiedade para uma atividade divertida.

Liebner (2015) desenvolveu uma intervenção baseada na *web* em forma de um *blog*, para facilitar a aprendizagem dos clientes durante todo o processo pré-operatório e pós-operatório e assim, melhorar os resultados. A autora concluiu que ao implementar iniciativas educacionais altamente acessíveis e económicas para os clientes, é possível melhorar as práticas educacionais atuais focadas na redução das complicações pós-operatórias e no aumento da satisfação do cliente no ambiente de CA.

De acordo com a Liebner 2015, em CA os enfermeiros fornecem frequentemente informações no período pós-operatório, e nessas situações os clientes têm que delegar e confiar nos familiares ou prestadores de cuidados para os lembrarem das informações pois, nesse momento, ainda podem estar sob efeitos residuais da anestesia (amnésia retrógrada). Embora a educação no pós-operatório seja necessária, a intervenção do enfermeiro em todo o perioperatório, processo que deve ser iniciado no pré-operatório, é a melhor abordagem na educação dos clientes submetidos a CA. A educação pré-operatória inadequada leva a complicações ou queixas pós-operatórias evitáveis, tais como a dor, a fadiga e incapacidade de cuidar de si mesmo.

Apesar da baixa LS estar associada a pessoas com baixa escolaridade e mau *status* socioeconómico, a maioria dos clientes relata que precisam de ajuda para entender as informações sobre cuidados de saúde, independentemente da escolaridade ou *status* socioeconómico, principalmente aqueles que tiveram pouco contacto com os serviços de saúde. Posto isto, qualquer pessoa pode estar em risco de ter baixa LS. A informação deve assim estar disponível em vários formatos, a fim de abarcar os vários estilos de aprendizagem dos diferentes clientes. O enfermeiro deve tentar compreender a melhor forma de veicular a informação e educação a cada cliente, de acordo com a preferência do mesmo, podendo

ser através de meios auditivos, visuais, cinestésicos, táteis ou uma combinação de vários métodos de aprendizagem.

Diferentes abordagens para a educação no perioperatório podem incluir as formas tradicionais de comunicação verbal e escrita, assim como, através de demostrações pelos enfermeiros, após as quais podem solicitar aos clientes que demostrem eles de forma a confirmar que as informações foram compreendidas corretamente. Outros recursos também úteis são pictogramas, gráficos, vídeos e informações baseadas na *web*. Quando usados em conjunto com instruções verbais e demonstrações, os recursos educacionais escritos podem ser valiosos do ponto de vista do seu custo-efetivo, no fornecimento de educação ao cliente. A evidência aponta no sentido de muitos programas de educação do cliente, tais como panfletos, brochuras, folhas de informação e formulários de consentimento, usados nos cuidados de saúde excedem o nível de alfabetização de muitas pessoas.

Os clientes que não compreendem as informações, estão mais propensos a não cumprir ou a não adivinhar o que não entendem, com efeitos potencialmente nocivos nos resultados para a sua saúde. Os clientes podem parecer compreender as instruções, mas podem não entender verdadeiramente o que está a ser ensinado por causa da ansiedade, barreiras linguísticas, ou baixa alfabetização. A baixa LS e a falta de materiais educativos apropriados para os clientes podem contribuir deste modo, para o aumento de complicações, bem como para custos adicionais decorrentes dessas complicações.

Independentemente da ferramenta utilizada para aumentar a LS, a mesma só tem valor e utilidade se o cliente for capaz de compreender as informações nela comtempladas. A falta de compreensão pode ser multifatorial. Frequentemente as informações baseadas em textos são difíceis de ser seguidas em casa por clientes com baixas habilidades de literacia. Estudos revelaram ainda que, nestas situações, pictogramas usando desenhos simples combinados com frases simples são as ferramentas mais eficazes e eficientes para melhorar a LS, mesmo no caso de clientes idosos pouco alfabetizados. Além disso, também podem ser úteis para pessoas que não dominam o idioma do país onde se encontram e útil para todos os clientes independentemente do seu nível de alfabetização.

Além do nível de leitura dos materiais educativos impressos, outros fatores influenciam a capacidade do leitor compreender as informações, tais como: a organização do conteúdo, a segunda pessoa e voz ativa, a complexidade, as siglas, termos de valor, aglomeração de texto, tamanho e tipo de fonte, pontos-chave e gráficos.

André, Tomás e Duarte (2017) consideraram após o estudo de uma amostra de 140 clientes da Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital Central, que a avaliação da perspetiva dos clientes sobre a qualidade dos cuidados recebidos é uma estratégia fundamental para maximizar a diferenciação e singularidade da assistência prestada nos serviços de saúde e satisfazer de forma holística as necessidades dos clientes e das suas famílias.

Outros autores, afirmaram que baixos níveis de alfabetização em saúde têm, entre outros fatores, demonstrado estar associados a um conhecimento e compreensão mais fracos sobre saúde, incluindo a capacidade de ler e entender instruções perioperatórias, rótulos de medicamentos e mensagens de saúde e concluíram que a qualidade da recuperação é fortemente influenciada não só pela literacia funcional em saúde, mas também pelos traços de personalidade do cliente, preparação, conhecimento sobre a trajetória normal de recuperação normal e sensação de segurança (Nyman *et al*., 2018). De acordo com estes autores, a literacia funcional em saúde é a capacidade da pessoa ter acesso, compreender e usar informações de forma a promover e a manter uma boa saúde.

Em suma, baixos níveis de LS, mostraram estar associados a pior saúde em geral, menor qualidade de vida, mais hospitalizações, maior uso do serviço de urgência, menor escolaridade e idade mais avançada.

Por sua vez, Pinto *et. al* (2020) sugerem que a baixa LS, assim como a baixa alfabetização podem ser uma causa contribuinte da comunicação mais pobre entre os profissionais e os clientes, resultando numa não adesão às instruções de medicação pré-operatória e, em última análise, levando a cancelamentos e adiamentos de cirurgias, ao desperdício de tempo na sala de cirurgia e a despesas hospitalares adicionais. A baixa alfabetização em saúde também pode levar a uma pior compreensão, por parte do cliente, das suas condições médicas e procedimentos cirúrgicos. De acordo com Pinto et al. 2020, a segurança do cliente é um indicador-chave na qualidade dos cuidados e a promoção de uma cultura de segurança nas instituições de saúde contribui atualmente para alcançar e melhorar a segurança do cliente.

Num outro estudo, os autores entrevistaram todas as pessoas acolhidas nas UCA dos 12 hospitais selecionados, acerca da sua experiência após terem recebido instruções pré-operatórias, especialmente por lembretes SMS, durante 12 semanas. Para fazer essa avaliação, foi utilizado um autoquestionário no dia da cirurgia. (Stephanie *et al*., 2021). O presente estudo mostra que para evitar eventos adversos, cada vez mais hospitais recorrem a lembretes por SMS para fornecer aos clientes instruções pré-operatórias, essenciais para

ajudar o cliente ambulatorial a lidar com o processo de CA, responsabilizando-se pelos seus cuidados. Contudo, estas informações pré-operatórias padrão não se adequam a todos os clientes ambulatoriais, pois existem fatores como a baixa LS e os níveis elevados de ansiedade pré-operatória que podem levar à vulnerabilidade perioperatória, podendo esta ter três dimensões: física, social e psicológica.

O crescente desenvolvimento da CA e a sua eficiência requer uma participação ativa do cliente em todas a etapas do seu percurso, o que implica a sua responsabilidade em todo o cuidado, que se inicia e continua fora dos hospitais (Stephanie *et al*., 2021).

Os clientes em CA devem ser parceiros dos profissionais de saúde, através de uma tomada de decisão compartilhada, pois a falta ou défice de conhecimento pode prejudicar a sua segurança e o desempenho da CA.

Os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros em particular podem ajudar os clientes a lidarem com a impotência induzida pelo percurso cirúrgico, através da preparação psicológica pré-operatória que visa facilitar o envolvimento dos clientes e reduzir a ansiedade pré-operatória. Os enfermeiros podem usar esta intervenção para fornecer aos clientes ambulatoriais a informação certa em termos de conteúdo e quantidade adequada ao seu perfil psicológico, facilitando o seu envolvimento nos cuidados.

Durante o processo de CA os profissionais de saúde costumam usar a comunicação verbal para comunicar informações, no entanto, ao longo do processo cirúrgico os clientes podem encontrar vários profissionais de saúde diferentes, o que pode levar a informações inadequadas ou insuficientes, pois o conteúdo e a qualidade das informações variam. Por outro lado, os enfermeiros reconhecem que as informações fornecidas nem sempre atendem às expetativas dos clientes ambulatoriais, recorrendo a outros suportes, como panfletos, filmes e sites para completar as informações.

O projeto de Quintela et al (2019) apresenta propostas atualmente consideradas pioneiras que visam um aumento de conhecimento de LS em ambientes de sala de espera, nas instituições de saúde, na qual foi apresentado um instrumento que incentiva o cliente não só a preparar como a ter um papel ativo na prestação de cuidados a que vai ser submetido. "O objetivo é aproveitar os espaços das salas de espera onde a primazia das relações humanas é fundamental para a promoção da LS, tornando-se também um local para a mudança" (Quintela et al. 2019 p.185), na qual, os clientes podem receber, aprender, memorizar e reproduzir comportamentos e conceitos na área da saúde. A retenção de informação em sala de espera pode encarar-se no aspeto individual e coletivo e deve

considerar que os processos cognitivos podem ser fundamentais na aprendizagem. De acordo com Quintela et al.2019, as informações que passam nas televisões/ecrãs presentes em salas de espera são de conteúdo noticioso ou de caráter estatístico (número de consultas, tempos de espera, especialidades médicas, etc.). A proposta é apresentar questionários de escolha múltipla, quizzes de temas específicos que propiciem a LS. Pretende-se cativar os clientes com uma linguagem simples, direta, para uma informação; como por exemplo perguntas sobre saúde. Outra alternativa passível de ser implementada em salas de espera é a utilização de *smartphones*, cada vez mais usual mesmo nos clientes mais idosos. Considera-se esta associação à LS oportuna, pela forma simples e rápida de se poder aceder a conteúdos de saúde, ligando os clientes a *websites* oficiais, mas também a informações validadas sobre saúde. A utilidade do instrumento desenvolvido por Quintela et al. 2019, "foi reconhecida pelos profissionais de saúde inquiridos, contribuindo para o aumento da literacia em saúde dos utentes: capacita-os na preparação da sua consulta, motiva o utente para a gestão da saúde e promove a interação entre profissional de saúde e utente" (Quintela et. al. 2019, p.197).

8. Conclusão

O objetivo pretendido com a realização desta revisão de escopo foi dar resposta à questão norteadora inicial: "Quais as estratégias para promover a Literacia em Saúde da pessoa submetida a Cirurgia de Ambulatório?", enunciada na fase inicial desta revisão, através da pesquisa e análise de vários estudos.

À medida que a CA se tornou cada vez mais comum, a responsabilidade pelo tratamento pré-operatório e pós-operatório passou dos enfermeiros para o cliente e para a sua família, empoderando-os, pois uma cirurgia em contexto de ambulatório exige que os clientes façam a gestão da sua própria recuperação em casa de acordo com as instruções dadas. Neste cenário, os clientes submetidos a CA recebem, portanto, informações orais e instruções escritas sobre como proceder no que concerne à recuperação no domicílio.

A baixa alfabetização em saúde tem sido associada a piores *outcomes* em saúde. Como a comunicação é um fator chave na literacia em saúde sendo fundamental a compreensão das competências de comunicação apropriadas, é importante preparar os profissionais de saúde para que passem a ter um papel mais ativo e mais interventivo.

Um aumento da literacia, leva a mais conhecimento e maior envolvimento da pessoa nos seus cuidados, pelo que é normal ter mais vontade em participar e questionar.

A promoção da LS junto das pessoas constitui-se como uma importante oportunidade e desafio de saúde pública, pois o baixo nivel de LS na pessoa que vai ser submetida a CA pode levar a uma deficiente compreensão das instruções de preparação para o perioperatório.

Como resposta à questão norteadora verificou-se que diferentes estudos mostraram que os profissionais de saúde usam vários suportes, como folhetos, filmes, sites, para completar as informações pré-operatórias e mais recentemente já vão sendo criadas novas estratégias, mais modernas, apelativas e interativas, como os videojogos e *blogs* que motivam a aprendizagem de habilidades necessárias para ajudar a garantir que a experiência cirúrgica é bem-sucedida.

Os estudos mostram que a comunicação é o pilar e a base estruturante na qual a LS assenta, e permite estabelecer relações entre as pessoas. Na área da saúde é fundamental a promoção de um conhecimento e compreensão das competências de comunicação, incorporando de uma forma conjunta e interdependente a utilização de habilidades relativas

à assertividade, clareza e positividade, como guião de competências de comunicação dos profissionais de saúde com o cliente, sendo estas habilidades consideradas também como competências de LS.

Os déficits de comunicação entre clientes e profissionais de saúde pode contribuir para o não cumprimento das instruções em perioperatório o que está diretamente relacionado com o baixo nível de alfabetização em saúde.

Importa referir ainda que, os artigos analisados evidenciaram, porém, outras questões também elas muito significativas, que ultrapassaram amplamente a resposta à questão norteadora, e que por essa razão foram agrupadas do seguinte modo, no sentido de facilitar a sua síntese.

Estudos revelaram que uma inadequada LS funcional em CA está associada a pior recuperação pós-operatória e menor qualidade de vida relacionada à saúde.

No que diz respeito à gestão dos serviços de saúde, a evidência aponta para que a baixa LS está relacionada com os cancelamentos de cirurgias, desperdício de tempo na sala de operações, assim como, maior uso dos serviços de urgência impactando em despesas hospitalares adicionais.

Na gestão do regime terapêutico a literatura evidencia que se o cliente não estiver empoderado acerca da sua condição de saúde, há maior probabilidade de não cumprimento das instruções pré-operatórias e pós-operatórias, com todas as complicações e condicionantes que daí podem advir.

Relativamente ao acesso, a evidência aponta que a LS quer no campo de conhecimento como no comportamento é considerada a chave para a prevenção eficaz da doença e o caminho para uma maior justiça e equidade na sociedade, dotando e capacitando o cliente a aceder aos cuidados de saúde de forma eficaz e eficiente.

Relativamente aos condicionalismos e barreiras da LS verifica-se que o envelhecimento, a barreira linguística e cultural, a baixa escolaridade, o mau *status* socioeconómico, a diversidade racial e étnica e as doenças crónicas são fatores que condicionam e influenciam negativamente o conhecimento em saúde.

Os estudos sugerem que o baixo nível de LS está associado a uma maior mortalidade, maior morbilidade, maiores taxas de depressão, menor adesão à medicação, maior taxa de internamentos hospitalares, pior estado geral de saúde autoavaliada e um uso mais pobre de serviços de saúde quer de carácter preventivo, como de autogestão de doenças.

Assim, torna-se pertinente que os enfermeiros sustentem as suas intervenções numa prática baseada em evidências científicas produzidas, recorrendo deste modo às estratégias descritas, no sentido de promover a LS da pessoa submetida a CA, desempenhando um papel mais significativo para as pessoas, alvo dos seus cuidados.

Conclui-se, assim, que há ainda um longo caminho a percorrer, pois a LS é para os profissionais de saúde globalmente e para os enfermeiros em especial, um desafio colossal. A especialização na LS e o desenvolvimento de novos estudos nesta área são primordiais para capacitar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tornando-os mais pró-ativos na implementação de novos projetos no âmbito da promoção da LS em CA. De enfatizar também, que o envolvimento de todos os "atores" destes cenários de cuidados, quer os profissionais de saúde (onde se encontram incluídos obrigatoriamente os enfermeiros), quer os clientes é capital no processo de tomada de decisão relacionado com as políticas de saúde, otimizando recursos e parcerias.

Espera-se que esta revisão de escopo tenha implicações significativas para a prática clínica, contribuindo eventualmente para o desenvolvimento de novos estudos e projetos no âmbito da melhoria e promoção da LS em CA.

Após a realização da *scoping review* conclui-se que, a LS é um tema bastante premente e atual, na qual a sua aplicabilidade e incorporação na prática de cuidados na CA é um imperativo emergente, para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados, conforme o preconizado pelo PNSD 2021-2026 no seu pilar 1, correspondente à cultura de segurança. Contudo, constatou-se que apesar de existirem vários estudos consistentes que tratam a importância e pertinência da LS, são poucos aqueles que abordam especificamente a questão da LS em CA, e ainda menos aqueles que fornecem dados mais concretos relativos às estratégias adotadas pelos enfermeiros, que fomentassem de forma consistente a promoção e melhoria da LS no cliente em CA.

Mediante as lacunas identificadas com a elaboração desta *scoping review*, fica constatada a necessidade da realização de mais estudos de investigação que ampliem o reportório e tornem mais robusta a evidência nesta área problemática.

Melhorar a LS é uma forma positiva de influenciar os comportamentos de saúde e, naturalmente, otimizar o estado de saúde do indivíduo e da sociedade como um todo. Como veiculado anteriormente, a LS constitui uma meta de saúde pública global que visa melhorar a promoção da saúde com recurso às melhores estratégias de educação e comunicação, e ainda melhorar a saúde dos indivíduos que demonstram parco conhecimento sobre o assunto.

Em suma, a LS pode ser efetivamente melhorada através do fornecimento de informação, comunicação eficaz e interativa, educação estruturada e desenvolvimento de habilidades de LS direcionadas para as competências e para as tarefas, tanto dos clientes como dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio proporcionou oportunidades de aprendizagem que se encontram documentados no relatório através da análise critico-reflexiva da aquisição de competências de enfermeira especialista e através da aquisição de competências de enfermeira mestre, tendo-se revelado um momento bastante construtivo e enriquecedor, contribuindo também para a consciencialização das minhas capacidades.

De acordo com o Regulamento nº705/2021 (artigo 7º, p. 124), "o grau de mestre deve assegurar conhecimentos altamente especializados, alguns dos quais se devem encontrar na vanguarda do conhecimento na área de enfermagem, que sustentam a capacidade de reflexão, resolução de problemas em matéria de investigação e ou inovação". O Enfermeiro Mestre deve "conseguir gerir e transformar contextos de estudo ou de trabalho complexos, imprevisíveis e que exigem novas abordagens estratégicas. Em simultâneo, deve assumir responsabilidade por forma a contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais e ou para rever o desempenho estratégico de equipas" (Regulamento nº705/2021, artigo 7º, p. 124).

Considero ter desenvolvido estas aptidões, na medida em que desenvolvi competências científicas e técnicas, que foram e serão o suporte para a conceção, prestação e gestão dos cuidados por mim prestados enquanto enfermeira. Promovi a melhoria da qualidade dos cuidados através do recurso a pesquisas que levaram à realização de normas importantes para a melhoria contínua, bem como proporcionei momentos para reflexão, cimentados em evidência, que fomentaram as aprendizagens profissionais. Realizei formações em serviço, que de forma proativa contribuíram para a capacitação dos enfermeiros, dinamizando não só a formação em serviço, como a identificação da necessidade da realização e implementação de novos projetos, nomeadamente no âmbito da Literacia em Saúde.

O envolvimento do cliente e família nos cuidados de saúde reflete o aumento da sua satisfação, motivação e adesão ao tratamento, que muito contribuem para ganhos em saúde e maior segurança e qualidade nos cuidados, sensíveis aos cuidados prestados pelos Enfermeiros.

Detmer *et al* 2008, defendem que o desenvolvimento de ferramentas, como os sistemas de informação pessoais, possibilitam ao cliente a inclusão no processo de cuidados de saúde, apoiando-o na tomada de decisão.

De acordo com Nielson-Bohlman *et al*. (2004), a promoção da LS é fundamental para melhorar a qualidade em saúde. No entanto, é necessário e indispensável o empenho dos profissionais de saúde, o envolvimento das estruturas de governação, assim como dos clientes, na consecução de uma estratégia nacional projetada para a promoção da LS.

Por sua vez, Arriaga (2019, p.13), afirma que "os profissionais de saúde desempenham um papel central como promotores e ativadores da Literacia em Saúde, nos seus diferentes contextos de intervenção e interação: profissional de saúde – pessoa e profissional de saúde – população", pelo que se torna capital "apresentar um conjunto de medidas e procedimentos, a adequar por parte dos profissionais, que se pode constituir como boa prática na sua intervenção". (Arriaga, 2019, p.13).

De facto, atualmente torna-se cada mais relevante e premente a preparação dos profissionais de saúde, designadamente dos Enfermeiros, aumentando o seu reportório teórico-prático, no sentido de que os indivíduos, possam ter um papel mais participativo, mais interventivo, tomando decisões mais informadas, livres e esclarecidas, impactando na qualidade e segurança dos cuidados em saúde e na satisfação das Pessoas.

No final da realização do presente relatório denota-se a preocuação, o investimento e o gosto pessoal e profissional pela temática da gestão de risco em saúde e por consequência da qualidade dos cuidados prestados na saúde. Tal verificou-se através das ações desenvolvidas que foram ao encontro dos objetivos estratégicos que constam no PNSD 2015-2020, através da realização da norma de prevenção de quedas em contexto de Cirurgia de Ambulatório, protocolo de atuação em caso de incêndio na Cirurgia de Ambulatório, formações e tutoriais no âmbito da notificação de incidentes. No seio do PNSD 2021-2026 trabalharam-se os objetivos estratégicos realtivos à comunicação, através da implementação da técnica de ISBAR, formação sobre a comunicação na segurança dos cuidados, ações de formação sobre os riscos profissionais em perioperatório e por fim o objetivo estratégico da Literacia em Saúde, com o desenvovmento do trabalho de investigação, cujo objetivo primordial foi identificar a melhor estatégia a implementar na Unidade de Cirurgia de Ambulatório colaborando também no ebook sobre a Literacia em Saúde do Hospital onde foi realizado o estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abel, T., & McQueen, D. (2020). Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health promotion international*, *35*(6), 1612–1613. https://doi.org/10.1093/heapro/daaa040.

Ahmad, M., Ahmad, M., Afridi, Z., Hayat, S., & Ahmad, R. (2017). Comparison of surgical gloves perforation in open and laparoscopic cholecystectomy. *Pak J Surg*, *33*(4), 279–284. http://www.pjs.com.pk/journal_pdfs/oct_dec17/279.pdf.

Alharbi, N., Al-Shehri, R. (2015). Health Literacy in Saudi Arabia- Validation of an Arabic Health Literacy Test Based on the S-TOFHLA Instrument. *1st PharmD Intership Research Day*, College of Pharmacy, Clinical Pharmacy Department, King Saud University, Kingdom of Saudi Arabia.

Allen-Meares, P., Lowry, B., Estrella, M. L., & Mansuri, S. (2020). Health Literacy Barriers in the Health Care System: Barriers and Opportunities for the Profession. *Health & social work*, *45*(1), 62–64. https://doi.org/10.1093/hsw/hlz034.

Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Edições ISPA. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7662/1/Literacia%20em%20sa%c3%bade%20na%20pr%c3%a1tica_43.pdf.

Alsubaie, M.S., Salem, O.A. (2019). Nurses' Perception of Health Literacy. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 9:716-722. https://www.amhsr.org/articles/nurses-perception-of-health-literacy.pdf.

André, S., Tomás, Â., Duarte, J. (2017). Qualidade dos cuidados relativos à cirurgia de ambulatório: perspectiva dos utentes. *Millenium*, 2(ed espec nº2), 73-81.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2012). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática de Cuidados* (1ªreimpressão). Lusodidacta.

AORN. (2015). Guidelines for Perioperative Practice. AORN. In *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Vol. 27). University of Sao Paulo, Ribeirao Preto College of Nursing Organisation.

Arriaga, M. T. (2019). Prefacio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. In Lopes, C. & Almeida, C. V. (2019). Literacia em saúde na prática, (11-15). Edições ISPA. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7658/1/Literacia%20em%20sa%c3%bade%20na%20pr%c3%a1tica_11. Pdf.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). Healthy Life Style Behavior Scale II: A Reliability And Validity Study. *Journal Of Cumhurıyet University School of Nursing*. 12(1):1-13.

Barbosa, P., Carvalho, L., Cruz, S., (2015). *Escalas de quedas de morse: manual de utilização.* Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf.

Bento, A. I. F. S. (2018). *Caraterização do nível de literacia dos doentes na segurança dos cuidados de saúde numa amostra portuguesa*. [Trabalho final de Especialização].Universidade Nova de Lisboa.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, *155*(2), 97–107. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.

Carvalho, L., Sousa, I., Bernardo, M., & Negas, M. (2016). Gestão das Organizações. Uma abordagem integrada e prospetiva. In *Realidades e desafios na gestão dos riscos: diálogo entre ciência e utilizadores*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Cesarino, C.B., Sciarra, A.M.P. (2017). Empoderamento na Saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*. 24(3); 01-02. https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-24-3/empoderamento-na-saude.pdf.

Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: a case study. *International journal of nursing practice*, *16*(1), 27–34. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01809.x.

Chew, L. D., Bradley, K. A., & Boyko, E. J. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family medicine*, *36*(8), 588–594.

Chew, L. D., Bradley, K. A., Flum, D. R., Cornia, P. B., & Koepsell, T. D. (2004). The impact of low health literacy on surgical practice. *American Journal of Surgery*, *188*(3), 250–253. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2004.04.005.

Coleman, C. A., & Fromer, A. (2015). A health literacy training intervention for physicians and other health professionals. *Family Medicine, 47*(5), 388-392.

Coutinho, S. (2009). Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 2(8), 59-64. https://revista.spcir.com /index.php/spcir/article/view /230/229.

Decreto Regulamentar nº 63/94 do Ministério da Saúde (1994). Diário da República: I série nº 253 (02 de novembro). https://www.ers.pt/uploads/document/file/203/16.pdf.

Department of health and human services (2019). Solicitation for Written Comments on an Updated Health Literacy Definition for Healthy People 2030. Federal registrer. https://www.federalregister.gov/documents/2019/06/04/2019-11571/solicitation-for-written-comments-on-an-updated-health-literacy-definition-for-healthy-people-2030.

Despacho nº1400-A/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015). Diário da República: II série nº 28 (10 de fevereiro). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf.

Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República II série, Nº 102 (27-05-2015) (13550-13553).

Despacho nº 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021). Diário da República: II Série, PARTE C, Nº187 (24 de setembro). https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf.

Despacho nº 1380/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2018). Diário da República: II Série, nº28 (8 de fevereiro). https://files.dre.pt/2s/2018/02/028000000/0451104511.pdf.

Despacho nº 6430/2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2017). Diário da República: II série, nº 142 (25 de julho). https://www.iasaude.pt/attachments/article/2944/despacho_6430_2017_lteracia_seguranca_cuidados_saude.pdf.

Detmer, D., Bloomrosen, M., Raymond, B., & Tang, P. (2008). Integrated personal health records: Transformative tools for consumer-centric care. In *BMC Medical Informatics and Decision Making* (Vol. 8). https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-45.

DiMatteo M. R. (1994). The physician-patient relationship: effects on the quality of health care. *Clinical obstetrics and gynecology*, *37*(1), 149–161. https://doi.org/ 10.1097/00003081-199403000-00019.

Direção Geral de Saúde (2010): Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/ 10665/44186/9789241598590_por.pdf?sequence=71&isAllowed=y.

Direção Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente. Relatório Técnico Final.* Direção Geral da Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf.

Direção Geral da Saúde (2017). *Norma nº 001/2017 de 08/02/2017* - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n 0012017-de-08022017-pdf.aspx.

Direção Geral da Saúde. (2018). *Plano de Ação para a literacia em saúde 2019-2021*. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx.

Direção Geral da Saúde (2019). *Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 - Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares.* https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx.

Direcção Geral da Saúde. (2019). *Manual de boas práticas: Literacia em Saúde, Capacitação dos profissionais de saúde*. https://www.chuc.min-saude.pt/media/literaciasaude/ manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.

Duque, E. ,Calheiros, A. (2017). Questões éticas subjacentes ao trabalho de investigação. *Revista EDaPECI São Cristóvão (SE)*. 17(2), 103-118. ISSN: 2176-171X.

Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC public health*, *12*, 130. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-130.

Entidade Reguladora da Saúde (2009). *Consentimento informado: relatório final*. ERS. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf.

Enz, A., Kamaleddine, I., Groß, J., Schafmayer, C., Alwafai, E., Sievers, L., Mittelmeier, W., & Klinder, A. (2021). Is single gloving still acceptable? Investigation and evaluation of damages on sterile latex gloves in general surgery. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(17). https://doi.org/10.3390/jcm10173887.

Enz, A., Klinder, A., Mittelmeier, H., Kundt, G., Mittelmeier, W., & Zaatreh, S. (2018). Damages with high consequences: Analysis of perforations in surgical latex operation gloves from orthopedic surgeries. *European Journal of Microbiology and Immunology*, *8*(4), 159–162. https://doi.org/10.1556/1886.2018.00028.

Enz, A., Kostuj, T., Warnke, P., Osmanski-Zenk, K., Mittelmeier, W., & Klinder, A. (2022). Intraoperative damage to surgical gloves during various operations on the musculoskeletal system: a multicenter study. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, *142*(1), 57–65. https://doi.org/10.1007/s00402-020-03594-1.

Fernandes, S., Arriaga, P., & Esteves, F. (2015). Using an Educational Multimedia Application to Prepare Children for Outpatient Surgeries. *Health Communication*, *30*(12), 1190–1200. https://doi.org/10.1080/10410236.2014.896446.

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência. ISBN: 9789728930837.

Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Vol. Temático (10). 17-26.

Fragata, J. (2012). *Segurança dos Doentes – Uma Abordagem Prática*. Lidel. ISBN: 978-972-757-797-2.

Franco, L. M. C., & Ercole, F. F. (2011). Infeção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas em um hospital público de Minas Gerais. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(3), 399-405.

Foster, S., & Manser, T. (2012). The effects of patient handoff characteristics on subsequent care: a systematic review and areas for future research. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(8), 1105–1124. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31825cfa69.

Giordani, A., Sonobe, H., Ezaias, G., Valério, M., & Barra, M. (2015). Perfil de pacientes cirúrgicos atendidos em um hospital público. *Revista de enfermagem UFPE*, *9*(1), 54-61.

Griffey, R. T., Shin, N., Jones, S., Aginam, N., Gross, M., Kinsella, Y., Williams, J. A., Carpenter, C. R., Goodman, M., & Kaphingst, K. A. (2015). The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy: A randomized, controlled study. *Journal of communication in healthcare*, 8(1), 10–21. https://doi.org/10.1179/1753807615Y.0000000001.

Griffin, J. M., Partin, M. R., Noorbaloochi, S., Grill, J. P., Saha, S., Snyder, A., Nugent, S., Baines Simon, A., Gralnek, I., Provenzale, D., & van Ryn, M. (2010). Variation in estimates of limited health literacy by assessment instruments and non-response bias. *Journal of general internal medicine*, *25*(7), 675–681. https://doi.org/10.1007/s11606-010-1304-2.

Guzys, D., Kenny, A., Dickson-Swift, V., & Threlkeld, G. (2015). A critical review of population health literacy assessment. *BMC public health*, *15*, 215. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1551-6.

Harris, J., Quatman, C., Manring, M., Siston, R., & Flanigan, D. (2013). How to write a systematic review. *American Journal of Sports Medicine*, *42*(11), 2761–2768. https://doi.org/10.1177/0363546513497567.

Harrington, M., & Engelke, M. K. (2016). Health Literacy: Perceptions and Experiences of Pediatric Nephrology Interprofessional Team Members. *Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses' Association*, *43*(1), 15–26.

Haun, J., Luther, S., Dodd, V., & Donaldson, P. (2012). Measurement variation across health literacy assessments: implications for assessment selection in research and practice. *Journal of health communication*, *17 Suppl 3*, 141–159. https://doi.org/10.1080/10810730. 2012.712615.

Henriques, S., Pinheiro, D., & Martins, P. (2019). *As salas de espera em unidades públicas de saúde e a sua potencialidade na promoção de literacia em saúde*. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (149-184). Edições ISPA [ebook].

Huntington, C., Gamble, J., Blair, L., Cox, T., Prasad, T., Lincourt, A., Augenstein, V., & Heniford, T. (2016). Quantification of the effect of diabetes mellitus on ventral hernia repair: Results from two national registries. *American Surgeon*, *82*(8), 661–671. https://doi.org/https://doi.org/ 10.1177/000313481608200822.

Husson, O., Mols, F., Fransen, M. P., van de Poll-Franse, L. V., & Ezendam, N. P. (2015). Low subjective health literacy is associated with adverse health behaviors and worse health-related quality of life among colorectal cancer survivors: results from the profiles registry. *Psycho-oncology*, *24*(4), 478–486. https://doi.org/10.1002/pon.3678.

Hozjan, D., Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. (2014). Alfabetização em saúde e competência percebida no campo da saúde entre estudantes de enfermagem. [In:] Štemberger Kolnik, T., *et al*., (2014). *Eds. Enfermagem em saúde pública: uma coleção de artigos revisados por pares*. Segunda conferência científica com participação internacional, Izola, 31 de janeiro de 2014. Universidade de Primorska. Aneto; 2014.p.179-186

International Council of Nurses (2019). *ICNP Browser*. https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser.

Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial medicine*, *4*, 18. https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-18.

Jay, M., Adams, J., Herring, S. J., Gillespie, C., Ark, T., Feldman, H., Jones, V., Zabar, S., Stevens, D., & Kalet, A. (2009). A randomized trial of a brief multimedia intervention to improve comprehension of food labels. *Preventive medicine*, *48*(1), 25–31. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.10.011.

Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015*. JBI.

Jordan, J. E., Osborne, R. H., & Buchbinder, R. (2011). Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *Journal of clinical epidemiology*, *64*(4), 366–379. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.005.

Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M., & Jensen, H. I. (2022). ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 37(1), 34–39. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002.

Kampouroglou, G., Velonaki, V.-S., Pavlopoulou, I., Drakou, E., Kosmopoulos, M., Kouvas, N., Tsagkaris, S., Fildissis, G., Nikas, K., & Tsoumakas, K. (2020). Parental anxiety in pediatric surgery consultations: the role of health literacy and need for information. *Journal of Pediatric Surgery*, 55(4), 590–596. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2019.07.016.

Kim, S. H., & Lee, A. (2016). Health-Literacy-Sensitive Diabetes Self-Management Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews on evidence-based nursing*, *13*(4), 324–333. https://doi.org/10.1111/wvn.12157.

Kim, Y.-S., Kim, M.-S., Hwang, J.-I., Kim, H.-R., Kim, H.-A., Kim, H.-S., … Kwak, M.-J. (2019). Experiences in Patient Safety Education of Patient Safety Officer Using Focus Group Interview. *Quality Improvement in Health Care*. Korean Society for Quality in Health Care. https://doi.org/10.14371/qih.2019.25.2.2.

Kim, Y.-S., Kwak, M.-J., Kim, M.-S., Kim, H.-A., Kim, H.-S., Chun, J.-H., & Hwang, J.-I. (2019). Safety Education Programs for Patients and Families in Overseas Institutions. *Quality Improvement in Health Care*. Korean Society for Quality in Health Care. https://doi.org/10.14371/qih.2019.25.1.2.

Kommission, E. Der, & Krinko, I. (2018). Prävention postoperativer Wundinfektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *61*(4), 448–473. https://doi.org/10.1007/s00103-018-2706-2.

Koh, H. K., Brach, C., Harris, L. M., & Parchman, M. L. (2013). A proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health affairs (Project Hope)*, *32*(2), 357–367. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1205.

Lam, C.-F., Hsieh, S.-Y., Wang, J.-H., Pan, H.-S., Liu, X.-Z., Ho, Y.-C., & Chen, T.-Y. (2016). Incidence and characteristic analysis of in-hospital falls after anesthesia. *Perioperative Medicine*, *5*(1). https://doi.org/10.1186/s13741-016-0038-z.

LeCuyer, M., Lockwood, B., & Locklin, M. (2017). Development of a Fall Prevention Program in the Ambulatory Surgery Setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, *32*(5), 472–479. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.01.003.

Lee, K. P. (2020). Caroline Hampton Halsted and the origin of surgical gloves. *Journal of Medical Biography*, *28*(1), 64–66. https://doi.org/10.1177/0967772019869167.

Lee, S. W., Cho, M.-R., Lee, H.-H., Choi, W.-K., & Lee, J.-H. (2015). Perforation of Surgical Gloves during Lower Extremity Fracture Surgery and Hip Joint Replacement Surgery. *Hip & Pelvis*, *27*(1), 17. https://doi.org/10.5371/hp.2015.27.1.17.

Lemos, P., Jarret, P., Philip, B. (2006). *Day Surgery. Developmente and Practice*. Internetional Association for Ambulatory Surgery. ISBN: 989-20-0234-2.

Leprohon, J. (2002). A qualidade dos cuidados de Enfermagem. *Revista de Ordem dos Enfermeiros*, p. 26.

Lee, K. P. (2020). Caroline Hampton Halsted and the origin of surgical gloves. *Journal of Medical Biography*, *28*(1), 64–66. https://doi.org/10.1177/0967772019869167.

Iezadi, S., Azami-Aghdash, S., Ghiasi, A., Rezapour, A., Pourasghari, H., Pashazadeh, F., & Gholipour, K. (2020). Effectiveness of the non-pharmaceutical public health interventions against COVID-19; a protocol of a systematic review and realist review. *PloS one*, *15*(9), e0239554. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239554.

Liebner, L. T. (2015). I Can't Read That! Improving Perioperative Literacy for Ambulatory Surgical Patients. *AORN Journal*, *101*(4), 416–427. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.01.016.

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine and community health*, *8*(2), e000351. https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351.

Lopes, A. S., Filipe, B., & Esteves, S. L. (2019). Literacia em saúde: a segurança no comunicar: um instrumento de orientação pedagógica para profissionais de saúde. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 119-147). Lisboa: Edições ISPA [ebook].

Lopes, M. A. (2020). *Padrão de Documentação de Cuidados de Enfermagem no Período Intraoperatório.* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de enfermagem de Coimbra.

Lopes, C. A., & Almeida, C. V. (2019). Introdução. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 17-23). Edições ISPA. [*ebook*].

Machado, N. (2013). *Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - um Modelo de Melhoria Contínua Baseado na Reflexão-Ação* [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa.

Magnani, J. W., Mujahid, M. S., Aronow, H. D., Cené, C. W., Dickson, V. V., Havranek, E., Morgenstern, L. B., Paasche-Orlow, M. K., Pollak, A., Willey, J. Z., & American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council (2018). Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and

Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, *138*(2), e48–e74. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000579.

Mancuso J. M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*, *10*(3), 248–255. https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x.

McKenna, V. B., Sixsmith, J., & Barry, M. (2020). Facilitators and Barriers to the Development of Health Literacy Capacities Over Time for Self-Management. *Health literacy research and practice*, *4*(2), e104–e118. https://doi.org/10.3928/24748307-20200221-01.

McTier, L., Botti, M., & Duke, M. (2015). Patient participation in medication safety during an acute care admission. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, *18*(5), 1744–1756. https://doi.org/10.1111/hex.12167.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, *6*(7), 1–6. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097.

Molina, G., Singal, R., Haynes, A. B., Mahishi, V., Davis, K. K., Foster, G., Miller, M. A., Urman, R. D., Rajan, N., Singer, S. J., Battles, J., & Berry, W. R. (2017). Perception of safety of surgical practice among healthcare professionals who work in an operating room in ambulatory surgery centers in the United States: A retrospective analysis of survey data. *Perioperative Care and Operating Room Management*, *8*, 12–18. https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2017.07.002.

Monachos CL. (2007). Assessing and addressing low health literacy among surgical out patients. *AORN Journal*, 86(3), 373–383. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2007.08.006.

Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (2010). Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, *8*(4), 366–377. https://doi.org/10.1017/S0714980800008576.

Montbleau, K. E., King, D., Henault, L., & Magnani, J. W. (2017). Health literacy, health-related quality of life, and atrial fbrillation. *Cogent medicine*, *4*, 1412121. https://doi.org/10.1080/2331205X.2017.1412121.

Morris, N. S., MacLean, C. D., Chew, L. D., & Littenberg, B. (2006). The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC family practice*, *7*, 21. https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-21.

Nelson R. (2018). Ambulatory Surgery Centers: Are They Safe?. *The American journal of nursing*, *118*(10), 15–16. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000546367.12938.9c.

Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press (US).

Nunes, C., Barroca, M., & Marino, P. (2019). *Promoção da literacia em saúde através dos media*. In C. Lopes, & C. V. Almeida (Coords.), Literacia em saúde na prática (97-117). Edições ISPA [ebook].

Nyman, M. H., Nilsson, U., Dahlberg, K., & Jaensson, M. (2018). Association between functional health literacy and postoperative recovery, health care contacts, and health-related quality of life among patients undergoing day surgery secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Surgery*, *153*(8), 738–745. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0672.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259.

Nutbeam D. (1998). Evaluating Health Promotion: Progress, Problems and Solutions. *Health Promot Int*, 13, 27-44.

Nutbeam D, Harris E, Wise M. (2010). *Theory in a Nutshell: A practical guide to health promotion theories*. McGraw-Hill.

Norman, G., Goh, E. L., Dumville, J. C., Shi, C., Liu, Z., Chiverton, L., Stankiewicz, M., & Reid, A. (2020). Negative pressure wound therapy for surgical wounds healing by primary closure. *The Cochrane database of systematic reviews*, *6*(6), CD009261. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009261.pub6.

Nova, A. (2008). A Eficiência na Gestão dos Cuidados - o Papel do Enfermeiro. Lisboa: Hospital do Futuro. Acedido a 3 de março de 2022 em http://www.hospitaldofuturo.org/group/gestaoeconomiadasaude/forum/topics/1967198:To.

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2.

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. Edição: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. ISBN: 978-989-54837-0-9. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE. Série 1 (1). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.* Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291 02015_VF_site.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Parecer Nº03/2016 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerMCEEMC_03_05.09.2016_ATerapiaPress%C3%A3oNegativa.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; Na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Manual de implementação. Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS.* OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.* OMS.

Otal, D., Wizowski, L., Pemberton, J., Nagel, K., Fitzgerald, P., & Walton, J. M. (2012). Parent health literacy and satisfaction with plain language education materials in a pediatric surgery outpatient clinic: a pilot study. Journal of Pediatric Surgery, 47(5), 964–969. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2012.01.057.

Palo, N., Dash, S. K., Panigrahi, R., Chandel, S. S., Palo, N., Sharma, S., & Priyadarshi, A. (2017). Effects of frequent glove change on outcomes of orthopaedic surgical procedures - A multicenter study on surgical gloves. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, *11*(10), RC01–RC04. https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/29346.10749.

Pande, T., & Naidu, S. (2020). Mesh infection in cases of polypropylene mesh hernioplasty. *Hernia*, *24*(4), 849–856. https://doi.org/10.1007/s10029-020-02142-5.

Paoli, C. J., Reynolds, M. A., Sinha, M., Gitlin, M., & Crouser, E. (2018). Epidemiology and costs of sepsis in the United States-an analysis based on timing of diagnosis and severity level. *Critical Care Medicine*, *46*(12), 1889–1897. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003342.

Papen, U. (2005). *Adult Literacy as Social Practice: More Than Skills* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203347119.

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of general internal medicine*, *10*(10), 537–541. https://doi.org/10.1007/BF02640361.

Patil, U., Kostareva, U., Hadley, M., Manganello, J. A., Okan, O., Dadaczynski, K., Massey, P. M., Agner, J., & Sentell, T. (2021). Health Literacy, Digital Health Literacy, and COVID-19 Pandemic Attitudes and Behaviors in U.S. College Students: Implications for Interventions. *International*

journal of environmental research and public health, *18*(6), 3301. https://doi.org/10.3390/ijerph18063301.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A. (2011) *Health Promotion in Nursing Practice*. 6th Edition, Pearson, Boston.

Pedro, A. R. (2018). *Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente*. [Tese de Doutoramento]. Universidade Nova de Lisboa.

Peters, M. D. J. , Godfrey, C. , McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C. , Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis* Available. https://synthesismanual.jbi.global. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12.Pinto, J., Matias, A., & Sarnadas, L. (2020). Nurses' assessment of patient safety culture in ambulatory surgery: Scoping review protocol. *Revista de Enfermagem Referencia*, *2020*(4), 1–6. https://doi.org/10.12707/RV20059.

Pinto, J. R. L., Matias, A. C. R., & Sarnadas, L. L. (2020). Nurses' assessment of patient safety culture in ambulatory surgery: Scoping review protocol. *Revista de Enfermagem Referencia*, *2020*(4), 1–6. https://doi.org/10.12707/RV20059.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. Artmed Editora, 7ª edição. ISBN: 9788536325453.

Portaria nº 132/2009 de 30 de janeiro (2009). Regulamento das tabelas de preços das instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, I série, nº21 (30/01/2099) (660-758).

Quintela, A., Monteiro, C., & Madureira, M. I. (2019). Inovação em ambiente de sala de espera. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 195-203). Lisboa: Edições ISPA. [*ebook*].

Raauw M. (2014). *Onderwijsprogramma's betreffende health literacy binnen gezondheidsstudies en verpleegkundige opleidingen*. [Bachelor Thesis]. Hanze University of Applied Sciences, Groningen, Netherlands.

Raftery, J., Hanney, S., Greenhalgh, T., Glover, M., & Blatch-Jones, A. (2016). Models and applications for measuring the impact of health research: update of a systematic review for the Health Technology Assessment programme. *Health technology assessment (Winchester, England)*, *20*(76), 1–254. https://doi.org/10.3310/hta20760.

Rajah, R., Hassali, M. a. A., & Murugiah, MK (2019). Uma revisão sistemática da prevalência de alfabetização em saúde limitada em países do Sudeste Asiático. *Saúde Pública*, 167, 8-15.

Ratzan S. C. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health promotion international*, *16*(2), 207–214. https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.207.

Reason, J. (2008). The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries (1st ed.). CRC Press. https://doi.org/10.1201/9781315239125.

Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II série, nº26 (6 de fevereiro). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf.

Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: II série, nº 135 (16 de julho). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf.

Regulamento nº 705/2021 da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa (2021). Diário da República: II série, nº144 (27 de julho). https://files.dre.pt/2s/2021/07/144000000/0012200129.pdf.

Richard D. Urman e Nalini Vadivelu. (2013). *Manejo da Dor Perioperatória*. Imprensa da Universidade de Oxford.

Rosário, R., Martins, M. R. O., Augusto, C., Silva, M. J., Martins, S., Duarte, A., Fronteira, I., Ramos, N., Okan, O., & Dadaczynski, K. (2020). Associations between COVID-19-Related Digital Health Literacy and Online Information-Seeking Behavior among Portuguese University Students. *International journal of environmental research and public health*, *17*(23), 8987. https://doi.org/10.3390/ijerph17238987.

Rothrock, J. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13ª Edição. 2008. Guanabara Koogan. ISBN: 978-989-8075-07-9.

Rudd, R. (2012). Guidelines for creating materials: Resources for developing and assessing materials. Boston, MA: Harvard School of Public Health. http:www.hsph.harvard.edu/healthliteracy.

Santos, A., J., C. (2009). *Sistemas de Cliatização destinados a Blocos Operatórios*. [Tese de Mestrado]. Instituto Superior de Engenharia de Lisboa.

Santos, P.; Sá, L.; Couto, L.; Hespanhol, A. (2017). Health literacy as a key for effective preventive medicine. *Cogent Social* Sciences. 3: 1407522. https://doi.org/10.1080/ 23311886.2017.1407522.

Santos, P.; Sá, L.; Couto, L.; Hespanhol, A. (2018). Sources of information in health education: A crosssectional study in portuguese university students. *AMJ*. 11(6):352–360. https://doi.org/10.21767/AMJ.2018.3435.

Saraiva, D. (2008). Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing*, N.º 235, 28–35.

Sentell, T., Zhang, W., Davis, J., Baker, K. K., & Braun, K. L. (2014). The influence of community and individual health literacy on self-reported health status. *Journal of general internal medicine*, *29*(2), 298–304. https://doi.org/10.1007/s11606-013-2638-3.

Seurer, A. C., & Vogt, H. B. (2013). Low health literacy: a barrier to effective patient care. *South Dakota medicine: the journal of the South Dakota State Medical Association*, *66*(2), 51–57.

Silva, H., Souza, V., & Silva, P. (2016). Sistematização da assistência em enfermagem perioperatória em uma unidade de recuperação pós-anestésica. *Revista de enfermagem UFPE*, *10*(10), 3760-3767.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, *12*, 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80.

Sørensen, K., Schuh, B., Stapleton, G., & Schröder-Bäck, P. (2013). Exploring the ethical scope of health literacy: a critical literature review. *Albanian Med J*, *2*, 71Á83.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043.

Soto Mas, F., Ji, M., Fuentes, B. O., & Tinajero, J. (2015). The Health Literacy and ESL study: a community-based intervention for Spanish-speaking adults. *Journal of health communication*, *20*(4), 369–376. https://doi.org/10.1080/10810730.2014.965368.

Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F. & Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (21), 151-158. https://doi.org/10.12707/RIV19014.

Stannard, J. P., Volgas, D. A., McGwin, G., 3rd, Stewart, R. L., Obremskey, W., Moore, T., & Anglen, J. O. (2012). Incisional negative pressure wound therapy after high-risk lower extremity fractures. *Journal of orthopaedic trauma*, *26*(1), 37–42. https://doi.org/10.1097/BOT.0b013e318216b1e5.

Stephanie, C. J., Mathieu, A., Aurore, M., & Monique, M. R. T. (2021). Outpatients' perception of their preoperative information regarding their health literacy skills and their preoperative anxiety level: Protocol for a prospective multicenter cross-sectional study. *Medicine*, *100*(20), e26018. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000026018.

Streubert, H. L. & Carpenter, D. R. (2023). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. Lusodidacta, 5ª edição. ISBN: 978-989-8075-34-5.

Tao, L. X., & Basnet, D. K. (2014). Study of Glove Perforation during Hip Replacement Arthroplasty: Its Frequency, Location, and Timing. *International Scholarly Research Notices*, *2014*, 1–5. https://doi.org/10.1155/2014/129561.

Thomacos, N. & Zazryn, T. (2013). *Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment Resource*. Enliven & School of Primary Health Care, Monash University.

Timler, D., Kusiński, M., Iltchev, P., Szarpak, Ł., ̈liwczyński, A., Kuzdak, K., & Marczak, M. (2015). Glove failure in elective thyroid surgery: A prospective randomized study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *28*(3), 499–505. https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00428.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Significado da teoria para a enfermagem, enquanto disciplina e profissão. In Tomey, A. M. & Alligood, M., R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem.* Lusociência.

Toussaint, R. J., Abousayed, M. M., & Kwon, J. Y. (2013). Preventing Falls in the Operating Room: A Technique Tip for Safely Tilting the Operating Table. *Foot and Ankle Specialist*, *6*(5), 372–375. https://doi.org/10.1177/1938640013496844.

UNAIBODE (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: Desenvolver uma cultura da qualidade*. Lusociência. ISBN 972-8383-24-X.

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Health_Literacy_Action_Plan.pdf.

Vespa, J., Armstrong, D. M., & Medina, L. (2019). Demographic Turning Points for the United States: Population Projections for 2020 to 2060... [including commentary by Robert A. Eckles]. *Foot & Ankle Quarterly-The Seminar Journal*, 30(3), 146–148.

Visscher, K. L., & Hutnik, C. M. (2015). Reprint of: Health literacy in Canada and the ophthalmology patient. *Canadian journal of ophthalmology. Journal canadien d'ophtalmologie*, *50 Suppl 1*, S40–S46. https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2015.04.008.

Weaver, N. L., Wray, R. J., Zellin, S., Gautam, K., & Jupka, K. (2012). Advancing organizational health literacy in health care organizations serving high-needs populations: a case study. *Journal of health communication*, *17 Suppl 3*, 55–66. https://doi.org/10.1080/10810730.2012.714442.

Williamson, S. S., Chopak-Foss, J. (2015). Differences in Health Literacy Knowledge and Experiences among Senior Nursing Students. *Journal of Georgia Public Health Association*, 5 (2): 184-190.

http://www.gapha.org/wp-content/uploads/2015/11/184-Difference-in-health-literacy-knowledge-and-experiences-among-senior-nursing-students.pdf.

Wilson, R. B., & Farooque, Y. (2022). Risks and Prevention of Surgical Site Infection After Hernia Mesh Repair and the Predictive Utility of ACS-NSQIP. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, *0123456789*. https://doi.org/10.1007/s11605-022-05248-6

Woelber, E., Schrick, E. J., Gessner, B. D., & Evans, H. L. (2016). Proportion of Surgical Site Infections Occurring after Hospital Discharge: A Systematic Review. *Surgical Infections*, *17*(5), 510–519. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1089/sur.2015.241.

Xie B. (2011). Effects of an eHealth literacy intervention for older adults. *Journal of medical Internet research*, *13*(4), e90. https://doi.org/10.2196/jmir.1880.

Zaatreh, S., Enz, A., Klinder, A., König, T., Mittelmeier, L., Kundt, G., & Mittelmeier, W. (2016). Prospective data collection and analysis of perforations and tears of latex surgical gloves during primary endoprosthetic surgeries. *GMS hygiene and infection control 11*, Doc25. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28066701%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5175006.

Zamir, M., Shah, Z., Nadeem, F., Memood, A., Alrabaiah, H., & Kumam, P. (2020). Non Pharmaceutical Interventions for Optimal Control of COVID-19. *Computer methods and programs in biomedicine*, *196*, 105642. https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2020.105642.

Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., & Li, X. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes*, *16*(1), 201. https://doi.org/10.1186/s12955-018-1031-7.

APÊNDICES

APÊNDICE I: Norma de Prevenção de Quedas em contexto de Cirurgia de Ambulatório

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.	MINISTÉRIO DA SAÚDE CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE	**PXX.XXX** **UCA**
IT – Prevenção de Quedas nos doentes Adultos em Cirurgia de Ambulatório		

1. CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

2. DESCRIÇÃO

2.1. Objetivo Geral

- Prevenir a ocorrência de quedas dos clientes durante o processo assistencial na Unidade de Cirurgia de Ambulatório e os danos dela decorrentes.

2.2. Objetivos específicos

- Definir as ações para prevenir quedas dos clientes na Unidade de Cirurgia de Ambulatório.
- Estabelecer os profissionais de saúde responsáveis pela execução das ações definidas anteriormente.
- Proporcionar atendimento assistencial efetivo, sistematizado, seguro e qualificado aos clientes em Cirurgia de Ambulatório.

2.3 Definições e abreviaturas

CHTS – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório
Enf. – Enfermeiro

EQM – Escala de Quedas de Morse

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

2.3. Definição

Segundo a CIPE Cair é: "realizar descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical", que se traduz pelo evento ou episódio – Queda.

Por sua vez, de acordo com Saraiva (2008, p.29), a queda pode ainda ser compreendida como "um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil".

Sendo as quedas uma preocupação enquanto indicador da qualidade em saúde uma vez que são a segunda causa de morte por acidente a nível mundial (OMS, 2012), os profissionais de saúde têm um papel fundamental na formação e criação de ambientes seguros e normas que visem a sua prevenção. Pelo que, a presente norma, encontra-se enquadrada na Norma Interna Geral 077, a qual visa a Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares.

Segundo Morse (2009), as quedas têm diferentes causas e por isso devem ser classificadas como: quedas acidentais, quedas fisiológicas antecipáveis e quedas fisiológicas não antecipáveis.

A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama, mesa operatória, cadeiras, cadeirões e cadeira de rodas.

Em Portugal, de acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes (Notific@), 21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas.

2.4 Fatores que predispõem o risco de queda

- Estado de consciência alterado
- Idade – mais de 65 anos
- Obesidade
- Patologias osteoarticulares associadas, que potenciam as alterações da mobilidade
- Posicionamentos cirúrgicos específicos com necessidades de grandes exposições e angulamentos acentuados
- Necessidade de transferências entre camas / macas / mesas operatórias

- Necessidade de uso de cadeiras / cadeirões
- Presença de dispositivos (bengalas, muletas…)
- Déficits sensitivos e neurológicos

3. ATIVIDADES

3.1 Acolhimento – Enf. de Acolhimento

- Monitorização da EQM e identificação do cliente mediante o score da mesma (pulseira vermelha se risco elevado, consoante a N.005 em vigor na instituição)
- Após monitorização da EQM no aplicativo informático, identificar no processo de enfermagem o diagnóstico de enfermagem e respetivas intervenções de enfermagem, medidas preventivas padronizadas e outras de caráter individualizado
- Verificação dos fatores de risco
- Avaliação do estado de consciência
- Identificação da cirurgia que vai ser realizada
- Identificação do posicionamento necessário
- Selecionar o tipo de transferência
- Registos informáticos
- Comunicação de informação relevante
- Verificação da funcionalidade do equipamento de transporte / transferência
- Providenciar vestuário e calçados adequados à marcha (protetores / meias antiderrapantes)

- Orientação da pessoa em relação ao ambiente
- Verificar que as cadeiras, camas, cadeirões e outros equipamentos estão travados

3.2 Transferência do cliente para a mesa operatória – Mediante avaliação diagnóstica do enfermeiro de acolhimento e enfermeiro de anestesia, da necessidade e condição do doente. Dependendo do juízo diagnóstico pode ser necessária a intervenção dos seguintes profissionais: Anestesiologista, Enf. anestesia, Enf. circulante, Enf. de acolhimento e Assistente Operacional.

- Comunicação segura e eficiente: definir papéis dos profissionais antes da transferência
- Usar preferencialmente meios mecânicos de transporte
- Subir grades de proteção lateral
- Baixar a maca / cama

Nota: Mesmo em clientes com baixo risco de queda e independentes no autocuidado transferir-se, o mesmo deve ser supervisionado pelo Enf. de anestesia e/ou Enf. circulante e Assistente Operacional.

3.3 Sala Operatória

- Assegurar que a maca / mesas operatórias estão travadas – Enf. Circulante e /ou Enf. de Anestesia
- Garantir Piso limpo e seco

3.3.1 Indução Anestésica

Anestesia Geral:

- Manter a vigilância do paciente durante a preparação –Anestesiologista e Enf. de anestesia
- Imobilizar membros superiores no suporte de braços – Enf. de anestesia

- Imobilizar tronco – Enf. de anestesia

Nota: No momento do "acordar", reversão da anestesia e extubação devem estar presentes pelo menos 4 elementos: Anestesiologista à cabeceira, Enf. de anestesia do lado de administração de medicação, o Enf. Circulante no lado contralateral e o Assistente Operacional aos pés. Em caso de agitação psicomotora pedir colaboração ao 5º elemento – Cirurgião.

Anestesia regional:

- Manter vigilância do cliente durante toda a preparação – Enf. de anestesia e anestesiologista
- Mobilização do cliente durante o procedimento – Enf. de anestesia ou Enf. circulante

3.4 Procedimento Cirúrgico

- Posicionar o cliente para a cirurgia – Cirurgião, Anestesiologista, Enf. de anestesia e Enf. circulante
- Imobilizar membros superiores – Enf. de anestesia
- Imobilizar tronco e/ou pelve – Enf. circulante e /ou Enf. de anestesia
- Imobilizar membros inferiores adequado às necessidades do procedimento – Enf. circulante
- Disponibilizar / usar suportes ou "cintos de segurança" e materiais e equipamentos de apoio para contenção de movimentos de trendelenburg, proclive e deslizamentos laterais – Enf. de anestesia e Enf. circulante

3.5 Transferência do cliente da mesa operatória para a maca / cama – de 4 a 5 elementos mediante avaliação diagnóstica da necessidade: Anestesiologista, Enf. de anestesia, Enf. circulante, Assistente Operacional e Cirurgião se necessário, sendo que o número mínimo de elementos são 4.

- Comunicação segura, definir papéis dos profissionais antes da transferência
- Garantir imobilidade / bloqueio da mesa operatória / maca / cama - Enf. circulante
- Verificar bom funcionamento do transfer – Enf. circulante

3.6 Recobro Imediato / Recobro I – Enf. de recobro

- Manter vigilância direta do cliente durante todo o período de recuperação do processo anestesiológico
- Orientar cliente no espaço no pós-operatório imediato
- Manter grades da cama
- Travar cama / maca
- Assistir nos autocuidados transferir-se e deambular (ex: especialidade de Oftalmologia)
- Na alta do paciente para domicílio, transferência de serviço ou transferência para outra unidade de cuidados de saúde, monitorizar a EQM

Nota:

- Nos pacientes que apresentam dificuldade de marcha ou déficit sensitivo / motor, a deambulação deve ser assistida por dois profissionais: Enfermeiro e Assistente Operacional.
- O 1º levante pós-cirúrgico deve ser assistido e/ou supervisionado por um ou dois profissionais de Enfermagem, mediante avaliação diagnóstica efetuada pelo Enfermeiro.
- Elevação das grades das macas/camas sempre que a pessoa é transportada.

3.7 Recobro Tardio / Recobro II – 2 Enfermeiros de recobro

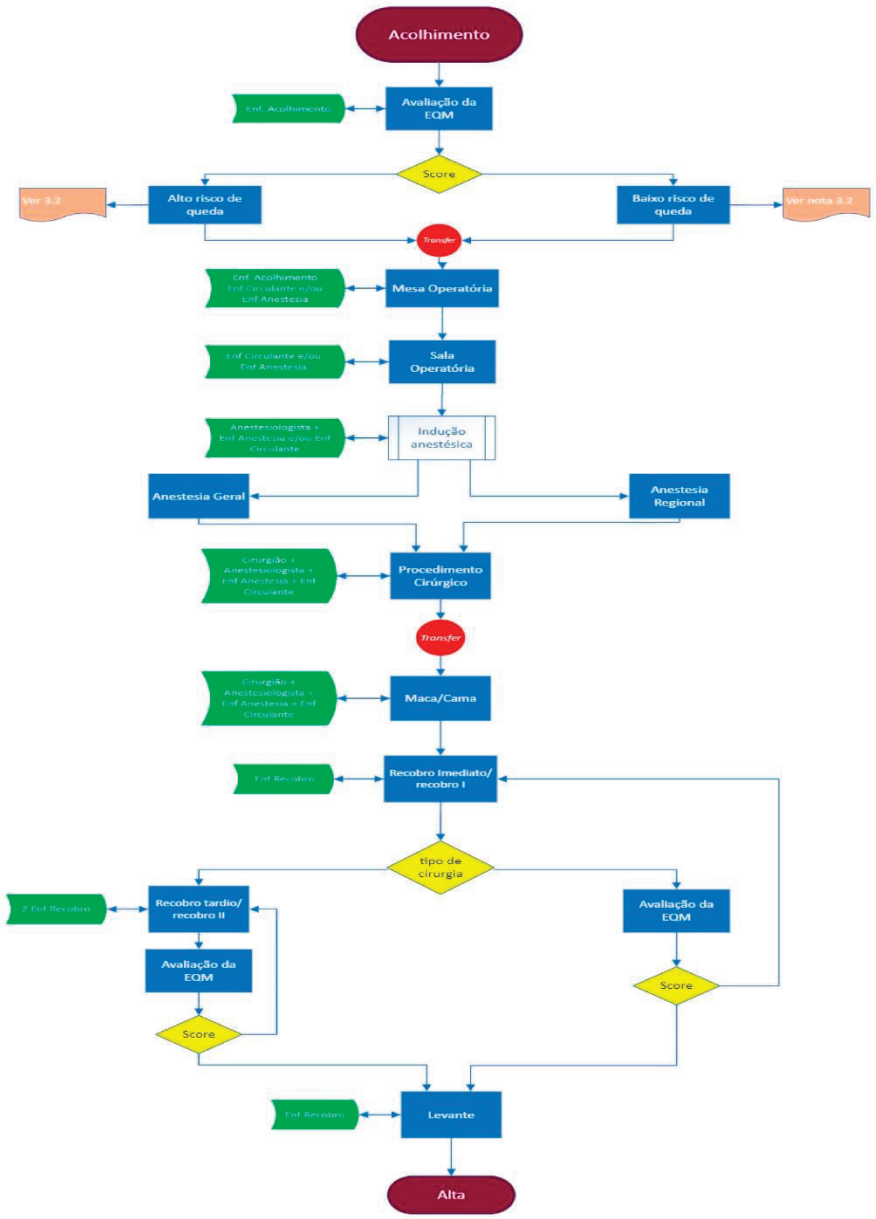
- Orientar cliente no espaço e ambiente
- Subir / manter grades da cama

- Manter cama na posição mais baixa e adequada ao cliente
- Manter sistema de chamada acessível (campainha)
- O 1º levante deve ser avaliado e assistido pelo Enf. de recobro
- Assistir e supervisionar o cliente nas atividades / autocuidados transferir-se, deambular, vestir-se e uso de sanitário no pós-operatório tardio.
- Otimizar o ambiente físico: iluminação adequada, remoção de barreiras e obstáculos no percurso da marcha, piso seco e limpo
- Calçado e vestuário adequados à marcha
- Ajudas sensoriais acessíveis (óculos e aparelhos auditivos)
- Cadeirões, camas e outros equipamentos travados
- Mesa auxiliar, telefone, e outros itens utilizados com frequência, ao alcance do paciente
- Dispositivos de segurança disponíveis e acessíveis e em condições de utilização seguras (barras de apoio nos sanitários)
- Na alta do cliente para domicílio, transferência de serviço ou transferência para outra unidade de cuidados de saúde, monitorizar a EQM

Nota: Mediante avaliação do risco de queda através da escala Morse (sem risco, baixo ou alto risco), adequar as intervenções de enfermagem ao plano de cuidados.

4. Fluxograma

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.	MINISTÉRIO DA SAÚDE CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE	PXX.XXX UCA
IT – Prevenção de Quedas nos doentes Adultos em Cirurgia de Ambulatório		



5. Bibliografia

Comité Internacional de Enfermeiros – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). 2011. ISBN: 978-929-509-435-2.

Kobayashi K, Ando K, Suzuki Y, et al. Characteristics of outpatient falls that occurred in hospital. Nagoya J Med Sci.2018; 80(3):417-422.

Lam C-F, Hsich S-Y, Wang J-H, et al. Incidence and characteristic analysis of in-hospital falls after anestesia. Perioper Med. 2016; 5(1): 1-7.

Morse, J., et. al – Development of a scale to identify the fall-prone patient. Canadian Journal on Aging. 1989, Vol. 8, N. º4, p. 366-377.

Prielipp RC, Weinkauf JL, Esser TM, Thomas BJ, Warner MA. Falls from the O.R or Procedure Table. Anesth Analg. 2017;125(3):846-851.

Saraiva, D.M.R.F. [et al.] – Quedas: indicador da qualidade assistencial. Nursing. 2008, N.º 235, p. 28-35.

Toussiant RJ, Abousayed MM, Know JY. Preventing Falls in the Operating Room: A Technique Tip for Safely Tilting the Operating Table. Foot Ankle Spec. 2013; 6(5):372-375.

Norma DGS 008.2019 – Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares.

Norma Geral 077.001 do CHTS – Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares

Instrução de Trabalho IT 002-002 Geral do CHTS – Escala de Quedas de Morse e Intervenções a Implementar

7. ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

Não existem alterações a assinalar – 1º versão.

APÊNDICE II: Protocolo de atuação em caso de incêndio na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Protocolo de atuação

1. CAMPO DE APLICAÇÃO

Na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

2. DESCRIÇÃO

2.1. Objetivos

- Definir um plano de emergência em caso de incêndio na Unidade de Cirurgia de Ambulatório
- Definir as funções para cada profissional presente

2.2. Definições e abreviaturas

AORN - Association of periOperative Registered Nurses

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Enf. – Enfermeiro

GRL – Gestor de Risco Local

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Os elementos básicos do incêndio estão sempre presentes durante uma cirurgia e qualquer lapso por mais inocente poderá resultar em catástrofe.

O incêndio surge quando os elementos que suportam a combustão – o elemento de ignição, o elemento de combustão e o elemento de oxidação, se juntam. Estes três elementos são conhecidos pelo *Triângulo do Incêndio*.

Ignição: Unidade de eletrocirurgia, laser, luz de fibra ótica, cabo de fibra ótica, pás de desfibrilhador e equipamento elétrico.

Combustão: fardas do bloco, campos cirúrgicos, compressas, roupa da marquesa, protetores do calçado, toucas, máscaras, pensos, soluções antissépticas, aerossóis, tecido corporal e cabelo.

Oxidante: Oxigénio e protóxido de azoto.

Fogo: Reação química que se manifesta por chamas, fumos, outros gases e pela libertação de calor.

Avaliação do Risco de Incêndio e Explosão:

- ✓ ***Pontos Perigosos***: pontos em que a probabilidade de ocorrência de um incêndio é mais elevada
- ✓ ***Pontos Nevrálgicos***: Locais que, quando afetados, contribuem de forma significativa para o aumento das consequências e gravidade da situação, sendo por isso pontos a preservar prioritariamente em caso de sinistro.

Na eventualidade de ocorrência de um incêndio na área operatória, os elementos deverão seguir os standards estabelecidos no procedimento na resposta a um incêndio e ativar o **RACE**

R Rescue the individual involved in the fire
Salvar o indivíduo envolvido no incêndio

A Alarm should be sounded as soon as possible
Ativar o alarme o mais rápido possível

C Confine the fire
Delimitar o incêndio

E Extinguish the fire anf evacuate if required
Extinguir o incêndio e evacuar se necessário

2.3. Funções

GRL / Responsável presente

1. Ordena

1.1 Ligar o 6148 (a outro profissional presente para comunicar a ocorrência e as suas consequências – número de vítimas e seu estado. Avisar as restantes salas e profissionais da UCA e manter informados quanto à eventual evacuação)

1.2 Intervenção – indicar quem deve combater o incêndio com os extintores e bocas de incêndio do tipo CARRETEL existentes nas proximidades

1.3 Evacuação - designar os profissionais para evacuarem as vítimas e pacientes em perigo para os locais de refúgio interiores e pontos de reunião exteriores (não esquecer de verificar as instalações sanitárias e vestiários). Seguir as prioridades - RISCO DE VIDA – RISCO PARA A SAÚDE – RISCO DE MAL-ESTAR.

1.3.1 Transportar para os locais de refúgio ou pontos de reunião o carro de emergência e as balas de oxigénio

1.3.2 Conferir os evacuados (lista de pacientes/ lista de contatos)

2. **Determina o local de refúgio –** Outra sala de operações, recobro, sala de cirurgia do Bloco Operatório Central e sala de radiologia de intervenção.

3. **No caso de necessitar de reforço na evacuação ligar o 6148 e solicitar apoio –** ativa os outros meios e profissionais

4. **Aguardar a Brigada e colaboradores prestando informações –** decide sobre o corte de energia, gases e ventilação

5. **Prestar informações ao coordenador de Emergência**

6. **No final ligar o 6148 a informar que terminaram as ações**

Intervenção

- Atuar com o extintor mais próximo
- Atuar com o CARRETEL, apenas se o corte elétrico foi efetuado
- Isolar a área de refúgio (toalhas molhadas), fechar as portas e janelas
- Abrir as portas de emergência para entrada dos bombeiros e equipas.

De Quem contacta o 6148

- Ligar o 6148
  - ✓ Identificação
  - ✓ A extensão do telefone de onde o declarante está a ligar
  - ✓ Localização exata e pontos de referência
  - ✓ O número, sexo e a idade aparente das pessoas feridas ou afetadas
  - ✓ As principais queixas
  - ✓ O local de refúgio

2.4.4 Chefe de Equipa de Cirurgia – Médico Cirurgião

- Ordenar ao Enf. circulante para designar com o Enf. responsável, o local de refúgio onde poderá concluir a cirurgia (outra sala de operações, recobro, sala de operações do Bloco Operatório Central, sala da radiologia de intervenção/sala Híbrida)
- Preparar o doente para a evacuação
- Tranquilizar e coordenar a equipa

2.4.5 Enfermeiro Circulante

- Comunicar a ocorrência ao Enf. responsável da UCA (Enf. Chefe ou substituto), para designar o local de refúgio onde se poderá concluir a cirurgia (outra sala de operações, recobro, sala operatória do BOC, sala da radiologia de intervenção/sala Híbrida)
- Verificar e solicitar a desobstrução das vias de evacuação
- Conduzir a equipa para o local designado pelo responsável da UCA de modo a concluir a cirurgia

- Executar outras tarefas ordenadas pelo chefe de equipa ou pelo responsável da UCA
- Assegurar pela segurança do paciente
- Apagar pequenos incêndios com os líquidos apropriados
- Prevenir que as chamas se propaguem para os sapatos e roupa cirúrgica
- Ativar o alarme
- Remover material incandescente do paciente ou campo cirúrgico e apagar no chão
- Desligar todo o equipamento se incêndio é elétrico
- Retirar fluidoterapia e colocar junto do paciente e transportar para fora do bloco
- Ajudar o Enf. de anestesia a desmonitorizar o paciente
- Não adiar a evacuação

2.4.6 Enfermeiro de Anestesia

- Colaborar com o anestesiologista no suporte de vida do paciente
- Ajudar no seu transporte para o local de refúgio
- Cumprir as tarefas ordenadas pelo Chefe de Equipa
- Colaborar com o Enf. circulante na necessidade de desligar as válvulas dos gases medicinais
- Desligar todo o equipamento elétrico do ventilador
- Desconectar qualquer fio que se ligue ao paciente
- Manter o estado anestésico do paciente e juntar os fármacos necessários para a sua manutenção durante o transporte

2.4.7 Anestesiologista

- Assegurar o suporte de vida básico e/ou avançado do paciente
- Colaborar na transferência do paciente para o local de refúgio
- Cumprir as tarefas ordenadas pelo chefe de equipa

- Encerrar o fluxo de gases medicinais
- Manter a ventilação com insuflador e máscara e ar ambiente

2.4.7 Enfermeiro Instrumentista

- Remover do paciente material que poderá estar em chama
- Ajudar à conclusão do procedimento
- Colaborar com o chefe de equipa na preparação do paciente para a sua transferência para o local de refúgio
- Transportar os instrumentos e materiais necessários para a conclusão da cirurgia
- Colocar lençol esterilizado sobre o campo cirúrgico e mesa operatória
- Cumprir as tarefas ordenadas pelo chefe de equipa

2.4.9 Assistentes operacionais

- Libertar e desimpedir os corredores
- Assegurar equipamentos para o transporte do paciente conforme pedido pela Enf. circulante
- Ajudar a criar área para a transferência dos pacientes
- Seguir as instruções para a evacuação dos pacientes se necessário
- Ajudar onde necessário

Nota: É responsabilidade de todos os profissionais conhecerem o plano de emergência interno do hospital, presente na INFONET.

3. DOCUMENTAÇÃO ASSOCIADA

AORN – ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES – STANDARDS, RECOMMENDED PRACTICES, AND GUIDELINES, USA, COLORADO, 2007**.**

DUARTE, A. & MARTINS, O. (2014). ENFERMAGEM EM BLOCO OPERATÓRIO. LISBOA: LIDEL-EDIÇÕES TÉCNICAS, LDA. ISBN: 978-972-757-959-4

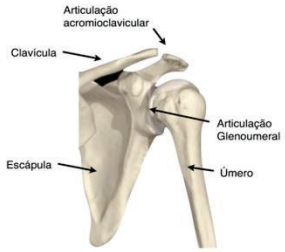
ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS. (2006). ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - DA FILOSOFIA À PRÁTICA DOS CUIDADOS. (1º REIMPRESSÃO, MARÇO 2012). LOURES: LUSODIDACTA. ISBN: 978-972-8930-16-5

APÊNDICE III: Panfleto de ensino ao cliente submetido a artroscopia do ombro

Anatomia do Ombro

O ombro é composto por três partes: o osso do braço (úmero), omoplata (escápula) e a clavícula.

A cabeça do úmero encaixa-se numa cavidade rasa do ombro, chamada de glenóide.



Em que consiste a cirurgia?

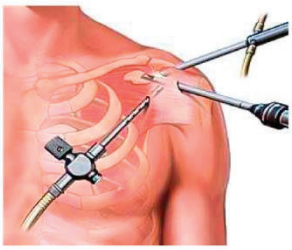
A artroscopia do ombro é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva que permite explorar o interior da articulação através de pequenas incisões na pele, sendo a maior parte das patologias previamente diagnosticadas.

É realizada em regime de ambulatório.

Quais são as patologias associadas?

Várias são as causas que poderão estar associadas à patologia do ombro entre elas destacam-se:

- Traumatismo;
- Envelhecimento da articulação;
- Lesão do manguito rotador;
- Tendinite;
- Luxação recidivante de ombro;
- Fraturas.



Cuidados Pré-Operatórios

Antes da cirurgia, deve recordar os seguintes cuidados:

-**Jejum** de pelo menos 6 horas;

-**Retirar próteses** (dentária, auditiva, ocular) **e adornos** (anéis, pulseiras, colares, relógios);

-**Banho pré-cirúrgico** na véspera da cirurgia

-Necessidade de **suspensão de determinadas medicações**, mediante indicação médica

Anestesia

O posicionamento na mesa operatória poderá ser sentado ou deitado de acordo com a preferência do cirurgião e dependendo da patologia em causa.

Será realizada uma anestesia geral associada ou não uma anestesia regional do plexo braquial (injeção anestésica local aplicada na região do pescoço, clavícula ou axila).

Cuidados no Pós-Operatórios

Após a cirurgia ficará algumas horas na sala de recobro para supervisão e controlo da dor. A alta hospitalar poderá ser no próprio dia ou no dia seguinte.

No domicílio é recomendado:

- Não fazer esforços com o braço operado.
- Imobilizar o membro com um suporte de braço.
- Não molhar o penso. Seguir indicação para realização de novo penso e remoção de pontos no centro de saúde.
- Aplicar gelo no local operado pelo menos 3x dia, em períodos de 20 minutos.
- Mobilizar as partes distais do membro operado (dedos da mão).
- Vigilância neuro vascular (coloração o braço, temperatura e sensibilidade).
- Necessita de ajuda para realizar atividades diárias (Ex: começa a vestir pelo lado operado e despir pelo lado contrário).
- Deve permanecer com um acompanhante nas primeiras 24 horas.
- Alimentação ligeira no dia da operação. A partir do segundo dia, dieta geral.
- Comparecer à consulta de pós-operatório.

Deve recorrer ao Serviço de Urgência no caso de:

- **Dor intensa e persistente;**
- **Edema (inchaço) no membro operado;**
- **Febre;**
- **Hemorragia.**

Em caso de dúvida, pode contactar a UCA, através do número 255714265 de Penafiel ou o nº 255410500 de Amarante das 8.00h as 20h de segunda-feira a sexta-feira.

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.



Cuidados de Enfermagem aos utentes submetidos a Artroscopia do Ombro

APÊNDICE IV: Panfleto de ensino ao cliente submetido a cirurgia de ouvido

Recomendações pós-operatórias para o doente submetido a timpanotomia exploradora / timpanoplastia

- Não deixar água entrar no ouvido até o seu otorrinolaringologista o permitir. Quando tomar banho ou molhar a cabeça usar uma bolinha de algodão envolvida em creme gordo ou vaselina e tapar o ouvido. A seguir ao banho, remover o algodão.
- Se for o caso não deixar que a ferida cirúrgica que tem atrás da orelha contacte com água até observação médica.
- Não assoar o nariz até o médico dar a indicação de que o ouvido já ciacatrizou. Se sentir necessidade de espirrar deve fazê-lo sempre com a boca aberta.
- Não tentar abrir /rebentar ou "dar estalinhos" os ouvidos tapando o nariz e fazendo pressão, isto irá prejudicar a cicatrização do ouvido e consequentemente o resultado final da cirurgia.
- Resguardar-se para não ficar constipado, pois pode ser prejudicial para o ouvido intervencionado. Se ficar constipado deve lavar o nariz com soro fisiológico ou água do mar frequentemente.
- É normal sentir pulsar ou estalidos após a cirurgia, é também normal sentir dor ligeira que cede com a medicação analgésica que leva na receita para o domicílio. Poderá ter também sensação de líquido dentro do ouvido.
- É normal sentir ligeiras tonturas com movimentos bruscos da cabeça. As tonturas devem ser preocupantes se agravarem ou forem insuportáveis.
- Relativamente à audição geralmente não se nota uma melhoria significativa após a cirurgia, podendo até sentir que está pior nos dias seguintes à cirurgia devido ao tamponamento que tem no ouvido e pelo edema ou inchaço que tem nos tecidos. É de esperar uma melhoria da audição algumas semanas após a cirurgia.
- Deverá contactar o médico que o operou ou recorrer ao serviço de urgência em caso de:
    - Líquido de cor amarela/esverdeada ou com mau cheiro a sarir do ouvido operado
    - Febre
    - Cara adormecida ou inchada
    - Sangrar em abundância do ouvido ou das feridas operatórias
    - Dor que não alivia com a medicação que levou para casa
    - Tonturas insuportáveis

APÊNDICE V: Plano de cuidados da pessoa no pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório

Processo de enfermagem no perioperatório

O processo de enfermagem possibilita a promoção e manutenção da saúde, através da formulação de diagnósticos de enfermagem e é a base de sustentação às ações de enfermagem, sendo considerado uma forma ordenada e sistemática do agir do enfermeiro para identificar e resolver os problemas identificados. É constituído por cinco etapas interligadas: a avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação. Traduz-se num processo contínuo e dinâmico que promove cuidados de enfermagem individualizados e ajuda o enfermeiro a dar respostas às necessidades do paciente de forma atempada e consciente, para melhorar ou manter o nível de saúde do mesmo.

De acordo com Silva et al., (2016) a elaboração de diagnósticos de enfermagem promove o desenvolvimento de sistemas de classificação, assim como a criação de conceitos que fazem parte da linguagem profissional da ciência da enfermagem.

Segundo a DGS (2017) uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, contribuindo para a diminuição de omissões de informação e promovendo a continuidade dos cuidados.

Deve ser objetivo de todos os enfermeiros em geral e em particular dos enfermeiros do perioperatório a prestação de cuidados de qualidade que satisfaçam as necessidades individuais da pessoa e sua família, fato que só é possível monitorizar com indicadores que traduzam efetivamente a prática de enfermagem.

"Até à década de 1960, as intervenções de enfermagem aos doentes cirúrgicos cingiam-se à colaboração na realização de cirurgias, atendendo aos pedidos da equipa médica e ao desenvolvimento de ações preventivas e promotoras de um ambiente intraoperatório seguro. Ao longo dos anos, a enfermagem no seio da equipa cirúrgica assumiu outras responsabilidades, resultando numa maior expansão da classe, maior busca de conhecimento científico na área e melhoria dos cuidados prestados" (Giordani et al., 2015; Santos, Silva, Brito, Ferreira & Veras, 2013, cit por Lopes, 2020, p.23).

Durante o estágio elaborou-se um plano de cuidados *standard* do paciente em Cirurgia de Ambulatório, pois os registos de enfermagem permitem uma transmissão de informação eficaz e são a garantia da informação necessária para a continuidade dos cuidados. Importa também, realçar a importância da taxonomia CIPE, adaptada aos

sistemas de informação de enfermagem, sendo o aplicativo em vigor na UCA o *Patient Care*.

Apesar do plano de cuidados resultar dos dados colhidos e ser individualizado para cada paciente, existem diagnósticos de enfermagem transversais ao perioperatório e que se podem dividir no período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

A identificação e clarificação dos diagnósticos de enfermagem no contexto do perioperatório constitui uma oportunidade para a enfermagem documentar as suas intervenções e contribuir para o avanço da profissão e "por sua vez, a documentação padronizada dos cuidados de Enfermagem prestados em contexto de bloco-operatório (BO) é crucial para a sistematização da informação, para a continuidade dos cuidados, bem como para a minimização dos erros e para a segurança dos doentes neste contexto" (Lopes, 2020, p.9).

"A melhoria dos registos de enfermagem permite não só dar visibilidade à profissão de Enfermagem mas também a sistematização e a estandardização da documentação da informação, respeitando concomitantemente a individualidade de cada doente. Não menos importante, evidencia o valor dos cuidados de enfermagem e a sua relevância na prevenção da doença, na promoção e na recuperação da saúde do doente" (Lopes, 2020, p.96).

É fundamental que o enfermeiro conheça a diversidade de focos de atenção, diagnósticos possíveis e planeie intervenções, com o objetivo de proporcionar uma experiência cirúrgica isenta de danos para o paciente.

Foram elencados os diagnósticos que ocorrem com maior frequência em cada fase do perioperatório no paciente em Cirurgia de Ambulatório.

Plano de cuidados no pré-operatório:

Dados relevantes para o diagnóstico	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Sentimentos de ameaça, perigo e angústia decorrente do desconhecido que é o processo cirúrgico	**Ansiedade**	▪ Incentivar a comunicação de emoções ▪ Esclarecer dúvidas do paciente ▪ Executar técnica respiratória ▪ Incentivar suporte familiar ▪ Gerir ambiente físico o Adequar níveis de ruído ambiente o Adequar temperatura ambiente
Falta de informação e não desenvolvimento de competências.	**Conhecimento sobre autocontrolo ansiedade não demonstrado**	▪ Ensinar sobre técnica de respiração ▪ Ensinar técnica de relaxamento ▪ Ensinar sobre hospitalização ▪ Ensinar sobre procedimento cirúrgico
Emoção negativa, sensação de ameaça, perigo ou perturbação devido ao desconhecimento e falta de informação da indução anestésica e do processo cirúrgico	**Medo**	▪ Encorajar a expressão dos medos ▪ Esclarecer dúvidas do paciente ▪ Executar técnica de distração ▪ Incentivar suporte familiar

Plano de cuidados no intraoperatório:

Dados relevantes para o diagnóstico	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Utilização de instrumental cirúrgico e material quantificável	**Risco de retenção de corpo estranho**	▪ Contabilizar instrumentos cirúrgicos ▪ Contabilizar compressas ▪ Contabilizar perfuro cortantes
Alteração do estado de consciência do paciente devido a efeitos da pré-medicação ou à anestesia geral	**Risco de Queda**	▪ Monitorizar risco de queda através da Escala de Morse ▪ Executar medidas de segurança o Elevar grades da mesa operatória o Aplicar fitas de contenção o Travar a mesa operatória o Colocar mesa operatória o mais baixo possível ▪ Vigiar comportamento
Anestesia geral e relaxamento muscular necessário para a realização do procedimento cirúrgico	**Risco de Hipoventilação**	▪ Monitorizar SpO2 ▪ Monitorizar FR ▪ Vigiar ventilação o Tipo: torácica, abdominal, toraco-abdominal o Amplitude: superficial, profunda o Simétrica, assimétrica o Frequência: normal, taquipneia, bradipneia ▪ Otimizar dispositivo de oxigenoterapia ▪ Otimizar ventilação através de técnica de posicionamento o Elevar cabeceira da cama o Posicionar paciente ▪ Executar técnica respiratória

Anestesia geral e perda dos reflexos protetores da traqueia	**Risco de aspiração**	▪ Otimizar sonda gástrica ▪ Aspirar secreções ▪ Executar manobra de *selick* durante entubação traqueal ▪ Vigiar reflexo de deglutição ▪ Vigiar tosse o Eficaz ou ineficaz o Tipo: seca, produtiva, rouca, com estridor, irritativa, não produtiva ▪ Executar técnica de posicionamento preventivo da aspiração ▪ Assistir na técnica de posicionamento preventivo da aspiração
Intervenção cirúrgica, laceração de vasos sanguíneos	**Risco de hemorragia**	▪ Vigiar hemorragia ▪ Monitorizar perda de sangue ▪ Monitorizar FC ▪ Monitorizar TA ▪ Monitorizar FR
Posicionamento cirúrgico e/ou utilização de garrote	**Risco de trombose venosa profunda**	▪ Vigiar perfusão tecidular periférica ▪ Aplicar corretamente garrote pneumático
Exposição de vísceras e temperatura ambiente	**Risco de hipotermia**	▪ Monitorizar temperatura corporal ▪ Aplicar medidas de aquecimento ativo ▪ Aplicar medidas de aquecimento passivo
Posicionamento cirúrgico não adequado	**Risco de lesão perioperatória por posicionamento**	▪ Identificar zonas de risco de LPPP ▪ Proteger zonas de risco LPPP ▪ Otimizar o posicionamento cirúrgico do paciente ▪ Aplicar faixa de segurança para membros inferiores ▪ Aplicar faixa de segurança para membros superiores ▪ Apoiar as articulações

		○ Região poplítea ○ Região axilar ○ Região cervical
Ausência de reflexos protetores da córnea Posicionamento cirúrgico não adequado	**Risco de úlcera da córnea**	▪ Proteger olhos do paciente ○ Encerramento palpebral ○ Lubrificante ocular gel
Forças de fricção ou torção Zonas de pressão associadas ao posicionamento cirúrgico	**Risco de úlcera de pressão**	▪ Monitorizar risco de úlcera de pressão: Escala de Braden ▪ Aliviar zonas de pressão através de dispositivos ▪ Assistir o doente a posicionar-se ▪ Executar técnica de posicionamento ▪ Avaliar a pele ○ Coloração: rosácea, vermelha, pálida, cianótica ○ Temperatura: fria, quente ○ Características: hidratada, seca, fissurada, gordurosa, húmida ○ Textura: macia e lisa, áspera
Utilização de eletrocirurgia durante os procedimentos cirúrgicos Fluidos de lavagem excessivamente quentes	**Risco de queimadura**	▪ Utilizar corretamente o eletrobisturi ▪ Colocar placa dispersiva ou elétrodo neutro ▪ Usar adequadamente os antissépticos ▪ Controlar temperatura dos fluidos de lavagem ▪ Proteger o corpo do contacto com partes metálicas da mesa cirúrgica ▪ Proteger bisturi quando não está a ser utilizado
Procedimentos invasivos Ambiente hospitalar	**Risco de infeção**	▪ Monitorizar temperatura corporal ▪ Monitorizar glicemia capilar

Exposição ambiental aumentada Defesa secundária inadequada Doença crónica		▪ Administrar profilaxia antibiótica segundo protocolo ▪ Gerir temperatura ambiente ▪ Cumprir princípios de assepsia ▪ Desinfeção do campo cirúrgico ▪ Verificar condições de reprocessamento dos dispositivos médicos
Utilização de sedativos e hipnóticos	**Confusão**	▪ Executar terapia de orientação para a realidade ▪ Estimular a memória

Grande parte dos diagnósticos identificados no intraoperatório são de risco, o que denota a natureza preventiva das intervenções do enfermeiro perioperatório e está relacionado com fatores internos e externos ao paciente que potenciam a ocorrência de eventos adversos, mas que através de determinadas intervenções de enfermagem podem ser evitados.

Plano de cuidados no pós-operatório:

Dados relevantes para o diagnóstico	Diagnostico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Agressão da intervenção cirúrgica	**Dor presente**	▪ Monitorizar a dor ▪ Vigiar a dor ▪ Gerir analgesia segundo protocolo ▪ Posicionar paciente em posição antiálgica ▪ Aplicar envolvimento frio ▪ Aplicar técnicas não farmacológicas de controlo da dor – técnica de relaxamento e imaginação guiada ▪ Identificar com o paciente fatores que intensificam a dor ▪ Identificar com o paciente fatores que aliviam a dor ▪ Reavaliar dor após administração terapêutica
Anestesia geral Anestesia loco-regional	**Risco de retenção urinária**	▪ Monitorizar eliminação urinária ▪ Vigiar eliminação urinária ▪ Estimular a eliminação urinária ▪ Vigiar sinais de retenção urinária o Distensão abdominal o Dor supra-púbica o Globo vesical o Sudorese o Agitação
Corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante	**Ferida cirúrgica**	▪ Executar tratamento à ferida cirúrgica ▪ Vigiar ferida cirúrgica ▪ Vigiar penso da ferida cirúrgica
Crenças erradas	**Adesão ao regime**	▪ Assistir o paciente a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico ▪ Reforçar crenças de saúde

Falta de colaboração do paciente no processo saúde-doença Não cumprimento do regime terapêutico	**terapêutico não demonstrada**	▪ Incentivar a tomada de decisão com conhecimento ▪ Informar sobre serviços de saúde
Deficit de informação	**Conhecimento sobre dor, não demonstrado**	▪ Ensinar sobre autocontrolo da dor ▪ Ensinar sobre medidas não farmacológicas para o alívio da dor ▪ Adequar o posicionamento o Massajar o Aplicar frio o Aplicar calor ▪ Ensinar sobre técnica de relaxamento
	Hematoma	▪ Avaliar hematoma ▪ Aplicar envolvimento frio ▪ Aplicar penso compressivo
Entubação endotraqueal Ventilação artificial Relaxamento muscular Anestésicos	**Limpeza da via aérea ineficaz**	▪ Aspirar secreções ▪ Incentivar o paciente a tossir ▪ Incentivar o paciente a posicionar-se ▪ Assistir o paciente no posicionamento ▪ Executar técnica de posicionamento
Medicação anestésica	**Náusea** **ou** **Vomito**	▪ Vigiar náusea ▪ Otimizar o posicionamento ▪ Otimizar sonda gástrica ▪ Avaliar vómito ▪ Administrar medicação antiemética segundo protocolo
	Risco de perfusão dos tecidos comprometida	▪ Monitorizar a perfusão dos tecidos o Coloração da pele: rosada, cianótica, pálida o Temperatura da pele: normal, quente, fria

		○ Volume do pulso: cheio, fraco ou filiforme ○ Igualdade do pulso: igual, diferente ○ Tempo de preenchimento capilar: normal, diminuído (>2s) ▪ Aliviar ligadura ▪ Otimizar ligadura ○ Trocar ligadura ○ Adequar pressão ▪ Aplicar envolvimento quente ▪ Executar técnica de massagem ▪ Otimizar posicionamento

O deficit de conhecimento no doente cirúrgico é bastante frequente, sendo possível identificar diversas áreas de "**conhecimento não demonstrado**", como por exemplo, no autocontrolo ansiedade, no circuito do doente, no procedimento cirúrgico, no processo anestésico, na recuperação fisiológica e nas complicações pós-operatórias, como sejam na prevenção da aspiração, retenção urinária, e dor (Giordani et al.,2015 e Vieira et al.,2017, cit por Lopes, 2020, p.62).

De acordo com a CIPE, (2016, p.47), o conhecimento é o **"**conteúdo específico do pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou nas competências desenvolvidas; conhecimento e reconhecimento da informação**".**

O conhecimento é fundamental no sucesso do processo cirúrgico e é através de intervenções no âmbito do "ensinar" que os enfermeiros contribuem para o aumento da literacia em saúde, intervindo autonomamente e utilizando, o conhecimento técnico, rigor científico e uma linguagem e/ou comunicação adequada ao paciente.

APÊNDICE VI: Implementação da técnica de ISBAR

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

SEFI SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

TEMA DA SESSÃO: Gestão de Risco em Saúde e a Segurança do Cliente

CURSO/ACÇÃO:		**MÓDULO:**		**SERVIÇO:** UCA	
N.º:	**Carga horária:** 2 h	**N.º:**	**Carga horária:**	**N.º:**	**Carga horária:**
OBJECTIVO GERAL: Conhecer a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde - Técnica de ISBAR					**ÁREA DE FORMAÇÃO**: Saúde
DESTINATÁRIOS: Equipa UCA		**N.º**		**PERFIL:** Equipa UCA	
INSTITUIÇÃO: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE				**PRÉ-REQUISITOS:** Equipa UCA	
LOCAL: Recobro 2 - UCA		**ESPAÇO:** Sala		**DATA:**	**HORA:** 8h-10h
MONITOR/FORMADOR: Vera Nunes		**T:**		**E:**	**CAP:**
Presencial ☒ **On Line** ☒					

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AVALIAÇÃO
Introdução	- Conhecer a técnica de ISBAR.	- Classificar a técnica ISBAR.	- Apresentação da temática em contexto sala.	15 min	- Expositivo	- Portátil, projector, internet e plataforma WebexMeet	- Discussão em equipa da importância da técnica ISBAR e das estratégias adequadas para o uso da mnemónica ISBAR.
Desenvolvimento	- Conhecer a mnemónica ISBAR; - Identificar as vantagens da implementação da técnica de ISBAR.			1h30	- Expositivo - Demonstrativo		
Conclusão	- Compreender a importância da implementação da técnica ISBAR.			15 min			

SEFI – SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

SEFI DEZ. 2020

27/01/2023

Gestão de Risco em Saúde e a Segurança do Cliente: Técnica de ISBAR

Trabalho elaborado por:
Vera Nunes

Despacho 9390/2021, de 24 de setembro

Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)

Pilar 3 do PNSD 2021-2026: **Comunicação**

A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.

Comunicação eficaz na Transição de cuidados de saúde:

técnica de ISBAR

Transição de cuidados de saúde: ocorre quando há a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos.

São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação.

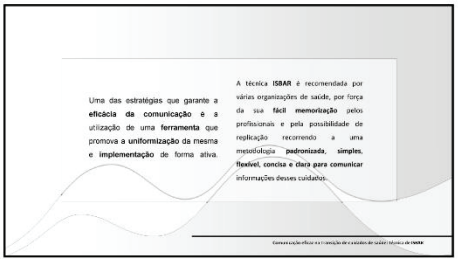


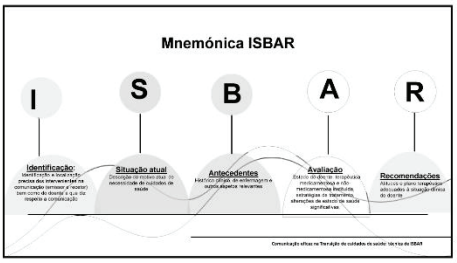
As **falhas na comunicação** são dos principais causas de **eventos adversos** a nível, a nível internacional.

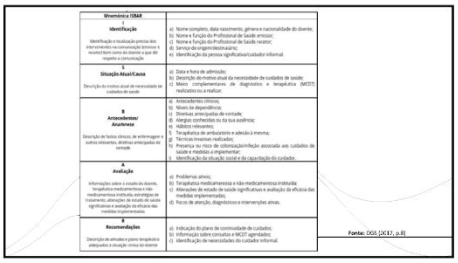
A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de **transição de cuidados ou turno.**

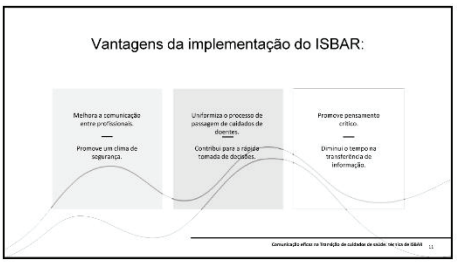
A **comunicação eficaz** na transição dos cuidados de saúde é necessária para **melhorar a segurança** do doente e contribui para a **diminuição dos eventos adversos.**

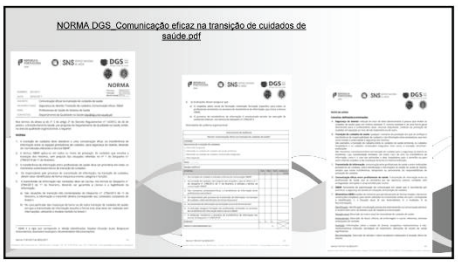

Comunicação eficaz na Transição de cuidados de saúde pressupõe que seja:
CLARA
OBETIVA
CONCISA
PRECISA
ATEMPADA
COMPREENDIDA PELO RECETOR


Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma e implementação de forma ativa.
A técnica ISBAR é recomendada por várias organizações de saúde, por força da sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados.

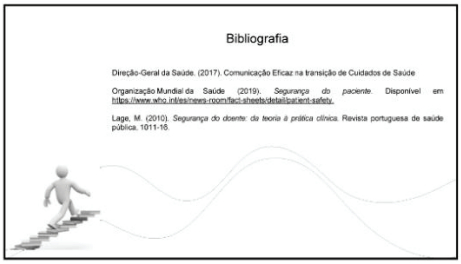

Mnemónica ISBAR
I
S
B
A
R
Identificação:
Situação atual
Antecedentes
Avaliação
Recomendações


Mnemónica ISBAR
Identificação
Situação Atual/Causa
Avaliação
Recomendações
Fonte: DGS (2017, p.8)


Vantagens da implementação do ISBAR:
Melhora a comunicação entre profissionais.
Promove um clima de segurança.
Uniformiza o processo de passagem de cuidados de doentes.
Contribui para a rápida tomada de decisões.
Promove pensamento crítico.
Diminui o tempo na transferência de informação.

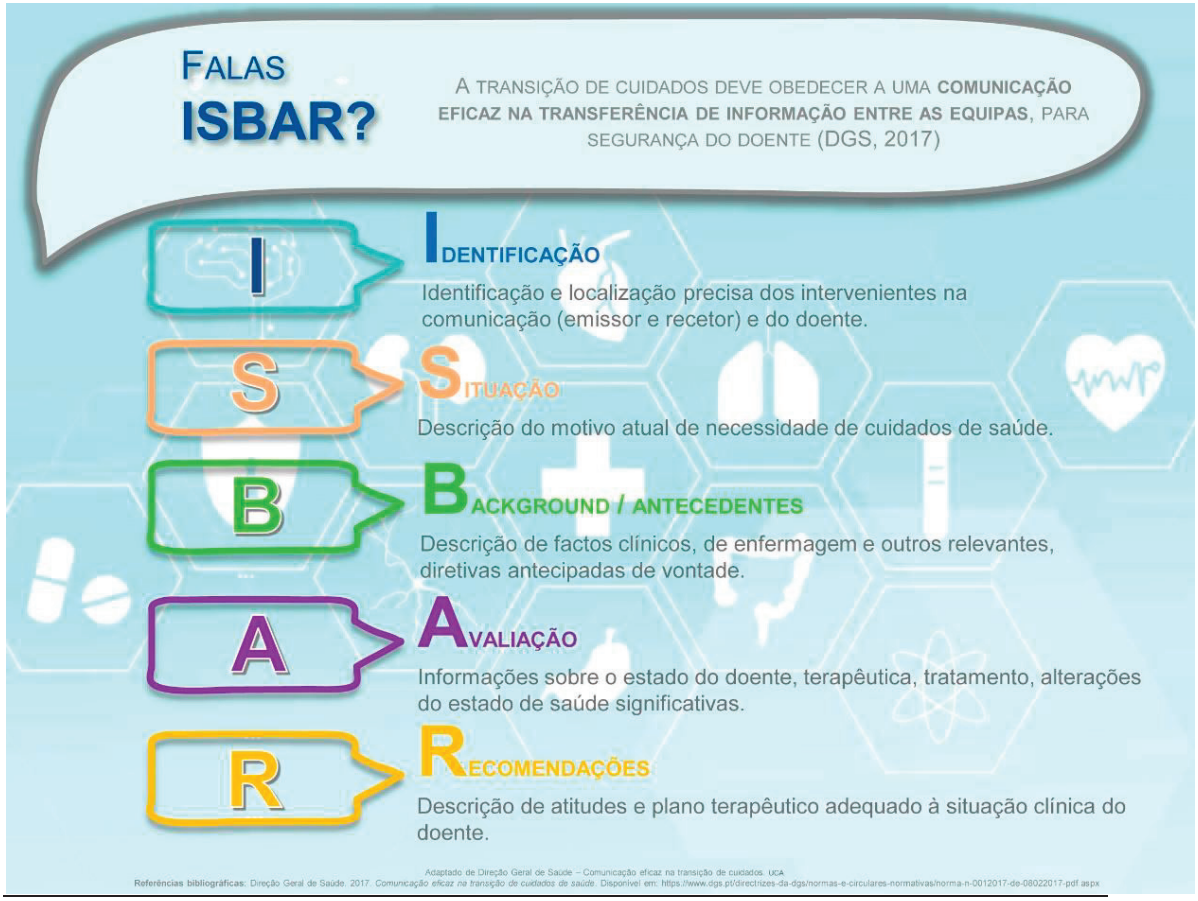

NORMA DGS_Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.pdf
NORMA

27/01/2023


Bibliografia
Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação Eficaz na transição de Cuidados de Saúde
Organização Mundial da Saúde (2019). Segurança do paciente. Disponível em https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety.
Lage, M. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. Revista portuguesa de saúde pública. 1011-16.


Muito obrigada pela atenção!

APÊNDICE VII: Cartaz sobre o ISBAR


FALAS
ISBAR?
A TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DEVE OBEDECER A UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÃO ENTRE AS EQUIPAS, PARA SEGURANÇA DO DOENTE (DGS, 2017)
I
IDENTIFICAÇÃO
Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) e do doente.
S
SITUAÇÃO
Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.
B
BACKGROUND / ANTECEDENTES
Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.
A
AVALIAÇÃO
Informações sobre o estado do doente, terapêutica, tratamento, alterações do estado de saúde significativas.
R
RECOMENDAÇÕES
Descrição de atitudes e plano terapêutico adequado à situação clínica do doente.
Adaptado de Direção Geral de Saúde – Comunicação eficaz na transição de cuidados. UCA
Referências bibliográficas: Direção Geral de Saúde. 2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx

APÊNDICE VIII: Documento padrão para suporte na transição dos cuidados de saúde nas passagens de turno

Transição de cuidados do doente – Técnica de ISBAR na passagem de turno no Recobro I e Recobro II

IDENTIFICAÇÂO:

Nome e identificação do doente

Procedimento realizado

Local do procedimento

ANTECEDENTES CIRÚRGICOS / ANESTÉSICOS:

Tipo de anestesia administrada

Abordagem da via aérea

Medicação intra-operatória administrada (dose e timing)

Fluidos administrados

Perdas de sangue

Informação relacionada com o local cirúrgico (pensos, drenos, imobilizações…)

Outros eventos significativos no bloco

Outros eventos significativos no recobro

SITUAÇÂO ATUAL

Estabilidade hemodinâmica

Estado da via aérea

Estado da temperatura

Débito urinário

Presença ou ausência de complicações cirúrgicas

Nível da dor

Metodologia no tratamento da dor

Nível da náusea

Metodologia no tratamento da náusea

Levante

Dieta

Reconciliação terapêutica: prescrição médica incluindo medicação do domicilio

Ferida cirúrgica / penso da ferida cirúrgica

RECOMENDAÇÕES

Ensinos pós-operatórios

Acompanhante / prestador de cuidados

Preparação para a alta

APÊNDICE IX: Formação em serviço sobre as estratégias de comunicação para fazer face às problemáticas da comunicação

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

SEFI SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

TEMA DA SESSÃO: Comunicação na segurança dos cuidados perioperatório

CURSO/ACÇÃO:			**MÓDULO:**		**SERVIÇO:** UCA		
N.º:	**Carga horária:** 1 h		**N.º:**	**Carga horária:**	**N.º:**	**Carga horária:**	
OBJECTIVO GERAL: Desenvolver competências para os processos comunicacionais em perioperatório						**ÁREA DE FORMAÇÃO**: Gestão de Risco	
DESTINATÁRIOS: Equipa UCA			**N.º**	**PERFIL:** Equipa UCA			
INSTITUIÇÃO: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE				**PRÉ-REQUISITOS:** Equipa UCA			
LOCAL: Recobro 2 - UCA			**ESPAÇO:** Sala		**DATA:** 29 abril 2022	**HORA:** 8h-9h	
MONITOR/FORMADOR: Vera Nunes			**T:**		**E:**	**CAP:**	
Presencial ☒ **On Line** ☒							

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AVALIAÇÃO
Introdução	- Desenvolver competências para os processos comunicacionais em perioperatório.	- Conhecer a comunicação eficaz na segurança dos cuidados perioperatório.	- Exposição da temática em contexto sala.	10 min	- Expositivo	- Portátil, projector, internet e plataforma WebexMeet	- Discussão em equipa da temática apresentada de acordo com as necessidades do serviço.
Desenvolvimento	- Perceber o impacto da comunicação do trabalho da equipa em perioperatório.			40 min	- Expositivo - Demonstrativo		
Conclusão	- Apresentar técnicas de comunicação.			10 min			

SEFI – SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

SEFI DEZ. 2020

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

SEFI SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO
CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

SUMÁRIO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

- **SERVIÇO: UCA**
- **DATA: 29 / 04 / 2022** **CARGA HORÁRIA: 1h**
- **N.º DE FORMANDOS:**
- **Presencial** ☒ **Webex Cisco** ☒

DESIGNAÇÃO DO CURSO / ACÇÃO:

- Comunicação na segurança dos cuidados perioperatório

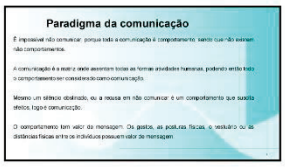
DATA/HORA	S U M Á R I O	R U B R I C A	
29/04/2022 8h-9h	- Desenvolver competências para os processos comunicacionais em perioperatório.		Teórica + Prática ☐ Teórica ☒ Prática Simulada ☐
	- Perceber o impacto da comunicação do trabalho da equipa em perioperatório.		Teórica + Prática ☐ Teórica ☒ Prática Simulada ☐
	- Apresentar técnicas de comunicação.		Teórica + Prática ☐ Teórica ☒ Prática Simulada ☐

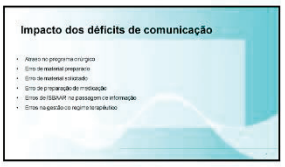
O (A) Formador (a), **A Diretora do SEFI,**

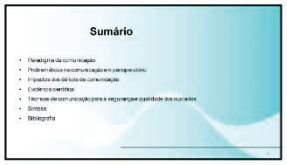
SEFI DEZ. 2020

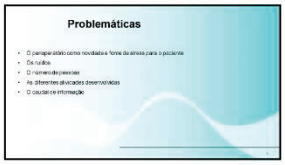
25/01/2023

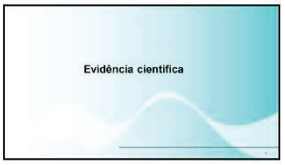

Comunicação na
Segurança dos Cuidados
em Perioperatório

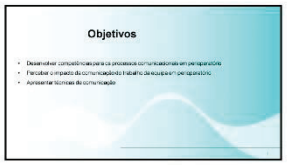

Paradigma da comunicação

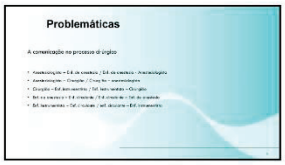

Impacto dos défices de comunicação


Sumário


Problemáticas


Evidência científica


Objetivos


Problemáticas

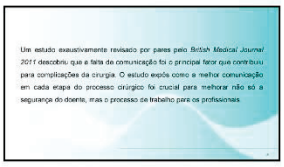

saúde pública
Comunicação em saúde e a segurança do doente:
problemas e desafios

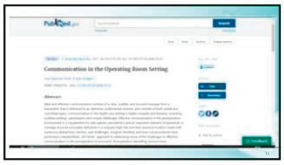
1

25/01/2023

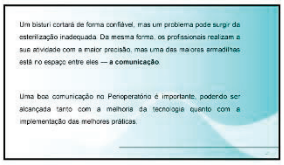



Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study


Um estudo exaustivamente revisado por pares pelo British Medical Journal 2011 descobriu que a falta de comunicação foi o principal fator que contribuiu para complicações da cirurgia. O estudo expôs como a melhor comunicação em cada etapa do processo cirúrgico foi crucial para melhorar não só a segurança do doente, mas o processo de trabalho para os profissionais.

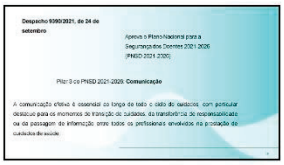

Communication in the Operating Room Setting


Interprofessional communication in the operating room: a narrative review to advance research and practice


Um bisturi cortará de forma confiável, mas um problema pode surgir da esterilização inadequada. Da mesma forma, os profissionais realizam a sua atividade com a maior precisão, mas uma das maiores armadilhas está no espaço entre eles — a comunicação.
Uma boa comunicação no Perioperatório é importante, podendo ser alcançada tanto com a melhoria da tecnologia quanto com a implementação das melhores práticas.

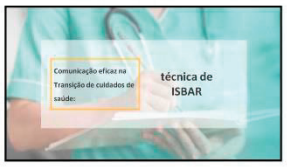

AORN JOURNAL
Communication in the Perioperative Setting




Despacho 9360/2021, de 24 de setembro
Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)
Pilar 3 do PNSD 2021-2026: Comunicação
A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.

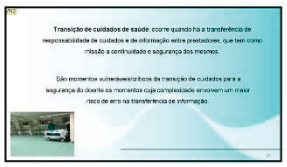
2

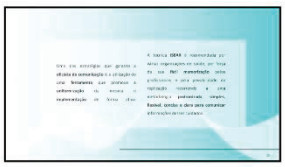
25/01/2023

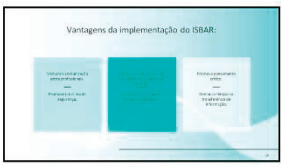

Comunicação eficaz na Transição de cuidados de saúde:
técnica de ISBAR

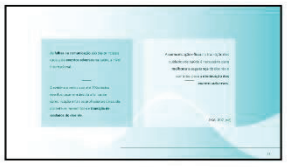

Comunicação eficaz na Transição de cuidados de saúde pressupõe que seja:
OBJETIVA
CLARA
PRECISA
APROPRIADA

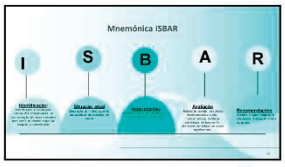


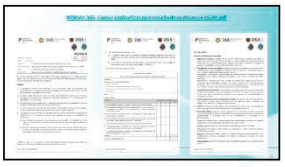

Transição de cuidados de saúde: ocorre quando há a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos.
São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação.




Vantagens da implementação do ISBAR:



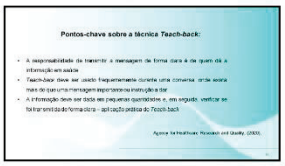

Mnemónica ISBAR
I
S
B
A
R

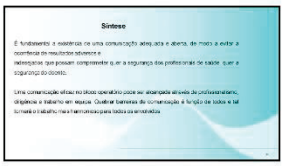


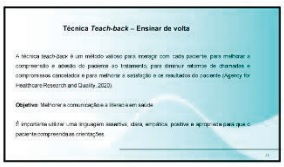
3

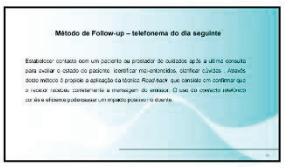
25/01/2023

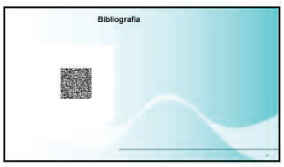

Double Check – dupla verificação
• Técnica de comunicação entre profissionais de saúde, nomeadamente entre Anestesiologista e Enf. de anestesia
• Consiste em repetir a indicação e/ou prescrições verbais antes e depois da execução de forma a detetar falhas de comunicação

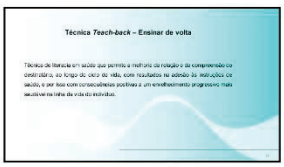

Pontos-chave sobre a técnica Teach-back:
• A responsabilidade de transmitir a mensagem de forma clara é de quem dá a informação em saúde
• Teach-back deve ser usado frequentemente durante uma conversa, onde seoma mais do que uma mensagem importante e instrução a dar
• A informação deve ser dada em pequenas quantidades e, em seguida, verificar se foi transmitida de forma clara - aplicação prática do Teach-back
Agency for Healthcare Research and Quality, (2020).


Síntese
É fundamental a existência de uma comunicação adequada e aberta, de modo a evitar a ocorrência de resultados adversos e
redesenhar as que possam comprometer a eficiência dos profissionais de saúde, quer a segurança do cliente.
Uma comunicação eficaz no bloco operatório pode ser alcançada através de profissionais, objetivos e trabalho em equipa. Ouvir as barreiras de comunicação e função de todos e tal formará o trabalho mais harmonioso para todos os envolvidos.


Técnica Teach-back – Ensinar de volta
A técnica teach-back é um método eficaz para interagir com cada paciente para melhorar a compreensão e adesão do paciente ao tratamento, para diminuir números de chamadas e comparecimentos cancelados e para melhorar a satisfação e os resultados do paciente (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020).
Objetivo: Melhorar a comunicação e a literacia em saúde
É importante utilizar uma linguagem assertiva, clara, empática, positiva e apropriada para que o paciente compreenda as orientações


Método de Follow-up – telefonema do dia seguinte
Estabelecer contacto com um paciente ao prestador de cuidados após a última consulta para avaliar o estado do paciente, identificar mal-entendidos, clarificar dúvidas . Através deste método é proposta a aplicação da técnica Read-back que consiste em confirmar que a receber recebeu corretamente a mensagem do emissor. O uso da correcta linguagem corporal e oferece a oportunidade um impacto positivo no cliente.


Bibliografia


Técnica Teach-back – Ensinar de volta
Técnica de literacia em saúde que permite a melhoria da relação e da compreensão ao longo do ciclo de vida, com resultados na adesão às instruções de saúde, e por isso com consecutivos positivos a um envelhecimento progressivo mais saudável na linha da vida do indivíduo.


Brown Bag review
• Revisão da gestão do regime terapêutico
• Identificação e mal entendidos
• Explicações e quando deve tomar a medicação


Obrigada pela vossa atenção!
Dúvidas ??

4

APÊNDICE X: Ação de formação sobre conceitos essenciais em gestão de risco em saúde e segurança do cliente

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

SEFI SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

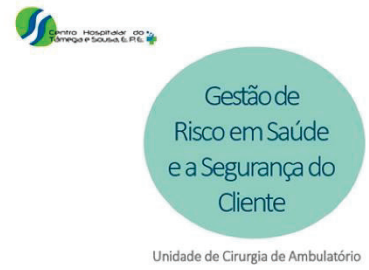
TEMA DA SESSÃO: Gestão de Risco em Saúde e a Segurança do Cliente

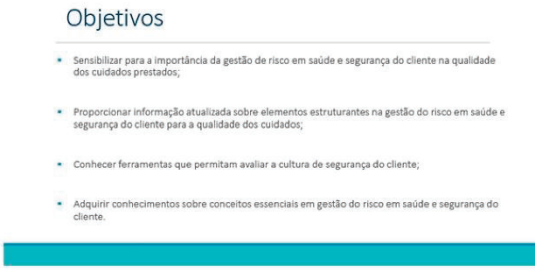
CURSO/ACÇÃO:		**MÓDULO:**		**SERVIÇO:** UCA	
N.º:	**Carga horária:** 2 h	**N.º:**	**Carga horária:**	**N.º:**	**Carga horária:**
OBJECTIVO GERAL: Conhecer a importância da gestão de risco em saúde e segurança do cliente na qualidade dos cuidados prestados					**ÁREA DE FORMAÇÃO**: Saúde
DESTINATÁRIOS: Equipa UCA		**N.º**		**PERFIL:** Equipa UCA	
INSTITUIÇÃO: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE				**PRÉ-REQUISITOS:** Equipa UCA	
LOCAL: Recobro 2 - UCA		**ESPAÇO:** Sala		**DATA:** 16 julho 2022	**HORA:** 8h-10h
MONITOR/FORMADOR: Vera Nunes		**T:**		**E:**	**CAP:**
Presencial ☒ **On Line** ☒					

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AVALIAÇÃO
Introdução	- Conhecer as boas práticas em segurança dos clientes.	- Descrever as boas práticas em segurança dos clientes.	- Apresentação da temática em contexto sala.	15 min	- Expositivo	- Portátil, projector, internet e plataforma WebexMeet	- Reflexão e discussão em equipa da importância das boas práticas em segurança dos clientes.
Desenvolvimento	- Conseguir aumentar a segurança do cliente; - Conhecer ferramentas e instrumentos de notificação; - Reconhecer o papel do enfermeiro na identificação.			1h30	- Expositivo - Demonstrativo		
Conclusão	- Descrever o circuito de reposta dos eventos adversos.			15 min			

SEFI – SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

SEFI. DEZ. 2020

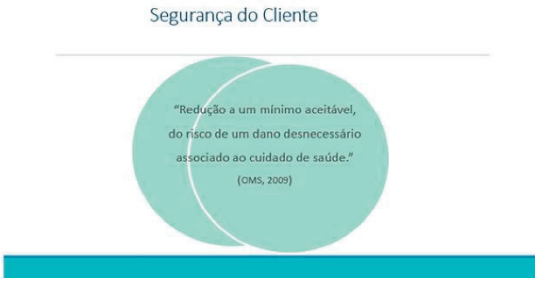

Gestão de Risco em Saúde e a Segurança do Cliente
Unidade de Cirurgia de Ambulatório


Objetivos
Sensibilizar para a importância da gestão de risco em saúde e segurança do cliente na qualidade dos cuidados prestados;
Proporcionar informação atualizada sobre elementos estruturantes na gestão do risco em saúde e segurança do cliente para a qualidade dos cuidados;
Conhecer ferramentas que permitam avaliar a cultura de segurança do cliente;
Adquirir conhecimentos sobre conceitos essenciais em gestão do risco em saúde e segurança do cliente.


Gestão de Risco
Aplicação sistemática e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação, controlo de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. (Gama, 2017)


Uma política de gestão do risco promove:


Gestão de Risco em Enfermagem e Segurança do Cliente
Promover a notificação de incidentes
Integrar as equipas de Gestão de Risco
Estimular a participação do cliente
Apoiar a equipa de saúde
Aprender e compartilhar o conhecimento
Promover uma cultura de segurança
Gestão do Risco em Enfermagem
Implementar práticas de segurança


Segurança do Cliente
"Redução a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde."
(OMS, 2009)

A segurança do cliente deve:

- Fazer parte integrante do ensino e formação dos colaboradores do setor da saúde;
- Torna-se fundamental o reforço de competências que permitam o acompanhamento das complexidades do sistema;
- Implementar ferramentas que possam ajudar a prevenir o evento adverso e melhorar as decisões do tratamento, bem como a qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

Qualidade em Saúde

"A prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expetativas do cidadão. Por outro lado, qualquer contexto económico-financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estes são pilares da qualidade em saúde." (MS, 2015)

Dimensões da qualidade no cuidado

OPORTUNIDADE	SEGURANÇA	EFETIVIDADE	EFICIÊNCIA	CUIDADO CENTRADO NO DOENTE	EQUIDADE
Redução do tempo de espera e atrasos potencialmente danosos, tanto para quem recebe como para quem gerencia cuidado.	Evitar lesões e danos às pessoas a quem os cuidados se destinam que tem como objetivo ajudá-las.	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam beneficiar, evitando o uso por aqueles que previsivelmente não beneficiarão (evita a subutilização e consequentemente, desperdício).	Cuidado serve(dispensa), evitando o desperdício, associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.	Cuidados respeitosos e responsivos às preferências, necessidades e valores individuais dos doentes, assegurando que os valores do doente orientem todas as decisões clínicas.	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, tais como género, etnia, localização geográfica e condição socioeconómica.

Classificação Internacional de Segurança do Cliente (ICPS)

Tipos de Incidente	Consequências para o cliente	Características do cliente	Características do incidente	Fatores contribuintes
Consequências organizacionais	Deteção	Fatores atenuantes do dano	Ações para reduzir o risco	Ações de melhoria

(2009)

Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020

Tem como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio

Prioridades:

1. **Melhoria da qualidade clínica e organizacional**
2. **Aumento da adesão a normas de orientação clínica**
3. **Reforço da segurança dos doentes**
4. **Monitorização permanente da qualidade e segurança**
5. **Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde**
6. **Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação**

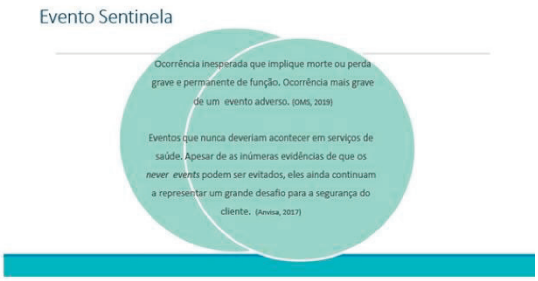
Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

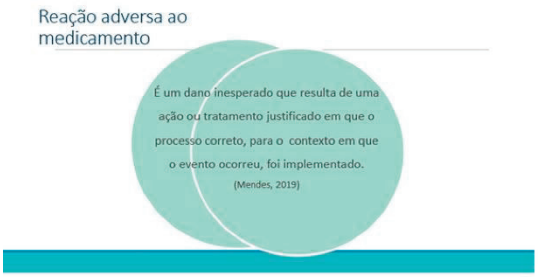
Visa melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS

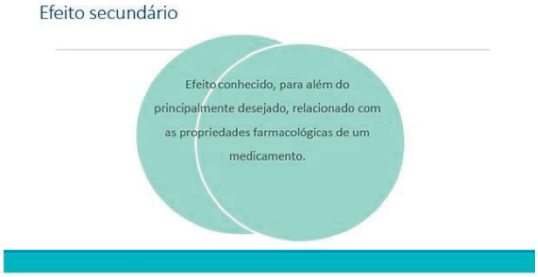
Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde




Tipos de Incidente
Incidente que resulta em danos para o cliente
Evento adverso
Ocorrência comunicável
Situação com potencial significativo para causar dano, mas que não causou nenhum incidente
Incidente
Evento que poderia ter resultado ou resultou em dano para o cliente
Erro
Não intencional
Intencional
Infração
Evento sem dano
Quase evento (near miss)
Incidente em que o evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis
Incidente que não alcançou o doente
Evento sentinela Never events
Implicam morte ou perda grave e permanente da função


Evento Sentinela
Ocorrência inesperada que implique morte ou perda grave e permanente de função. Ocorrência mais grave de um evento adverso. (OMS, 2019)
Eventos que nunca deveriam acontecer em serviços de saúde. Apesar de as inúmeras evidências de que os never events podem ser evitados, eles ainda continuam a representar um grande desafio para a segurança do cliente. (Anvisa, 2017)


Reação adversa ao medicamento
É um dano inesperado que resulta de uma ação ou tratamento justificado em que o processo correto, para o contexto em que o evento ocorreu, foi implementado.
(Mendes, 2019)


Efeito secundário
Efeito conhecido, para além do principalmente desejado, relacionado com as propriedades farmacológicas de um medicamento.


Outros conceitos a definir
Perigo
Risco
Risco Clínico
Risco Não Clínico – Avaliação do Risco


Perigo
Fonte ou situação que pode causar dano (materiais, máquinas, equipamentos e meio ambiente) ou lesão (pessoas).

Risco

Risco = Probabilidade x Consequência

O produto da probabilidade e da consequência da ocorrência de um determinado acontecimento perigoso.

Risco Não Clínico

Risco relacionado com toda a envolvente do doente, como seja a estrutura física, os profissionais de saúde, o ambiente, entre outros.

ex. Incêndio; Elétricos; Ergonómicos

Risco Clínico

Risco que está relacionado com o diagnóstico, tratamento e seguimento do doente.

ex. Erros de Transcrição; Infeção; Queda de doente; Cirurgia no lado errado

Avaliação do Risco

A avaliação de riscos é o processo que mede os riscos.

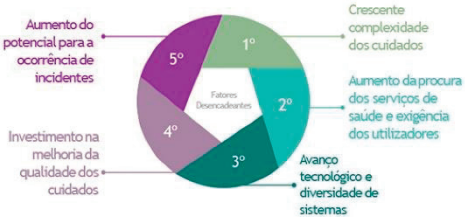
É uma análise sistemática de todos os aspetos relacionados com o trabalho, que identifica:

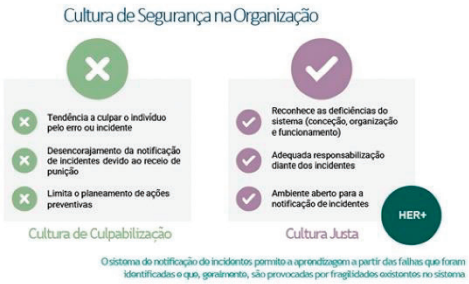
- aquilo que é suscetível de causar lesões ou danos;
- a possibilidade dos perigos serem eliminados;
- as medidas de prevenção ou proteção que existem, ou deveriam existir, para controlar os riscos.

Instrução de trabalho IT.010 – Avaliação de riscos e segurança do doente: CHTS

- Níveis de probabilidade de ocorrência
- Níveis de gravidade da lesão
- Matriz de risco

Desenvolvimento da Cultura de Segurança









Errar é humano, e esperar um desempenho perfeito das pessoas que trabalham em ambientes complexos e altamente stressantes não é realista. Assumir que a perfeição individual é possível não aumentará a segurança. Para evitar que as pessoas cometam erros, elas precisam de ser colocadas num ambiente seguro, onde sistemas, tarefas e processos sejam bem projetados. (OMS, 2019)

Bibliografia



Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Publicada pela Organização Mundial de Saúde, em Janeiro de 2009, com o título Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Tradução pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2012). *Orientação nº 011/2012 - Análise de Incidentes e de Eventos Adversos*. Lisboa. 30 de Julho de 2012.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015). Norma nº 03/2015 - *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa. Atualizada a 13 de Fevereiro de 2019.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2018). Norma nº 005/2018 - *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Lisboa. 20 de Fevereiro de 2018.

Lago, M. (2010). *Segurança do doente: da teoria à prática clínica*. Revista portuguesa de saúde pública. 10, 11-16.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa – RAIF*.

Organização Mundial da Saúde (2019). *Segurança do paciente*. Disponível em https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety.

APÊNDICE XI: Ação de formação sobre a importância da notificação de incidentes e sistemas ou plataformas de notificação

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

SEFI SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

TEMA DA SESSÃO: Gestão de Risco em Saúde e a Segurança do Cliente

CURSO/ACÇÃO:		**MÓDULO:**		**SERVIÇO:** UCA	
N.º:	**Carga horária:** 2 h	**N.º:**	**Carga horária:**	**N.º:**	**Carga horária:**
OBJECTIVO GERAL: Conhecer a importância da gestão de risco em saúde e segurança do cliente na qualidade dos cuidados prestados através da notificação de incidentes					**ÁREA DE FORMAÇÃO**: Saúde
DESTINATÁRIOS: Equipa UCA		**N.º**		**PERFIL:** Equipa UCA	
INSTITUIÇÃO: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE				**PRÉ-REQUISITOS:** Equipa UCA	
LOCAL: Recobro 2 - UCA		**ESPAÇO:** Sala		**DATA:** 16 julho 2022	**HORA:** 8h-10h
MONITOR/FORMADOR: Vera Nunes		**T:**		**E:**	**CAP:**
Presencial ☒ **On Line** ☒					

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AVALIAÇÃO
Introdução	- Conhecer as boas práticas em segurança dos clientes.	- Descrever as boas práticas em segurança dos clientes.	- Apresentação da temática em contexto sala.	15 min	- Expositivo	- Portátil, projector, internet e plataforma WebexMeet	- Reflexão e discussão em equipa da importância das boas práticas em segurança dos clientes.
Desenvolvimento	- Conseguir aumentar a segurança do cliente; - Conhecer ferramentas e instrumentos de notificação; - Reconhecer o papel do enfermeiro na identificação.			1h30	- Expositivo - Demonstrativo		
Conclusão	- Descrever o circuito de reposta dos eventos adversos.			15 min			

SEFI – SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

SEFI DEZ. 2020

Gestão de Risco em Saúde e Segurança do Cliente: Notificação de incidentes

Unidade de Cirurgia de Ambulatório CHTS

Objetivos

- Identificar boas práticas em segurança dos clientes
- Conseguir aumentar a segurança de cliente
- Conhecer instrumentos e ferramentas de notificação, de forma não punitiva de incidentes de segurança
- Reconhecer o papel do enfermeiro na identificação, prevenção e reporte de eventos adversos e situações de Risco a nível hospitalar
- Descrever o circuito de reporte dos eventos adversos

Como atingir a segurança do Cliente?

Criar um ambiente de aprendizagem, com uma cultura proativa e não punitiva que promova o relato de incidentes, erros, quase-incidentes, preocupações e riscos ou outras situações que possam por em causa a segurança do doente.

Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026

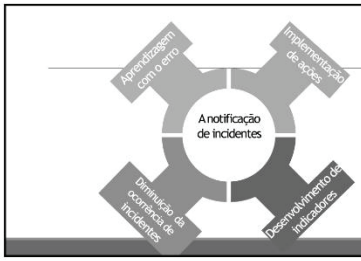


Visa contribuir para uma política que evite a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde.

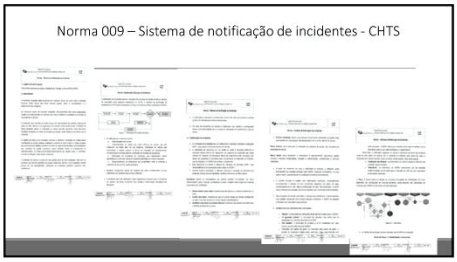
Prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes

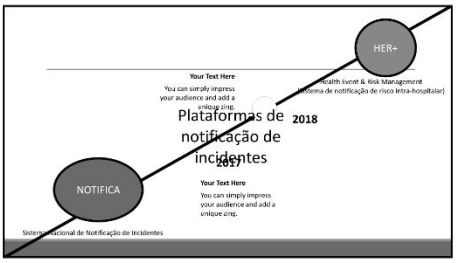
Um dos sistemas mais comuns de informação de segurança baseia-se no relato **voluntário** e **confidencial** de ocorrências relacionadas com os cuidados de saúde ou de qualquer preocupação de segurança detetada no trabalho.

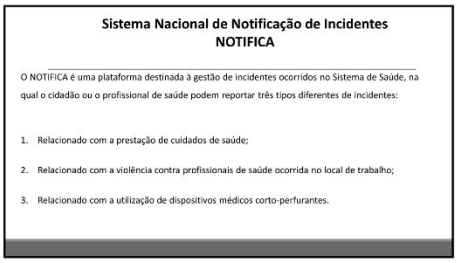





Prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes
Se atingiu ou não o doente
Se causou algum dano.
É fundamental determinar:
Se provocou uma nova intervenção terapêutica
Se prolongou o tempo de internamento

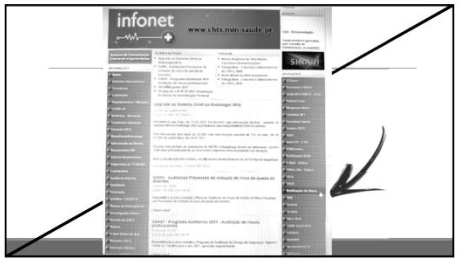

Norma 009 – Sistema de notificação de incidentes - CHTS

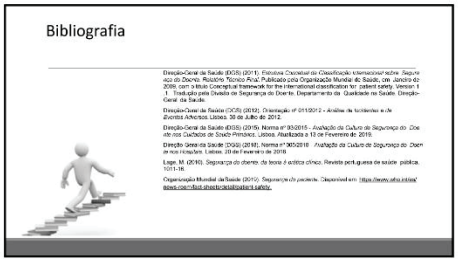

HER+
Your Text Here
You can simply impress your audience and add a unique zing.
Plataformas de notificação de incidentes
2018
2017
Your Text Here
You can simply impress your audience and add a unique zing.
NOTIFICA
Sistema Nacional de Notificação de Incidentes

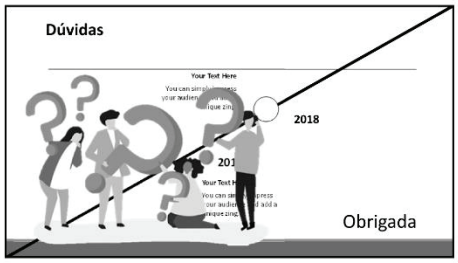

Sistema Nacional de Notificação de Incidentes
NOTIFICA
O NOTIFICA é uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, na qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar três tipos diferentes de incidentes:
1. Relacionado com a prestação de cuidados de saúde;
2. Relacionado com a violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho;
3. Relacionado com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes.


SNS
DGS
Formulário NOTIFICA
notifiq@
www.formularionotifica.pt


HER+
HEALTH
EVENT & RISK
MANAGEMENT


infonet
www.chts.min-saude.pt


Bibliografia


Dúvidas
Your Text Here
2018
Obrigada

APÊNDICE XII: Ação de formação sobre os riscos profissionais em perioperatório: físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicossociais e culturais

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA DA SESSÃO: Riscos em perioperatório e ocorrência de eventos adversos

CURSO/ACÇÃO:		**MÓDULO:**		**SERVIÇO:** UCA	
N.º:	**Carga horária:** 1 h	**N.º:**	**Carga horária:**	**N.º:**	**Carga horária:**
OBJECTIVO GERAL:					**ÁREA DE FORMAÇÃO**: Gestão de Risco
DESTINATÁRIOS: Equipa UCA		**N.º**	**PERFIL:** Equipa UCA		
INSTITUIÇÃO: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE			**PRÉ-REQUISITOS:** Equipa UCA		
LOCAL: Recobro 2 - UCA		**ESPAÇO:** Sala		**DATA:** 17 junho 2022	**HORA:** 8h-9h
MONITOR/FORMADOR: Vera Nunes		**T:**		**E:**	**CAP:**
Presencial ☒ **On Line** ☒					

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AVALIAÇÃO
Introdução	- Perceber o conceito de qualidade em saúde e em gestão de risco.	- Conhecer a comunicação eficaz na segurança dos cuidados perioperatório	- Exposição da temática em contexto sala.	10 min	- Expositivo	- Portátil, projector, internet e plataforma WebexMeet	- Discussão em equipa da temática apresentada de acordo com as necessidades do serviço.
Desenvolvimento	- Promover a notificação de incidentes - Apoiar a equipa de saúde.			40 min	- Expositivo - Demonstrativo		
Conclusão	- Promover uma cultura de segurança. - Implementar práticas de segurança.			10 min			

SEFI – SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

SEFI DEZ. 2020

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

SEFI SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO
CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

SUMÁRIO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

- **SERVIÇO: UCA**
- **DATA: 17 / 06 / 2022** **CARGA HORÁRIA: 1h**
- **N.º DE FORMANDOS:**
- **Presencial** ☒ **Webex Cisco** ☒

DESIGNAÇÃO DO CURSO / ACÇÃO:

- Riscos em perioperatório e ocorrência de eventos adversos

DATA/HORA	SUMÁRIO	RUBRICA	
17/06/2022 8h-9h	- Perceber o conceito de qualidade em saúde e em gestão de risco.		Teórica + Prática ☐ Teórica ☒ Prática Simulada ☐
	- Promover a notificação de incidentes. - Apoiar a equipa de saúde.		Teórica + Prática ☐ Teórica ☒ Prática Simulada ☐
	- Promover uma cultura de segurança. - Implementar práticas de segurança.		Teórica + Prática ☐ Teórica ☒ Prática Simulada ☐

O (A) Formador (a), **A Diretora do SEFI,**

SEFI DEZ. 2020

1

Gestão de Risco e qualidade dos cuidados em Perioperatório

Tutora: Enf. Mestre Paula Guimarães
Orientadora: Professora Doutora Susana Regadas

Vera Nunes
Nº 3674

2

Sumário

- Conceito de qualidade em saúde
- Conceitos em gestão de risco
- Segurança do doente cirúrgico
- Como prevenir o erro?
- Riscos ocupacionais no perioperatório

3

Qualidade em saúde

Consiste na ausência de erros/defeitos, redução do risco, elevado eficiência (baixo nível de desperdício), elevada produtividade e satisfação de clientes e colaboradores. Envolve um profundo conhecimento das necessidades e expectativas dos clientes e esforços para as satisfazer e exceder.

(American Society for Quality, 2004)

4

Conceitos em Gestão de Risco



5

Perigo vs. Risco

Um perigo é algo que tem **potencial de causar dano**

O risco é a **probabilidade** de que um perigo **ocorra**

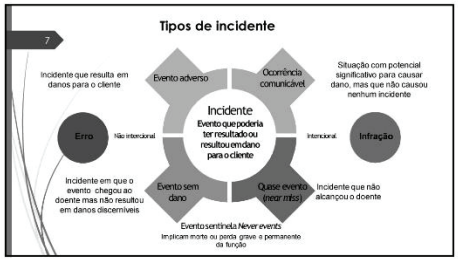


Probabilidade da ocorrência de um evento
x
As suas consequências

6

Gestão de risco em Enfermagem e segurança do cliente

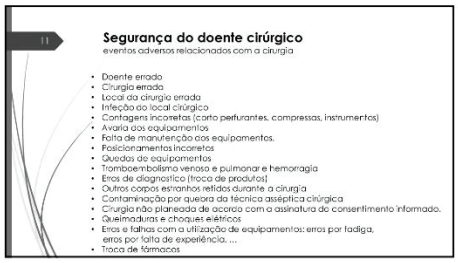



7
Tipos de incidente
Incidente
Evento que poderia ter resultado ou resultou em dano para o cliente
Evento adverso
Ocorrência comunicável
Quase evento (near miss)
Evento sem dano
Erro
Não intencional
Intencional
Infração
Incidente que resulta em danos para o cliente
Situação com potencial significativo para causar dano, mas que não causou nenhum incidente
Incidente em que o evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis
Incidente que não alcançou o doente
Evento sentinela. Never events
Implicam morte ou perda grave e permanente da função


8
Gestão de Risco
Norma CHKS, 2010
Risco Clínico
Medicamento
Resíduos
Risco Geral
Segurança
Reanimação
Saúde e Segurança
Processo Clínico
Infeção
Incêndio


9
Desenvolvimento da Cultura de segurança
Aumento do potencial para a ocorrência de incidentes
Crescente complexidade dos cuidados
Aumento da procura dos serviços de saúde e exigência dos utilizadores
Avanço tecnológico e diversidade de sistemas
Investimento na melhoria da qualidade dos cuidados
Fatores Desencadeantes
1º
2º
3º
4º
5º


10
Cultura de Segurança
Tendência a culpar o indivíduo pelo erro ou incidente
Desencorajamento da notificação de incidentes devido ao receio de punição
Limita o planeamento de ações preventivas
Cultura de Culpabilização
Reconhece as deficiências do sistema (conceção, organização e funcionamento)
Adequada responsabilização diante dos incidentes
Ambiente aberto para a notificação de incidentes
Cultura Justa
HER+
O sistema de notificação de incidentes permite a aprendizagem a partir das falhas que foram identificadas e que, geralmente, são provocadas por fragilidades existentes no sistema


11
Segurança do doente cirúrgico
eventos adversos relacionados com a cirurgia
Doente errado
Cirurgia errada
Local da cirurgia errada
Infeção do local cirúrgico
Contagens incorretas (corto perfurantes, compressas, instrumentos)
Avaria dos equipamentos
Falta de manutenção dos equipamentos.
Posicionamentos incorretos
Quedas de equipamentos
Tromboembolismo venoso e pulmonar e hemorragia
Erros de diagnostico (troca de produtos)
Outros corpos estranhos retidos durante a cirurgia
Contaminação por quebra da técnica asséptica cirúrgica
Cirurgia não planeada de acordo com a assinatura do consentimento informado.
Queimaduras e choques elétricos
Erros e falhas com a utilização de equipamentos: erros por fadiga, erros por falta de experiência, ...
Troca de fármacos


12
Riscos para os profissionais em perioperatório
Físicos (riscos elétricos, incêndios, radiações)
Químicos
Biológicos
Ergonómicos
Psicossociais
Culturais

13

Riscos físicos

- Radiações Ionizantes mais importantes e não Ionizantes
- As condições de iluminação
- As condições térmicas
- Fatores de risco de incêndio ou explosão
- Os fatores de risco elétrico
- Poluição sonora e ruído
- As quedas (calçado não adequado, derrame de líquidos orgânicos, má secagem do solo, existência de extensões,...).

14

Riscos Físicos: riscos elétricos

- Riscos provocados pela passagem de corrente elétrica no corpo humano
- Principais riscos : contacto direto e ou indireto com a energia elétrica; explosão; incêndio
- Principais formas de acidente associadas à energia elétrica: eletrocussão.

15

Cuidados a ter com o uso de equipamento elétrico

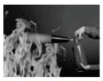
- Os fios e cabos de corrente elétrica devem ser revistos diariamente, substituindo aqueles que apresentam alguma alteração na sua integridade
- Evitar amontoar, esticar ou dobrar os fios elétricos
- Manutenção preventiva dos aparelhos elétricos
- Instruir todo o pessoal para o uso seguro de todo o equipamento
- Todos os cabos devem ser flexíveis e ter um comprimento adequado
- Todos os equipamentos elétricos deverão ter tomadas com fio terra
- A sala de cirurgia deve estar dotada de sistema de isolamento de eletricidade
- Avaliar e testar todo equipamento novo, para garantir a segurança.

16

Risco de incêndio

O ambiente perioperatório caracteriza-se por um elevado risco de incêndio

Fatores contribuintes:
- ambiente rico em oxigénio
- presença de equipamentos e materiais de elevada energia
- utilização de líquidos inflamáveis e gases voláteis



17

Risco de incêndio

- Eletricidade estática
- Curto-circuitos
- Faíscas provocadas por interuptores
- Utilização incorreta de aparelhos eletrodomésticos e equipamentos
- Falta de cuidado, falta de informação e de formação dos trabalhadores
- Manipulação de substâncias perigosas em locais com pouca ventilação
- Líquidos voláteis devem estar condicionados adequadamente
- Cuidados com os desinfetantes da pele, secar bem a superfície evitando a acumulação.
- Evitar ambientes ricos em oxigénio durante a cirurgia

18

Risco de incêndio

Plano de prevenção do risco de incêndio no contexto perioperatório:

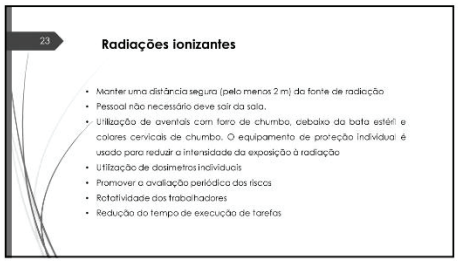
- Avaliação da prevenção de incêndios (pré-operatória)
- Formação, simulação e treino com todos os profissionais da equipa
- Desenvolvimento de planos de provenção e gestão de incêndios


19
Risco de incêndio
Avaliação da prevenção de incêndios (pré-operatório)
• Realizada pelo enfermeiro circulante
• Comunicação à equipa durante o briefing
Identificação de fatores causais
Implementação das intervenções necessárias


20
Risco de incêndio
Formação, simulação e treino com todos os profissionais da equipa
• Localização e utilização de extintores
• Localização e manuseamento das rampas de gases anestésicos
• Conhecimento do triângulo do fogo
• Localização dos quadros elétricos e procedimentos para os desligar
• Localização dos botões de alarme de incêndio
• Rotas de evacuação
• Responsabilidade de cada membro da equipa
• Utilização da avaliação de prevenção de incêndios


21
Risco de incêndio
Desenvolvimento de planos de prevenção e gestão de incêndios
• Medidas de prevenção de incêndios
• Definição do papel dos membros da equipa
• Métodos de comunicação a utilizar durante um incêndio
• Planos de gestão adequados a diferentes cenários de incêndio
• Procedimentos de ativação de alarme
• Métodos para extinção do incêndio
• Rotas e níveis de evacuação preferenciais
• Procedimentos a seguir aquando de um incêndio
• Descrição do algoritmo de prevenção de incêndios
• Conteúdos e frequência da formação e treino em segurança de incêndios incluindo a realização de simulacros


22
Risco de incêndio
Em contexto perioperatório, os profissionais devem prevenir o contacto entre os combustíveis (por exemplo os antissépticos cutâneos à base de álcool) e fontes de ignição (por exemplo o dispositivo de eletrocoagulação).
Recomendações da AORN:
Avaliação do quão inflamável é o antisséptico
Prevenção da acumulação de agentes antissépticos inflamáveis
Secagem completa antes da colocação dos campos cirúrgicos


23
Radiações ionizantes
• Manter uma distância segura (pelo menos 2 m) da fonte de radiação
• Pessoal não necessário deve sair da sala.
• Utilização de aventais com forro de chumbo, debaixo da bata estéril e colares cervicais de chumbo. O equipamento de proteção individual é usado para reduzir a intensidade da exposição à radiação
• Utilização de dosímetros individuais
• Promover a avaliação periódica dos riscos
• Rotatividade dos trabalhadores
• Redução do tempo de execução de tarefas


24
Radiações não ionizantes
• Relativo ao paciente: deverão ser protegidos os olhos com óculos adequados ou com compressa húmida
• Relativo pessoal: proteção ocular e máscaras faciais apropriadas

25

Poluição sonora / ruído

Principais efeitos do ruído nos profissionais:

- Aumento da fadiga
- Diminuição da atenção
- Diminuição do desempenho

→ Possibilidade de ocorrência de acidentes de trabalho

Efeitos para a equipa cirúrgica:

- Diminuição da performance
- Interferência com o trabalho em equipa

→ Relação entre: ruído – distrações – ocorrência de erros e eventos adversos

26

Químicos / ambientais

- Agentes desinfetantes
- Gases anestésicos
- Citostáticos
- Fumos cirúrgicos



27

Medidas de minimização de gases anestésicos:

- Sistemas de ventilação e exaustão
- Câmaras de fluxo laminar

28

Fumo cirúrgico

Estratégias para minimização dos riscos:

- Sistemas de exaustão (ventilação da sala com 15 a 20 renovações de ar por hora)
- Aspiração contínua do fumo cirúrgico (durante todos os procedimentos cirúrgicos com equipamentos de evacuação de fumos e filtros apropriados)
- Uso de EPIs pelos profissionais (máscaras com filtros HEPA, e óculos cirúrgicos adequados)
- Formação contínua



29

Fumo cirúrgico

Tipo de partículas	Dimensão (µm)
Vírus	0,01 – 0,3
HIV	0,8
HPV	0,045
Bactérias	0,3 – 15,0
Fumo cirúrgico	0,1 – 5,0

> 5µm depositam-se nas vias aéreas superiores
1 – 5 µm depositam-se nos brônquios
< 1µm alcançam os bronquíolos e alvéolos

↓

Máscaras cirúrgicas – capacidade de filtração até 5 µm, não permitem filtrar o fumo, apenas as de alta filtração permitem reter partículas até 0,1 µm

30

Fumo cirúrgico

A distribuição de fumo cirúrgico pela sala operatória é uniforme

Medidas como:

- Cumprimento do princípio da assepsia progressiva
- Ventilação adequada

↓

Redução do nível de partículas no ar ambiente para níveis basais em 20 minutos

27/01/2023

31 **Principais riscos associados aos agentes químicos**

- Risco de explosão e de incêndio
- Risco de derrame
- Risco de inalação, ingestão e absorção cutânea e ocular



32 **Ergonómicos**





33 **Biológicos**

- Exposição a sangue e outros fluídos
- Picadas
- Derrames
- Salpicos



34 **Psicossociais**

- Longas horas
- Stress
- Desregulação dos horários de refeições
- Jornada de trabalho
- *Burnout*
- Violência verbal
- Violência física

35 **Culturais**

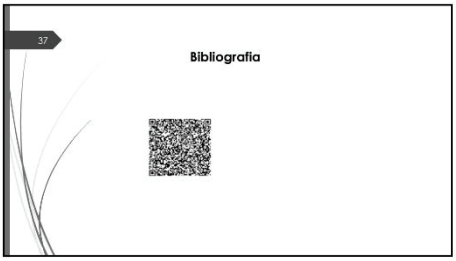
- Ausência de respeito por parte dos pares e outros profissionais
- Ausência de código de conduta para todos os membros da equipa
- Fraco envolvimento dos gestores na adesão a programas de segurança

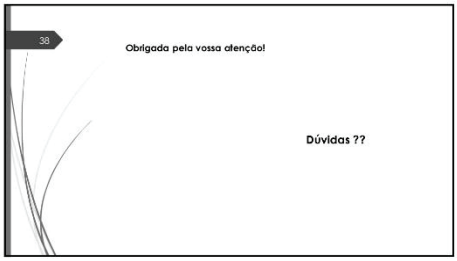
36 **Politica da Gestão de Risco**



- Identificação do risco
- Avaliação do risco
- Redução
- Prevenção

27/01/2023





APÊNDICE XIII: Ação de formação sobre Literacia em Saúde

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA DA SESSÃO: Literacia em Saúde

CURSO/ACÇÃO:		**MÓDULO:**		**SERVIÇO:** UCA	
N.º:	**Carga horária:** 1 h	**N.º:**	**Carga horária:**	**N.º:**	**Carga horária:**
OBJECTIVO GERAL: Promover a literacia em saúde					**ÁREA DE FORMAÇÃO**: Gestão de Risco
DESTINATÁRIOS: Equipa UCA		**N.º**	**PERFIL:** Equipa UCA		
INSTITUIÇÃO: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE			**PRÉ-REQUISITOS:** Equipa UCA		
LOCAL: Recobro 2 - UCA		**ESPAÇO:** Sala		**DATA:** 20 maio 2022	**HORA:** 8h-9h
MONITOR/FORMADOR: Vera Nunes		**T:**		**E:**	**CAP:**
Presencial ☒ **On Line** ☒					

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AVALIAÇÃO
Introdução	- Capacitar, envolver e influenciar nas decisões em saúde. - Desenvolver competências para a elaboração de planos e projectos em saúde.	- Conhecer como aumentar a qualidade dos cuidados de saúde. - Gerar experiências de saúde gratificantes.	- Exposição da temática em contexto sala.	10 min	- Expositivo	- Portátil, projector, internet e plataforma WebexMeet	- Discussão em equipa da temática apresentada de acordo com as necessidades do serviço.
Desenvolvimento	- Fomentar aptidões e técnicas que promovam a mudança de atitudes e comportamentos em saúde. - Desenvolver competências e estratégias comunicacionais para a melhoria da literacia em saúde.			40 min	- Expositivo - Demonstrativo		
Conclusão	- Desenvolver técnicas de linguagem assertiva e comportamento positivo.			10 min			

SEFI – SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

SEFI DEZ. 2020

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

SEFI SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO
CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

SUMÁRIO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

- **SERVIÇO: UCA**
- **DATA: 20 / 05 / 2022** **CARGA HORÁRIA: 1h**
- **N.º DE FORMANDOS:**
- **Presencial** ☒ **Webex Cisco** ☒

DESIGNAÇÃO DO CURSO / ACÇÃO:

- Literacia em Saúde

DATA/HORA	SUMÁRIO	RUBRICA	
20/05/2022 8h-9h	- Capacitar, envolver e influenciar nas decisões em saúde. - Desenvolver competências para a elaboração de planos e projectos em saúde.		Teórica + Prática ☐ Teórica ☒ Prática Simulada ☐
	- Fomentar aptidões e técnicas que promovam a mudança de atitudes e comportamentos em saúde. - Desenvolver competências e estratégias comunicacionais para a melhoria da literacia em saúde.		Teórica + Prática ☐ Teórica ☒ Prática Simulada ☐
	- Desenvolver técnicas de linguagem assertiva e comportamento positivo.		Teórica + Prática ☐ Teórica ☒ Prática Simulada ☐

O (A) Formador (a), **A Diretora do SEFI,**

SEFI DEZ. 2020

LITERACIA EM SAÚDE

Tutora: Enfermeira Mestre Paula Guimarães
Orientadora: Professora Doutora Susana Regadas
Estudante: Vera Lúcia Barbosa Nunes

Maio | 2022

Literacia em Saúde - Conceito

De acordo com European Health Literacy Consortium (World Health Organization, 2013, cit por DGS, 2019, p.3), a Literacia em Saúde (LS) é "o conjunto de aptidões cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, abranger e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde".



Literacia em Saúde (LS) – Um desafio emergente

- **Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026** : *Pilar 1 – Cultura de Segurança* - objetivo estratégico "aumentar a literacia e a participação da pessoa, família, cuidadores e da sociedade na prestação de cuidados" (Despacho n.º 9390/2021, p.99).
- **Despacho 6430/2017**: implementação do projeto piloto "Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde" sendo um dos objetivos, a segurança cirúrgica.



Objetivos da promoção da Literacia em Saúde

- Capacitar e envolver, influenciar e apoiar decisões em saúde;
- Desenvolver competências para a elaboração de planos e projetos em saúde que promovam a literacia em saúde;
- Desenvolver ações de promoção de estilos de vida saudável;
- Desenvolver competências na mediação e gestão de conflitos;
- Fomentar as aptidões e técnicas que promovam a mudança de atitudes e comportamentos em saúde;
- Desenvolver competências e estratégias comunicacionais e de informação para melhoria da literacia em saúde do cidadão;
- Propor soluções de maior interatividade e competências digitais que promovam uma maior literacia em saúde.
- Desenvolver técnicas de linguagem assertiva e comportamento positivo para mudar comportamentos e atitudes;

- A **Direção-Geral da Saúde** (2019b) apresentou o *Plano de Ação para a Literacia em Saúde, 2019-2021*, que pretende definir uma abordagem ao longo do ciclo de vida, promovendo as escolhas informadas dos cidadãos.
- Mais recentemente, a publicação do ***Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde:*** *Capacitação dos profissionais de saúde* editada pela Direção-Geral da Saúde (2019a), assinala um decisivo passo de afirmação da literacia em saúde no nosso país.

Ambos os documentos visam a capacitação dos profissionais de saúde na melhoria dos níveis de literacia em saúde e na promoção do espírito crítico das pessoas face as suas decisões de saúde, representando um desafio de saúde pública em Portugal.

Motivos para a Literacia em Saúde

- Aumentar a qualidade dos cuidados de saúde
- Aumentar os níveis de saúde das populações
- Garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde
- Gerar experiências de saúde gratificantes

Nunes, J. M. (2019).

Níveis de Literacia em Saúde em Portugal

Dados disponíveis permitem-nos conhecer os níveis de LS em Portugal através de um questionário adaptado do Health Literacy Survey for the European Union.

Os níveis de literacia em Portugal, quando comparados com os dos países europeus, revelam que 61% da população têm um nível de LS geral problemático e inadequado, a média dos 9 países é de 49%.

Portugal é o segundo país com menores valores neste índice.

Portugal aponta piores níveis de LS nos cuidados de saúde, seguido da LS geral, da promoção da saúde e por último, na prevenção da doença.

O baixo nível de Literacia em Saúde da população portuguesa acarreta custos individuais e sociais e está normalmente associado a baixos níveis educacionais e de acesso a informação que provocam a diminuição da autonomia da pessoa (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016 cit por DGS, 2019, p.10).

7

Abordagem integrada em Literacia em Saúde



10

Relação entre o baixo nível de LS e a qualidade de vida



8

Modelos de classificação de Literacia

Funcional	Competências básicas em leitura e escrita necessárias para um funcionamento eficaz em contexto de saúde
Interativa	Literacia cognitiva mais avançada e competências sociais para uma participação ativa nos cuidados de saúde
Crítica	Capacidade de analisar e usar criticamente informações para participar em ações que superem barreiras estruturais à saúde

Nutbeam, 2000

11

Relação entre Literacia em Saúde e a segurança dos cuidados

- Agravamento do estado de saúde
- Pouca adesão à terapêutica e erros na toma da medicação
- Taxas elevadas de morbilidade e de morte prematura
- Capacidade diminuída para tomar decisões de saúde adequadas e comunicar com profissionais de saúde
- Má gestão de doenças crónicas (diabetes, asma, obesidade, entre outras)
- Menor participação em ações de prevenção da doença e promoção da saúde

9

Estratégias para a promoção da Literacia em Saúde na segurança dos cuidados

Os profissionais de saúde têm demonstrado maior empatia para melhorar a comunicação, usam recursos complementares, repetem os conceitos-chave, entregam informações escritas relevantes e personalizadas.

12

Necessidade de sensibilização dos profissionais

É importante preparar os profissionais de saúde para que as pessoas passem a ter um **papel mais ativo, mais interventivo** e que possam mesmo questionar o seu trabalho!

Um aumento da Literacia, leva a **mais conhecimento e maior envolvimento da pessoa nos seus cuidados,** pelo que é normal ter mais vontade em participar e questionar.

O profissional de saúde deve estar preparado para interpretar as questões como uma oportunidade de envolver a pessoa e não como uma forma de questionar o seu profissionalismo.

13

Capacitação dos Enfermeiros

O Enfermeiro além das suas competências técnicas e práticas pode através de uma comunicação eficaz, orientar e influenciar a pessoa, sobretudo em casos de baixa literacia em saúde.



36

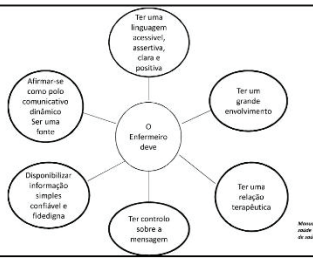
Necessidade de sensibilização dos profissionais

Manual de boas práticas literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde (DGS, 2019)

O seu principal objetivo é promover a capacitação dos profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias de interação e comunicação com as pessoas, para que estas melhorem os seus níveis de Literacia em Saúde e tenham maior autonomia e reflexão crítica nas suas escolhas.



14



Manual de boas práticas literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde (DGS, 2019)

37

Manual de boas práticas literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde (DGS, 2019)

Pretende aprofundar o conceito de Literacia em Saúde enaltecendo a importância da prevenção da doença e promoção da saúde *versus* o tratamento da doença, sendo um dos seus objetivos fomentar o desenvolvimento de estratégias de interação e de comunicação efetivas por parte dos Profissionais de Saúde, facilitando o processo de transmissão de informação.

15

Programas/projetos/ações para melhorar a LS na segurança dos cuidados ao doente:

- Campanha Nacional da Higiene das Mãos
- Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
- Modelo de Acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)
- Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS)
- Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos
- Comissão da Qualidade e Segurança
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
- Classificação Internacional sobre Segurança do Doentes
- Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
- Projeto-piloto "Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde"
- Biblioteca de Literacia em Saúde, Área do Cidadão, Serviço Nacional de Saúde
- Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais

Manual de boas práticas literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde (DGS, 2019)

38

27/01/2023

Literacia na Segurança dos Cuidados de Saúde



AESOP 19

2. Incentivar perguntas por parte das pessoas

As pessoas devem sentir-se confortáveis para colocar questões, saber que estas vão ser ouvidas, e saber que tipo de questões colocar.

O método "*ask me three*" (pergunte-me três) encoraja as pessoas a colocarem três questões que lhes devem fornecer a informação essencial sobre a sua condição:

Qual é o meu problema principal?

O que devo fazer?

Porque é que é importante fazê-lo?

3. Estratégias de comunicação

Levar o seu tempo a explicar com calma e a ouvir, sempre que possível;

Utilizar linguagem simples;

Limitar a quantidade de informação transmitida de cada vez, utilizando os métodos acima descritos para confirmar que esta foi entendida;

Criar um ambiente livre de "vergonha", em que as pessoas possam colocar questões e falar abertamente acerca de tópicos sobre os quais tem dúvidas.

22

MÉTODOS E MEIOS PROMOTORES DA LITERACIA EM SAÚDE

1. Utilizar boas práticas de Literacia em Saúde em toda a comunicação verbal, escrita e visual
2. Tornar a informação em saúde relevante e acessível
3. Investir em diferentes recursos
4. Implementar e aumentar as oportunidades de aprendizagem em todos os níveis
5. Aumentar e melhorar os recursos centrados na pessoa
6. Acesso à informação
7. Desenvolvimento profissional
8. Tecnologias
9. Sensibilizar
10. Participação das pessoas

20

4. Gestão da medicação

Por forma a otimizar a adesão à terapêutica, podem ser utilizadas algumas técnicas:

Revisão da medicação, garantindo que a medicação prescrita é a mais adequada e que está a ser usada corretamente;

Envolvimento da pessoa na tomada de decisão sobre a sua medicação, garantindo que qualquer alteração é explicada e entendida;

5. Doenças crónicas

Pessoas com doenças crónicas estão mais expostas a linguagem técnica sobre a sua condição;

Pessoas com doenças crónicas e reduzidos níveis de Literacia em Saúde têm maior dificuldade em identificar uma deterioração na sua condição ou em procurar apoio em caso de deterioração.

23

Métodos e Meios

1. Técnicas

a. *Teach back*

Peça à pessoa para explicar as instruções que lhe foram dadas, por forma a avaliar se foram corretamente entendidas.

b. *Chunk and check*

Divida a informação em parcelas;

Confirme, entre parcelas, que a informação foi entendida (e.g. *teach back*).

c. Linguagem simples

Evite a utilização de jargão técnico.

d. Imagens

Podem ser usadas sozinhas ou para complementar texto;

Não devem ser utilizadas para substituir a explicação verbal. Ofereça regularmente ajuda com preenchimento de formulários e outros;

Por forma a reduzir o estigma, deve ser oferecida ajuda a todas as pessoas.

21

6. Consentimento informado

As pessoas têm o direito de serem envolvidas nas decisões sobre a sua condição;

Deve ser fornecida toda a informação relevante, para que a pessoa a possa compreender, antes de ser pedido o consentimento

7. Autogestão

Uma autogestão eficaz é uma peça-chave na otimização de resultados na doença;

Níveis de Literacia em Saúde adequados são fundamentais para a autogestão, já que níveis reduzidos podem afetar a capacidade que a pessoa tem de participar em decisões sobre a sua condição;

É necessário que seja fornecida informação relevante e credível, utilizando alguns dos métodos acima descritos.

24

27/01/2023

Métodos e Meios

Investir nas competências de comunicação e técnicas dos profissionais

⇩

Melhorar a qualidade do atendimento

⇩

Modelo ACP – Assertividade, Clareza de Linguagem e Positividade

25

eBook Literacia em Saúde do CHTS



Contributos da UCA para a promoção da LS?

28

Evidência Científica

De acordo com Nielson-Bohlman L. et al., (2004), a promoção da literacia de saúde tem o potencial de melhorar os resultados em saúde e a qualidade dos cuidados de saúde. No entanto, para alcançar este patamar, é fundamental o envolvimento das estruturas de governação, dos profissionais de saúde e dos próprios cidadãos na operacionalização de uma estratégia nacional projetada para a promoção de LS.

26

Sugestões: Materiais e Formas para melhorar a LS

- Documentos e cartazes
- Sites e aplicativos
- Redes sociais
- Filme em salas de espera
- SMS
- Videos - Youtube
- Apps
- Disponibilizar check-lists
- Links de acesso: Podcasts
- Entretenimento
- Modelos explicativos



29

Quais as estratégias para aumentar a Literacia em Saúde nos pacientes em Cirurgia de Ambulatório do CHTS?



27

Bibliografia

30

27/01/2023


"Conta-me e eu esqueço.
Mostra-me e eu apenas me lembro.
Envolve-me e eu compreendo."
Confúcio
Obrigada pela vossa atenção!

APÊNDICE XIV: Póster "O ar da sala operatória e a sua relação com a infeção da ferida cirúrgica: revisão bibliográfica"



Certificado,

Certifica-se que Filipe Ribeiro Varejão, Liliana Patrícia Moreira dos Santos, Marta Sofia da Rocha Leal, Vera Lúcia Barbosa Nunes, apresentaram a ***Comunicação Livre em forma de Poster,*** **O AR DA SALA OPERATÓRIA E A SUA RELAÇÃO COM A INFEÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA: REFLEXÃO BIBLIOGRÁFICA,** no **Congresso Internacional de Controlo de Infeção, CICI2022, que se realizou On-Line, nos dias 31 de março e 1 de abril de 2022.**

Porto, 04 de abril de 2022

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais

ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA



O Ar Da Sala Operatória e a Sua Relação Com a Infeção Da Ferida Cirúrgica: Reflexão Bibliográfica

Filipe Varejão, Enfermeiro, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa;
Liliana Santos, Enfermeira, Bloco Operatório Central, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa;
Marta Leal, Enfermeira, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa;
Vera Nunes, Enfermeira, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa;



APÊNDICE XV: Póster "Intervenções de Enfermagem perioperatórias para a prevenção de infeção na hernioplastia abdominal"



Certificado

Certifica-se que Filipe Ribeiro Varejão, Liliana Patrícia Moreira dos Santos, Marta Sofia da Rocha Leal, Vera Lúcia Barbosa Nunes, apresentaram a ***Comunicação Livre em forma de Poster,*** **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIAS PARA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO NA HERNIOPLASTIA ABDOMINAL,** no **Congresso Internacional de Controlo de Infeção, CICI2022, que se realizou On-Line, nos dias 31 de março e 1 de abril de 2022.**

Porto, 04 de abril de 2022

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais

ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIAS PARA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO NA HERNIOPLASTIA ABDOMINAL

Filipe Varejão, Enfermeiro na Unidade de Cirurgia de Ambulatório - CHTS (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa);

Liliana Santos, Enfermeira no Bloco Operatório Central - CHTS (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa);

Marta Leal, Enfermeira na Unidade de Cirurgia de Ambulatório , CHTS (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa);

Vera Nunes, Enfermeira na Unidade de Cirurgia de Ambulatório , CHTS (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa).



APÊNDICE XVI: Póster "Qual a importância da troca de luvas durante o procedimento cirúrgico?"



Certificado

Certifica-se que Filipe Ribeiro Varejão, Liliana Patrícia Moreira dos Santos, Marta Sofia da Rocha Leal, Vera Lúcia Barbosa Nunes, apresentaram a ***Comunicação Livre em forma de Poster,*** **QUAL A IMPORTÂNCIA DA TROCA DE LUVAS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO?** no **Congresso Internacional de Controlo de Infeção, CICI2022, que se realizou On-Line, nos dias 31 de março e 1 de abril de 2022.**

Porto, 04 de abril de 2022

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

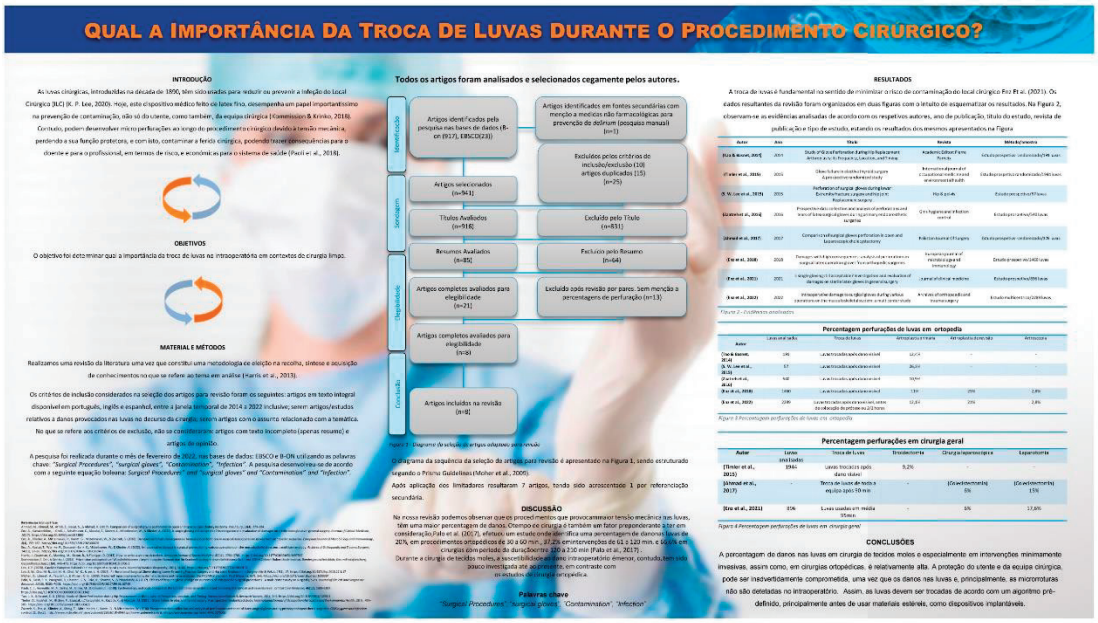
O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais

ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA



QUAL A IMPORTÂNCIA DA TROCA DE LUVAS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO?

Filipe Varejão, Enfermeiro, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa;
Liliana Santos, Enfermeira, Bloco Operatório Central, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa;
Marta Leal, Enfermeira, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa;
Vera Nunes, Enfermeira, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa;



ANEXOS

ANEXO I: Conferência - Literacia em Saúde: Capacitação do Doente

CERTIFICADO

CONFERÊNCIA
LITERACIA EM SAÚDE: CAPACITAÇÃO DO DOENTE
26 MAIO 2022 | 18H30



CERTIFICADO

A Liga Portuguesa Contra o Cancro certifica que

VERA NUNES

esteve presente na Conferência **"LITERACIA EM SAÚDE: CAPACITAÇÃO DO DOENTE"**, no dia 26 de MAIO de 2022, das 18H30 às 20H.

Rui Medeiros
Diretor do Centro de Formação do Núcleo Regional do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro

Cristiana Fonseca
Coordenadora do Centro de Formação do Núcleo Regional do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro

LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO
NÚCLEO REGIONAL DO NORTE

ANEXO II: Apresentação do Ebook "Boas práticas ao serviço do cliente"



I SEMINÁRIO DA GESTÃO DO RISCO

FERRAMENTAS PARA A MELHORIA DA SEGURANÇA DO DOENTE

23 JUNHO 2022 | 09:00 - 13:0

AUDITÓRIO HOSPITAL PADRE AMÉRICO

CERTIFICADO

Certifica-se que **Vera Lúcia Barbosa Nunes**

participou no **I Seminário da Gestão do Risco com o tema – "Ferramentas para a melhoria da segurança do doente,** do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, que se realizou no auditório do Hospital Padre Américo, no dia 23 de junho de 2022.

Penafiel, 23 de junho de 2022

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO

Enfermeiro Diretor
José Ribeiro

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFE - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE · SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE · Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. · SEFI SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

ANEXO III: Webinar da Ordem dos Enfermeiros - Registos no perioperatório: "Onde estamos? Para onde vamos?"

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

VERA LÚCIA BARBOSA NUNES

membro nº **47729** desta Ordem, participou no(a) "[1]**Webinar Registos no Perioperatório: Onde estamos? Para onde vamos?**, realizado **no dia 02 de Junho de 2022**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma online Cisco Webex.**

Lisboa, 02 de Junho de 2022

P[1]´A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo[2]

[1]Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

[2]Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

ANEXO IV: Webinar da Ordem dos Enfermeiros: Responsabilidades do EEEMC no contexto perioperatório

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

VERA LÚCIA BARBOSA NUNES

membro nº **47729** desta Ordem, participou no(a) "[1]**Webinar Responsabilidade do EEEMC no contexto perioperatório**", realizado **no dia 19 de Maio de 2022**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma online Cisco Webex.**

Lisboa, 19 de Maio de 2022

P[1]´A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo[2]

[1] Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

[2] Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos