



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

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

Dora Margarida Santos Pires

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO REGRESSO
A CASA APÓS CIRURGIA DE CATARATA:
UMA SCOPING REVIEW**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO REGRESSO
A CASA APÓS CIRURGIA DE CATARATA: UMA
SCOPING REVIEW**

Relatório Final de Estágio

Dora Margarida Santos Pires

Relatório Final 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 Mestre Dina Costa.

Oliveira de Azeméis | 2023

“Morning, boys. How’s the water?” And the two
young fish swim on for a bit, and then
eventually one of them looks over at the other
and goes “What the hell is water?”
(...)

It is about the real value of a real education,
which has almost nothing to do with
knowledge,
and everything to do with simple awareness;
awareness of what is so real and essential,
so hidden in plain sight all around us, all the
time,
that we have to keep reminding ourselves over
and over:
“This is water.”

David Foster Wallace

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Dina, por todo o empenho, dedicação, disponibilidade e principalmente por me ter feito acreditar desde o primeiro dia que seria possível chegar aqui, sem o seu apoio e suporte teria sido muito mais difícil, talvez até, impossível.

À enfermeira Filomena Maltez pela serenidade e mestria com que me conduziu em todos os momentos deste percurso, principalmente nos de maior vulnerabilidade, mas também nas vivências e experiências tão enriquecedoras que me proporcionou. Com certeza, farão a diferença no meu desempenho enquanto Enfermeira Especialista.

A toda a equipa de enfermagem do bloco operatório de oftalmologia pela solidariedade demonstrada, que foi tão importante em todo este percurso.

À Esmeralda e à Suzana por me terem incentivado a aceitar este incrível desafio.

Ao Rogério, à Constança e à Francisca, pela sua compreensão e porque estão sempre comigo.

Desculpem todo o tempo que vos roubei!

Aos meus Pais, por todo o amor demonstrado no seu apoio e disponibilidade incondicional.

A todos, muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APCA – Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório
AVD's – Atividades de Vida Diária
BO – Bloco Operatório
BOO – Bloco Operatório de Oftalmologia
CA – Cirurgia de Ambulatório
CNDCA – Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório
CPOE – Consulta Pré-Operatória de Enfermagem
CQS – Comissão de Qualidade em Saúde
CRIO – Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia
DGS – Direção Geral de Saúde
DQS – Departamento de Qualidade em Saúde
EEMC – Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica
EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica
ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde
EO – Ordem dos Enfermeiros
ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
EUA – Estados Unidos da América
GTADCA – Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório
HG – Hospital Geral
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
ILC – Infecção do Local Cirúrgico
INE – Instituto Nacional de Estatística
LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
PADSS – Post-Anaesthetic Discharge Scoring System
PAE – Processo Assistencial de Enfermagem
PIO – Pressão Intraocular
PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
PQCEE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados
PQCEMC - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica
PSP – Pessoa em Situação Perioperatória

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala Operatória

SOs – Salas Operatórias

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UPCIRA – Unidade de Prevenção e Controlo da infeção e Resistência aos Antimicrobianos

RESUMO

A pessoa em situação perioperatória (PSP) encontra-se a vivenciar um processo de saúde/doença, mais precisamente um processo cirúrgico complexo. O enfermeiro especialista em enfermagem à PSP é detentor de um conjunto de saberes e competências que em concordância com a consciência cirúrgica lhe permite prestar cuidados capazes de a proteger na sua vulnerabilidade, capacitando-a e promovendo a sua autonomia.

A elaboração do presente relatório final de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio II, inserida no II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da ESSNorteCVP. Pretende apresentar o percurso desenvolvido com vista à aquisição de competências comuns e específicas de enfermeira especialista, bem como as competências desenvolvidas que conduzem à atribuição do grau de Mestre. O relatório irá apresentar-se em duas partes: a primeira corresponde à componente de estágio e a segunda à componente de investigação. Na componente de estágio é realizada uma análise das atividades desenvolvidas com vista à aquisição de competências comuns e específicas na área de enfermagem à PSP. Na componente de investigação realizou-se uma Scoping Review com base na metodologia do Joanna Briggs Institute, com o principal objetivo de mapear as intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata. Foram identificadas as intervenções de enfermagem neste âmbito e agrupadas em: identificação/prevenção de complicações, cuidados ao olho intervencionado, gestão do regime terapêutico e implicações nas atividades de vida diária (AVD's). O enfermeiro, ao identificar as necessidades e especificidades da PSP, bem como as intervenções de enfermagem para a preparação do regresso a casa após a cirurgia de catarata, desenvolve um processo de tomada de decisão assente numa prática de enfermagem avançada alicerçada na evidência científica.

Palavras chave: Enfermagem, Cirurgia de Catarata, Cuidados Pós-operatórios

ABSTRACT

During the perioperative period, each person experiences health and disease in the context of a complex surgical process. Nurses who are specialized in perioperative nursing have a unique set of knowledge and skills which allow them to provide care and also empower and promote the autonomy of people during the perioperative period.

This final report was written for the Curricular Unity Estágio II of the II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Specialty of Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória of ESSNorteCVP. The purpose of the report is to present the steps that allowed us to acquire the skills of a specialist nurse and to obtain the Master's degree. The report is divided in two parts: the internship period and the investigative work. In the internship section, we analyze the work that was done in order to acquire the indispensable skills for perioperative nursing. In the investigation section of the report, we performed a Scoping Review according to the Joanna Briggs Institute methodology in order to monitor the nursing interventions required to prepare the return home of people undergoing cataract surgery. We identified these interventions which were grouped into: identifying and preventing complications, perioperative care of the operated eye, therapeutic regimen management and the implications in activities of daily living (ALDs). By recognizing the specific necessities of each person undergoing surgery the nurse is able to adequate nursing interventions in order to prepare the person to return home after cataract surgery. This decision making process is based in advanced evidence-based nursing practices.

Keywords: Nursing, Cataract Surgery, Perioperative care

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Estudos selecionados para a Scoping Review	97
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma PRISMA.....	95
----------------------------------	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento do contexto de estágio	25
1.1. Estágio em contexto de Cirurgia de Ambulatório	27
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	37
2.1. <i>Competência do Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal</i>	37
2.2. <i>Competência do Domínio da Melhoria Continua da Qualidade</i>	40
2.3. <i>Competência do Domínio da Gestão dos Cuidados</i>	44
2.4. <i>Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</i>	47
3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	51
3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	53
3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	70
4. Considerações finais	77
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	79
1. Resumo	81
2. Abstract	83
3. Fundamentação/enquadramento teórico	85
4. Finalidade e objetivos	89
5. Metodologia	91
5.1. Desenho do estudo	91
5.2. Considerações éticas	93
6. Resultados	95
7. Discussão	107

8. Conclusão	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	131
ANEXO I: Certificado do Poster “Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review”	133
APÊNDICE	135
APÊNDICE I : Poster “Intervenções de enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review”	137
APÊNDICE II: Q168 – Projeto de Estudo de Investigação	139
APÊNDICE III: Tabela de Extração de Dados.....	153

INTRODUÇÃO

A PSP encontra-se a vivenciar um processo de saúde/doença, mais precisamente um processo cirúrgico, onde vai passar por um estado de vulnerabilidade física e emocional, estando exposta à complexidade do ambiente perioperatório. O enfermeiro especialista em enfermagem à PSP é detentor de um conjunto de saberes e competências que em concordância com a consciência cirúrgica, lhe permite prestar cuidados de enfermagem perioperatórios capazes de proteger a PSP na sua vulnerabilidade física e emocional, capacitando-a e promovendo a sua autonomia. Compreende-se que quando a pessoa passa por uma intervenção cirúrgica está implícito um processo de transição saúde-doença. Para Afaf Meleis transição é a passagem de uma condição ou de um estado para outro envolvendo um processo adaptativo a essa nova condição (Meleis, 2010). O enfermeiro especialista em enfermagem à PSP tem um papel fundamental na definição de estratégias que em parceria com a PSP, família, meio ambiente e comunidade conduzam a uma transição saudável. Identificar os fatores facilitadores/inibidores que podem melhorar a adaptação da PSP e família à nova condição é objetivo dos cuidados de enfermagem alicerçados pela teoria das transições (Meleis, 2010). Também a Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem se enquadra neste contexto de processo cirúrgico nomeadamente na preparação do regresso a casa onde a promoção do autocuidado está em destaque. Entendendo-se autocuidado como a prática de atividades que proporcionam o aperfeiçoamento das pessoas com o objetivo da preservação da vida e do bem-estar, o enfermeiro assume um papel de dinamizador deste processo que se entende universal pois abrange todos os aspetos das vivências da PSP (Queiroz et al., 2014). Assim, estes são dois modelos conceptuais que orientam as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem à PSP, tendo sido também os referenciais escolhidos para guiar o desenvolvimento do presente relatório.

A catarata é uma doença ocular, na sua maioria decorrente do processo de envelhecimento (catarata senil) que leva à cegueira (Almança et al., 2018). A sua única forma de tratamento é a cirurgia, que graças aos avanços tecnológicos, se realiza atualmente através da técnica de facoemulsificação, que envolve o uso de ultrassom caracterizando-se por ser minimamente invasiva (Miller et al., 2022). Tendo em conta o curto tempo cirúrgico, a anestesia ser preferencialmente tópica e as complicações intraoperatórias reduzidas, é um tipo de cirurgia elegível para ser realizada em contexto de Cirurgia de Ambulatório (CA) (Costa et al., 2021). Este é um modelo cirúrgico em que se preconiza a alta precoce, em que a PSP entra e sai no

mesmo dia da unidade de saúde, permanecendo pouco tempo sob vigilância dos profissionais de saúde (AESOP, 2012). Neste sentido, a preparação do regresso a casa da PSP sujeita a cirurgia de catarata assume grande importância, estando o enfermeiro numa posição privilegiada, devido à sua proximidade com a PSP, para estabelecer uma relação de ajuda e empática identificando as suas necessidades e especificidades desde o pré-operatório, intra, pós-operatório e follow up. A sua atuação é fundamental para prevenir complicações que possam comprometer o sucesso cirúrgico e a recuperação adequada da PSP (Matzenbacher et al., 2021). Verifica-se, contudo, que devido ao crescente volume cirúrgico para o tratamento desta doença o processo de preparação do regresso a casa em alguns contextos da prática clínica não é realizado de forma sistematizada e uniformizada. A realização deste trabalho de investigação pretende identificar as intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa após cirurgia de catarata. Dado que a recuperação da PSP acontece no domicílio, é de extrema importância a sistematização das intervenções de forma a promover a capacitação e autonomia para o autocuidado. Foi realizada uma Scoping Review sob a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata.

O presente relatório pretende apresentar o percurso desenvolvido para a aquisição de competências especializadas na área de enfermagem à PSP e de competências de mestre, com o aprofundamento de conhecimentos na área da investigação, fundamentados na evidência científica.

A primeira parte do relatório diz respeito ao capítulo da componente de estágio que se realizou numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) da zona centro do país. Encontrase dividido em 4 subcapítulos: no primeiro é realizada uma abordagem ao conceito de CA e uma descrição orgânica e funcional da UCA evidenciando o papel do enfermeiro especialista em enfermagem medico cirúrgica (EMC) nesta unidade em todas as suas áreas de atuação; no segundo e terceiro subcapítulos são abordadas as competências comuns e específicas, respetivamente, do enfermeiro especialista em EMC e na área de enfermagem à PSP, onde são descritas e refletidas as atividades desenvolvidas e os objetivos específicos traçados com vista à aquisição destas competências; no quarto subcapítulo, destinado às considerações finais, é feito um balanço do estágio de enfermagem à PSP II dando-se destaque aos contributos deste momento formativo para a construção da sua identidade enquanto enfermeira especialista.

A segunda parte, diz respeito ao capítulo da componente de investigação, dividindo-se em 8 subcapítulos. Tem início com o enquadramento teórico, que serve de base e de contextualização do tema, seguindo-se a finalidade e objetivos que foram delineados para o estudo. Seguidamente é descrita a metodologia usada e as considerações éticas. Para a apresentação dos resultados, foi elaborada uma tabela de extração de dados, que se encontra no Apêndice II, apresentando-se também ao longo do texto uma tabela com a síntese dos artigos selecionados (Tabela 1). Segue-se a discussão, onde é realizada uma análise dos resultados que emergiram do trabalho de investigação e onde é também realizada uma confrontação com a evidência científica já existente. Por fim, apresenta-se a conclusão com as potenciais implicações para a prática, as limitações decorrentes do estudo e as considerações finais.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

~

1. Enquadramento do contexto de estágio

Este capítulo destina-se à realização de uma caracterização do contexto de estágio de enfermagem à PSP II, que decorreu de 04 de outubro de 2022 a 4 de março de 2023 num total de 810 horas das quais 440 horas são de contacto clínico na tipologia de estágio.

Assim, o estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II realizou-se numa UCA de um Hospital Central da zona centro do país. Esta unidade hospitalar foi criada em 2011 após a fusão das várias unidades hospitalares existentes na região centro do país, integrado no plano de reestruturação hospitalar a nível nacional, com o objetivo de maior integração, complementaridade e concentração de recursos financeiros, tecnológicos e humanos (Ministério da Saúde, 2011).

Com a fusão o Centro Hospitalar ficou constituído por vários polos. Surge também a UCA, valência que não existia até então. Assim, a UCA encontra-se sedada num dos polos, adjacente ao Bloco Operatório (BO).

A política de fusão hospitalar pretendeu melhorar a prestação de cuidados de saúde de forma contínua, com a garantia de qualidade e diversificação da oferta, tendo como objetivo reduzir as estruturas orgânicas, administrativas e funcionais, introduzindo mecanismos para uma organização integrada e conjunta, tornando mais eficiente a gestão hospitalar. De igual forma, pretendeu-se valorizar o ensino universitário e a investigação científica desenvolvida por algumas instituições, sendo esta unidade hospitalar uma delas, promovendo o seu maior desenvolvimento e continuidade. Persegue-se assim, a melhoria contínua dos processos nos serviços de saúde e a excelência dos cuidados de saúde prestados (Ministerio da Saúde, 2011).

Em franco alinhamento com esta política de fusão das unidades hospitalares, o hospital em apreço, no seu Plano de Desenvolvimento Estratégico 2020-2022 define como objetivos: o diagnóstico, tratamento e a reabilitação em tempo adequado com elevados critérios de qualidade; a promoção do ensino superior e universitário, a formação e investigação, como dinamizadores de uma prática de excelência (CHUC, 2021). Tem como **Missão** a “prestação de cuidados de elevada qualidade e diferenciação aos doentes da sua área de influência (...) formar profissionais de saúde e contribuir para a produção de conhecimento, em articulação com as partes interessadas.”(CHUC, 2021, p. 18). É sua **Visão** ser uma instituição hospitalar de referência nacional e internacional com um grande investimento científico, tecnológico e organizativo, com uma contribuição para a sociedade através da inovação e excelência dos cuidados de saúde prestados à população (CHUC, 2021). Pautando-se por **Valores** de referência como a dignidade humana, o respeito pela pessoa e pelos princípios bioéticos e de deontologia profissional, a honestidade, a integridade, o humanismo, a equidade e a

justiça (CHUC, 2021). Por último, são **Princípios** orientadores desta instituição uma prática multidisciplinar e multiprofissional centrada no doente, a eficácia e eficiência, responsabilidade social, rigor, cultura de mérito, lealdade, transparência, competência técnica e científica (CHUC, 2021)

A UCA enquanto unidade desta instituição encontra-se em perfeita sintonia com esta Missão, Visão, Valores, Princípios e Objetivos procurando garantir a qualidade do serviço assistencial prestado à pessoa e família em situação perioperatória e a melhoria contínua da qualidade. Em termos geográficos este hospital oferece cuidados de saúde à população do centro do país, apresentando-se como uma referência nacional e internacional em várias áreas, com 18 *Centros de Referência*, como: Epilepsia Refratária, Transplante Hepático, Cardíaco e Renal, Cardiologia de Intervenção Estrutural, Oftalmologia, entre outros (CHUC, 2021).

Sendo o estágio um prolongamento da atividade profissional da mestranda, já que desde há 8 anos exerce funções no Bloco Operatório de Oftalmologia (BOO) deste mesmo hospital central, onde a maioria da atividade cirúrgica se desenvolve em regime de ambulatório, pretende-se aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na sua área de intervenção, a enfermagem perioperatória e a CA.

Conforme o exposto no Decreto-lei 63/ 2016, de 13 de setembro de 2016, ao candidatar-se à obtenção do grau de mestre pretende prestar cuidados de enfermagem especializados aplicando os seus conhecimentos na resolução de problemas em situações novas, em contextos diversificados e multidisciplinares, integrar conhecimentos e lidar com situações complexas, emitir juízos e desenvolver soluções em situações de falta de informação ou em que esta se encontra diminuta, refletindo sobre as responsabilidades éticas e sociais que daí advêm. Conseguir comunicar os seus conhecimentos e raciocínios e consequentemente as suas conclusões de forma clara e sem ambiguidades. Em suma, conseguir a aquisição de competências que lhe permitam uma aprendizagem auto-orientada ou autónoma que sustentem a sua tomada de decisão no contexto de prática clínica e na prestação de cuidados (Decreto Lei nº 63/2016, 2016).

1.1. *Estágio em contexto de Cirurgia de Ambulatório*

Neste capítulo do relatório pretende-se fazer uma descrição sucinta do campo de estágio bem como uma abordagem a conceitos relativos à CA já que o aprofundamento de conhecimentos nesta área revelou-se de grande importância para o desenvolvimento e aquisição de competências em enfermagem perioperatória em contexto de CA. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2008) entende -se por CA

“toda a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, possa ser realizada em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia ou até um máximo de 23 horas após a admissão, em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *leges artis*.” (ERS, 2008, p. 3)

O conceito de CA remonta aos anos 60 e surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), tendo-se posteriormente desenvolvido e chegado também à Europa, onde está subjacente que a PSP entra e sai no mesmo dia da unidade hospitalar, ao passo que nos EUA o tempo de permanência da PSP na unidade atinge as 24 horas, adotando-se a definição de *one day surgery* (AESOP, 2012).

A Portugal o conceito de CA chega nos anos 90, quando algumas instituições de saúde adotam programas neste regime cirúrgico. Este conceito representa um contributo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, da eficiência e efetividade das organizações de saúde, permitindo uma menor taxa de tempo de espera cirúrgico, associando-se também uma menor taxa de complicações pós-operatórias não apresentando uma incidência superior de regresso à unidade de saúde à verificada no modelo de cirurgia convencional (Despacho nº 1380/2018, 2018).

Desde 2007 que Portugal tem acompanhado o tendencial crescimento internacional da CA. Nos anos 2000 eram apenas realizadas em contexto de CA pouco mais de 10% das cirurgias com indicação internacional para tal; hoje em dia essa percentagem atinge os 80%, sendo que 63% do total de cirurgias programadas são realizadas neste modelo (Despacho nº 1380/2018, 2018). Este crescimento deveu-se em grande parte ao elevado desenvolvimento tecnológico e científico (controlo da dor e desenvolvimento de técnicas cirúrgicas minimamente invasivas), diminuição do tempo de internamento, adequação dos cuidados

de saúde às novas necessidades e realidades da população e necessidade de proporcionar um serviço de qualidade e uma boa relação custo-eficiência (AESOP, 2012).

O aparecimento de entidades reguladoras e promotoras de conhecimento deste modelo cirúrgico foi também crucial para o seu crescimento e desenvolvimento. Assim, em 2007 foi criada a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA) através do Despacho nº 25832 de 19 de outubro de 2007, pelo Ministério da Saúde com o objetivo de criar estratégias e medidas de implementação das mesmas para o desenvolvimento da CA no Sistema Nacional de Saúde (SNS). Tendo sido esta comissão responsável pela elaboração do "Relatório Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente." Este relatório permitiu fazer uma caracterização da realidade portuguesa, dando-a a conhecer ao Ministério da Saúde e possibilitando a implementação das medidas ali indicadas (Despacho nº 25832/2007, 2007).

Com o intuito de elaborar um diagnóstico da situação, 10 anos após o início deste processo foi criado em 2018 o Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA), com o objetivo de "proceder à avaliação da CA nos últimos 10 anos em Portugal e identificar áreas de intervenção prioritária para continuar a melhorar esta resposta do Sistema Nacional de Saúde (SNS)" (Despacho nº 1380/2018, 2018, p. 4511)

Já em 1998 tinha sido criada a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA), entidade sem fins lucrativos, tendo como principal objetivo a formação e envolvimento dos profissionais de saúde bem como a promoção e expansão de programas de qualidade no que respeita à CA, que era membro da International Association of Ambulatory Surgery.

Todo o trabalho desenvolvido por estes organismos permite perceber a importância da CA para as entidades governamentais e o quanto o SNS se encontra empenhado no seu desenvolvimento. Assumindo-se a saúde como grande fonte de despesa para as entidades governamentais estas procuram modelos organizacionais que lhes permita minimizar custos, sendo a CA um excelente exemplo. Reúne vantagens clínicas, económicas e sociais, permitindo um tratamento cirúrgico personalizado, particularmente humanizado, com elevada segurança e qualidade. Ao permitir a admissão e alta em menos de 24 horas diminui o desconforto e a incidência de infeção associada aos cuidados de saúde, pois a PSP permanece menos tempo nas unidades hospitalares o que leva a minimizar custos (Despacho nº 1380/2018, 2018).

Para a AESOP (2012), através da CA os benefícios psicológicos, sociofamiliares e económicos são claramente superiores ao da cirurgia convencional, tornando-se perceptível que o modelo

apresenta muitas vantagens tanto para a PSP/família como para o hospital e sociedade envolvente. Para a PSP e família o tratamento cirúrgico será mais rápido e o pós-operatório mais personalizado, contribuindo para uma recuperação mais satisfatória, menos tempo de ausência do seu ambiente familiar, bem como da atividade laboral.

Existem três modelos estruturais e funcionais das unidades de cirurgia de ambulatório, que podem representar maior ou menor autonomia e mais ou menos vantagens, dependendo da unidade hospitalar onde se inserem. São eles: o centro autónomo, criado e organizado unicamente para este tipo de cirurgia, obrigando à existência de um hospital de retaguarda que assegure, através de protocolos entre as duas instituições, o acolhimento da PSP/família sempre que se justifique o seu internamento por um período de tempo que exceda o funcionamento do centro; o centro adjacente a um hospital, encontra-se integrado no espaço físico de um hospital mas é criado e organizado unicamente para a realização de CA; o centro misto é criado e organizado para a realização de CA e cirurgia convencional (AESOP, 2012).

A UCA onde se desenvolveu o estágio começou a ser projetada antes da fusão das várias instituições de saúde que deram origem ao atual hospital central, assim inicialmente destinava-se apenas ao polo Hospital Geral (HG). A sua estrutura física foi construída de base para o fim a que se destina, sendo a sua localização imediatamente adjacente ao BO com a adoção inicial de um modelo de funcionamento autónomo. No entanto com a fusão hospitalar ocorrida em 2011 e com toda a reorganização inerente a este processo a UCA passou a prestar cuidados de saúde na área da CA a todos os utentes da zona centro do país levando a um acréscimo significativo de tempos cirúrgicos e mesmo de especialidades cirúrgicas, em relação ao inicialmente programado, houve assim necessidade de expandir a atividade cirúrgica diária para o BO do polo HG, ocupando atualmente mais 2 a 4 salas operatórias (SOs) por dia desta unidade, transformando-se assim num modelo de funcionamento misto. Tal só foi possível dada a proximidade estrutural de ambas as unidades, sendo a UCA um prolongamento do BO. A adoção deste modelo apresenta algumas vantagens, tais como: custos iniciais baixos, rentabilização das salas operatórias, partilha de recursos humanos e técnicos disponíveis. No entanto a Direção Geral de Saúde (DGS) considera-o desvantajoso, a acessibilidade pode estar comprometida, dada prioridade para a cirurgia convencional, equipas poderão estar mal preparadas para o contexto de ambulatório e critérios de alta mal definidos (AESOP, 2012). As duas unidades, UCA e BO são geridas pela mesma enfermeira gestora, as equipas de enfermagem e de assistentes operacionais são distintas; no entanto nas salas operatórias do BO que funcionam como UCA

a equipa de enfermagem é composta apenas por elementos da equipa do BO, ou seja estes elementos não assumem os restantes postos de trabalho da UCA, nomeadamente acolhimento (pré operatório), consultas de enfermagem nem recobro (pós operatório) o que dificulta uma visão global do processo assistencial da PSP em contexto de CA, emergindo daí momentos de conflito entre as equipas. Pela experiência que foi possível vivenciar durante o estágio percebeu-se ser mais vantajoso o modelo estrutural autónomo.

A segurança e qualidade são premissas que estão na essência do conceito de CA, para a sua realização impondo-se a necessidade de determinação de critérios de seleção/admissão. Para a DGS (2000) “Quando é realizada uma boa seleção dos doentes pelo cirurgião, uma cuidadosa avaliação pelo anestesista, com escolha adequada da técnica anestésica, não há razão para esperar mais complicações do que aquelas que surgem no regime de internamento” (DGS, 2000, p. 5).

Os critérios de admissibilidade para a PSP ser operada na UCA são os definidos pelo Ministério da Saúde e DGS, tratando-se de critérios sociais e clínicos. Os critérios sociais são: consentimento em 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 ser contactado telefonicamente e assegurada a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas. Os critérios clínicos são: a PSP idealmente ser classificada com risco anestésico ASA I ou ASA II (American Society of Anesthesiologists), estabilidade clínica e psíquica, intervenção cirúrgica que se preveja de curta duração (60 minutos), dor/desconforto no pós operatório capaz de ser minimizado com medicamentos via oral (Caseiro, 2009). A determinação destes critérios de seleção/admissão deve ser realizada em relação à PSP, às suas patologias e em relação ao procedimento cirúrgico a que vai ser submetida, devendo também este processo ser adaptado a cada hospital, região e população (AESOP, 2012). Desta forma pressupõe-se a realização de intervenções cirúrgicas num ambiente de segurança e qualidade tal como as realizadas em cirurgia convencional, dando-se grande importância à correta seleção da PSP e dos procedimentos cirúrgicos, à organização das equipas anestésico-cirúrgicas, à existência de protocolos anestésicos e cirúrgicos e a formação de uma equipa de enfermagem treinada e especializada no perioperatorio e nas especificidades inerente à CA (CNDCA, 2008).

As áreas cirúrgicas a que a UCA dá resposta são bastante abrangentes, nomeadamente, cirurgia geral (cirurgia da tiroide, colecistectomia laparoscópica, correções cirúrgicas de fístulas e de hérnias da parede abdominal), cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica

reconstrutiva, cirurgia vascular, estomatologia, ginecologia, neurocirurgia, oculoplástica, oftalmologia (cirurgia implanto refrativa e de glaucoma), ortopedia, otorrinolaringologia e urologia.

Estruturalmente a UCA obedece às regras de um BO convencional onde se garante a assépsia e se asseguram circuitos diferenciados e sequenciais, com o acréscimo de neste tipo de unidade haver uma maior preocupação com a garantia de ligação ao exterior e com o acompanhamento da PSP por familiares ou amigos (Coutinho, 2009).

Coutinho (2009) refere também, que tendo em conta as especificidades e características únicas da UCA e o seu modo de funcionamento ser diferente de qualquer outro serviço de um hospital, uma unidade deste tipo deverá ser planeada e desenhada respeitando a humanização e o conforto da PSP e família/acompanhantes e dos profissionais que a compõem, com cumprimento das regras básicas de diferenciação de circuitos que permitem garantir a segurança dos procedimentos realizados na nessa unidade (Coutinho, 2009).

É recomendado pela AESOP (2012) que uma UCA deve contemplar: área de receção/admissão; gabinetes de consulta; sala de espera para a PSP e família/acompanhante; vestiário para a PSP e profissionais; sala de preparação pré-operatória/acolhimento; salas de operações; unidade de cuidados pós Anestésicos (UCPA) (fases 1, 2 e 3); espaço exterior para estacionamento automóvel para a PSP e acompanhante. Como referido anteriormente, independentemente do modelo, a UCA tem de cumprir os mesmos princípios de um BO convencional, para isso o desenho de uma UCA deve considerar três áreas distintas: Zona de receção/espera/consulta, zona cirúrgica e zona de recobro/alta (Coutinho, 2009).

A UCA, da unidade hospitalar em apreço corresponde a estes requisitos, apresentando todos estes espaços na sua composição.

Assim, a **zona de receção/espera/consulta** é destinada à admissão, espera e preparação da PSP e acompanhante. Esta é constituída por duas áreas distintas: zona de receção/admissão, sala de espera, secretariado, instalações sanitárias e vestiário para a PSP e acompanhante; e zona de consulta pré e pós-operatória, com gabinetes de consulta e sala de tratamentos. Na UCA não se verifica a existência de sala de tratamentos. Esta é considerada zona de livre circulação, podendo ser frequentada pela PSP, acompanhantes e profissionais (Coutinho, 2009).

A **zona cirúrgica** é a área destinada às SOs, salas de pequena cirurgia e de indução anestésica (caso se opte pela sua existência) e respetivos apoios: vestiários e áreas de desinfeção dos profissionais (uma área de desinfeção por duas salas de operações), área destinada ao

autoclave e RX portátil (caso exista), sala de pausa para os profissionais, sala de reuniões, salas de armazenamento de equipamentos, sala de material de consumo clínico/dispositivos médicos (DM), sala de material cirúrgico, sala de sujos e despejos. Esta é considerada zona restrita onde só circulam os profissionais e a PSP já preparada para a cirurgia (Coutinho, 2009).

Na UCA, não se verifica a existência de autoclave. A central de esterilização encontra-se no piso inferior ao BO e à UCA, verificando-se aí o reprocessamento dos instrumentais cirúrgicos de ambas as unidades. No final de cada cirurgia os resíduos hospitalares, roupa e instrumentais cirúrgicos contaminados são depositados na salas de sujos/despejos anexas às SOs e são posteriormente transportados em carros selados para as zonas de escoamento (AESOP, 2013). O retorno dos instrumentais cirúrgicos à UCA é realizado através *da área de transferência de materiais* do BO, por onde se realiza a entrada saída de materiais externos ao BO, incluindo os provenientes da central de esterilização.

Na UCA acresce à zona cirúrgica a sala de acolhimento, que se destina à preparação pré-operatória da PSP, sendo composta por 5 áreas. Um gabinete de enfermagem onde são preparados os fármacos pré-anestésicos e cirúrgicos e onde se realiza o primeiro contacto do enfermeiro com a PSP. Aqui é realizada a identificação inequívoca da PSP e, são verificados todos os documentos necessários e inerentes ao processo assistencial da PSP para a CA. Uma zona maior composta por 3 macas e 2 cadeirões para onde a PSP é encaminhada pelo enfermeiro e é devidamente instalada, prosseguindo-se a preparação pré-operatória. Adjacente a esta sala encontra-se um pequeno gabinete de observações destinado à execução de procedimentos pré-operatórios mais expostos ou invasivos, sendo também utilizada como sala de pequena cirurgia apenas para a realização de injeções intravítreas. Na zona do transfe da PSP do acolhimento para a zona operatória, este transfe não é mecânico. Tal como refere Coutinho (2009) não se considera necessário, neste tipo de unidades, a existência de transfe mecânico visto que a PSP, na sua grande maioria consegue entrar na zona operatória pelo seu próprio pé (Coutinho, 2009). Na UCA onde se desenvolveu o estágio verificam-se duas situações, se a preparação pré-operatória da PSP tiver acontecido na maca esta é encaminhada dessa forma até à SO; se tiver acontecido em cadeirão a PSP é conduzida pelo próprio pé até à SO. De salientar que esta tomada de decisão por parte do enfermeiro é sempre baseada nas características, individualidades e grau de dependência da PSP. Por último, adjacente ao acolhimento existe uma *área de transferência de materiais* externos à UCA.

Ainda na zona cirúrgica encontra-se a zona operatória da UCA, propriamente dita. Esta é composta por 2 salas operatórias (salas A e B). No entanto para dar resposta à sua crescente atividade cirúrgica, houve necessidade de ocupar SOs do BO, sendo assim ocupadas entre 2 a 4 salas por dia (salas C, D, E, F), e também a sala de pequena cirurgia, quando usada para tal, designada de sala G. As SOs A e B partilham entre si a sala de indução, onde se realiza a preparação dos fármacos anestésicos e onde a PSP aguarda a entrada na sala operatória. É nesta sala de indução que se encontram os fármacos disponíveis que funciona com o sistema Pyxis MedStation, que é uma unidade de fornecimento automático de fármacos e solutos através do registo biométrico do enfermeiro, gerido pelos serviços farmacêuticos sem ser necessária a intervenção da UCA. Esta estratégia tem claros benefícios financeiros, bem como operacionais e clínicos, contribuindo para a promoção de um ambiente seguro, intervindo diretamente na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória, nomeadamente na segurança do medicamento (Regulamento nº 429/2018 / DRE, 2018).

A zona cirúrgica é considerada área restrita, apenas frequentada por profissionais e pela PSP já devidamente preparada (Coutinho, 2009).

A **zona de recobro** é composta por transfere mecânico, uma sala de recobro (UCPA, recobro em cama, adaptação ao meio em cadeirão), gabinete de alta, instalações sanitárias e copa destinadas à PSP, zona de armazenamento de roupa limpa e medicamentos (Coutinho, 2009). A UCPA da UCA encontra-se situada numa zona imediatamente a seguir às salas operatórias. Estruturalmente trata-se de uma sala em espaço aberto que permite a monitorização e controlo da PSP através do posto de enfermagem, com uma zona de preparação de fármacos (carro de anestesia) (ACSS, 2011). Encontra-se equipada com 8 camas individualizadas por cortinas e 8 cadeirões (recobro imediato, intermédio e tardio), existindo em cada unidade a possibilidade de monitorização da PSP. Existe também uma outra sala imediatamente a seguir, de menores dimensões composta por 4 cadeirões e dois monitores de sinais vitais para o recobro da PSP que foi sujeita a anestesia local ou tópica que faz apenas o recobro tardio.

Em termos orgânicos e de funcionamento, esta unidade funciona das 8h às 20h (UCA) de segunda a sexta-feira e das 8h de segunda às 20h de sexta-feira (ininterruptamente, UCA Pernoita). As especialidades cirúrgicas que operam na UCA dividem-se quer pelas duas SOs da UCA quer pelas SOs do BO (2 a 4 por dia, dependendo do volume cirúrgico). Assim encontra-se definido que nas salas A, B e G da UCA atuam as especialidades cirúrgicas: cirurgia geral, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, ginecologia, urologia, neurocirurgia e ortopedia. Estas especialidades são divididas pela sala A e B, na sala G apenas

se realizam injeções intravítreas. Nas SOs do BO atuam as especialidades cirúrgicas: estomatologia, maxilo-facial e otorrinolaringologia na SO 2; oculoplástica na SO 3 e Oftalmologia na SO 7.

O BO da UCA é baseado no modelo de “*corredor de esterilizados*”, em que para além de um corredor comum para a generalidade dos circuitos funcionais, apresenta um corredor específico para o abastecimento de material esterilizado às SOs, localizando-se aqui a sala de armazenamento de material esterilizado (instrumentais cirúrgicos e dispositivos médicos cirúrgicos e anestésicos), nunca se cruzando com material sujo. É neste corredor que se encontram as áreas de desinfeção da equipa cirúrgica, junto à entrada para as SOs (ACSS, 2011). Os armazéns de consumo clínico são fornecidos duas vezes por semana com base no sistema de reposição por níveis (circuitos de armazém avançado). Este processo baseado na filosofia *Lean*, vai permitir uma maior eficiência na gestão dos stocks com a identificação em tempo real das quantidades existentes e permitindo a transferência de materiais entre unidades funcionais de modo a evitar situações de rutura e desperdício (Monteiro, 2017).

No corredor comum destacam-se algumas áreas cuja sua função e localização são importantes para um adequado funcionamento dos circuitos de forma a manter a assépsia progressiva. Nesta zona encontra-se uma sala de armazenamento de equipamentos, uma sala de armazenamento de soros que também contempla uma zona de armazenamento e acondicionamento de peças anatómicas, enquanto aguardam o seu encaminhamento para o laboratório. Neste corredor comum existe também um gabinete médico e é onde se encontra a área de transferência da PSP da sala de acolhimento para as salas operatórias e destas para a UCPA. O carro de emergência encontra-se neste corredor comum, apresentando uma localização central e, tal como indicado na norma da DGS 008/2011, deve ser uma estrutura móvel (DGS, 2011) permitindo desta forma a sua rápida deslocação aos diferentes pontos do serviço.

Paralelamente ao BO e à UCA encontra-se a unidade de pernoita, sendo composta por zona de receção/admissão (sala de espera e gabinetes de consulta), zona de acolhimento da PSP (gabinete de enfermagem e sala de preparação pré-operatória) e zona de recobro composta por uma UCPA com 6 camas e 7 cadeirões. Esta unidade tem ligação com o BO pela zona de transfere e pela UCPA, correspondendo a PSP admitida pela pernoita às especialidades cirúrgicas em regime de ambulatório afetas às SOs do BO. Desta forma, a entrada da PSP na zona cirúrgica realiza-se pelo transfere do BO e a saída pela UCPA do BO que tem uma zona de transfere para a unidade de pernoita. A existência desta unidade dá resposta à elevada atividade cirúrgica que se verifica na UCA. Quando não estão ainda reunidos todos os

critérios cirúrgicos e anestésicos para a alta da PSP, havendo necessidade de permanência até 24 horas após a cirurgia, a unidade de pernoita dá resposta a essa situação. Mesmo que a PSP se encontre a fazer todo o recobro na UCPA da UCA, perante esta situação de prolongamento de internamento para o período noturno, é transferida para a UCPA da pernoita, de onde terá alta no dia seguinte.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A crescente evolução técnica e científica dos cuidados de saúde tendo por base elevados padrões de qualidade, exigem cada vez mais dos profissionais de saúde nomeadamente dos enfermeiros, uma constante atualização de conhecimentos e de habilidades nos diversos domínios. Acredita-se que a qualidade dos cuidados prestados é atingida na sua plenitude com a especialização dos profissionais de saúde e consequente diferenciação dos cuidados prestados (Regulamento nº 429/2018 / DRE, 2018).

A ordem dos enfermeiros (OE), através do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro refere que “O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela ordem.” (OE, 2015, p. 22) O enfermeiro especialista é detentor de conhecimentos, capacidades e habilidades que consegue mobilizar em função das necessidades e contextos da pessoa que necessita de cuidados de saúde.

O regulamento nº 140/2019 define como “Competências Comuns” aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialista, independentemente da sua área de especialidade e que se demonstram pela sua alta capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados prestados, suportando o seu exercício profissional especializado em formação e investigação (Regulamento nº 140/2019 / DRE, 2019). O mesmo regulamento define quatro domínios das competências comuns: domínio da responsabilidade profissional ética e legal, domínio da melhoria continua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais. O estágio na UCA permitiu o desenvolvimento de competências nestes quatro domínios, tendo-se revelado um momento enriquecedor e promotor de autoconhecimento.

2.1. Competência do Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

A enfermagem é uma profissão que norteia o seu exercício tendo por base um conjunto de direitos e deveres de acordo com o seu código deontológico. Tal como preconizado pelo Estatuto da OE as intervenções de enfermagem devem ser baseadas na defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, valores e princípios como a igualdade; a liberdade responsável, a capacidade de escolha tendo como objetivo o bem comum; a

verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários estão na base da prestação de cuidados e permitem um cuidar mais humanizado e de excelência (Lei n.º 156/2015, 2015). Assim, cabe ao enfermeiro especialista garantir que este conjunto de valores e princípios são respeitados. De acordo com o regulamento nº 140/2019 este “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garante praticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”(Regulamento nº 140/2019 / DRE, 2019, p. 4744).

A CA rege-se pelos mesmos princípios da cirurgia convencional, como já foi referido anteriormente neste relatório. A PSP que vai ser sujeita a uma cirurgia neste modelo encontra-se a viver um momento de grande vulnerabilidade e insegurança, que limita a sua tomada de decisão cabendo ao enfermeiro assumir o papel de “defensor” da PSP, devendo agir garantindo o respeito pelas suas crenças, valores e vontades (sempre que possível). Deve concomitantemente pautar a sua prática nos princípios éticos em cuidados de saúde, tais como o princípio da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia sustentando a sua responsabilidade na tomada de decisão no que diz respeito à PSP que está a seu cargo.

O processo assistencial da PSP na UCA inicia-se com a entrada da pessoa na zona de acolhimento, após esta ter já passado pelo secretariado e vestiários (zona livre). Nos vestiários a PSP troca a sua roupa pela indumentaria hospitalar, estes vestiários são individualizados garantido a total privacidade da pessoa. Chegando á sala de acolhimento a pessoa é recebida pelo enfermeiro, onde na fase pré-operatória se inicia a preparação para a cirurgia, é realizada a identificação inequívoca da pessoa e colocada a pulseira identificativa, sendo este o 5º objetivo estratégico do Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026. A identificação incorreta da pessoa pode levar à troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos tal como são exemplo as intervenções cirúrgicas. Quando a instituição de saúde utiliza a pulseira como meio identificativo da pessoa esta deve ser colocada e consultada antes de qualquer procedimento (Despacho nº 9390/2021, 2021).

O consentimento informado é a autorização esclarecida prestada pela pessoa antes de se submeter a qualquer cuidado de saúde o que implica a explicação e respetiva compreensão do mesmo; ou seja a pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo, natureza da intervenção, consequências, riscos e alternativa (ERS, 2020). Na UCA tratando-se de um BO onde se realizam atos médicos de diagnóstico e terapêuticos invasivos

carece sempre da presença de consentimento informado por escrito. No caso particular desta unidade são necessários três consentimentos informados escritos, sendo eles o consentimento informado para o ato cirúrgico, o consentimento informado para o ato anestésico e o consentimento escrito das normas de funcionamento da UCA. Tanto o consentimento informado para o ato cirúrgico como para o ato anestésico já deverão ter sido fornecidos e explicados á PSP pelo cirurgião e anestesista respetivamente nas consultas pré-operatórias.

Ainda no processo de acolhimento o enfermeiro verifica se todos os documentos necessários estão presentes no processo clínico da PSP, nomeadamente o consentimento informado por escrito para o ato cirúrgico e para o ato anestésico e se estes já se encontram devidamente assinados. O enfermeiro certifica-se de que a pessoa compreendeu a informação que lhe foi fornecida, devendo mostra-se disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida. No decorrer do estágio houve apenas uma situação em que os consentimentos não se encontravam assinados. Foi informada a enfermeira coordenadora Especialista em EMC, que contactou o médico cirurgião responsável naquele dia e o anestesista destacado para a sala operatória onde a PSP em causa seria intervencionada, tendo a preparação da pessoa para a cirurgia ficado suspensa até esta situação ter sido regularizada. O enfermeiro especialista em EMC garante, desta forma que a pessoa foi informada e se encontra devidamente esclarecida.

O Consentimento relativo às normas de funcionamento da UCA é fornecido à PSP no dia da cirurgia, no momento do acolhimento, pelo enfermeiro responsável, onde são explicados: as características da CA, nomeadamente o regresso a casa no mesmo dia da intervenção se estiverem reunidos os critérios de alta, a existência da carta dos direitos e deveres do utente (e que esta se encontra para consulta, na sala de espera). Nesta consta que a pessoa tem o direito de livre escolha dos profissionais de saúde que a vão acompanhar neste processo cirúrgico, pelo que o enfermeiro tem o dever de informar a PSP sobre toda a equipa multidisciplinar escalada para o dia da cirurgia e registar na folha de acolhimento se a pessoa aceita essa mesma equipa, permite-se assim que a PSP seja detentora de toda a informação pertinente para uma tomada de decisão esclarecida e consciente no que respeita ao processo cirúrgico que está a vivenciar.

Além dos consentimentos informados por escrito, durante todo o processo assistencial da PSP durante o período de estágio foi sempre uma preocupação solicitar o consentimento verbal à pessoa para todas as intervenções de enfermagem, dando uma explicação adequada

das mesmas, procurando garantir a sua compreensão para que possa exercer a sua autodeterminação e tomada de decisão. De salientar que na sala de acolhimento da UCA as unidades se encontram separadas por cortinas promovendo a privacidade da PSP, sendo a sua utilização uma preocupação e prioridade para toda a equipa. Nesta zona de acolhimento encontra-se a sala de pequena cirurgia, usada preferencialmente quando o protocolo de preparação cirúrgica inclui procedimentos mais invasivos e que exigem maior exposição da pessoa. Exemplo disso é o procedimento de tricotomia, que é sempre realizado nessa sala de forma a manter a total privacidade. No período intraoperatório, sendo um momento de maior vulnerabilidade e exposição física, decorrente do ato anestésico, cirúrgico e do posicionamento cirúrgico o enfermeiro tem especial preocupação em garantir a privacidade, o conforto físico e o bem-estar da PSP.

Depreende-se que, embora sendo esta uma competência que não diz respeito apenas ao enfermeiro especialista, mas a todos os enfermeiros no decorrer do seu exercício profissional, este tem uma responsabilidade acrescida na garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, assim como de fomentar na equipa a importância desta competência como um princípio basilar para a segurança da pessoa sujeita a um procedimento cirúrgico.

2.2. Competência do Domínio da Melhoria Continua da Qualidade

Relativamente ao desenvolvimento e aquisição desta competência foi imperativo clarificar alguns conceitos, nomeadamente o de qualidade em saúde, que se define como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho nº 5613/2015, 2015, p. 13551). Desta forma, torna-se fundamental refletir acerca do contexto em que ocorre a prestação de cuidados, bem como dos recursos existentes, de modo a dar resposta às reais necessidades da pessoa como ser único e irrepetível. Foi igualmente importante compreender que a melhoria continua da qualidade é uma prioridade para o SNS, demonstrada com a criação de organismos como o Departamento de Qualidade em Saúde (DQS), na dependência da DGS e as Comissões de Qualidade em Saúde (CQS), ao nível das instituições prestadoras de cuidados. Estes organismos, através da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (ENQS) e do PNSD asseguram que os cidadãos têm o direito ao acesso a cuidados de saúde adequados à sua

situação no tempo clinicamente aceitável de forma digna, tendo em conta a melhor evidência científica disponível, seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (Despacho nº 9390/2021, 2021). Outra estratégia que permite assegurar a qualidade em saúde são os processos de certificação/acreditação, aos quais as instituições se podem submeter dependendo do seu nível de desenvolvimento no que se refere à qualidade. Assim, estes processos têm como objetivo identificar e impulsionar a melhoria contínua da qualidade nas instituições de saúde, verificando e analisando em que medida os cuidados de saúde prestados aos cidadãos estão alinhados com os padrões definidos, tendo em conta os princípios da prática clínica baseada na evidência científica, eficiência e sustentabilidade (DQS, 2019). Neste sentido, com agrado se verificou que a UCA onde decorreu o contexto de estágio é uma unidade acreditada pela entidade ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía) que é o modelo oficial de acreditação/creditação de unidades de saúde do sistema de saúde português contribuindo como um instrumento para a excelência da prestação de cuidados de saúde (DQS, 2019).

Sendo o enfermeiro o detentor máximo da proximidade com a pessoa a necessitar de cuidados de saúde e sendo o maior responsável pela prestação de cuidados, também a OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, pois em nenhum momento o exercício profissional dos enfermeiros deverá ser desvalorizado quando se objetiva obter qualidade em saúde (OE, 2012). A definição destes padrões de qualidade, nomeadamente os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, revela-se essencial para a promoção da melhoria contínua dos cuidados, pois funcionam como princípios orientadores da prática de enfermagem, estabelecendo um padrão de excelência do exercício e orientando para uma tomada de decisão baseada na reflexão profissional (OE-CEEMC, 2017). Pretende-se assim definir objetivos dos cuidados a prestar e elaborar estratégias para os atingir. Este compromisso de qualidade é assumido quer pelos profissionais de saúde quer pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde, assumindo-se que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional com um contexto de aplicação local (OE, 2012).

Neste âmbito e conforme o descrito no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, cabe ao enfermeiro especialista garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Em termos organizacionais, o Centro Hospitalar em apreço e em particular a direção de enfermagem veem no processo formativo dos enfermeiros uma garantia de qualidade dos cuidados prestados a uma população cada vez mais envelhecida e por isso grande consumidora de cuidados de saúde, em particular de cuidados de enfermagem (CHUC, 2021). No plano de enquadramento estratégico da enfermagem 2021-2022 preconiza-se um plano de formação transversal a todos os serviços baseado nos quatro domínios estruturais para a governação clínica de enfermagem; são eles: valorização das pessoas, procura da excelência dos cuidados de enfermagem, melhoria da segurança dos cuidados e dos profissionais, melhoria dos processos de suporte e logística das áreas clínicas (CHUC, 2021). Tendo por base estes quatro domínios e os temas específicos que deles emergem, cada serviço elabora o seu plano de formação, adequando-o às suas especificidades e necessidades, sendo mandatário que o responsável pelo plano de formação seja um enfermeiro especialista tendo em conta o seu papel dinamizador e de suporte na área da governação clínica. É também preconizado que cada serviço tenha elementos responsáveis pelas áreas preconizadas designando-se por Elos de ligação entre a instituição e o serviço e que o elemento Elo de cada serviço seja um enfermeiro especialista. O plano de formação da UCA é da responsabilidade de uma enfermeira especialista em EMC e contempla os seguintes temas: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (PQCE) e cuidados de enfermagem especializados (PQCEE); formação contínua; unidade de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos (UPCIRA); sistemas de informação em enfermagem (SIE); gestão do risco; saúde ocupacional. Na UCA existem 4 enfermeiras especialistas. Para cada tema do plano de formação, existe um enfermeiro dinamizador/Elo, mas como no serviço existem apenas 4 enfermeiros especialistas (3 em EMC e 1 em Enfermagem Comunitária), também enfermeiros generalistas assumem esse papel.

Cada serviço organiza-se em grupos de trabalho com o objetivo de elaborar normas e procedimentos padronizados baseados na melhor evidencia científica que permitam uma tomada de decisão sustentada e uma uniformização dos cuidados prestados, tendo sempre como meta atingir níveis elevados de qualidade no exercício profissional. Na UCA existe um programa de gestão documental, a plataforma informática RISI (Recursos, Ideias e Soluções Informáticas), onde se encontram todas as normas e procedimentos, assim como todos os protocolos de atuação de enfermagem para cada cirurgia. Este programa permite manter todos os documentos internos atualizados, emitindo uma notificação por correio eletrónico quando há necessidade de revisão do documento. Todos os enfermeiros têm acesso

mediante uma password, o que garante uma uniformização de conhecimentos e de modos de atuação incrementando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

No que diz respeito aos SIE estes ocupam um lugar de destaque no contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, pois permitem uma sistematização da informação e extração de dados que se traduzem em indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem aumentando a visibilidade dos mesmos e a sua monitorização (Nascimento et al., 2021). Também na área da governação clínica assumem um papel importante, pois a produção de indicadores sustenta a continuidade e qualidade dos cuidados e os processos de tomada de decisão (Nascimento et al., 2021). No referido hospital o SIE utilizado é o *SClinico*, onde são documentadas todas as intervenções de enfermagem. No entanto não existe ainda um padrão de documentação específico com uma linguagem própria para as intervenções de enfermagem relativas ao intraoperatório, pelo que a documentação é realizada em suporte de papel. Em termos institucionais o padrão específico para o intraoperatório encontra-se em desenvolvimento através de um grupo de trabalho multidisciplinar, existindo na equipa de enfermagem da UCA um elemento Elo entre o serviço e esse grupo de trabalho.

Relativamente ao período pré-operatório, nomeadamente consulta de enfermagem pré-operatória e ao período pós-operatório, nomeadamente *follow up*/telefonema das 24 horas, existe um aplicativo informático criado pelo serviço, que permite a documentação das intervenções de enfermagem relacionadas com estes dois momentos do processo assistencial de enfermagem (PAE) à PSP, produzindo indicadores que permitem estabelecer dados estatísticos sobre a qualidade assistencial prestada na UCA.

Os SIE traduzem informação produzida pelos enfermeiros permitindo uma análise sobre a prática e abrindo oportunidades para processos de mudança e de melhoria do exercício profissional de enfermagem (CHUC, 2022). Os projetos de melhoria contínua de qualidade dos cuidados de enfermagem são um exemplo dessa oportunidade de mudança e evolução tendo por base a reflexão sobre as práticas. Desta forma compreende-se que está subjacente a este processo uma reestruturação na forma de pensar decidir e refletir sobre as ações dos enfermeiros e que para que se verifiquem de facto melhorias na prestação de cuidados é imperativo o envolvimento dos enfermeiros no planeamento e implementação desses projetos (N. Machado, 2014).

Na UCA encontra-se implementado o projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem “Segurança no cuidar – feixes de intervenção na prevenção da

infecção no local cirúrgico” que foi criado com o objetivo de aumentar a cultura de segurança no ambiente interno da UCA e promover a segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios. Pretendeu-se implementar os cuidados de enfermagem à PSP com base na norma da DGS “Feixes de intervenções de prevenção de infecção de local cirúrgico” uma vez que as infeções do local cirúrgico (ILC) estão entre as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais comuns. A prevenção da ILC é por isso, um processo complexo e multifatorial que requer a integração de um conjunto de medidas que devem abranger o período pré, intra e pós-operatório de forma padronizada (DGS, 2015) . Constatou-se que a informação transmitida à PSP na consulta de enfermagem pré-operatória em relação à tricotomia do local cirúrgico não era clara nem uniformizada e que também que não eram cumpridos os feixes de intervenção relativos ao banho pré cirúrgico com clorhexidina a 2%. A avaliação da temperatura e da glicémia capilar também não era realizada aquando do acolhimento da PSP. Assim, com a implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem neste âmbito conseguiu-se prestar cuidados de enfermagem de uma forma mais segura e com níveis de qualidade elevados, permitindo todo este processo uma reflexão sobre a prática e uma tomada de decisão sustentada na melhor evidência científica.

Durante o estágio foi possível compreender e integrar as atividades de enfermagem inerentes à competência do domínio da melhoria contínua da qualidade e compreender a importância do enfermeiro especialista em EMC na garantia de um ambiente perioperatório mais seguro e de qualidade.

2.3. Competência do Domínio da Gestão dos Cuidados

No domínio desta competência e tal como exposto no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, o enfermeiro especialista “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”(Regulamento nº 140/2019 / DRE, 2019, p. 4745).

No que diz respeito ao desenvolvimento desta competência é importante perceber que o ambiente de BO é particularmente desafiante, sendo que a interação com a equipa multidisciplinar nem sempre é facilitada, decorrente de circunstâncias muitas vezes alheias

às próprias equipas. Neste contexto exige-se do enfermeiro especialista em EMC, a adequação dos seus comportamentos e atitudes de forma a facilitar este processo de interação, garantindo um ambiente seguro para a PSP e para a equipa multidisciplinar.

A capacidade de liderança, de tomada de decisão em função dos recursos materiais e humanos disponíveis e assertividade são, no seu entender, características que fazem do enfermeiro especialista uma pedra basilar na gestão e promoção da qualidade dos cuidados intraoperatórios.

Depreende-se que o enfermeiro especialista otimize o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão baseada em evidência científica disponibilizando assessoria aos restantes enfermeiros e colaborando nas decisões da equipa multidisciplinar, estando também inerente a otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (Regulamento nº 140/2019 / DRE, 2019).

De acordo com a OE, “A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações”(Regulamento nº 743/2019 /DRE, 2019, p. 128). Depreende-se, desta forma que mais do que gerir recursos humanos compete ao enfermeiro especialista gerir competências profissionais e promover a aquisição das mesmas, preocupando-se em garantir tempos de integração adequados e promover formação contínua adequada às necessidades dos novos elementos e em função dos contextos da prática clínica.

Na UCA é notória esta preocupação por parte da enfermeira gestora. Os novos elementos são integrados respeitando o seu ritmo para a aquisição das competências necessárias à prestação de cuidados de qualidade em segurança.

Os rácios preconizados para as dotações seguras pela OE em CA são respeitados, nomeadamente 3 enfermeiros em cada SO, 1 enfermeiro para 3 PSP no recobro imediato, 1 enfermeiro para 6 PSP no recobro tardio. Também é recomendado que se inclua no cálculo das dotações seguras, neste contexto a consulta pré e pós-operatória e a admissão pré-operatória da PSP (Regulamento nº 743/2019 /DRE, 2019). Assim, na UCA, há sempre 1 enfermeiro responsável pela consulta de enfermagem pré-operatória e 3 enfermeiros no acolhimento pré-operatório da PSP, sendo que um deles é responsável pelo telefonema da véspera da cirurgia e pelo telefonema do dia seguinte/*follow up*.

No turno da manhã, a enfermeira coordenadora, especialista em EMC, assume apenas esse papel passando por ela a gestão dos recursos humanos e materiais para o dia seguinte, sendo

também chamada para a resolução de alguma situação de imprevisibilidade do próprio dia, deparando-se algumas vezes com situações de difícil resolução, havendo necessidade de redefinir estratégias exigindo-se processos de tomada de decisão ao mais alto nível. Em relação à distribuição dos recursos humanos é realizada por postos de trabalho, após a consulta do plano cirúrgico para o dia seguinte. É realizado em programa informático e enviado na véspera por email a todos os elementos da equipa, bem como o plano operatório. Esta tomada de conhecimento antecipada da distribuição e do plano operatório, por parte da equipa revela-se uma mais valia na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, pois permite que cada elemento possa consultar os procedimentos e protocolos inerentes a cada especialidade cirúrgica e a cada posto de trabalho, podendo assim elaborar um plano de cuidados mais criterioso e adequado às necessidades. Houve espaço para reflexão, a este nível com a enfermeira especialista em EMC que desempenha este papel, tendo sido notória a preocupação em fazer uma distribuição das pessoas em função do seu perfil de competências, ou seja, há uma adequação do perfil de cada enfermeiro a cada posto de trabalho.

Nas SOs, o enfermeiro responsável de sala assume também um papel preponderante na gestão dos cuidados pois deve ser uma referência para a restante equipa demonstrando-se apto ao nível dos processos de tomada de decisão tendo em conta as especificidades cirúrgicas, os recursos materiais disponíveis e as componentes relacionais da equipa, promovendo a eficiência e a qualidade dos cuidados. Devido ao escasso número de enfermeiros especialistas na UCA, este papel é muitas vezes assumido por um enfermeiro de cuidados gerais, havendo por parte da enfermeira gestora da UCA e das enfermeiras especialistas uma preocupação crescente em proporcionar momentos formativos à equipa. Promovendo a aquisição de competências que lhes permita desempenhar esse papel nas melhores condições possíveis.

Compreende-se, assim que o exercício especializado reconhece que a formação é basilar à qualidade e à segurança dos cuidados sendo do seu âmbito promovê-la, liderando a reflexão sobre a prática, promovendo um ambiente colaborativo e a capacitação da equipa para a prática baseada na evidência interiorizando uma cultura de segurança individual e coletiva (Lomba, 2023).

2.4. Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No que se refere ao domínio desta competência comum e conforme o exposto no artigo 8 do Regulamento nº 140/2019, é expectável que o enfermeiro especialista desenvolva o autoconhecimento e assertividade e que baseie a sua práxis clínica em evidência científica. Depreende-se, portanto, que o desenvolvimento desta competência nos remete antes de mais para uma esfera de autoconhecimento de nós mesmos enquanto pessoas e enquanto enfermeiros e no quanto estes dois domínios se influenciam mutuamente. Esse autoconhecimento revela-se basilar na prática de cuidados, uma vez que facilita a identificação de fatores que interferem no relacionamento com a PSP e com a equipa multidisciplinar, permitindo também o reconhecimento dos seus recursos e limites quer pessoais, profissionais e institucionais, sendo promotor de um processo de adaptação mais eficaz.

A atividade exercida num BO é uma prática complexa e interdisciplinar que envolve tarefas complexas desenvolvidas em condições ambientais dominadas pela pressão e pelo stress que podem ser geradoras de conflitos (Fragata, 2010). Com o desenvolvimento desta competência, o enfermeiro especialista consegue reconhecer e gerir as suas emoções de forma a atuar assertivamente sob pressão, reconhecendo e antecipando possíveis situações de conflito, utilizando de forma adequada os recursos disponíveis e o seu autoconhecimento/heteroconhecimento para a resolução dos mesmos.

O enfermeiro especialista baseia a suas intervenções e os seus processos de tomada de decisão em evidência científica em conhecimento válido atual e pertinente, revelando-se uma referência para a equipa principalmente quando identifica lacunas no conhecimento, apresentando estratégias como pesquisa avançada ou momentos formativos, responsabilizando-se como facilitador de aprendizagens em contexto de trabalho (Regulamento nº 140/2019 / DRE, 2019).

Importa, no âmbito desta competência, referir que a frequência do mestrado permitiu uma autorreflexão e conseqüente reconhecimento das próprias limitações e capacidades, bem como dos contextos clínicos. Permitiu um olhar crítico sobre os contextos e sobre as práticas e principalmente permitiu a aquisição de ferramentas que permitem atuar de forma sustentada.

Durante o estágio II foi possível o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos na área da cirurgia de ambulatório, nomeadamente nas suas características e especificidades.

Desenvolveram-se e adquiriram-se também conhecimentos relativos às áreas cirúrgicas às quais a UCA dá resposta, recorrendo a pesquisa bibliográfica e a troca de experiências com a enfermeira especialista tutora bem como com as restantes enfermeiras especialistas e restante equipa. Esta consolidação de conhecimentos permitiu integrar a prestação de cuidados à PSP em todo o seu processo assistencial de forma sistematizada e sustentada participando ativamente em momentos de tomada de decisão. Nos momentos de debriefings foi possível perceber que é uma preocupação dos enfermeiros especialistas da UCA o cumprimento e auditoria das boas práticas e das normas emitidas pela própria instituição, bem como pela DGS, AESOP entre outras.

Acresce salientar que se estabeleceu como objetivo específico para este estágio II: Contribuir para a disseminação do conhecimento científico na área da Enfermagem Perioperatória em contexto de Cirurgia de Ambulatório, através da elaboração de um projeto de investigação subordinado ao tema “Intervenções de enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review”, fazendo parte da componente de investigação do referido estágio. Neste âmbito, foi elaborada a apresentação do protocolo da Scoping Review com base na metodologia do Joanna Briggs Institute, sob a forma de poster científico (apêndice I) tendo sido apresentado no XIII congresso da APCA em junho de 2023 (anexo I). Este tema surge face ao seu local de exercício profissional, num BOO onde não se verifica a existência de consulta de enfermagem de *follow up* onde seria possível monitorizar o regresso a casa da PSP submetida a cirurgia de catarata, bem como não se verifica uma atualização da carta de alta de enfermagem no âmbito desta especialidade cirúrgica. A realização de estágio na UCA possibilitou o aprofundamento e partilha de conhecimentos em relação às intervenções de enfermagem ao momento da alta da PSP/família sujeita a cirurgia de catarata, bem como em relação ao telefonema do dia seguinte e dos 30 dias, situação que não é vivenciada no seu local de trabalho. A partilha informal de conhecimentos adquiridos com a realização do trabalho de investigação, bem como o facto de a área de oftalmologia ser a sua área profissional e a segurança demonstrada na prestação de cuidados à PSP/família submetida a cirurgia oftalmológica permitiu prestar cuidados de forma autónoma, embora sempre com supervisão, demonstrando-se como uma referência para a equipa nesta área, sendo muitas vezes solicitada para validar tomadas de decisão nesta área específica.

Ainda no âmbito desta especialidade cirúrgica, verificou-se a não uniformização de procedimentos pela equipa de enfermagem, no que diz respeito à preparação pré-operatória da PSP sujeita a cirurgia de catarata, nomeadamente não se verificando a profilaxia

antibiótica tópica, tal como preconizado na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC). Verificando-se que a equipa de enfermagem não tinha conhecimento da inexistência do protocolo relativo ao *Processo Assistencial para Cirurgia de Catarata* que foi desenvolvido em outro pólo da unidade hospitalar, onde se pode ler que deverá ser aplicado tanto no BOO como na UCA. Neste protocolo são indicados os fármacos a serem administrados pelo enfermeiro sob a forma de colírios à PSP que vai ser submetida a cirurgia de catarata. Assim, foram dados a conhecer á equipa, de forma informal, o protocolo e os respetivos procedimentos específicos, tendo sido sugerido a elaboração de procedimento específico de enfermagem relativamente à preparação pré-operatória da PSP sujeita a este tipo de cirurgia.

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

Depois de terem sido abordadas e alvo de reflexão as competências comuns do enfermeiro especialista, importa agora que essa reflexão recaia sobre as competências específicas do EEMC na área de enfermagem à PSP. Compreende-se que a grande abrangência da especialidade em EMC tenha levado à necessidade de especificar competências de acordo com os cuidados de enfermagem especializados que as pessoas necessitam e com o contexto das intervenções (Regulamento nº 429/2018 / DRE, 2018). Assim, entende-se como competências específicas:

“as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento nº 140/2019 / DRE, 2019, p. 4745)

Estas competências específicas do enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSP encontram-se fundamentadas no artigo 5º do Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, onde se pode verificar que a prestação de cuidados especializada se desenvolve em dois domínios principais: cuidar da PSP e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a segurança da PSP e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Os cuidados de enfermagem especializados nesta área são direcionados à pessoa e respetiva família/pessoa significativa que se encontra a vivenciar processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos em ambiente perioperatório, sendo a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença, objetivos da intervenção de enfermagem especializada (Regulamento nº 429/2018 / DRE, 2018).

Dado que é no período perioperatório que o enfermeiro especialista desenvolve as suas intervenções, torna-se importante defini-lo. Corresponde ao período em que a PSP e família/pessoa significativa vivenciam a sua experiência cirúrgica/anestésica e contempla as fases pré, intra e pós-operatória. A fase pré-operatória tem início assim que o cirurgião e a pessoa decidem a cirurgia e termina quando esta é transferida para a mesa operatória; a fase intraoperatória tem início com a transferência da PSP para a mesa operatória e termina

quando esta é transferida para a UCPA; a fase pós-operatória inicia com a entrada da PSP na UCPA e termina quando está recuperada do processo cirúrgico/anestésico (Regulamento nº 429/2018 / DRE, 2018).

O enfermeiro especialista na área de Enfermagem à PSP desenvolve as suas intervenções em 5 áreas de atuação que se complementam entre si, sendo elas: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos.

É assim, neste contínuo de áreas de atuação e ambiente perioperatório que o enfermeiro especialista se destaca na relação com a PSP e família/pessoa significativa a vivenciar a sua experiência cirúrgica, tornando-se parte integrante dessa vivência, apresentando-se como facilitador e promotor de um ambiente seguro, proporcionando-lhe proteção na situação de vulnerabilidade que está a vivenciar e simultaneamente capacitando-a e promovendo a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde (OE-CEEMC, 2017). Para isso o enfermeiro especialista deve ser detentor de conhecimento, juízo e raciocínio clínico baseados em evidência científica, que utiliza de forma adequada para responder às necessidades físicas, psicológicas e espirituais da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo (AORN, 2019).

Os cuidados de enfermagem especializados em ambiente perioperatorio desenvolvem-se num processo padronizado e de boas práticas encontrando fundamento nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (PQCEEMC) estabelecendo um padrão de excelência dos cuidados prestados, orientando a reflexão profissional e a tomada de decisão em enfermagem perioperatória (OE-CEEMC, 2017).

Desta forma são 5 os pilares que fundamentam os cuidados de enfermagem especializados perioperatórios, nomeadamente: o reconhecimento do outro e a capacitação; a vulnerabilidade; a responsabilidade de cuidado; a prudência e a gestão do risco e a consciência cirúrgica. Sem dúvida que o respeito por estes 5 pilares durante o exercício profissional especializado garante a prestação e cuidados perioperatórios de excelência que visam o empoderamento da PSP e família/pessoa significativa, a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença (OE-CEEMC, 2017).

Acresce também ressaltar que há dois conceitos que se destacam: a vulnerabilidade da PSP e a consciência cirúrgica. Compreende-se que estes são o centro do cuidar em perioperatório e em torno dos quais os pilares norteadores do exercício se desenvolvem.

Conforme exposto no regulamento de competências do enfermeiro EEMC à PSP, a vulnerabilidade da PSP expressa-se como a “impossibilidade da pessoa responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a que está sujeita. Traduz a exposição aos riscos,

a desproteção e impossibilidade de defesa”(Regulamento nº 429/2018 / DRE, 2018, p. 19366). Encontra-se aqui implícita a necessidade de defesa da PSP, sendo esse um dever do enfermeiro enquanto “advogado” da pessoa em sua substituição. A consciência cirúrgica é um “princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à PSP, em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado”(Regulamento nº 429/2018 / DRE, 2018, p. 19366). A consciência cirúrgica, é por isso um princípio norteador da conduta em contexto perioperatório.

Cabe ao enfermeiro especialista consciencializar e promover na equipa estes princípios, que devem ser cumpridos sempre e independentemente do controlo externo, pretendendo sempre o benefício maior para a PSP e para a equipa multidisciplinar.

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

No que respeita a esta competência específica do enfermeiro EEMC à PSP, este mobiliza conhecimentos e competências para cuidar da PSP e família/pessoa significativa, tendo em conta as suas especificidades e necessidades, promovendo a compreensão de todo o processo que se encontram a vivenciar e capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social (Regulamento nº 429/2018 / DRE, 2018). Para o desenvolvimento desta competência no contexto de estágio, foi estabelecido o objetivo específico: Desenvolver competências especializadas na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória em contexto de cirurgia de ambulatório. Para isso estabeleceram-se as atividades a desenvolver, como: acompanhar a pessoa e família/pessoa significativa em todo o seu processo assistencial em cirurgia de ambulatório; desenvolver estratégias de comunicação com a pessoa e família/pessoa significativa durante todo o seu processo assistencial.

Neste sentido foi possível perceber o processo assistencial à PSP e família/pessoa significativa em CA, nomeadamente na UCA onde se desenvolveu o contexto de estágio, pois embora os cuidados de enfermagem especializados e não especializados em CA sigam os princípios da cirurgia convencional, apresentam especificidades. Assim, os cuidados de enfermagem especializados desenvolvem-se em 3 fases independentemente do modelo organizacional existente, assumindo o enfermeiro EEMC à PSP da UCA principal destaque nos seguintes momentos da prestação de cuidados:

- Período pré-operatório – consulta pré-operatória de enfermagem (CPOE), telefonema da véspera e acolhimento na unidade;
- Período intraoperatório – na sala de operações;
- Período pós-operatório – na UCPA (fases 1 e 2), recobro tardio, momento da alta e no domicílio (telefonema das 24 horas, 30 dias e disponibilidade de contacto de urgência) (AESOP, 2012).

No que diz respeito ao período pré-operatório, a CPOE em CA assume principal destaque, pois permite antes de mais a confirmação dos critérios sociais e clínicos, já que uma seleção adequada da PSP está na base do sucesso da CA e permite a realização de intervenções cirúrgicas num ambiente de segurança e qualidade.

Esta consulta é um momento crucial em todo o processo assistencial da PSP e família/pessoa significativa, dado que além de permitir estabelecer uma relação empática e de interajuda com a PSP e família/pessoa significativa, é o momento em que a PSP é informada sobre os cuidados a ter nas fases pré, intra e pós-operatória, recebendo a informação necessária para o seu consentimento esclarecido em todo o processo cirúrgico (Jacob, 2019). É uma atividade autónoma de enfermagem de extrema importância para a preparação e recuperação cirúrgica, podendo o enfermeiro apostar na educação pré-operatória como ferramenta para avaliar, planear e intervir de acordo com a individualidade e as necessidades informativas da PSP e família/pessoa significativa (Breda & Cerejo, 2021).

Em regime de CA a PSP permanece na unidade de saúde no máximo 24h, pelo que esta preparação pré-operatória concretizada na CPOE e mais tarde também no telefonema da véspera da cirurgia assume ainda maior importância neste regime cirúrgico, já que a PSP permanece pouco tempo sob vigilância dos profissionais de saúde. Concede oportunidade à PSP para expor as suas dúvidas, receios e mesmo medos relativos a este momento de vulnerabilidade, o enfermeiro age no sentido de esclarecer essas dúvidas, desmistificar medos e com isso diminuir a ansiedade da PSP e família/pessoa significativa relacionada com o evento cirúrgico (Silva, 2022). E desta forma há um contributo desta consulta para a diminuição de número de desistências e consequentemente suspensões cirúrgicas (Silva, 2022). Compreende-se, assim que a CPOE traz ganhos tanto para a PSP, que estando bem informada e esclarecida tem mais confiança nos cuidados de saúde sentindo-se mais segura, garantindo um aumento da satisfação e por conseguinte conduzindo à fidelização aos serviços prestados; como para a instituição de saúde, em que há uma influência na redução dos custos pela diminuição de disparidades na preparação pré-operatória que podem comprometer a realização da cirurgia (Breda & Cerejo, 2021).

Para a AESOP (2012), a CPOE tem como objetivos: avaliar as necessidades físicas e psicológicas da PSP; dar a conhecer os procedimentos cirúrgicos, desde a admissão até à alta; envolver a família/pessoa significativa em todo o processo assistencial; fornecer documentos existentes (indicações pré-operatórias, manual do doente); promover ensinamentos para a alta e pós-operatório no domicílio/ regresso a casa (AESOP, 2012).

Esta consulta, em virtude da pandemia Covid-19, passou a realizar-se telefonicamente nos moldes de teleconsulta, o que ainda se mantém tal como padronizado pela APCA “As consultas de Anestesiologia/Enfermagem deverão manter-se em formato não presencial sempre que possível (teleconsulta/vídeo-consulta) para minimizar as deslocações dos doentes” (APCA, 2020, p. 8). A equipa de enfermagem da UCA e em particular as enfermeiras especialistas em EMC reconhecem a existência de vantagens e desvantagens neste modelo. Se por um lado com o envelhecimento demográfico da população, os recursos estão muitas vezes diminuídos no que respeita a meios de transporte para a deslocação, este modelo apresenta-se como facilitador. De igual forma, sente-se que há um claro comprometimento da relação empática com a PSP via telefone, não se conseguindo avaliar se efetivamente a pessoa ficou esclarecida sobre o processo cirúrgico que se inicia. Preconiza-se que a informação que é fornecida verbalmente à PSP na CPOE seja complementada com informação escrita sob a forma de folheto informativo que deverá incluir informação sobre: roupa adequada, tempo de jejum, necessidade de acompanhante adulto, exames de rotina, entre outros aspetos (Freire et al., 2010). Este é outro aspecto que fica comprometido, pois a estratégia encontrada foi enviar este tipo de documentação via email, mas atendendo que a maior parte da população idosa não tem acesso a internet, não consegue ter acesso à informação por escrito. A DGS através da norma “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico” emanou um conjunto de diretrizes que orientam a atuação dos profissionais de saúde com vista à prevenção de infeção do local cirúrgico. Uma dessas intervenções é instruir a PSP para que realize um banho com solução de cloro-hexidina a 2% na véspera da cirurgia e no próprio dia, até 2 horas antes da cirurgia. Antes da situação pandémica, a solução de cloro-hexidina era fornecida pela UCA à PSP no momento da CPOE, estando dessa forma assegurado o cumprimento da orientação. Neste momento com a CPOE não presencial, tal não é assegurado, apesar da PSP ser instruída de igual forma para a realização dos banhos pré cirúrgicos, mesmo que sem solução de cloro-hexidina.

Na UCA onde se realizou o estágio a CPOE é realizada no turno da manhã, havendo um enfermeiro distribuído para esse posto de trabalho, tal como estipulado no Regulamento 743/2019 da OE para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, podendo

ser um enfermeiro de cuidados gerais ou enfermeiro especialista. De acordo com o mesmo regulamento, o enfermeiro tem em média 30 minutos para realizar a CPOE (Regulamento nº 743/2019 / DRE, 2019). Este tempo médio foi também alvo de reflexão com a enfermeira especialista em EMC, pois na UCA os tempos operatórios têm sofrido consecutivos aumentos desde o início da atividade cirúrgica nestes moldes na instituição em apreço. Esta medida precipitou uma reorganização da unidade, dado que o número de CPOE realizadas por dia também tem aumentado consideravelmente. Assim, os enfermeiros têm necessidade de ajustar o tempo médio de consulta a esta realidade, de forma a conseguirem realizar todas as consultas estipuladas para aquele dia, verificando-se o tempo médio de CPOE entre 15 a 20 minutos, o que pode comprometer a qualidade da informação fornecida.

Assim na CPOE da UCA o enfermeiro realiza a avaliação pré-operatória da PSP onde faz uma avaliação dos critérios de inclusão (sociais e clínicos) de forma estruturada, objetiva e individualizada, seguindo um protocolo em suporte informático. Este protocolo inclui além das perguntas que dão resposta ao cumprimento dos critérios de inclusão, a preparação para o regresso a casa, onde é questionado se a PSP pretende/necessita de visita domiciliária após a alta, pois a unidade de saúde dispõe deste recurso.

De acordo com o manual de procedimentos da UCA, a CPOE projeta a imagem da organização junto da PSP e família/pessoa significativa. Compete assim, ao enfermeiro especialista garantir que a relação estabelecida atinja um equilíbrio entre a componente humana e a componente técnica, pois é através desta relação interpessoal que se desenvolvem as intervenções de enfermagem inerentes ao processo assistencial. O enfermeiro especialista assegura que a CPOE é realizada de forma organizada, sistemática e rigorosa, levando ao aumento da satisfação da PSP, contribuindo para a redução dos atrasos ou cancelamentos cirúrgicos. Como já foi referido, na UCA a CPOE pode ser realizado pelo enfermeiro especialista ou enfermeiro de cuidados gerais, existindo competências que o enfermeiro que realiza a consulta deve desenvolver, nomeadamente: demonstrar interesse pela PSP e pelo seu modo de vida; compreender e entender a PSP e as suas complexidades e especificidades, saber ouvir e, ao intervir, fazê-lo de modo compreensivo e humanizado; estabelecer uma relação de empatia e ajuda; envolver a PSP e a família/pessoa significativa no plano assistencial proposto; adaptar a linguagem utilizada às circunstâncias da PSP; incentivar a expressão de alguma necessidade que não tenha sido percecionada anteriormente; transmitir toda a informação necessária ao autocuidado nas fases pré e pós-operatórias; validar a apreensão da informação de modo a que não possam existir dúvidas (UCA, 2022).

Ainda no período pré-operatório realiza-se o telefonema da véspera da cirurgia. Este é um procedimento realizado por um dos enfermeiros que se encontra distribuído no acolhimento na véspera da cirurgia. O objetivo deste telefonema é a confirmação dos critérios de admissibilidade e relembrar as indicações, adequadas a cada PSP, sobre a preparação pré-operatória no domicílio (jejum, banho pré cirúrgico, ausência de adornos no dia da cirurgia, roupa confortável e fácil de vestir); esclarecer dúvidas que possam permanecer desde a CPOE, fornecer informações de forma clara e simples relativas à hora e local de admissão na UCA e registar as informações obtidas em documento próprio (UCA, 2022). Neste caso este registo é em formato de papel, ficando a informação acessível, no processo da PSP, a toda a equipa multidisciplinar de forma a garantir a continuidade dos cuidados. Neste contexto, o enfermeiro que realiza este telefonema da véspera da cirurgia deve desenvolver competências que lhe permitam estabelecer uma relação empática e terapêutica, atendendo ao grande momento de ansiedade e vulnerabilidade vivido pela PSP e família/acompanhante; proporcionar um ambiente favorável a que a PSP seja capaz de expressar necessidades não detetadas na CPOE; capacidade de elaborar registos de forma clara e concisa, legíveis, completos e pertinentes; capacidade de estabelecer uma comunicação eficaz (UCA, 2022). Os enfermeiros da UCA demonstram grande sensibilidade e disponibilidade para este momento do processo assistencial da PSP, reconhecendo que é um momento crucial para diminuir os níveis de ansiedade relacionados com o processo cirúrgico da PSP. Este momento contribui grandemente para a satisfação da PSP, pois esta sente-se acompanhada mesmo não estando ainda na estrutura física da UCA.

Nestes dois momentos do processo assistencial em CA da PSP, a CPOE e o telefonema da véspera do dia da cirurgia, os cuidados de enfermagem especializados revestem-se de grande importância na procura da satisfação e na promoção da saúde da PSP e família/pessoa significativa. O enfermeiro especialista informa a PSP gerindo a comunicação interpessoal de acordo com as suas necessidades, criando um clima de confiança e facilitador da relação terapêutica, promovendo o empoderamento da pessoa capacitando-a para autodeterminação e para a tomada de decisão de acordo com o processo cirúrgico, com as suas expectativas e necessidades (OE-CEEMC, 2017). Desta forma atua no sentido de capacitar a PSP e família/pessoa significativa para a gestão da sua experiência cirúrgica, otimizar o seu processo adaptativo ao longo do período perioperatório, adequando os recursos disponíveis, atingindo ganhos em saúde (OE-CEEMC, 2017).

O período pré-operatório culmina no dia da cirurgia com o acolhimento da PSP e família/pessoa significativa.

Nesse momento, a PSP e família/pessoa significativa dão entrada na UCA, passando pelo secretariado, sendo encaminhados pela assistente operacional aos vestiários. Segue para o acolhimento onde é recebida pela equipa de enfermagem. Este é o momento em que o enfermeiro deve validar o ensino realizado na CPOE, assim como o consentimento relativamente aos procedimentos que irão ser efetuados, identificando outras necessidades que a pessoa apresente (AESOP, 2012). Preconiza-se também, que este seja o momento em que a PSP seja observada pelo cirurgião responsável pela intervenção cirúrgica, afim de discutir ainda algum aspeto que este ache pertinente, esclarecer dúvidas que possam persistir e proceder à marcação da zona a operar; simultaneamente, o anestesista verifica as condições anestésicas e avalia a necessidade de administração de medicação ou monitorização pré-operatória (Manley & Bellman, 2003). Na UCA tal não se verifica, isto é, só se for solicitado pela PSP a presença do cirurgião ou do anestesista, ou se houver alguma dúvida por parte da equipa de enfermagem para a preparação pré-operatória é que é solicitada a sua presença no acolhimento.

Desta forma, o enfermeiro do acolhimento recebe a PSP, valida o ensino realizado na CPOE; valida o conhecimento e o consentimento da PSP relativamente às normas de funcionamento da UCA, aos procedimentos que irão ser realizados e à equipa cirúrgica; valida a preparação pré-operatória da PSP (tempo de jejum, presença ou ausência de próteses e verifica a presença de consentimento informado escrito para o procedimento anestésico-cirúrgico); presta os cuidados de enfermagem inerentes à preparação pré cirúrgica da PSP (confirmação da identidade da pessoa através da colocação da pulseira identificativa com dupla verificação, avaliação de sinais vitais, punção venosa periférica e fluidoterapia conforme protocolo, administração de antibioterapia, profilaxia tromboembólica, insulinoaterapia e colírios conforme protocolo), realização de tricotomia da área cirúrgica se necessário; procede à avaliação da escala de Morse; esclarece as dúvidas colocadas pela PSP; documenta as avaliações realizadas em documento próprio; transfere a PSP para a SO.

O enfermeiro especialista garante que no acolhimento à PSP é estabelecida uma relação empática e terapêutica conducente a um ambiente tranquilo e seguro, que minimize o stress cirúrgico para a PSP, proporcionando também o ambiente que permita à PSP expor necessidades e preocupações que não foram detetadas na COPE; respeita a cultura, crenças, privacidade da PSP; conhece e aplica de forma criteriosa os protocolos da UCA desenvolvendo competências técnicas para a realização dos procedimentos; documenta de forma clara, concisa e pertinente as atividades desenvolvidas garantindo a continuidade dos cuidados e estabelece uma comunicação eficaz com a PSP e com a equipa multidisciplinar

(UCA, 2022). Houve oportunidade de participar ativamente durante o estágio, na prestação de cuidados nestes três momentos do período pré-operatório. Foi interessante perceber que aquando do acolhimento o enfermeiro consegue perceber a eficácia ou não da CPOE e do telefonema da véspera do dia da cirurgia. Constatou-se que quando a PSP se apresentava mais calma e tranquila demonstra ser mais conhecedora do processo assistencial que está a vivenciar, apresentando-se mais participativa na tomada de decisão subjacente a este período, subentendendo-se que é revelador de que houve uma comunicação eficaz e que a informação foi percebida corretamente. Foi deste modo possível o desenvolvimento de competências especializadas inerentes ao período pré-operatório. De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (2018) neste período pré-operatório o enfermeiro EEMC promove a capacitação da PSP e família/pessoa significativa para a gestão da sua experiência cirúrgica. Ao descrever cuidados especializados que permitem identificar as necessidades da PSP e respetiva família/pessoa significativa, elaborando um plano de intervenção individualizado em função das necessidades percebidas, consegue estabelecer uma relação de ajuda com a PSP e família/pessoa significativa utilizando estratégias que facilitem a comunicação expressiva de emoções conducentes ao alívio da ansiedade e medo, certifica-se e assegura que a PSP compreende a informação que lhe é transmitida contribuindo para a sua autodeterminação e tomada de decisão e que são cumpridas as recomendações legais e éticas no que diz respeito ao consentimento informado, prepara a PSP para possíveis alterações da autoimagem e diminuição de capacidades decorrentes do processo cirúrgico desenvolvendo um plano de instrução, ensino e treino que promovam a capacitação, autogestão e recuperação da PSP (Regulamento nº 429/2018 / DRE, 2018).

Após o acolhimento e a transição de cuidados para o enfermeiro de anestesia da SO, inicia-se o período intra-operatório. Como já foi referido ao longo do relatório, a CA embora apresente características e especificidades próprias, prendendo-se estas mais especificamente com o período pré-operatório, pós-operatório e *follow up*, é no período intra-operatório que a CA mais se assemelha à cirurgia convencional, pois rege-se pelos mesmos princípios. O enfermeiro especialista ao desenvolver as suas competências na SO tem como principal objetivo

“cuidar da pessoa submetida a cirurgia, coordenar as intervenções realizadas, garantir a segurança e conforto, planear os cuidados, gerir as múltiplas necessidades em cada intervenção e garantir um nível de bem-estar igual ou superior ao que a pessoa tinha antes do procedimento cirúrgico.”(Vitorino, 2016, p. 36)

Os cuidados de enfermagem especializados desenvolvidos na SO baseiam-se em conhecimentos teórico-práticos e competência profissional que sustentam uma atuação com consciência cirúrgica, o que implica conhecer princípios de assepsia; organizar a sua própria higiene de forma autodisciplinada, bem como com o vestuário e prática de enfermagem sem quebras da técnica asséptica; apresentar uma atitude antecipatória face às necessidades da PSP e da equipa, apresentar um conhecimento adequado da PSP, da técnica cirúrgica e dos materiais necessários para a mesma; desenvolver um autoconhecimento e maturidade para ultrapassar conflitos, preferências e divergências independentemente da cirurgia, das condições em que esta ocorre e dos membros da equipa; desenvolver a sua prática tendo por base estes princípios e independentemente do controlo externo existente (AESOP, 2012). A prestação de cuidados de enfermagem na SO divide-se pelas três áreas de atuação do enfermeiro: enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista. Na UCA estas funções podem ser desempenhadas por um enfermeiro especialista ou de cuidados gerais.

Os cuidados de enfermagem especializados na área de anestesia requerem o desenvolvimento de competências nessa área. Assim, o enfermeiro especialista tem como foco principal de atenção a PSP, as suas especificidades e necessidades em termos anestésicos; alicerça a sua tomada de decisão em conhecimentos técnicos e científicos no âmbito da anestesia, no conhecimento das diferentes técnicas anestésicas e os fatores que influenciam a sua escolha, conhecendo a ação e mecanismos de interação dos fármacos utilizados e o funcionamento de todo o equipamento necessário para a anestesia; colabora eficaz e eficientemente em todos os procedimentos e manobras anestésicas; conhece a legislação em relação à necessidade de realizar o registo de estupefacientes administrados fazendo cumprir essa necessidade; demonstra espírito de observação e vigilância intensiva e capacidade de despiste de sinais e sintomas relacionados com complicações que possam surgir; garante a manutenção de um ambiente calmo sendo capaz de estabelecer uma comunicação eficaz tanto com a PSP como com toda a equipa multidisciplinar; mostra-se disponível para responder a questões de forma a diminuir níveis de ansiedade e com isso aumentar o conforto e os níveis de confiança da PSP; desenvolve capacidades que garantam a elaboração de registos claros, concisos e pertinentes de forma a manter a continuidade dos cuidados; procede à transferência da PSP para a UCPA, comunicando com a equipa da UCPA de forma a transmitir a informações relevantes sobre o estado clínico da PSP, estabelecendo prioridades em função do seu estado hemodinâmico (UCA, 2022). Na UCA, a transferência da PSP para a UCPA é realizada pela metodologia ISBAR (que será abordada mais à frente

neste relatório), metodologia que permite elevados níveis de segurança na transição dos cuidados tanto para a PSP como para os enfermeiros.

O enfermeiro circulante é o “maestro” da SO, atuando como líder de toda a equipa, coordenando as atividades de enfermagem de modo a garantir a qualidade dos cuidados. Assim para a AESOP (2012) esta função deve ser desempenhada preferencialmente por um enfermeiro especialista, pois este possui competências científicas e técnicas atualizadas que fundamentam os processos tomados de decisão inerentes à coordenação da SO, um olhar atento e perspicaz que lhe permite atuar de forma eficaz em situações de urgência e emergência, podendo desta forma ser visto como uma referência para toda a equipa (AESOP, 2012).

A UCA não tem enfermeiros especialistas suficientes que permitam que o enfermeiro circulante seja sempre um especialista. No entanto, por parte da enfermeira especialista coordenadora responsável pela distribuição das equipas de enfermagem, há a preocupação de garantir que o enfermeiro circulante da SO seja o elemento mais experiente. Os cuidados de enfermagem especializados na área da circulação requerem o desenvolvimento de competências nessa área. Na UCA o enfermeiro circulante, preferencialmente especialista, identifica as necessidades da PSP e atua em conformidade com essas necessidades; promove e assume a responsabilidade da gestão do risco coordenando, planeando e avaliando as atividades da equipa de enfermagem, bem como da restante equipa multidisciplinar; gere a partilha de informação necessária e pertinente relativa à PSP e ao ambiente com a restante equipa multidisciplinar; controla o tempo de *turnover* garantindo que este é realizado em função das necessidades e permitindo uma rentabilização máxima dos recursos existentes; controla e limita a circulação de pessoas durante o ato cirúrgico; providencia os materiais adequados e o equipamento necessário ao tipo de cirurgia, verifica a sua correta funcionalidade e conhece as normas de funcionamento dos mesmos; possui um conhecimento profundo e uma atenção constante do ambiente cirúrgico, cumprindo e fazendo cumprir a técnica asséptica progressiva, respeitando e fazendo respeitar todos os circuitos (UCA, 2022). Na UCA, é da responsabilidade do enfermeiro circulante a realização da lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC), tal como preconizado no Manual de Implementação LVSC da OMS (2009), onde é referido que “uma única pessoa deve ser responsável pela verificação da lista. Esta é designada coordenador da lista de verificação; será habitualmente o enfermeiro circulante, mas poderá ser qualquer elemento da equipa que participa na operação.” (WHO, 2009, p. 4)

A LVSC é uma estratégia do programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, criado pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente da OMS com o desígnio de minimizar o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo (WHO, 2009). Assim, o objetivo da LVSC é “reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar.”(WHO, 2009, p. 2) Isto é, pretende-se “garantir que as equipas de forma coerente, seguindo algumas medidas de segurança críticas, minimizem os riscos mais comuns e evitáveis que colocam em risco a vida e o bem-estar dos doentes cirúrgicos.”(WHO, 2009, p. 4)

Na UCA a equipa de enfermagem reconhece a importância da realização deste procedimento, pois trata-se de uma ferramenta que permite reduzir complicações cirúrgicas evitáveis, sendo um contributo fundamental para a segurança da PSP e para toda a equipa. O preenchimento da LVSC deve ser realizado no sistema informático de informação *SClinico*. No entanto, alguns enfermeiros ainda recorrem ao registo em formato papel, o que dificulta a criação de indicadores relativos a este registo e não permite que a informação fique disponível e acessível de forma imediata a toda a equipa. Foi possível verificar que durante a execução da LVSC não é realizado o *Time Out*, tal como preconizado no Manual de Implementação da LVSC da OMS (2009), momento em que antes da incisão na pele deve ser realizada uma pausa momentânea por toda a equipa para a confirmação que uma série de verificações de segurança que envolvem todos os elementos da equipa (WHO, 2009). Partilhou-se essa questão com a enfermeira especialista, concluindo-se haver algum desconhecimento por parte da equipa acerca deste tema. Compreende-se desta forma que o enfermeiro especialista tem um papel preponderante não só na garantia de que o enfermeiro circulante assume a responsabilidade da realização da LVSC, mas também como elemento dinamizador promovendo o conhecimento mais aprofundado da LVSC bem como promover a sensibilização da equipa para a sua realização no sistema de informação *SClinico*. Na área da instrumentação, o enfermeiro instrumentista tem funções próprias, independentes e dependentes que se baseiam em conhecimentos científicos da enfermagem perioperatória e que estão relacionados especificamente com cada área cirúrgica de intervenção (AESOP, 2012). Os cuidados de enfermagem especializados na área da instrumentação também requerem o desenvolvimento de competências nessa área. Assim, na UCA, o enfermeiro especialista instrumentista conhece as cirúrgicas programadas e os materiais habitualmente necessários para cada uma, concebe um plano de cuidados que tem em conta as necessidades da PSP, da equipa e do tipo de procedimento cirúrgico; conhece, responsabiliza-se e garante a manutenção da técnica asséptica e contagem dos materiais e

instrumentos cirúrgicos; conhece os instrumentais cirúrgicos bem como os materiais consumíveis e a sua aplicação; conhece, responsabiliza-se e garante que o procedimento de paramentação da equipa cirúrgica bem como a colocação dos campos estéreis é realizada respeitando a técnica asséptica, responsabiliza-se igualmente pelas normas de retirada dos campos cirúrgicos e das roupas cirúrgicas após o final da intervenção; conhece os tempos operatórios e antecipa-se às necessidades do cirurgião; conhece e garante as normas de passagem dos instrumentos cirúrgicos; lidera e faz respeitar as normas de evacuação dos instrumentais contaminados da SO (UCA, 2022).

Foi possível, no contexto de estágio integrar a prestação de cuidados, desenvolver competências especializadas nas 3 áreas de atuação: anestesia, circulação e instrumentação e perceber como estas se interligam, relacionam entre si e como funcionam num contínuo. Para isso, e tal como preconizado no regulamento nº 429/2018 desenvolveram-se competências especializadas na área da promoção de cuidados de enfermagem à PSP, tais como: garantir a realização da LVSC de modo a promover a segurança cirúrgica; assumir responsabilidade pela PSP, pelo seu conforto, integridade e privacidade até que esta tenha capacidade para o assegurar; garantir o posicionamento cirúrgico; intervir com pertinência nas diferentes áreas de atuação (consulta perioperatória, anestesia, circulação e cuidados pós anestésicos); prestar cuidados de enfermagem em situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade; monitorizar sinais e sintomas; analisar os resultados e entrevir com conhecimento especializado, evidência científica e experiência profissional; gerir a dor associada aos procedimentos cirúrgicos; desenvolver estratégias facilitadoras da comunicação com a PSP afetada por barreiras à comunicação e alterações do estado de consciência, bem como recorrer a estratégias de comunicação que permitam a documentação dos cuidados prestados e a continuidade dos mesmos (Regulamento nº 429/2018 / DRE, 2018). O desenvolvimento de competências especializadas possibilitaram uma atuação numa perspetiva interprofissional, garantindo a articulação entre os membros da equipa interdisciplinar; contribuir para a complementaridade das intervenções dos diferentes membros da equipa multidisciplinar para benefício da PSP; gerir o trabalho de equipa, promover a partilha e reflexão sobre o processo de cuidados e se necessário estabelecer medidas corretivas; promover o ambiente harmonioso no seio da equipa gerindo situações de eventual stress e conflito (Regulamento nº 429/2018 / DRE, 2018).

O período pós-operatório inicia-se com a passagem da PSP para a UCPA e com a transição de cuidados do enfermeiro de anestesia para o enfermeiro da UCPA. Em contexto de CA a recuperação da PSP deverá ser efetuada num recobro pós-cirúrgico específico de acordo com

este tipo de programa cirúrgico; posteriormente, a PSP terá alta para o domicílio respeitando um conjunto de critérios definidos, que procuram a segurança e bem-estar da pessoa, já que esta vai deixar de estar sob vigilância de profissionais de saúde (Caseiro, 2009). Para isso deve ser realizada uma avaliação clínica da PSP fazendo-se cumprir os critérios de alta definidos, aplicar escala de PADSS (Post-Anaesthetic Discharge Scoring System), verificar a presença de cuidador responsável no domicílio, garantir a existência de instruções escritas relativos aos cuidados pós-operatórios que devem incluir um contacto telefónico de um médico (V. Vieira et al., 2017).

Assim, a recuperação pós anestésica da PSP em CA divide-se em 3 fases distintas, nomeadamente: recobro imediato ou fase de recuperação I; recobro intermédio ou fase de recuperação II e recobro tardio ou fase de recuperação III.

O recobro imediato refere-se à fase de recuperação do estado de vigilância e dos sinais vitais após o ato anestésico-cirúrgico, não havendo um período de tempo mínimo de estadia da PSP na UCPA, devendo este ser determinado caso a caso (V. Vieira et al., 2017). Os cuidados de enfermagem nesta fase em tudo se assemelham aos cuidados à PSP submetida a cirurgia convencional (AESOP, 2012).

O recobro intermédio diz respeito a todo o processo até à recuperação do estado clínico da PSP que permita o regresso a casa, usando-se preferencialmente a escala de PADSS para avaliação do cumprimento dos critérios para a alta hospitalar, nomeadamente a avaliação dos sinais vitais; a existência de náuseas e vômitos; dor; hemorragia; atividade funcional da PSP; ingestão de líquidos e micção espontânea (V. Vieira et al., 2017).

A fase de recobro tardio e vigilância após a alta refere-se ao levante e deambulação, alta hospitalar e *follow up* (telefonema das 24 horas e dos 30 dias). A continuidade dos cuidados e a identificação precoce de complicações pós-operatórias são o principal objetivo, uma vez que a identificação de complicações após a alta e a sua adequada orientação são fundamentais para o sucesso deste tipo de programa cirúrgico (V. Vieira et al., 2017). Assim, a comunicação entre a PSP e família/ pessoa significativa e a UCA deve estar garantida e deve ser assegurada logo no pré-operatório pelo enfermeiro na CPOE e no dia da cirurgia aquando do acolhimento.

Na UCA em apreço o período pós-operatório estende-se desde que a PSP chega à UCPA (recobro I e II), ou passando diretamente para a zona de cadeirões (recobro III) no caso de anestesia local (como por exemplo tópica nas cirurgias de catarata), passando pelo momento da alta, até à recuperação no domicílio (recobro tardio), existindo para esse

acompanhamento os telefonemas das 24 horas, 30 dias, o contacto de urgência da UCA e a articulação com o serviço domiciliário da unidade hospitalar.

Neste contexto, os cuidados de enfermagem especializados revelam-se uma garantia de segurança para a PSP e família/pessoa significativa e uma garantia da continuidade dos cuidados. O enfermeiro especialista na UCPA desenvolve competências que lhe permitem garantir que a PSP passa pelas 3 fases de recobro de forma segura, para isso conhece os critérios de avaliação da PSP em cada fase e garante que a pessoa não passa para a fase seguinte sem que estejam reunidos todos os critérios da fase anterior. Assim, no recobro imediato o enfermeiro especialista, acolhe a PSP na UCPA, realizando uma avaliação inicial tendo por base a metodologia ABCDE, A- Via Aérea; B-Respiração e Ventilação; C – Circulação e Controle de Hemorragia; D – Estado Neurológico e E – Exposição e controle do Ambiente. Esta Metodologia tem a sua génese no protocolo do *Advanced Trauma Life Supported – ATLS*, conduzindo a uma sistematização e uma uniformização dos cuidados prestados permitindo uma intervenção precoce com vista à diminuição da incidência de complicações (Von Atzingen et al., 2008). Avalia ainda, alterações sensoriomotoras (sensibilidade tátil, presença de parestesias, resposta motora e força muscular) principalmente em situações de realização de bloqueio subaracnoideu/raquianestesia, presença de náuseas e vômitos decorrentes do processo anestésico, avalia a dor decorrente do processo cirúrgico fazendo uma quantificação da mesma preferencialmente através de escala numérica. Quando a pessoa já se encontra desperta e orientada no tempo e no espaço inicia-se a preparação para a passagem para o recobro intermédio iniciando-se a elevação de cabeceira (UCA, 2022).

No recobro intermédio o enfermeiro especialista inicia o levante progressivo da PSP passando esta para posição sentada no leito, avalia a estabilidade de sinais vitais, ausência de depressão respiratória e certifica-se que a PSP se apresenta orientada no tempo e no espaço, de que é capaz de iniciar a ingestão progressiva de líquidos, de deambular e de apresentar micção espontânea, certifica-se da ausência de náuseas e vômitos, de hemorragia e dor. De forma a assegurar a continuidade dos cuidados o enfermeiro especialista tem um papel preponderante na certificação da existência de toda a documentação necessária para a alta da PSP, nomeadamente: o folheto informativo relativo aos cuidados específicos em função da cirurgia realizada; baixa médica; receita de prescrição de medicação para o domicílio; relatório de alta; carta de alta de enfermagem e marcação de consulta pós-operatória. Encaminhando a PSP para o regresso a casa quando estão reunidos todos os critérios para isso (UCA, 2022). Nesta fase, a articulação com o médico anestesista é de extrema importância, embora se tenha verificado durante o estágio que nem sempre essa

articulação é fácil. Ainda assim, a existência de protocolos de atuação de enfermagem relativos às diferentes fases do recobro, bem como a existência de intervenções de enfermagem protocolizadas de acordo com o procedimento anestésico e de acordo com a especialidade cirúrgica, tendo sempre em conta a individualidade de cada PSP, permite assegurar a prestação de cuidados em segurança.

No recobro tardio, o enfermeiro especialista mantém a vigilância, orientando o seu foco de atenção na PSP e na sua recuperação até ao seu regresso a casa, proporcionando conforto e segurança, assegurando a sua estabilidade, o controlo da dor, das náuseas e vómitos. O primeiro levante ocorre na passagem do recobro intermédio para o recobro tardio: quando a PSP se sente capaz é incentivada a deambular no sentido de despistar resposta vasovagal (AESOP, 2012). Todo este processo acontece com a supervisão do enfermeiro, utilizando protocolos existentes na unidade, instruindo a PSP para o autocuidado e readaptação funcional.

A alta hospitalar acontece nesta fase, sendo este um momento crucial, pois as condições de segurança em que esta acontece, o cumprimento dos critérios para a alta, permitem prever um pós-operatório no domicílio sem complicações para a PSP e família/pessoa significativa, sendo este um aspeto extremamente importante para o sucesso deste tipo de programa cirúrgico. Em CA o enfermeiro é o responsável pela alta da PSP, assumindo mais uma vez os cuidados de enfermagem especializados e diferenciados uma relevância maior ao se responsabilizarem pelo cumprimento dos critérios específicos para a alta, percecionando se a PSP se encontra capaz de exercer o seu autocuidado no domicílio. Assim, a PSP estará apta para ter alta quando apresentar estabilidade dos sinais vitais; controle eficaz da dor; ausência de náuseas, vómitos e tonturas; capacidade de deambulação de forma estável e sem auxílio; não apresente qualquer evidência de depressão respiratória; ausência de sinais de hemorragia no local cirúrgico; capacidade de ingestão de líquidos e de apresentar micção espontânea; prescrição médica de medicação analgésica; acompanhamento garantido no domicílio por pessoa significativa nas primeiras 24 horas e transporte adequado para o domicílio (N. Lima & Pinto, 2014).

O enfermeiro responsável pela alta é o enfermeiro que acompanhou a PSP no seu percurso pela UCPA e que realizou as 3 fases de recobro, que poderá ser enfermeiro de cuidados gerais ou enfermeiro EEMC, valida com a PSP e família/pessoa significativa se estão reunidas as condições para a alta, ou seja, se estes estão informados e esclarecidos sobre as complicações que possam surgir e como devem atuar nessa situação; reforça ensinamentos sobre a importância do repouso, alimentação adequada, cuidados especiais, exercícios que pode

ou não fazer, limitações impostas pela cirurgia e anestesia e retoma das AVD's; entrega a terapêutica em dose individualizada realizando respetivo ensino sobre posologia no domicílio; faculta à PSP e acompanhante instruções escritas sobre prescrição medicamentosa, cuidados pós operatórios no domicílio (folheto informativo específico sobre o tipo de cirurgia); carta de enfermagem, explicando todos os procedimentos e informando sobre cuidados especiais e que esta deverá ser entregue ao enfermeiro de cuidados de saúde primários da área de residência ou enfermeiro do serviço domiciliário ou da consulta externa dependendo do encaminhamento orientado pelo cirurgião; realiza ensinamentos e promove educação para a saúde sobre aspetos que considere oportunos; entrega a medicação analgésica preconizada e garante que o acompanhante se responsabiliza mediante a assinatura de um termo de responsabilidade; entrega inquérito de satisfação e explica a importância do seu preenchimento por parte da PSP para a melhoria da prestação de cuidados e para se poderem instituir possíveis medidas corretivas; informa sobre o telefonema das 24 horas o seu objetivo e a sua importância para a segurança da PSP; estabelece relação empática e terapêutica com a PSP e família/pessoa significativa abrindo espaço para o esclarecimento de dúvidas; desenvolve uma comunicação eficaz e assertiva; conhece os cuidados pós-operatórios de acordo com cada procedimento cirúrgico conseguindo esclarecer dúvidas a esse respeito e reforçar ensinamentos; conhece as complicações pós-operatórias mais frequentes, explicando-as de forma sucinta à PSP e acompanhante de forma a que estes as consigam identificar precocemente.

Em todo o processo assistencial a dor e o controlo da mesma revestem-se de grande importância para o bem-estar da PSP a vivenciar esta experiência cirúrgica, no entanto esta preocupação para a equipa de enfermagem apresenta maior relevo no período pós-operatório. O enfermeiro desenvolve as competências necessárias para elaborar diagnósticos da dor que a PSP percebe e decidir pelas intervenções mais adequadas, podendo passar por intervenções autónomas, tais como técnicas de relaxamento, otimização do posicionamento ou intervenções interdependentes, fazendo um registo sistematizado da dor e estando em constante articulação com os restantes membros da equipa multidisciplinar, nomeadamente o anestesista de forma a que seja instituído um plano farmacológico mais adequado. Em CA o controlo da dor aguda pós-operatória é um dos requisitos de maior importância para obter resultados de qualidade neste modelo cirúrgico, pois apesar de todos os avanços farmacológicos e de técnicas anestésicas, a dor continua a ser o sintoma pós-operatório mais referido (SPCA, 2013). Como forma de contrariar esta tendência e de forma a não colocar em risco todas as vantagens da CA, a CNADCA prevê o

desenvolvimento de protocolos clínicos adicionais, estabelecendo normas orientadoras para analgesia pós-operatória (CNDCA, 2008). Desta forma, o Decreto-Lei nº 13/2009 assegura a regulamentação da cedência de medicação (analgésica, anti-inflamatória e/ou antiemética) para o domicílio á PSP submetida a CA, com o objetivo de repor a equidade entre estes e as pessoas que são submetidas a cirurgia convencional, levando à necessidade de articulação entre a UCA e os serviços farmacêuticos de cada instituição criando-se protocolos que permitam o cumprimento da legislação (Decreto-Lei nº 13/2009, 2009). Na UCA o cirurgião prescreve a medicação em plataforma informática adequada até as 10 horas (tempo operatório da manhã) e até às 15 horas (tempo operatório da tarde) e posteriormente o assistente operacional da farmácia desloca-se à UCA e entrega a medicação ao enfermeiro responsável, sendo este, que no momento da alta se responsabiliza pela confirmação da medicação de acordo com prescrição.

A DGS considerada a dor o 5º sinal vital, o seu controlo eficaz é um dever dos profissionais e um direito das pessoas (DGS, 2008). A abordagem da dor pós-operatória em CA requer um plano integrado de intervenção que contemple a avaliação adequada da PSP, conhecimento das suas expectativas, do seu contexto social e requer também o ensino à PSP e família/pessoa significativa (SPCA, 2013). A abordagem do tema dor, em contexto de CA inicia-se na CPOE, onde o enfermeiro percebe a existência de patologia associada, a medicação que a pessoa faz no domicílio e, muito importante, as experiências dolorosas anteriores, percebendo que fármacos analgésicos utiliza regularmente e a que medidas não farmacológicas recorre. Este conhecimento por parte do enfermeiro permite a realização de um plano de cuidados mais personalizado e direcionado para as necessidades específicas da PSP no que diz respeito ao controlo da dor no pós-operatório. Esta avaliação da dor estende-se após a alta no telefonema das 24 horas.

O telefonema das 24 horas é realizado por um dos enfermeiros que se encontra distribuído no turno da manhã no acolhimento; este contacto permite ao enfermeiro a avaliação da situação de saúde da PSP, promovendo a continuidade dos cuidados. É neste momento que se realiza o despiste de possíveis complicações, se reforçam os ensinamentos realizados aquando da alta, esclarecem-se dúvidas e faz-se uma avaliação da eficácia dos protocolos de analgesia pós-operatória e do grau de satisfação da PSP, sendo este um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados na unidade (AESOP, 2012). Na UCA existe um aplicativo informático onde se encontra o questionário que é realizado pelo enfermeiro à PSP, realizando-se o registo das respostas nesse mesmo aplicativo. As questões preveem o despiste de complicações como a presença de dor e a resposta à terapêutica instituída; sinais

inflamatórios e infecciosos (febre, rubor, calor, edema e dor no local cirúrgico); sinais de hemorragia ou de compromisso circulatório; alterações da eliminação intestinal e vesical; intolerância à ingestão hídrica e alimentar e o cumprimento de restrições inerentes ao tipo de cirurgia realizada. Se nenhuma complicação se verificar, a PSP será apenas novamente contactada no telefonema dos 30 dias, se alguma complicação se verificar, o telefonema será repetido nas 24 horas seguintes e novamente ao 7º dia de pós-operatório. De salientar que durante todo o período do estágio nunca se verificou a necessidade de efetuar o segundo telefonema nem o do 7º dia, o que se torna revelador da qualidade dos cuidados prestados na UCA em apreço e mais uma vez demonstra o sucesso do programa CA.

O telefonema dos 30 dias é também realizado pelo enfermeiro do acolhimento. Este telefonema é realizado apenas a 10% das PSP que foram submetidas a CA, sendo os processos escolhidos aleatoriamente; o objetivo deste telefonema é avaliar o grau de satisfação da PSP, que também é realizado e registado num aplicativo informático específico para o efeito. As questões realizadas prendem-se com: se a informação recebida foi adequada e suficiente; se já teve consulta da especialidade; se já retomou a atividade diária que tinha antes da cirurgia; se necessitou de readmissão até às 72 horas; se pudesse escolher voltaria a ser operado na UCA?; se recomendaria esta UCA a algum familiar ou amigo? A resposta a este tipo de perguntas permite fazer uma avaliação dos cuidados prestados na UCA. Os enfermeiros especialistas em EMC têm especial interesse nos indicadores que resultam deste questionário, pois permitem fazer um diagnóstico de necessidades tanto da equipa multidisciplinar como do serviço enquanto estrutura orgânica funcional e com isso implementar medidas que suprimam essas necessidades e fomentar na equipa de enfermagem momentos reflexivos que levem a uma melhoria das práticas.

Durante o estágio foi possível participar ativamente em todas as fases do processo assistencial da PSP na UCA desde a CPOE até ao telefonema dos 30 dias. Constatou-se que a competência comunicação está em destaque na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSP e família/pessoa significativa.

A PSP encontra-se a vivenciar um processo cirúrgico que independentemente do modelo, CA ou cirurgia convencional, leva sempre a um momento de vulnerabilidade onde imperam o medo do desconhecido, insegurança e a ansiedade. Assim, o enfermeiro EMC é detentor de competências que lhe permitem selecionar as melhores estratégias de comunicação que minimizem estes sentimentos.

Sendo a comunicação uma intervenção autónoma do enfermeiro, esta é essencial na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar um processo de doença/cirúrgico, devendo ser

cada vez mais valorizada pois visa a melhoria, a mudança e a excelência dos cuidados de enfermagem sendo por isso um indicador de qualidade dos cuidados prestados (E. Vieira, 2014). O enfermeiro especialista utiliza a comunicação terapêutica como estratégia facilitadora da comunicação expressiva de emoções e conseqüente alívio da ansiedade e medo que a PSP está a vivenciar.

Em CA é através de uma comunicação eficaz, adequando a linguagem à individualidade e especificidade da PSP, que se consegue estabelecer uma relação empática de ajuda e de confiança com a PSP e família/ pessoa significativa fundamentais para o sucesso deste programa cirúrgico, pois é de extrema importância que a pessoa se encontre bem informada sobre todo o processo para que possa ser parte integrante do mesmo. O enfermeiro especialista consegue perceber os fatores que podem afetar a percepção da informação, nomeadamente: a quantidade de informação fornecida; a oportunidade/momento de fornecer essa informação; a relevância da informação; o modo de comunicação e as barreiras a essa comunicação (ansiedade, stress, diminuição acuidade auditiva e o idioma) (Manley & Bellman, 2003). É detentor de competências que lhe permitem desenvolver estratégias que facilitam a apreensão da informação pela PSP e família/pessoa significativa, tais como: falar pausadamente e não fornecer demasiada informação; não utilizar linguagem técnica que a PSP e família/pessoa significativa não compreendam e certificar-se de que estão a compreender; perceber qual o nível de literacia em saúde da PSP e família/pessoa significativa e adequar a linguagem e a informação a fornecer; proporcionar conforto e segurança de modo a aliviar a ansiedade e assim aumentar a capacidade da PSP e família/pessoa significativa de compreender e recordar as informações fornecidas; proporcionar que a PSP e família/pessoa significativa compreendam os riscos e benefícios da adesão ou não adesão aos cuidados; adaptar e personalizar a informação fornecida à PSP e família/pessoa significativa.

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

Relativamente a esta competência específica do enfermeiro EEMC à PSP, este desenvolve e mobiliza conhecimentos e habilidades que permitem garantir a segurança da PSP, dos profissionais e de todo o ambiente perioperatório, já que este é um ambiente propício à ocorrência de eventos adversos que decorrem da vulnerabilidade da PSP, dos procedimentos

realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos envolvidos (Regulamento no 429/2018 / DRE, 2018). Para o desenvolvimento desta competência foi estabelecido o objetivo específico: Desenvolver competências especializadas congruentes com a consciência cirúrgica na promoção da segurança da PSP e família/pessoa significativa e da equipa pluridisciplinar, em contexto de Cirurgia de Ambulatório. Estabeleceu-se um conjunto de atividades a desenvolver: prestar cuidados de enfermagem personalizados e individualizados à PSP e família/pessoa significativa com vista à prevenção e controlo de infeção no perioperatório; contribuir para um ambiente seguro durante o período perioperatório tanto para a equipa pluridisciplinar como para a PSP e família/pessoa significativa, demonstrando consciência cirúrgica.

Implícito a esta competência está o princípio de que promover e sensibilizar a equipa para uma cultura de segurança é essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados. Para a DGS (2018) entende-se por cultura de segurança um conjunto de “valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde” (DGS, 2018, p. 3). Depreende-se que toda a equipa pluridisciplinar tem responsabilidade no controlo do risco e na segurança. No entanto, nas instituições de saúde, são os enfermeiros a classe profissional em maioria, com maior proximidade com a PSP e família/pessoa significativa. Essa proximidade permite-lhes, mesmo num ambiente complexo como o BO, desenvolver competências únicas que fazem com que os cuidados de enfermagem tenham uma forte influência na segurança da PSP (A. S. Mota, 2022). Este facto reflete-se em indicadores: menor taxa de mortalidade e de incidentes de segurança; menor taxa de infeção do local cirúrgico; menor taxa infeções urinárias; menor taxa de úlceras de pressão e de quedas. Desta forma compreende-se que o enfermeiro perioperatório tem como principal responsabilidade a segurança da PSP (A. S. Mota, 2022).

A complexidade do ambiente perioperatório tendo em conta a presença de alta tecnologia, elevado número de dispositivos médicos e necessidade de controlo ambiental rigoroso, são preditivos de elevado risco. Para a OE (2017) constituem oportunidades de erro: elevados fluxos de comunicação, atividade profissional em equipas interdisciplinares, grande rotatividade da PSP com múltiplas transferências de cuidados, existência de procedimentos complexos e a vulnerabilidade da PSP sob anestesia (OE-CEEMC, 2017). Também Fragata (2010) considera a atividade num BO propícia à ocorrência de erros e eventos adversos, pois aí estão presentes todos os ingredientes: ambiente de excessivo stress, ocorrências

inesperadas, dinâmicas de equipa com as suas disfunções, falhas de comunicação, falhas da organização, falhas técnicas e o erro humano (Fragata, 2010).

A adoção de briefings e de de-briefings, o uso de *check-lists* e *guidelines*, boa comunicação de preferência escrita e com dupla verificação, uma liderança com adequados gradientes hierárquicos e a adoção de uma cultura de antecipação e de segurança onde se incentive à notificação dos erros sem culpabilização, mas sim com aprendizagem com os mesmos, são estratégias para a promoção da segurança num BO (Fragata, 2010).

A CA, é um modelo cirúrgico que se caracteriza pela existência de protocolos de seleção e preparação da PSP. Estes têm em conta não só a PSP, mas também o tipo de cirurgia, os critérios de admissão e de alta, pelo que a implementação dos mesmos é essencial para a segurança da pessoa contribuindo para o aumento da eficácia das unidades de CA (Matias, 2021).

Na UCA, os cuidados de enfermagem à PSP bem como os procedimentos específicos correspondentes a cada fase do seu processo assistencial estão protocolizados encontrando-se padronizados no manual de procedimentos de enfermagem, o que permite ter um padrão de atuação normalizado e sistematizado, sem nunca esquecer a individualidade e especificidade da PSP, contribuindo assim para a segurança da mesma.

O conceito consciência cirúrgica é norteador da prestação de cuidados de enfermagem especializados em contexto perioperatório, sendo para OE “um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática do cuidar a PSP, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado” (OE-CEEMC, 2017, p. 27). Este é um princípio basilar na promoção de um ambiente seguro para a PSP, pois é “demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável” (Regulamento no 429/2018 / DRE, 2018, p. 19366).

O enfermeiro especialista fomenta na equipa uma cultura de segurança da qual faz parte o princípio de consciência cirúrgica, sendo a notificação de incidentes um dever de todos. O objetivo de notificar não é reunir provas que formalizem uma acusação, ou seja, não tem um cariz punitivo, mas sim constituir uma oportunidade de aprendizagem e disseminação da informação numa perspetiva de implementar medidas corretivas institucionalmente, de forma a prevenir a ocorrência do incidente (Matias, 2021). Durante o estágio foi possível perceber que a cultura de notificação não está ainda enraizada na equipa. Há o conhecimento por parte da equipa da existência da plataforma NOTIFICA; no entanto, esta

não é usada. Quando ocorre algum incidente, este é reportado à enfermeira especialista coordenadora e à enfermeira gestora, mas não é realizada a formalização da notificação. Há por parte das enfermeiras especialistas da unidade, a perceção da necessidade de criar estratégias que combatam esta cultura de subnotificação na equipa. Considera-se que seria uma oportunidade de melhoria, pelos elementos a favor descritos anteriormente.

A comunicação entre o enfermeiro a PSP e a equipa pluridisciplinar é também um fator primordial na promoção de um ambiente perioperatório seguro, tendo sido identificada como um fator significativo na ocorrência de eventos adversos (Barroso et al., 2021). A comunicação eficaz e efetiva com a PSP só é conseguida quando esta assume a centralidade do processo de cuidar, sendo a escuta ativa por parte do enfermeiro especialista associada à identificação inequívoca da PSP, essenciais na promoção da sua segurança (Barroso et al., 2021). Relativamente à comunicação com a equipa pluridisciplinar, é-lhe atribuído igualmente um aspeto crucial na segurança do ambiente perioperatório. O enfermeiro especialista percebe quais os momentos em que esta pode interferir com a segurança da PSP e age em conformidade, assegurando que são utilizadas as ferramentas adequadas disponíveis, nomeadamente a metodologia ISBAR e a lista de verificação “Cirurgia Segura Salva Vidas” (Lomba, 2023).

Na UCA, tal como recomendado pela norma da DGS nº 001/2017 de 08 de fevereiro, a metodologia ISBAR encontra-se implementada nos momentos de transição dos cuidados. Esta metodologia é uma ferramenta estratégica que garante a eficácia da comunicação através da sua uniformização, permitindo que a informação seja transmitida de uma forma estruturada, promovendo a segurança da PSP e contribuindo para a diminuição dos eventos adversos. Desta forma, a comunicação entre os profissionais de saúde deve ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidades, atempada e compreendida por todos (DGS, 2017a).

O processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados perioperatórios, tem também especial relevo nas intervenções do enfermeiro especialista. Atendendo à complexidade do ambiente perioperatório, especialmente tendo em conta os procedimentos e equipamentos técnicos invasivos, são um fator de risco acrescido para o desenvolvimento de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) (DGS, 2017b). Ao longo do estágio, foi notória a preocupação da equipa de enfermagem, especialmente das enfermeiras especialistas, relativamente à prevenção e controlo da infeção, dando-se cumprimento às normas da DGS. Os cuidados de enfermagem especializados garantem o cumprimento da técnica asséptica cirúrgica, certificando-se da correta desinfecção cirúrgica das mãos, da paramentação com bata estéril, calçar luvas e colocação de campos cirúrgicos, verificação

dos indicadores de esterilização dos instrumentais cirúrgicos e dos dispositivos médicos estéreis. No seu conjunto, estes aspetos constituem barreiras à contaminação do campo operatório e da ferida cirúrgica (AESOP, 2012).

A prevenção de ILC representa também uma preocupação acrescida para o enfermeiro especialista. Na UCA esta temática foi sujeita à elaboração de um projeto de melhoria contínua originando um procedimento específico disponível no serviço. Assim, de acordo com esse procedimento específico e com a norma da DGS nº 020/2015, no período pré-operatório, na CPOE e no telefonema da véspera da cirurgia informa-se a PSP da necessidade do banho pré cirúrgico com cloro-hexidina a 2% na véspera da cirurgia e no dia da cirurgia com pelo menos 2 horas de antecedência. Os princípios da profilaxia antibiótica cirúrgica nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica também são cumpridos sempre que indicado: no acolhimento, durante a preparação pré-operatória da PSP ou já no período intraoperatório, pelo enfermeiro de anestesia. Os cuidados à pele, nomeadamente a tricotomia do local cirúrgico, é apenas realizada quando o procedimento cirúrgico assim o exige, com máquina de corte, e realizado pelo enfermeiro do acolhimento imediatamente antes da PSP passar para a SO. A normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$) é assegurada com o recurso a manta térmica; a sua colocação inicia-se logo no acolhimento e, na SO, o enfermeiro de anestesia procede também ao recurso de aquecedor de fluidos se assim for indicado. A avaliação da glicemia capilar é realizada pelo enfermeiro do acolhimento, na SO pelo enfermeiro de anestesia e, no pós-operatório, pelo enfermeiro da UCPA de forma a instituir medidas, se necessário para a manutenção da normoglicemia (glicemia capilar ≤ 180 mg/dl). A saturação periférica de oxigénio (SpO₂) deve ser mantida entre valores iguais ou superiores a 95% na SO e no pós-operatório imediato, assumindo o enfermeiro da UCPA maior destaque com a instituição de oxigenoterapia (DGS, 2015).

A promoção e a gestão dos dispositivos médicos são uma competência do enfermeiro especialista. Este assegura a rastreabilidade dos mesmos, verificando a sua disponibilidade, integridade e funcionalidade, garantindo que são usados de acordo com as indicações do fabricante e, em articulação com o serviço de instalações e equipamentos, assegura a sua manutenção de forma a prevenir complicações na sua utilização. Enquanto enfermeiro circulante e instrumentista gere o risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico, procedendo à contagem de compressas, instrumentos e materiais corto perfurantes (AESOP, 2012).

Considera-se, portanto que o enfermeiro especialista no exercício das suas competências, tal como refere Lomba (2023) compreende que

“mais do que descrever as normas, orientações e procedimentos emanados pela DGS, CQS, GCL-PPCIRA e associações profissionais, é necessário adequá-las e implementá-las no seu exercício profissional, liderando outros e promovendo o entendimento de que todas as atividades desempenhadas no BO concorrem, em maior ou menor grau, para estabelecer práticas seguras num ambiente seguro” (Lomba, 2023, p. 35) .

4. Considerações finais

Até aqui, pretendeu-se realizar uma reflexão sobre as experiências vividas no contexto clínico do estágio. Para isso descreveram-se as atividades desenvolvidas que levaram à concretização dos objetivos traçados, conseguindo-se o desenvolvimento e aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC à PSP.

É inegável o papel do enfermeiro especialista neste contexto, dado que detém uma importância vital na garantia de um ambiente seguro para a PSP e família/pessoa significativa e para a equipa multidisciplinar, pois ele lidera a implementação e o cumprimento de um conjunto de normas e orientações emanadas pelas entidades responsáveis conducentes a práticas seguras em ambiente seguro. No entanto, compreendeu-se que o seu papel, e talvez o mais importante, passa pela gestão dos cuidados de enfermagem prestados à PSP, onde ao ser detentor de conhecimento e competência diferenciadas, assume-se como uma referência para a equipa, fomentando na prática clínica diária a reflexão sobre a prática através de uma liderança positiva. Esta gestão dos cuidados de enfermagem à PSP baseada na reflexão acerca da prática deve assentar nos cinco pilares que fundamentam os cuidados de enfermagem perioperatórios: o reconhecimento do outro e a capacitação, a vulnerabilidade, a responsabilidade de cuidado, a prudência e a gestão do risco e a consciência cirúrgica (OE-CEEMC, 2017).

Ao exercer a sua atividade profissional no BOO onde a maioria da atividade cirúrgica acontece em regime de CA, a passagem pelo campo de estágio permitiu a aquisição e aprofundamento de conhecimentos relativos a este modelo cirúrgico, mas principalmente uma reflexão sobre ambas as realidades levando à troca de experiências sempre geradoras de oportunidades de melhoria em ambas as realidades.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: A catarata é a principal causa de perda de visão nos países desenvolvidos, tratando-se da opacificação irreversível do cristalino levando à diminuição da acuidade visual. O tratamento é unicamente cirúrgico, sendo um procedimento elegível para ser realizado em cirurgia de ambulatório o que permite o regresso a casa da pessoa/família no próprio dia da cirurgia. Deste modo, as intervenções de enfermagem revestem-se de grande importância na capacitação e empoderamento da pessoa/família para o regresso a casa, o que exige uma constante atualização e adequação dos processos assistenciais face às necessidades e especificidades da população.

Objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata.

Metodologia: Scoping Review, de acordo com o protocolo Joanna Briggs Institute. A revisão incluiu estudos publicados em inglês, espanhol e português, sem limite temporal, nas bases de dados, Medline (via PubMed), CINAHL (via EBSCO) e SciELO. A literatura cinzenta foi pesquisada no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RECAAP), DART- Europe e OpenGrey. Foi utilizada a checklist PRISMA-ScRA e incluídos estudos com pessoas adultas sujeitas a cirurgia de catarata, centrados nas intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa em qualquer configuração contextual. Tendo sido estes os critérios de elegibilidade tendo por base a mnemónica PCC, sendo P (População) estudos com pessoas adultas submetidas a cirurgia de catarata, C (Conceito) estudos centrados nas intervenções dos enfermeiros na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata e o C (Contexto) estudos desenvolvidos em qualquer configuração contextual.

Resultados: 267 artigos foram encontrados aquando da pesquisa, 15 foram selecionados para esta revisão. Da análise dos 15 artigos selecionados emergiram várias intervenções de enfermagem que se agruparam em 4 áreas de intervenção: identificação/prevenção de complicações pós-operatórias, cuidados a ter com o olho intervencionado; gestão do regime terapêutico e implicações nas atividades de vida diária (AVD's). Estas têm grande impacto na redução da ansiedade e medo cirúrgico, na adesão ao tratamento e consequentemente no resultado positivo de todo o procedimento, conduzindo à satisfação da pessoa/família durante todo o processo assistencial.

Conclusão: Verificou-se que a preparação do regresso a casa da pessoa/família sujeita a cirurgia de catarata é iniciada na consulta pré-operatória. É essencial que os enfermeiros

coloquem em prática as suas intervenções tendo um plano de cuidados estruturado e sistematizado baseado na evidencia científica disponível.

Palavras chave: Enfermagem, Cirurgia de Catarata, Cuidados Pós-operatórios.

2. Abstract

Background: Cataract is the main cause of visual loss in developed countries. Surgical treatment is amenable to be performed in the ambulatory setting allowing the patient and family to return home on the same day. Thus, nursing interventions are crucial in enabling the patient and family to return home. Nurses must keep up to date in order to better adapt procedures and practices to the necessities of different populations.

Purpose: To map the nursing interventions required to prepare the return home of patients undergoing cataract surgery.

Methods: Scoping Review, according to the Joanna Briggs Institute protocol. Review included publications in english, spanish and portuguese, without a time frame, in the following databases: Medline (in PubMed), CINAHL (in EBSCO) e SciELO. Grey literature was searched in the Scientific Open Access Repositories of Portugal (RECAAP), DART- Europe and OpenGrey. The PRISMA Extension for Scoping Reviews checklist was used and included studies done with adults undergoing cataract surgery, with a focus on the nursing interventions that prepared the return of the subjects home. Eligibility criteria were based on the PCC mnemonic. P stands for Population studies with adults undergoing cataract surgery, C for Concept studies focused on nursing interventions in preparing the return home of the person undergoing cataract surgery and C for Context studies developed in any contextual configuration.

Results: An initial search identified 267 papers which were analyzed and 15 papers met the criteria and were used in this review. From the analysis of the selected 15 papers several nursing interventions were identified and were grouped in 4 main areas of intervention: educating the patient and family to identify problems at an early stage in order to better avoid complications, perioperative care of the operated eye, therapeutic regimen management and the implications in activities of daily living (ALDs). The review shows that the process of preparing the person undergoing cataract surgery and family to return home after surgery begins at the preoperative visit. Nursing interventions which were identified in the review and grouped in 4 main areas have a major impact in reducing anxiety and surgical fear. These interventions also increase treatment compliance and, importantly, improve patient and family satisfaction during the whole assistance process.

Conclusions: Perioperative nursing interventions are crucial in both preparing patients undergoing cataract surgery and the families to return home and have been shown to greatly

improve the outcomes. Therefore, it is crucial that nursing interventions are planned to provide a structured, evidence-based nursing care plan.

Keywords: Nursing, Cataract Surgery, Perioperative care

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A catarata é a principal causa de perda de visão evitável mais frequente nos países desenvolvidos, correspondendo à opacificação irreversível do cristalino (SNS, 2018). Esta perda de transparência do cristalino conduz a uma diminuição da acuidade visual, que varia desde uma perda visual ligeira até à cegueira (SNS, 2018). Segundo Lang (2015), a etiologia da catarata é multifatorial, no entanto podemos dividi-las em cataratas adquiridas (99%) e congénitas (1%). As cataratas adquiridas incluem a catarata senil, a catarata devido a doença sistémica (diabetes *mellitus* e insuficiência renal crónica), a catarata secundária a doença ocular, a catarata pós-operatória, a catarata traumática (contusão, lesão elétrica ou por radiação) e a catarata tóxica (terapêutica com corticóides) (Lang, 2015). De referir que 85% das cataratas adquiridas são senis, decorrentes do processo de envelhecimento e com maior incidência na população a partir dos 50 anos (Almança et al., 2018). As cataratas congénitas incluem as cataratas hereditárias e as cataratas causadas por lesão no embrião (rubéola, parotidite, hepatite e toxoplasmose) (Lang, 2015).

A academia americana de oftalmologia (2021) refere a catarata como a principal causa de cegueira em todo o mundo, aumentando a incidência a cada década de vida da pessoa, sendo expectável que em 2050 existam cerca de 50 milhões de pessoas com catarata nos EUA (Miller et al., 2022). Em Portugal, não se conhece a prevalência e incidência da catarata, mas sabe-se que é a causa de aproximadamente 8% de todos os doentes com diminuição da acuidade visual (SNS, 2018).

O desenvolvimento da catarata é lento e pode ocorrer ao longo de vários anos, manifestando-se através de diminuição da acuidade visual, diminuição da sensibilidade ao contraste, deslumbramento e alteração da visão cromática, sendo que estes sintomas estão associados a uma redução da capacidade funcional da pessoa, conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida (T. F. A. Nunes, 2018). Este défice visual decorrente do desenvolvimento de catarata tem um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, e nas AVD's, tais como: lavar-se, vestir-se, cozinhar, ler, ver televisão e caminhar, encontram-se comprometidas (Watkinson & Seewoodhary, 2015). Consequentemente verifica-se também algum isolamento social da pessoa com catarata face às suas limitações, podendo estar na origem de stress e ansiedade que leva à perda de autonomia e confiança (T. F. A. Nunes, 2018).

O tratamento da catarata é cirúrgico, sendo esta a única forma de recuperação visual (Hardy, 2009). A cirurgia tem uma forte componente tecnológica e uma elevada taxa de sucesso (SNS, 2018). A técnica cirúrgica mais utilizada é a facoemulsificação pela rápida recuperação visual e reduzido índice de complicações intraoperatórias (Almança et al., 2018). É um procedimento cirúrgico em que o pós-operatório é pouco doloroso e requer pouco tempo na unidade hospitalar, elegível para ser realizado em CA o que possibilita o regresso a casa no próprio dia da cirurgia, podendo a recuperação ocorrer em ambiente familiar (Costa et al., 2021). No entanto, como em qualquer procedimento cirúrgico existem riscos e possíveis complicações pós-operatórias, as principais complicações que podem surgir após a cirurgia de catarata são: endoftalmite, aumento da pressão intraocular (PIO), edema macular cistóide, descolamento de retina e hemorragia (Hardy, 2009).

Em Portugal, de acordo com o SNS (2018), o número de cirurgias de catarata aumentou de 14 226 em 1993 para 146 958 em 2015 (último ano com dados disponíveis). Sendo a catarata essencialmente uma consequência do processo de envelhecimento e tendo em conta os últimos dados do Instituto Nacional Estatística (INE) relativos aos Censos de 2021 que revelam um agravamento do processo de envelhecimento da população na última década (INE, 2021), espera-se que o número de cirurgias continue a aumentar. Deste modo, o envelhecimento da população e o inevitável aumento da prevalência desta patologia, exige uma reorganização dos cuidados de saúde por forma a dar resposta às crescentes necessidades de cuidados. Tendo como base uma prática baseada na evidência científica, os enfermeiros estão atentos a estas alterações demográficas e às suas repercussões na saúde da população, de forma a atingir a excelência na prestação de cuidados à pessoa e suas famílias (Costa et al., 2021).

A evolução da cirurgia de ambulatório nos últimos anos tem também contribuído para ganhos em saúde para uma população cada vez mais envelhecida a necessitar de cirurgias, sem renunciar aos padrões de qualidade exigidos no processo cirúrgico (AESOP, 2012). Os cuidados em cirurgia de ambulatório devem reger-se pelos mesmos princípios da cirurgia convencional e basear-se na aplicação do conceito de enfermagem perioperatória no que se refere ao conhecimento teórico e prático através do qual o enfermeiro deve reconhecer as necessidades da pessoa submetida a cirurgia, planear cuidados e executá-los com destreza e segurança, avaliando os resultados obtidos (AESOP, 2012). Neste contexto, a consulta pré-operatória de enfermagem é de extrema importância na medida em que é nesta que são fornecidas as recomendações específicas acerca dos cuidados pré-operatórios, mas também se inicia a preparação do regresso a casa após a cirurgia (Silva, 2022). Neste sentido, é neste

momento que o enfermeiro consegue fazer o levantamento das potencialidades e eventuais dificuldades da PSP/família, promovendo o seu empoderamento e consequente autonomia, capacitando-a para o autocuidado e favorecendo o processo de transição (Costa et al., 2021). Uma vez que a cirurgia, enquanto acontecimento de vida conduz à mudança, requer uma intervenção diferenciada dos enfermeiros na facilitação do percurso transacional (Meleis, 2010). É esperado que o enfermeiro ajude a PSP/família a viver e a lidar com a multiplicidade de alterações (psicológicas, físicas, geográficas, emocionais e mentais) decorrentes do processo cirúrgico. Uma hospitalização e, neste caso a realização de uma cirurgia, implica uma série de transições que requerem a intervenção dos enfermeiros nas diferentes etapas e pontos críticos (Meleis, 2010). Assim, a nortear a atuação do enfermeiro na preparação do regresso a casa da PSP/família após um momento crítico e complexo como é o caso de um procedimento cirúrgico, está a teoria de Afaf Meleis. Importa que o enfermeiro consiga perceber o significado que esta experiência tem para aquela PSP/família, avaliar o seu estado físico, emocional e as condições ambientais, para assim agir com responsabilidade e compromisso no sentido de uma transição saudável (Meleis, 2010). Cabe ao enfermeiro enquanto gestor dos cuidados alicerçar a capacidade de tomada de decisão da PSP/família para que este seja um momento de transição saudável conduzindo ao autocuidado (Cardoso et al., 2012). Neste contexto também a teoria de défice do autocuidado de Dorothea Orem é basilar na atuação do enfermeiro. Sendo o autocuidado caracterizado pela prática de atividades que promovem o aperfeiçoamento da pessoa, compreender as suas condições e as limitações para a ação fornece orientações ao enfermeiro para que possa selecionar as intervenções de enfermagem que auxiliem na promoção do seu autocuidado (Queiroz et al., 2014).

Na passagem de uma condição de saúde para outra, a pessoa deve assumir a centralidade do processo assistencial. O enfermeiro deve assim assistir a pessoa na promoção da autogestão de saúde, na aquisição de conhecimentos e competências, o que se repercute numa maior adesão e satisfação da pessoa garantindo a qualidade dos cuidados e o impacto nos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (L. Mota et al., 2018).

Dado que os enfermeiros são frequentemente os primeiros cuidadores das pessoas que estão a experienciar uma transição, estão atentos às mudanças e exigências impostas pela situação, preocupando-se e ajudando-as a desenvolver competências para lidar com essa situação (Costa et al., 2021). Neste sentido a relação terapêutica baseada na empatia entre o enfermeiro e a PSP/família é um aspeto central na enfermagem, dado que a essência da profissão é cuidar (Oliveira, 2019). Só quando se estabelece esta relação empática é possível

proporcionar ao doente/família uma transição saudável neste seu momento de vulnerabilidade e fragilidade.

4. Finalidade e objetivos

Na sequência do exposto, tendo em conta a prática clínica o objetivo do estudo é identificar as intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata. Tem como finalidade a identificação de intervenções de enfermagem que promovam a autonomia e conseqüente autocuidado da PSP/família submetida a cirurgia de catarata, na preparação do regresso a casa, contribuindo desta forma para a excelência dos cuidados prestados e a segurança da pessoa sujeita a processos cirúrgicos complexos. A questão norteadora do estudo é: “Quais as intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata?”

5. Metodologia

A revisão foi conduzida segundo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute para scoping review, com base nas diretrizes do modelo PRISMA-ScRA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Este tipo de síntese do conhecimento deve ser conduzido de forma rigorosa, transparente e confiável, fornecendo uma visão geral ou um mapa das evidências (Peters et al., 2020)

Segundo Munn e colaboradores (2018), uma scoping review assenta no propósito de identificar os tipos de evidências disponíveis em um determinado campo, esclarecendo os principais conceitos/definições na literatura, examinando como a pesquisa é conduzida em relação a um determinado tópico ou campo, identificando as principais características ou fatores relacionados com um conceito, sendo precursor de uma revisão sistemática, identificando e analisando lacunas de conhecimento (Munn et al., 2018).

A síntese de evidências sob a forma da revisão sistemática está no centro da prática baseada em evidência, sendo a *Scoping Review* uma abordagem projetada para sintetizar, de forma mais efetiva e rigorosa, essa evidência (Coelho et al., 2017). Não se pretende analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos porque o objetivo não é encontrar a melhor evidência científica, mas sim esclarecer um conceito e direcionar as pesquisas seguintes (Vilelas, 2009).

De forma a estruturar a pesquisa e a sua elaboração, foi realizado um projeto de investigação sob a forma de protocolo onde foi estabelecido: quais os objetivos da revisão, a população incluída, a formulação da questão de investigação, os critérios de elegibilidade, a estratégia de pesquisa e as bases de dados incluídas, a definição da informação e estratégia para extração da informação (APENDICE I – Q168: Projeto Estudo de Investigação).

5.1. Desenho do estudo

De acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, foram definidos critérios de elegibilidade com base na mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) (Peters et al., 2020). Desta forma, a População são estudos com pessoas adultas submetidas a cirurgia de catarata; o Conceito são estudos centrados nas intervenções dos enfermeiros na

preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata e o Contexto são estudos desenvolvidos em qualquer configuração contextual. Foram definidos como critérios de exclusão pessoas com idade inferior a 18 anos e com patologia psiquiátrica ou sem capacidade cognitiva. Os critérios de inclusão definidos foram estudos com pessoas adultas submetidas a cirurgia de catarata e estudos centrados nas intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa.

Nesta revisão foram considerados estudos primários ou secundários quer com metodologia quantitativa, qualitativa ou de revisão e incluídas revisões sistemáticas ou integrativas e artigos de opinião.

A estratégia de pesquisa seguiu quatro passos:

- 1) Pesquisa inicial limitada às bases de dados MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO) e SciELO, seguindo-se uma análise de palavras de texto nos títulos e resumos e dos termos MeSH usados para descrever o artigo;
- 2) Nova pesquisa nas bases de dados incluídas, recorrendo à combinação dos termos MeSH identificados no primeiro passo, tendo-se definido a frase booleana a utilizar em cada uma delas: (“Nursing Care” OR Nurs*) AND (“Cataract Extraction”);
- 3) Pesquisa da literatura cinzenta no RCAAP, DART-Europe e Opengrey;
- 4) Análise das referências bibliográficas de todos os artigos e relatórios para identificar estudos adicionais (referência de referência);

A pesquisa foi efetuada em janeiro 2023, sem limite temporal e incluiu estudos publicados e não publicados e foi efetuada através de uma pesquisa nas bases de dados eletrónicas MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO) e SciELO. A pesquisa da literatura cinzenta incluiu pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), DART-Europe e OpenGrey, excluindo-se resumos de conferências, congressos e posters.

A relevância dos artigos para a revisão foi analisada por dois revisores independentes, com base nas informações fornecidas no título e resumo. O artigo completo foi recuperado para todos os estudos que cumpriram os critérios de elegibilidade.

Os artigos foram avaliados quanto à relevância para a revisão, com base nas informações do título e resumo, por dois revisores independentes. O artigo completo foi recuperado para todos os estudos que atendam aos critérios de inclusão da revisão. Quando os revisores tiveram dúvidas sobre a relevância de um estudo a partir do resumo, o artigo completo foi recuperado. Desacordos entre os revisores seriam resolvidos por meio de discussão ou com um terceiro revisor. Os estudos identificados a partir de pesquisas na lista de referências foram avaliados quanto à relevância com base no título e no resumo do estudo. Recorreu-se

também ao uso do software bibliográfico Zotero 5.0.94 (Corporation for Digital Scholarship, 2020) para extração dos artigos e remoção dos duplicados.

5.2. *Considerações éticas*

A ética na investigação engloba todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores (L. Nunes, 2020).

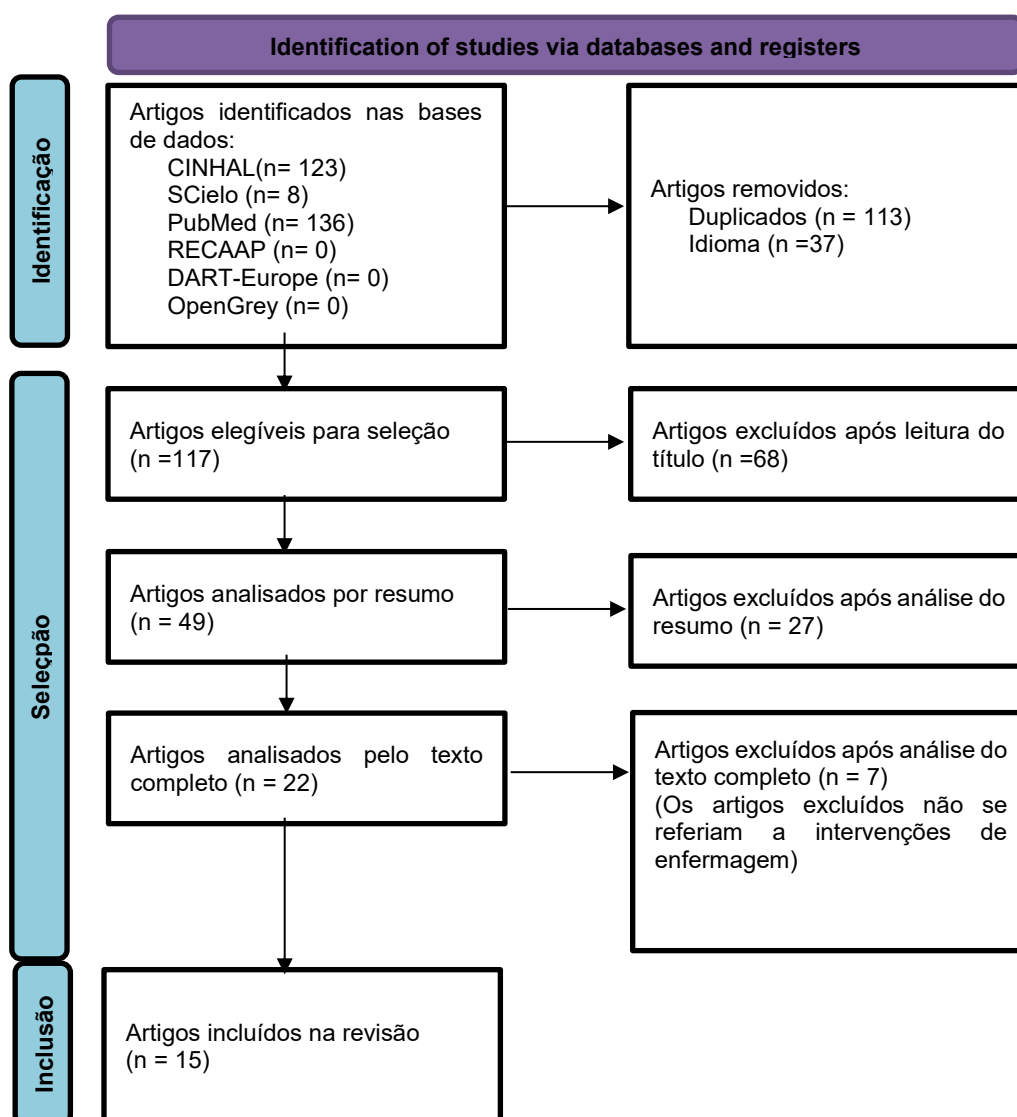
Este estudo de revisão da literatura, não envolvendo pessoas envolve documentos e conta com a honestidade intelectual do investigador, conforme sustentado por Nunes (2020) no documento onde apresenta os aspetos éticos da investigação em Enfermagem.

Esta revisão utiliza dados, documentos acessíveis ao público, não tendo sido considerados critérios que exijam a aprovação por uma comissão de ética. Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais, não estão previstos conflitos de interesse nesta investigação.

6. Resultados

Da pesquisa nas respetivas bases de dados foram obtidos 267 artigos, após remoção dos duplicados e aplicando o filtro idioma foram elegíveis para seleção 117 artigos, destes após leitura do resumo e do texto completo foram incluídos na revisão 15 artigos. Foi utilizado o diagrama PRISMA (Figura 1) para a sistematização do processo de seleção dos artigos.

Figura 1. Fluxograma PRISMA



(adaptado de PRISMA 2020 Flow Diagram) (Page et al., 2021).

Dos artigos incluídos na revisão o mais antigo é de 2008 e o mais recente de 2022, sendo originários geograficamente de países como Holanda (1), Inglaterra (2), Turquia (1), China (2), Brasil (2), EUA (3), Botswana (1), Portugal (1), Cuba (1) e Espanha (1).

Foi elaborada uma tabela de extração de dados (Apêndice II) para uma análise sistematizada dos artigos incluídos nesta revisão. Essa análise incluiu o objetivo do estudo, a amostra, o método, as intervenções de enfermagem e os resultados, sendo indicados também os dados demográficos de cada artigo.

A apresentação dos resultados será realizada em texto corrido. De modo a facilitar a compreensão da mesma foi realizada uma tabela (Tabela 1), onde são apresentados os estudos incluídos nesta revisão, os respetivos títulos e autores. Desta forma, ao longo da scoping review, sempre que forem mencionados os estudos, serão identificados por E1, E2, E3, (...) E15.

Tabela 1 – Estudos selecionados para a Scoping Review.

Estudos (E)	Título/Autor/País	Objetivos	Resultados
E1	<i>“Patients’ experiences and preferences with co-managed care in a cataract pathway”</i> (Van Vliet et al., 2010), Holanda.	Determinar as experiências e preferências dos doentes submetidos a cirurgia de catarata em relação aos cuidados pós-operatórios, na primeira consulta por oftalmologista presencial ou por enfermeiro telefonicamente e na consulta das 4 semanas por oftalmologista ou optometrista.	Os doentes que foram avaliados no primeiro dia por uma enfermeira, preferem este método do que os que foram avaliados por um oftalmologista (87% vs 72%, respetivamente). Em relação à última avaliação, serem avaliados por oftalmologista ou por optometrista, a preferência dos doentes recai sobre o oftalmologista (95% vs 58%, respetivamente). Neste estudo, os doentes que foram avaliados por enfermeiros e optometristas relataram com mais frequência ter recebido instruções pós-operatórias do que aqueles que foram avaliados por um oftalmologista.
E2	<i>“Cataract management: effect on patients’ quality of life”</i> (Watkinson & Seewoodhary, 2015), Inglaterra.	Resumir a epidemiologia da catarata, sendo abordados os efeitos da “cegueira catarata” na qualidade de vida do doente. É explorado o papel do enfermeiro na promoção da qualidade de vida com referência ao valor da teoria psicossocial no cuidado e na promoção da saúde dos doentes idosos com catarata.	A preparação para a alta inicia-se na consulta pré-operatória de enfermagem. Uma comunicação eficaz com o doente e família/acompanhante durante todo o processo assistencial e o fornecimento de informações verbais e escritas relativas às fases pré, intra e pós-operatórias são essenciais para a diminuição da ansiedade dos doentes relacionada com a cirurgia, aumentando a sua compreensão e confiança nos cuidados de saúde em todo o processo.
E3	<i>“The Effect of Preoperative Fear and Related Factors on Patients’ Postcataract Surgery Comfort Level: A Regression Study”</i> (Taylan & Çelik, 2022), Turquia.	Avaliar os níveis de medo nos doentes no pré-operatório de cirurgia catarata e o seu impacto, no conforto dos mesmos, no intraoperatório e no pós-operatório.	O medo pré-operatório e o estado emocional do doente influenciam diretamente o intraoperatório e o pós-operatório. A avaliação do medo cirúrgico durante a consulta pré-operatória de enfermagem permite a recolha de informações que visam intervenções de enfermagem que permitem antecipar as causas dos desconfortos dos doentes, tornando-se assim o conforto do doente durante todo o processo assistencial um indicador de qualidade dos cuidados prestados.

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

			Fornecer informações adequadas sobre o procedimento cirúrgico e atendimento individualizado aumenta o nível de conforto e reduz a ansiedade do doente sujeito a cirurgia de catarata.
E4	<i>“The management pattern carried out in a cataract surgery day ward”</i> (Lin et al., 2013), China.	Avaliar a prática e o processo de gestão de uma enfermaria diurna de cirurgia de catarata	Melhorar o ensino de enfermagem aos doentes submetidos a cirurgia de catarata, pode evitar fortemente a ocorrência de eventos adversos.
E5	<i>“Supporting patients undergoing cataract extraction surgery”</i> (Hardy, 2009), Inglaterra.	Fornecer conhecimentos sobre as causas, sintomas e o tratamento da catarata, destacando o papel do enfermeiro no pré e no pós-operatório.	A preparação para o período pós-operatório e para o regresso a casa do doente sujeito a cirurgia de catarata inicia-se na consulta pré-operatório de enfermagem. A gestão do regime terapêutico pelo doente no pós-operatório aquando do regresso a casa é um especto de grande importância para a prevenção de complicações. O enfermeiro deve ter em conta os fatores que podem afetar a capacidade dos doentes para a aplicação dos colírios corretamente. Se o doente apresentar alguma destas limitações e na ausência de uma rede de apoio (familiares/amigos) o enfermeiro deve acionar o pedido de apoio domiciliário aos cuidados de saúde primários. As principais complicações pós-operatórias da cirurgia de catarata são: endoftalmite, aumento da pressão intraocular, edema macular cistóide, descolamento da retina e hemorragia.
E6	<i>“Telephone follow-up of the elderly after cataract surgery”</i> (N. Machado, 2014), Brasil.	Analisar a efetividade do telefonema de enfermagem no pós-operatório tardio em idosos submetidos a cirurgia de catarata, para o diagnóstico “recuperação cirúrgica tardia” (NANDA)	O acompanhamento de enfermagem aos doentes e família nos primeiros dias de pós-operatório reduz o aparecimento de complicações pós-operatórias na primeira semana, reforça-se a importância deste acompanhamento desde o pré-operatório até ao 4º dia de pós-operatório, pois é nesse intervalo de tempo que há uma maior frequência de ocorrência de complicações, conseguindo-se, assim uma recuperação completa até ao 7º dia. O acompanhamento telefónico de enfermagem destaca-se para a identificação precoce de complicações, para a maior adesão aos cuidados domiciliários ao olho operado, para o esclarecimento de dúvidas que permite reduzir a ansiedade e aumentar o vínculo enfermeiro-doente e aumenta a satisfação do doente e família quanto aos cuidados prestados.

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

E7	<i>“Discharge teaching, readiness for hospital discharge and post-discharge outcomes in cataract patients: A structural equation model analysis”</i> (Zhang et al., 2021), China.	Explorar o mecanismo de interação da qualidade do ensino de alta de doentes com catarata, prontidão para alta e resultados pós-alta.	Verificou-se que a qualidade da educação para a alta e o seu adequado planeamento fornecido por enfermeiros antes da alta podem ajudar a preparar os doentes e suas famílias para uma transição segura do hospital para domicílio e comunidade. O resultado pós-alta é usado para avaliar os resultados de saúde pós-alta.
E8	<i>“Effects of Discharge Education and Telephone Follow-up on Cataract Patients’ Activities According to the Model of Living”</i> (Gülşen & Akansel, 2020), EUA.	Avaliar o impacto da preparação de enfermagem para a alta e do acompanhamento telefónico de doentes submetidos a cirurgia de catarata, nas atividades de vida diária.	As intervenções de enfermagem neste estudo têm por base o modelo das AVD’s (12 AVD’S), nem todas as AVD’s tem intervenções específicas, assim destacam-se intervenções relacionadas com: manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, eliminação, lavar e vestir, mobilização e dormir.
E9	<i>“Ações Da Enfermagem No Controle E Tratamento Da Catarata: Revisão Integrativa”</i> (Nunes Cunha et al., 2014), Brasil.	Analisar na literatura as ações da enfermagem no controle e tratamento da catarata; refletir sobre as ações de enfermagem no tratamento cirúrgico da catarata; contextualizar as especificidades da cirurgia de catarata e as repercussões para o doente.	Foi possível sistematizar as ações de enfermagem e foi destacada a importância do enfermeiro em todas as fases do controle e tratamento da catarata, desde a promoção da saúde, na prevenção da doença e na deteção precoce de complicações. A cirurgia de catarata é um dos procedimentos mais realizados no estado do nordeste do Brasil, sendo ainda a principal causa de cegueira no mundo, é necessário facilitar o acesso da população à cirurgia de catarata e estimular os modelos assistenciais descentralizados possibilitando que os doentes sejam tratados atempadamente como mínimo de gasto e o máximo de segurança e eficiência.
E10	<i>“App helps patients with cataracts have smoother surgery process”</i> (Korn, 2021), EUA.	Apresentar um aplicativo informático baseado na plataforma de saúde de código aberto da Apple, que usa smartphones e dispositivos de saúde para ajudar os doentes nos seus cuidados médicos.	Os objetivos do aplicativo são entre outros a redução de cancelamentos cirúrgicos, diminuindo as complicações pós-operatórias e proporcionar uma experiência de saúde digital excelente. Verificou-se que questões e preocupações pós cirúrgicas podem se resolvidas com o recurso à telemedicina com o uso do aplicativo, evitando que o doente tenha de se deslocar à unidade de saúde. Dos 35 doentes cirúrgicos entrevistados, 95% referiram preferir o aplicativo em relação a instruções em papel, 90% refere que as informações do aplicativo ajudam na compreensão das instruções pós-operatórias, 97% refere que usaria o aplicativo em cirurgias futuras e 93% afirmam que o aplicativo melhorou a sua experiência cirúrgica.

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

E11	<i>“Postoperative eye care in Botswana: the role of ophthalmic nurses”</i> (Molao & Mmoloki, 2020), Botswana.	Dar a conhecer o papel dos enfermeiros oftalmológicos, nos cuidados pós-operatórios em cirurgias oftalmológicas no Botswana.	Cuidados oftalmológicos pós-operatórios imediatos na enfermaria: educar os doentes sobre sua situação, avaliar os olhos para despiste de sinais de complicações e administrar medicamentos de acordo com as instruções do oftalmologista. Preparação do regresso a casa: no ensino dos cuidados pós-operatórios a ter em conta pelo doente no regresso a casa é dado ênfase à administração de medicamentos (colírios) oftalmológicos e cuidados inerentes à instilação dos mesmos, prevenção e reconhecimento de complicações precoces ou tardias. Especificamente na cirurgia de catarata, os cuidados indicados devem ser seguidos durante 6 semanas. As indicações são fornecidas ao doente por escrito. Planeamento da alta: começa no dia da admissão; as enfermeiras oftalmológicas planeiam uma reunião com os doentes e os seus familiares/acompanhantes para discutir a cirurgia planeada, possíveis resultados, cuidados pós-operatórios imediatos durante o internamento e os cuidados pós-operatórios em casa.
E12	<i>“An approach to consistent patient education”</i> (Ortoleva C, 2010), EUA	Criar um formulário padronizado relativo aos cuidados pós-operatórios (indicados pelo médico), evitando seguir instruções manuscritas para a redução de incidentes relacionados com informações omitidas ou mal interpretadas.	Com a introdução dos formulários os enfermeiros peri operatórios notaram menos dificuldade em ler e seguir as indicações do médico. Os enfermeiros desta área estão satisfeitos com a melhoria e acredita-se que o uso dos formulários contribuiu para a segurança dos cuidados prestados aos doentes e família/acompanhante desde o pré-operatório passando pelo intra e no pós-operatórios. Relativamente aos telefonemas pós-operatórios, os enfermeiros notaram um aumento na adesão dos doentes aos cuidados pós-operatórios e uma redução na confusão ou mal-entendidos que se verificavam quando as indicações para a alta eram manuscritas pelos cirurgiões. Os doentes demonstraram grande satisfação com o uso de formulários fáceis de entender, que tornaram a perceção dos cuidados pós-operatórios mais clara e objetiva.
E13	<i>“Relevance of information when elderly returning home after cataract surgery: nurses' perspective”</i> (Costa et al., 2021), Portugal.	Explorar a informação que os enfermeiros revelam na preparação do regresso a casa	os enfermeiros consideram os fatores facilitadores/ inibidores (idade, capacidade cognitiva, consciencialização da situação clínica e socioeconómicos), a gestão do regime terapêutico (regime

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

		da pessoa idosa submetida a cirurgia de catarata.	medicamentoso e preparação prévia) e a promoção do potencial de autonomia (capacitação e gestão organizacional), como relevantes na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia de catarata. O reconhecimento da informação que os enfermeiros salientam na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia de catarata é fundamental para a sua intervenção terapêutica, uma vez que permite o reconhecimento das áreas clínicas a considerar em prol de uma prestação de cuidados que vá ao encontro das reais necessidades da pessoa idosa.
E14	<i>“Gestión de riesgos asociados a cirugía de catarata mediante plan de cuidado estandarizado”</i> (Cruz Almaguer et al., 2010), Cuba.	Elaborar um plano de cuidados padrão para gerir os riscos associados à cirurgia de catarata.	Os principais fatores de risco que foram identificados para a ocorrência destes eventos adversos são: problemas de comunicação entre a equipa multidisciplinar e entre esta e o doente e família/acompanhante, falha na verificação dos procedimentos e equipamentos, falta de um sistema de marcação uniforme, ausência de uma lista de verificação pré-operatória uniforme, avaliação incompleta do doente, distrações ou indisponibilidade para fornecer informações e barreiras culturais, verbais ou de idioma. A prestação de cuidados, pela equipa multidisciplinar, de forma coordenada e sistematizada é importante para reduzir a incidência de eventos adversos. A realização de planos de cuidado padronizados permite unificar critérios e uniformizar a atuação dos enfermeiros na cirurgia de catarata, de forma a minimizar erros e complicações, sem nunca descurar o doente, adaptando o plano de cuidados à sua individualidade e especificidade.
E15	<i>“Concordancia oftalmólogo-enfermera en la primera exploración post-quirúrgica de la cirugía de cataratas”</i> (Soto et al., 2008), Espanha.	Analisar a concordância entre oftalmologista e enfermeiro na primeira consulta pós-operatória da cirurgia de catarata.	Neste estudo, a frequência de complicações identificadas na primeira consulta pós-operatória é muito baixa. A concordância entre oftalmologista e enfermeiro no primeiro exame pós-cirúrgico ultrapassa os 95% em todos os casos, indicando alta confiabilidade dos enfermeiros para detetar complicações. Conclui-se que os enfermeiros estão aptos, após um período de maior treino, a realizar a primeira consulta de pós-operatório

De acordo com os estudos E2, E3, E5, E9, E11, E13 é unânime que a preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata inicia-se aquando do diagnóstico e com o planeamento da cirurgia, na consulta pré-operatória. Verifica-se que questões relacionadas com os aspetos sociais, o contexto sociocultural, assim como as necessidades específicas da pessoa/família devem ser identificadas.

Assim, na consulta pré-operatória, a idade, capacidade cognitiva e o conhecimento prévio da sua situação clínica são aspetos a ter em conta na forma de preparação do regresso a casa (E13). Situações como condições sociais e laborais da pessoa (E5, E8, E13), a garantia de transporte para os serviços de saúde e de regresso a casa (E2, E5) e articulação com os serviços sociais ou cuidados de saúde primários (E2), tal como as informações sobre o procedimento cirúrgico propriamente dito (E2) e os cuidados no pós-operatório à pessoa/família (E2, E15) são referidos e explorados. As intervenções de enfermagem no pré-operatório são de extrema importância para reduzir o medo e a ansiedade da pessoa/família relacionada com o intra e o pós-operatório (E3).

No pós-operatório existe um conjunto de informações que são transmitidas pelo enfermeiro à pessoa/família. É necessário que estas informações sejam claras e objetivas indo ao encontro das suas dúvidas e necessidades, com o objetivo de promoção da autonomia e capacitação para o autocuidado no pós-operatório (E3, E13). A necessidade de uma comunicação eficaz com a pessoa/família durante todo o processo assistencial é também essencial (E2, E3, E8), tendo grande impacto na diminuição da sua ansiedade (E2, E7).

Da análise global dos artigos, no que se refere aos cuidados pós-operatórios propriamente ditos, foram identificadas 4 áreas de atuação onde foram encontradas intervenções de enfermagem que dão resposta à questão de investigação. Essas áreas de atuação são: identificação/prevenção de complicações; cuidados a ter com o olho intervencionado; gestão do regime terapêutico e implicações nas AVD's.

Assim, no pós-operatório, a pessoa/família devem ser instruídos sobre:

A identificação/prevenção de complicações:

- Risco de infeção: hiperemia - E5, E11; presença de secreções - E5, E11; dor - E5, E8, E11, E15; ardor - E2, E11, E15; explicar sinais de infeção - E5 e instruir a pessoa de que deve recorrer à unidade de saúde na presença destes sinais - E5, E13; evitar ambientes com poeiras e fumos para evitar entrada de corpo estranho - E9, E11, E13; evitar varrer - E11; explicar à pessoa/família que antes de qualquer manuseamento do olho devem lavar bem as mãos com vista a minimizar o risco de infeção - E5, E6, E13;

- Aumento da PIO: evitar baixar a cabeça abaixo do nível da cintura - E5, E6, E8, E9, E13; evitar pegar em pesos e realizar atividades excessivas/pesadas - E6, E8, E9, E11; evitar esfregar o olho e fazer pressão sobre o mesmo - E9, E11; evitar tossir e espirrar - E8; evitar obstipação - E8, E13; proteger o olho durante o sono - E8; fornecer proteção de plástico para usar durante a noite para evitar pressão ou fricção acidental do olho, 4 semanas após a cirurgia - E5, E9; não dormir para o lado operado - E11, E13; evitar esforços - E5;

- Informar a pessoa/família sobre as complicações mais frequentes no pós-operatório e os respetivos sintomas: dor ocular - E5; secreções oculares - E5; agravamento/alterações da visão - E2, E5, E11, E15; fortes dores de cabeça - E5; náuseas e vômitos - E5, E6; aparecimento no campo de visão manchas flutuantes, flashes de luzes ou sombras - E5.

Cuidados a ter com o olho: fornecer à pessoa uma proteção ocular - E8, E9; o olho deve permanecer ocluído nas primeiras 24 horas após a cirurgia - E9; instruir a pessoa/família sobre a limpeza do olho - E2; a limpeza ocular deve ser realizada com compressa humedecida com soro fisiológico 0,9% e limpar o olho fechado com uma única passagem do canto externo para o interno - E6; o uso de óculos de sol está indicado como proteção ocular - E6, E8, E9.

Gestão do regime terapêutico: Informar a pessoa/família da necessidade da administração dos colírios pós operatórios - E2, E5, E8, E9, E11; colírios antibióticos e corticoide devem ser instilados corretamente - E5; é importante cumprir a dose, o horário e a posologia dos fármacos - E13; realizar ensino à pessoa/família sobre a técnica de aplicação dos colírios (instilação de uma gota na bolsa inferior do olho puxando suavemente a pálpebra inferior, a ponta do frasco não deve tocar no olho ou nas pálpebras para não ocorrerem lesões na córnea nem contaminações) - E5, E11.

Implicações nas AVD's: A pessoa/família é informada sobre o impacto que o pós-operatório da cirurgia de catarata tem na sua vida diária. Assim, a pessoa não deve realizar exercício físico/desporto durante 10 dias - E9; hidroginástica só deverá retomar 15 dias após a cirurgia - E9; evitar atividade sexual durante 7 dias após a cirurgia - E9; leitura é apenas recomendada 5 dias após a cirurgia - E9; o uso de óculos corretivos após a cirurgia deve ser discutido com o cirurgião em consulta pós-operatória- E8; durante a higiene pessoal (banho), evitar a exposição do olho a produtos químicos - E8, E11, E13;

De acordo com os estudos E2 e E11 a informação fornecida pelo enfermeiro no pós-operatório, deve ser sistematizada E2 e entregue à pessoa/família por escrito, de forma clara e objetiva E11.

O estudo E15 refere a pertinência de fornecer à pessoa/família o contacto telefónico da unidade de saúde, para que este possa esclarecer eventuais dúvidas que possam surgir no pós-operatório.

Dois estudos, E6 e E7 enfatizam o facto de o acompanhamento da pessoa/família no pós-operatório poder ser realizado por consulta telefónica onde são exploradas questões como identificação precoce de complicações E7, dor E6, desconforto E6, alterações de visão E6 e esclarecimento de dúvidas E7. Verifica-se que de acordo com os estudos E3, E6 e E12 o acompanhamento telefónico de enfermagem nos primeiros dias de pós-operatório tem um impacto significativo na recuperação cirúrgica, reduzindo significativamente o aparecimento de complicações e na redução da ansiedade da pessoa/família no pós-operatório.

No que diz respeito à telemedicina, o estudo E10 apresenta uma aplicação informática que tem como base os cuidados pré e pós-operatórios à pessoa na cirurgia de catarata, nomeadamente como administrar os colírios e os cuidados a ter depois da cirurgia, com o objetivo do aumento da adesão ao autocuidado.

O estudo E13 enfatiza a necessidade de identificação de fatores facilitadores/inibidores da pessoa/família a que os enfermeiros devem estar atentos na preparação do regresso a casa. Finalmente e de acordo com o estudo E14 a realização de planos de cuidado padronizados permite unificar critérios de atuação dos enfermeiros sem nunca descurar a especificidade da pessoa/família, adaptando o plano de cuidados à sua individualidade e especificidade

7. Discussão

O regresso a casa da PSP/família sujeita a um processo cirúrgico representa um momento crítico e complexo. Cabe ao enfermeiro especialista enquanto gestor de cuidados alicerçar a capacidade de tomada de decisão da PSP/família para que este seja um momento de transição saudável conduzindo ao autocuidado (Cardoso et al., 2012). Assim, a preparação do regresso a casa deixa de ser apenas o momento da alta, mas sim um processo que necessita ser implementado desde o pré-operatório, promovendo a adaptação da PSP/família aos novos desafios de saúde (Torrado, 2016).

A preparação do regresso a casa da PSP/família sujeita a cirurgia de catarata é complexa pois envolve todos os condicionalismos da cirurgia de ambulatório, que implica a promoção do potencial de autonomia destas pessoas e suas famílias (Costa et al., 2021).

O enfermeiro especialista assume-se como promotor e facilitador deste momento, promovendo o empoderamento da PSP/família em prol do sucesso cirúrgico e da promoção da saúde (Costa et al., 2021). A sua atuação deve ter como base os enunciados descritivos dos padrões de qualidade da prática clínica especializada em enfermagem à PSP que inclui um conjunto de competências que têm em conta as necessidades específicas da pessoa submetida a cirurgia (OE-CEEMC, 2017).

Da análise dos 15 artigos incluídos nesta revisão emergiram 4 grandes áreas de atuação que incluem intervenções de enfermagem com vista à promoção do regresso a casa da PSP/família sujeita a cirurgia de catarata, são elas: identificação/prevenção de complicações; cuidados a ter com o olho intervencionado; gestão do regime terapêutico e implicações nas AVD's. Estas intervenções de enfermagem encontram fundamento nos enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados à PSP, nomeadamente na satisfação da pessoa/família, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e autocuidado, na readaptação funcional, na organização dos cuidados de enfermagem e na segurança da pessoa (OE-CEEMC, 2017).

Os estudos E2 e E13 enfatizam que a preparação do regresso a casa da PSP/família sujeita a cirurgia de catarata deve ser iniciada na consulta pré-operatória, onde o enfermeiro inicia o planeamento da alta, o que inclui o conhecimento de aspetos sociais e de bem-estar da PSP/família, bem como as suas necessidades e especificidades. Já Gonçalves & Medeiros (2016) referem a consulta de enfermagem pré-operatória como um momento ideal para que se transmitam as informações necessárias sobre o procedimento anestésico e cirúrgico, promovendo uma preparação emocional eficiente e eficaz, sendo as informações

transmitidas de vital importância para minimizar o nível de ansiedade e prevenir as complicações no período pós-operatório (Gonçalves & Medeiros, 2016). De acordo com Fonseca (2014), também o ensino pré-operatório assume principal destaque na preparação do regresso a casa, tendo como objetivos: avaliar as necessidades físicas e psicológicas da PSP/família; descrever os procedimentos cirúrgicos, desde a admissão, até à alta; envolver a família no plano de assistência proposto; fornecer documentação existente (manual do utente, indicações pré-operatórias); fazer o ensino para a alta e pós-operatório fora da instituição hospitalar (Fonseca, 2014). A importância da consulta pré-operatória em todo o processo assistencial é também corroborada por Breda e Cerejo (2021), pois consiste numa avaliação multidisciplinar, que permite aos diferentes profissionais de saúde identificar fatores de risco, informar a PSP/família sobre todo o processo cirúrgico e satisfazer as suas necessidades, com o objetivo de minimizar as morbilidades, o tempo de internamento e aumentar a satisfação da PSP/família bem como a qualidade de vida (Breda & Cerejo, 2021). A ansiedade e o medo são referidos em alguns estudos, E3 e E7, como sentimentos vivenciados pelo PSP/família ao longo do processo assistencial (E3). Assim a consulta pré-operatória é de extrema importância, pois a transmissão de informações adequadas que vão ao encontro das necessidades da PSP/família está diretamente relacionada com a diminuição do medo cirúrgico e da ansiedade vivida tanto no pré, no intra e no pós-operatório (E7). Gonçalves & Medeiros (2016) no seu estudo, identificaram que a ansiedade, como diagnóstico de enfermagem, está presente na PSP/família submetidos a procedimentos cirúrgicos e comprovam que aqueles que recebem visita de enfermagem pré-operatória apresentam níveis de ansiedade inferiores aos que não passam por essa fase do processo (Gonçalves & Medeiros, 2016). Silva (2022) corrobora que a CPOE é um fator primordial na minimização dos níveis de ansiedade, pois permite à PSP/família expor as suas dúvidas, receios e mesmo medos relativos a este momento de vulnerabilidade. O mesmo autor defende que a CPOE representa uma forma de minimizar a ansiedade e promover o conforto à PSP/família, sendo este o seu objetivo principal (Silva, 2022).

Desta forma, preparar o regresso a casa da PSP/família sujeita a cirurgia de catarata, com início na consulta pré-operatória, permite que esta desenvolva competências e adquira conhecimentos que vão contribuir para o sucesso cirúrgico, levando a uma maior adesão aos cuidados de saúde e satisfação da PSP/família (Costa et al., 2021).

Os estudos E2 e E8 referem que as informações transmitidas pelo enfermeiro ao PSP/família na fase pré-operatória e pós-operatória, com vista à preparação do regresso a casa carecem de uma comunicação eficaz, capaz de analisar a ansiedade relacionada com a cirurgia. Estas

informações são transmitidas verbalmente, no entanto devem também ser transmitidas por escrito à PSP/família ou cuidador, promovendo o conhecimento do seu processo de doença ocular, a confiança e a compreensão de todo o processo assistencial com especial enfoque nos cuidados pós-operatórios (E2). Fornecer à PSP/família informação por escrito, como por exemplo em forma de panfleto é um aspeto corroborado por Cardante (2020) pois estudos demonstram que em situações de stress apenas 30% a 40% da informação transmitida verbalmente é retida (Cardante, 2020).

Já que a cirurgia de catarata é preferencialmente realizada em CA, onde o regresso a casa se verifica frequentemente no mesmo dia da cirurgia, o enfermeiro responsabiliza-se por transmitir as informações necessárias de forma estruturada e adequada às necessidades da PSP/família permitindo que esta retome o seu estilo de vida em pouco tempo (E8). Tal como preconiza a CNDCA (2008) a informação por escrito em forma de folhetos informativos relembra à PSP/família as recomendações a seguir antes e após a alta hospitalar, focando-se na informação essencial e objetiva, nomeadamente, como proceder e onde recorrer em caso de algum tipo de complicação ou de necessidade, promovendo sentimentos de confiança e de segurança na PSP/família em relação aos cuidados de saúde (CNDCA, 2008).

Compreende-se que a comunicação é uma competência dos cuidados de enfermagem especializados, em destaque neste contexto, com vista à satisfação da PSP/família, pois a comunicação interpessoal permite criar uma relação de confiança e empatia conducente à capacitação, autodeterminação e ao empoderamento da PSP/família (OE-CEEMC, 2017).

A consolidação da preparação do regresso a casa da PSP/família submetida a cirurgia de catarata em contexto de CA, acontece no período pós-operatório, cerca de 30 minutos após a cirurgia, no momento da alta, tal como referido no estudo E9. Este é um momento crucial e de grande importância para a PSP/família onde o enfermeiro tem um papel primordial, no reforço dos ensinamentos realizados no pré-operatório e na consolidação das informações necessárias para que o pós-operatório decorra sem incidentes.

As intervenções de enfermagem inerentes a este momento agruparam-se em 4 grandes áreas de intervenção, nomeadamente: prevenção/identificação de complicações; cuidados com o olho intervencionado; gestão do regime terapêutico e implicações nas AVD's com o objetivo de promoção da saúde, prevenção de complicações, readaptação funcional e segurança da PSP/família (OE-CEEMC, 2017).

O estudo E5, aponta como complicações mais frequentes na cirurgia de catarata a endoftalmite e o aumento da PIO. O mesmo é corroborado por Lima (2019) que embora refira que as complicações no pós cirurgia de catarata sejam pouco frequentes, a

endoflalmite e o aumento da PIO são as que apresentam maior risco de acontecer (J. Lima, 2019). Vários autores referem que a PSP/família, na preparação do regresso a casa pelo enfermeiro, deve ser instruída de forma a identificar sinais e sintomas destas complicações para assim saber como agir na sua presença (T. M. D. Machado et al., 2020). Assim os estudos E5 e E11 demonstram que a PSP/família deve ser capaz de identificar sinais de infeção no olho (dor, edema, hiperemia e presença de secreções). O estudo E8 refere que a PSP/família deverá ser capaz também de identificar o aumento da PIO percebendo os sinais e sintomas como forte dor de cabeça e no olho, náuseas e vômitos e alterações da visão. Neste sentido é importante fornecer à PSP/família o contacto telefónico da unidade de saúde, para que este possa efetuar contacto na presença de complicações ou dúvidas e assim minimizar o risco a elas inerente, tal como refere o estudo E15.

Os estudos E9 e E13 relatam a gestão do regime terapêutico, bem como os cuidados com o olho como aspetos essenciais no pós-operatório para uma recuperação adequada, no entanto, os mesmos estudos referem que atendendo à sua complexidade são geradores de ansiedade e preocupação na PSP/família, onde o papel do enfermeiro na educação para a saúde é vital para a garantia da adesão ao tratamento. Neste sentido o estudo E2 enfatiza a importância da articulação com os cuidados de saúde primários ou outras instituições de saúde, quando logo na consulta pré-operatória se verificam necessidades e especificidades da PSP/família que coloquem em risco a adesão ao tratamento (Watkinson & Seewoodhary, 2015). Cabe, assim ao enfermeiro promover a readaptação funcional da PSP/família encaminhando-o para serviços de saúde de apoio ou outras soluções que respondam às suas necessidades específicas (OE-CEEMC, 2017).

Tal como refere Torrado (2016), a visão da pessoa submetida a cirurgia de catarata não se encontra completamente restabelecida no momento da alta, a sua visão, mobilidade e percepção encontram-se ainda limitadas (Torrado, 2016). Nos dias que se seguem à cirurgia de catarata, o bem-estar e o autocuidado da PSP/família vai estar comprometido, deparando-se com alterações no seu quotidiano, nomeadamente nas suas AVD's. de acordo com o estudo E9 há um conjunto de atividades que em prol do sucesso cirúrgico a pessoa não vai poder realizar nos primeiros 15 dias após a cirurgia, nomeadamente atividade física, atividade sexual e a leitura. A PSP apresenta também a sua acuidade visual comprometida pelo uso de óculos corretivos que usava anteriormente à cirurgia, sendo esta uma questão preocupante para a PSP pois depara-se com dificuldades no seu dia-a-dia em função deste erro refrativo. O enfermeiro deverá elucidar de que essa questão deve ser discutida com o oftalmologista na consulta pós-operatória, tal como recomenda o estudo E8.

A promoção do bem-estar e o autocuidado no regresso a casa da PSP/família após a cirurgia de catarata é uma preocupação dos cuidados de enfermagem perioperatórios especializados, tendo em conta a vulnerabilidade e a dependência ao longo do processo assistencial, é importante a implementação de planos de instrução, ensino e treino promovendo a recuperação e o autocuidado da pessoa (OE-CEEMC, 2017). Neste sentido, o enfermeiro desenvolve um processo de parceria com a PSP/família através de uma ação conjunta com o objetivo de a capacitar e promover o seu empoderamento com vista ao seu autocuidado (Gomes, 2010).

Como referem os estudos E9 e E13 a cirurgia de catarata, pela rápida recuperação e pelo reduzido índice de complicações é um procedimento cirúrgico elegível para a sua realização em CA. É preconizado que em CA a consulta de enfermagem de *follow up* das 24 horas seja realizada telefonicamente (CHLN, 2019).

Vários estudos, nomeadamente o estudo E3, E6 e E12, demonstram esta ser uma estratégia positiva da CA, pois verifica-se que o acompanhamento telefónico de enfermagem à PSP/família nos primeiros dias de pós-operatório tem um impacto significativo na recuperação cirúrgica, reduzindo significativamente o aparecimento de complicações (E6 e E12) tendo repercussão na redução da ansiedade da PSP/família no pós-operatório (E3).

O estudo E1 demonstra que ao ser percebido o benefício de não deslocação à unidade de saúde para o controlo pós-operatório, dado esse controlo ser realizado telefonicamente pelo enfermeiro, a PSP/família encara essa possibilidade como uma vantagem e preferem esta opção em detrimento de terem que se deslocar.

O estudo E6 reforça que o acompanhamento telefónico de enfermagem se destaca para a identificação precoce de complicações, para fomentar a adesão aos cuidados domiciliários ao olho, para o esclarecimento de dúvidas que permite reduzir a ansiedade e aumentar o vínculo enfermeiro-PSP/família sujeita a um processo cirúrgico, aumentando a satisfação desta quanto aos cuidados prestados. O mesmo é corroborado por Cardante (2020) que considera este método de televigilância uma garantia na continuidade dos cuidados prestados, sendo um meio de fácil acesso à PSP/família, sem despesas adicionais proporcionando uma economia ao nível de tempo e recursos, mantendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Esta consulta telefónica permite também manter uma relação de proximidade entre a PSP/família e os cuidados de saúde na figura do enfermeiro permitindo reforçar ensinamentos, reajustar indicações dadas anteriormente aumentando os níveis de confiança, segurança e empoderamento da PSP/família permitindo perceber o nível de satisfação perante os cuidados de saúde recebidos (Cardante, 2020).

O estudo E10 apresenta um aplicativo informático para *smartphone* e *smartwatch* ao qual a PSP pode ter acesso e que dará informações pré e pós-operatórias, conseguindo dar resposta a uma das maiores dificuldades referidas pela PSP/família, que é a aplicação dos colírios pós-operatórios, em virtude da frequente aplicação. Assim o aplicativo funciona como lembrete para aplicação dos colírios, cuidados com o olho e consultas de seguimento, tendo demonstrado um aumento significativo de adesão ao tratamento, bem como uma redução significativa nos cancelamentos cirúrgicos.

Constata-se, assim que o seguimento telefónico é uma forma eficiente de acompanhamento da pessoa/família, tal como reforçado no Estudo E8.

Quando se alia tecnologia com qualidade cirúrgica e empatia humana são proporcionadas excelentes experiências cirúrgicas à pessoa/família, tal como referido por Korn (2021) no E10. Inevitavelmente esta frase remete para uma reflexão de como a relação empática entre enfermeiro e a PSP/família assume primordial importância em todo o processo assistencial da PSP/família sujeita a um processo cirúrgico. A empatia está relacionada com a capacidade de entender, compreender, inteirar-se, saber ouvir a pessoa e observar por meio da linguagem verbal e não-verbal. Para que se consiga entender o outro, é preciso que já se tenha desenvolvido em si próprio a capacidade de autoconsciência e gestão de emoções (Oliveira, 2019).

A empatia é um aspeto central na enfermagem, dado que a essência da profissão é cuidar. Não é possível existir um cuidado de excelência quando não se consegue compreender a perspetiva e os sentimentos da pessoa/família a necessitar de cuidados de enfermagem. Porém, só é capaz de entender o outro aquele que é capaz de se entender a si próprio, sendo essencial que o enfermeiro tenha consciência da importância da habilidade de autoconsciência e gestão das emoções para que possa ter empatia com os outros. As emoções estão interligadas com os relacionamentos humanos e, portanto, se a enfermagem se concentra principalmente nas relações humanas, torna-se imperativo que os enfermeiros possuam competências que lhes permitam adequar as suas respostas em virtude das necessidades do outro (Oliveira, 2019).

Os estudos E1 e E7 demonstram ser essencial que a preparação do regresso a casa, bem como o contacto telefónico das 24 horas, *follow up*, seja realizado tendo por base uma lista padronizada e sistematizada de perguntas e instruções (E1) isto como garantia de que todas as informações são fornecidas sem lapsos e que mais facilmente sejam compreendidas pela PSP/família. No entanto, este plano de cuidados deve ser sempre flexível e moldado às necessidades e especificidades da PSP/família (E7). A prestação de cuidados, pela equipa

multidisciplinar, de forma coordenada e sistematizada é importante para reduzir a incidência dos eventos adversos. O estudo E14 demonstra que a realização de planos de cuidados padronizados permite unificar critérios e uniformizar a atuação dos enfermeiros na cirurgia de catarata, de forma a minimizar erros e complicações, sem nunca descurar a PSP, adaptando o plano de cuidados à sua individualidade e especificidade.

Na base da procura de intervenções de enfermagem padronizadas e sistematizadas, na preparação do regresso a casa da PSP/família sujeita a um processo cirúrgico, desde a consulta de pré-operatório até *follow up*, está a importância da organização dos cuidados de enfermagem especializados. A OE preconiza através dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados que essa organização permite a elaboração e atualização de procedimentos, garante registos padronizados, formação e treino da equipa de enfermagem promotores da qualidade das intervenções e a garantia da informação necessárias para a continuidade dos cuidados (OE-CEEMC, 2017). Em todas as fases do processo assistencial, a prestação de cuidados especializados consiste em prestar cuidados de enfermagem atendendo às necessidades biológicas e psicoemocionais da pessoa/família com vista à sua melhor recuperação (Nunes Cunha et al., 2014).

No seu conjunto, os resultados obtidos procuram o mais elevado nível de segurança da PSP/família submetida a cirurgia de catarata tendo como base a evidência científica. Ao promover uma cultura de segurança e tendo como aliada uma consciência cirúrgica de todos os elementos envolvidos, a PSP/família não deve ser excluída do processo assistencial e sim ser parceira nos cuidados, devendo o enfermeiro proporcionar a sua capacitação para uma transição adequada (OE-CEEMC, 2017). Assim, tal como corroborado por Mota (2022) o ambiente de BO é complexo, motivado pela equipa multidisciplinar, pela tecnologia envolvida e pessoas sujeitas a processos cirúrgicos cada vez mais idosas e consequentemente com elevadas comorbilidades com a capacidade para o autocuidado cada vez mais comprometido (A. S. Mota, 2022). A preparação do regresso a casa tendo em conta a complexidade do processo cirúrgico e a individualidade e especificidade de cada PSP/família é uma estratégia que os enfermeiros têm ao seu alcance para promover a segurança e a satisfação da pessoa/família sujeita a um processo cirúrgico.

Como limitações ao estudo, os escassos estudos realizados em Portugal, que reflitam a realidade da prática de cuidados e o idioma, tendo a escola recaído sobre estudos em Inglês, Espanhol e Português, podendo-se ter excluído estudos relevantes publicados noutra idioma.

8. Conclusão

A catarata é a doença ocular mais comum, na maioria dos casos decorrente do processo de envelhecimento. O seu tratamento é unicamente cirúrgico e elegível para ser realizado em contexto de CA, pois acontece maioritariamente sob anestesia tópica, o tempo de cirurgia é curto e as complicações intraoperatórias são reduzidas. No entanto, tratando-se de um processo cirúrgico, é sempre um momento revestido de vulnerabilidade e dependência para a PSP/família a vivenciar este processo. Como se evidenciou, a preparação do regresso a casa da PSP/família tem início na CPOE, onde é realizado um levantamento das necessidades e especificidades da pessoa/família e onde é também explicado todo o processo assistencial. Os estudos incluídos nesta revisão demonstram que as intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata que se iniciam na CPOE e ocorrem até ao *follow up*, são cruciais para o sucesso cirúrgico e para uma transição saudável. Os enfermeiros devem munir-se de um plano de cuidados estruturado e sistematizado que garanta a capacitação e autonomia da PSP/família no regresso a casa. Os resultados do estudo identificam globalmente a identificação/prevenção de complicações, os cuidados com o olho intervencionado, a gestão do regime terapêutico e as implicações nas AVD's como as intervenções de enfermagem que devem ser prestadas no contexto em estudo. Cabe ao enfermeiro desenvolver uma prática de cuidados assente na mais recente evidência científica, de forma a sustentar o seu processo de tomada de decisão. Perspetiva-se que esta forma de atuação possa ser um ponto de partida para a construção de um programa de intervenção de enfermagem neste âmbito.

Verificou-se que a evidência científica nesta área, nomeadamente em Portugal, é escassa. Torna-se por isso necessária a realização de mais estudos de investigação nesta área da enfermagem, que sirvam de alicerce para intervenções de enfermagem sustentadas na evidência científica promovendo a segurança dos cuidados prestados e a satisfação da PSP/família sujeita a um processo cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido até aqui revestiu-se de grande importância para o desenvolvimento e consolidação de competências que permitem uma prestação de cuidados cada vez mais consciente e fundamentada com vista à excelência.

O estágio em contexto de cirurgia de ambulatório permitiu realizar atividades conducentes à aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, permitiu interações com diferentes equipas multidisciplinares, com diferentes técnicas cirúrgicas e diferentes metodologias e organização dos cuidados de enfermagem, o que se revelou enriquecedor e promotor de crescimento profissional e de construção de uma identidade enquanto enfermeira especialista. Exercendo funções num BO periférico onde a maioria da atividade cirúrgica se desenvolve no modelo de CA, esta experiência serviu também para estabelecer um paralelismo e desenvolver um pensamento crítico com vista à melhoria da prática clínica na sua realidade profissional. Baseando as suas reflexões e intervenções em evidência científica no sentido de uma prática de enfermagem avançada, pois enquanto enfermeira especialista impõe-se o dever de melhorar a qualidade dos cuidados e serviços, exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, mas também realizando um exercício de reflexão sistemático sobre as práticas. Desenvolveu-se o pensamento crítico, com um raciocínio crítico-reflexivo que fomentou o processo decisório numa profissão que se quer autónoma. Alicerçar a resolução de problemas em evidências, em conhecimentos, competências e atitudes coerentes e imparciais, indo ao encontro de valores pessoais e que atendam aos valores da organização foi simultaneamente um aspeto ao qual se deu ênfase.

A investigação está na base da enfermagem avançada, tendo como foco a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido e com o objetivo do desenvolvimento de competências de mestre foi desenvolvido um trabalho de investigação. O objetivo da investigação foi mapear as intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata. Tendo demonstrado a importância de um plano de cuidados personalizado e estruturado da PSP/família, desde a CPOE até ao regresso a casa e *follow up*, fundamentais para o sucesso cirúrgico. Deste modo pretende-se contribuir com conhecimento científico para melhorar a prática clínica na preparação do regresso a casa da PSP/família sujeita a cirurgia de catarata.

E voltando ao pensamento de David Foster Wallace, este foi um processo que forneceu as ferramentas que permitirão um melhor desempenho na prestação de cuidados, enquanto enfermeira especialista, fazendo com que a sua atuação se alicerce numa educação que permita fundamentar o que diz e o que faz, querer fazer mais e melhor, e que isso se torne tão natural para si e para o seu dia-a-dia como a água é para a vida dos peixes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2011). *Recomendacoes Tecnicas Bloco Operatorio*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Bloco-Operatorio_2011.pdf
- AESOP (Ed.). (2013). *Práticas54 ef recomendadas para o bloco operatório* (3ª ed). AESOP.
- AESOP. (2012). *Enfermagem Perioperatória—Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. SITE Lusodidacta. <https://www.lusodidacta.pt/enfermagem/64-enfermagem-perioperatoria-da-filosofia-a-pratica-dos-cuidados>
- Almança, A. C. D., Jardim, S. P., & Duarte, S. R. M. P. (2018). Perfil epidemiológico do paciente submetido ao mutirão de catarata. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 77, 255–260. <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20180055>
- AORN. (2019). AORN Position Statement on Perioperative Registered Nurse Circulator Dedicated to Every Patient Undergoing an Operative or Other Invasive Procedure. *AORN Journal*, 110(1), 82–85. <https://doi.org/10.1002/aorn.12741>
- APCA. (2020). *RECOMENDACOES_NACIONAIS_RETOMA_DA_CA.pdf*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/RECOMENDACOES_NACIONAIS_RETOMA_DA_CA.pdf
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente*. <https://m.lidel.pt/pt/catalogo/ciencias-da-saude/gestao-da-saude/guia-pratico-para-a-seguranca-do-doente/>
- Breda, L. F. T. F., & Cerejo, M. da N. R. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informáticas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, V(5). <https://www.redalyc.org/journal/3882/388266931006/html/>

- Cardante, S. (2020). *CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA E DE FOLLOW-UP EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO: A PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS*.
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34037/1/Disserta%
c3%a7%c3%a3o_Sandra%20Cardante.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34037/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Sandra%20Cardante.pdf)
- Cardoso, A. F., Felizardo, H., & Januário, J. (2012). *O enfermeiro como gestor do processo de preparação do regresso a casa* (pp. 75–91).
- Caseiro, J. M. (2009). Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório—A perspectiva do Anestesiologista. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 0(8), 49–57.
- CHLN. (2019). *MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO*.
https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual%202019.pdf
- CHUC. (2021). *Plano de Desenvolvimento Estratégico 2020-2022*. https://www.chuc.min-saude.pt/media/Plano_Desenvolv_Estrategico/PDE_2020_22_1.pdf
- CHUC. (2022). *Projetos de melhoria contínua no âmbito da tomada de decisão clínica em enfermagem*. https://issuu.com/joaofgf/docs/ebook_-_projetos_de_melhoria_cont_nua_no_mbito_to
- CNDCA. (2008). *Despacho 30114/2008, Diário da República—2.ª Serie, Nº 227 de 21 de Novembro de 2008*. Diários da República.
<https://dre.tretas.org/dre/242841/despacho-30114-2008-de-21-de-novembro>
- Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Duarte, S., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2017). The use of the aged simulation suit in nursing students: a scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº14), 147–158.
<https://doi.org/10.12707/RIV17050>
- Costa, D., Maltez, F., Mota, L., Príncipe, F., Costa, D., Maltez, F., Mota, L., & Príncipe, F. (2021). Relevance of information when elderly returning home after cataract surgery:

Nurses' perspective. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 14, 21–28. <https://doi.org/10.29352/mill0214.20801>

Coutinho, S. (2009). Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 0(8), 59–64.

Cruz Almaguer, A., Ricardo Suárez, F., Zaldivar Rodriguez, I., Campo Gonzales, M., Ramirez Silva, Z., & Cruz Bermúdez, M. (2010). Gestión de riesgos asociados a cirugía de catarata mediante plan de cuidado estandarizado. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(4), 235–256.

Decreto Lei nº 63/2016. (2016). *Diário da República*, 1.ª série—N.º 176—13 de setembro de 2016. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>

Decreto-Lei nº 13/2009. (2009). *Diário da Republica*, 1ª série—Nº7—12 de Janeiro de 2009. https://www.infarmed.pt/documents/15786/1068150/033-A_DL_13_2009_1ALT.pdf

Despacho nº 1380/2018. (2018). *Diário da República*, 2.ª série—N.º 28—8 de fevereiro de 2018. <https://files.dre.pt/2s/2018/02/028000000/0451104511.pdf>

Despacho nº 5613/2015. (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade em Saude*, *Diário da República*, 2.ª série—N.º 102—27 de maio de 2015. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Despacho nº 9390/2021. (2021). *Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 - 2026)*, *Diário da República*, 2.ª série N.º 187 24 de setembro de 2021. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Despacho nº 25832/2007. (2007). *Diario da República—2.ª Serie, Nº 218, de 13 de Novembro de .2007*. *Diários da República*. <https://dre.tretas.org/dre/222810/despacho-25832-2007-de-13-de-novembro>

- DGS. (2000). *Cirurgia de ambulatório: Recomendações para o seu desenvolvimento*.
<https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/consultoria/DGS%20Cirurgia%20de%20ambulat%C3%83%C2%B3rio.pdf>
- DGS. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf
- DGS. (2011). *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Orientação número 008/2011 de 28/03/2011*. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Orientacao_DGS_08_2-03-2011_Carros_Emergencia.pdf
- DGS. (2015). *Norma DGS nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada em 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*.
https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- DGS. (2017a). *Norma nº 001/2017 de 8 de Fevereiro de 2017: Comunicacao eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde*.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- DGS. (2017b). *PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- DGS. (2018). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais—Portal das Normas Clínicas*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/02/20/avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-nos-hospitais/>

- DQS. (2019). *Instituições de saúde/Centros Hospitalares—ME 171-01 Manual de Standards (Departamento de Qualidade na Saúde ed)*. Scribd. <https://pt.scribd.com/document/475305603/Manual-de-standads-DGS-pdf>
- ERS. (2008). *Entidade Reguladora da Saúde, Estudo Sobre a Qualidade da Cirurgia de Ambulatório*.
- ERS. (2020). *Entidade Reguladora da Saude—Consentimento Informado*. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>
- Fonseca, M. (2014). A Influência do Ensino Pré-Operatório de Enfermagem na Redução da Ansiedade Intra-Operatória em Cirurgia Ambulatória de Extração de Catarata. *Enformação*, 28–34.
- Fragata, J. I. G. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: Revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Tematico(10)*, 17–26.
- Freire, A. P., Valente, J. A., Lopes, L. M., Hingá, M. C., Ferreira, M. F., Trovão, M. F., Neves Dinis, M., Duarte Cunha, N., & Marques Reis, S. (2010). A Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Santo António dos Capuchos—Intervenção do Enfermeiro. *Enformação*, 10–15.
- Gomes, I. D. (2010). *Cuidado de si: A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio* [DoctoralThesis]. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/22090>
- Gonçalves, T. F., & Medeiros, V. C. C. de. (2016). A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista SOBECC*, 21(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600010004>
- Gülşen, M., & Akansel, N. (2020). Effects of Discharge Education and Telephone Follow-up on Cataract Patients' Activities According to the Model of Living. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(1), 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.04.010>

- Hardy, J. (2009). Supporting patients undergoing cataract extraction surgery. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 24(14), 51–56.
<https://doi.org/10.7748/ns.24.14.51.s48>
- INE. (2021). *Censos* 2021.
https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_produtos&xpid=CENSOS21&xlang=pt
- Jacob, S. V. S. (2019). *CIRURGIA DE AMBULATÓRIO UM FUTURO PRESENTE – Importância cuidados de enfermagem préoperatórios*.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30153/1/relatorio%20vers%C3%A3o%20final.pdf>
- Korn, T. (2021). App helps patients with cataracts have smoother surgery process. *Ophthalmology Times*, 46(10), 22–23.
- Lang, G. (2015). *Ophthalmology: A Pocket Textbook Atlas*. https://medone-education.thieme.com/ebooks/2093772#/ebook_2093772_SL80512425
- Lei n.º 156/2015. (2015). *Diário da República, 1.ª série—N.º 181—16 de setembro de 2015*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lima, J. (2019). *PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE CATARATA: uma revisão integrativa da literatura*.
<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/riufcg/11094/JOSICLEITON%20MORAIS%20DE%20LIMA.%20MONOGRAFIA%20MEDICINA.%20CFP%202019.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Lima, N., & Pinto, S. (2014). *Cirurgia ambulatória*. In DUARTE, Ana; MARTINS, Olga, colab. - *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Lda, 2014. ISBN 978-972-757-959-4.
- Lin, J., Fang, X., & Wu, S. (2013). The management pattern carried out in a cataract surgery day ward. *Eye Science*, 28(2), 79–83.

- Lomba, A. G. da S. (2023). *A Avaliação da Satisfação do Cliente como Ferramenta de Melhoria dos Cuidados Intraoperatórios* [MasterThesis, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/43818>
- Machado, N. (2014). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação* [DoctoralThesis]. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14957>
- Machado, T. M. D., Santana, R. F., Vaqueiro, R. D., Santos, C. T. B. dos, & Alfradique de Souza, P. (2020). Telephone follow-up of the elderly after cataract surgery. *British Journal of Visual Impairment*, 38(2), 184–195. <https://doi.org/10.1177/0264619619874825>
- Manley, K., & Bellman, L. (2003). *Enfermagem Cirúrgica—Prática Avançada*. SITE Lusodidacta. <https://www.lusodidacta.pt/enfermagem/48-enfermagem-cirurgica-pratica-avancada>
- Matias, A. C. R. (2021). *Avaliação da cultura de segurança de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória*. 87–87.
- Matzenbacher, L. P. S., Santo, D. M. N. do E., Paczek, R. S., Tanaka, A. K. S. da R., & Galvan, C. (2021). A atuação da Enfermagem em cirurgias oftalmológicas: Relato de experiência. *Research, Society and Development*, 10(11), Artigo 11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19629>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*.
- Miller, K. M., Oetting, T. A., Tweeten, J. P., Carter, K., Lee, B. S., Lin, S., Nanji, A. A., Shorstein, N. H., & Musch, D. C. (2022). Cataract in the Adult Eye Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*, 129(1), P1–P126. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2021.10.006>
- Ministerio da Saúde. (2011). *Diário da República, 1.ª série—N.º 43—2 de Março de 2011*. <https://files.dre.pt/1s/2011/03/04300/0127401277.pdf>

- Molao, C., & Mmoloki, T. (2020). Postoperative eye care in Botswana: The role of ophthalmic nurses. *Community Eye Health Journal*, 33(110), 52–53.
- Monteiro, C. R. P. (2017). A Implementação de Armazéns Avançados no âmbito da ARSC. *A Implementação de Armazéns Avançados no âmbito da ARSC. A Implementação de Armazéns Avançados no âmbito da ARSC.* <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/82723>
- Mota, A. S. (2022). *Segurança do doente no bloco operatório: Contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem.* <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/140139>
- Mota, L., Bastos, F., & Brito, M. (2018). Liver transplant recipients: Nursing therapeutics during follow-up. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(Nº16)*, 19–28. <https://doi.org/10.12707/RIV17086>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505–510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Nunes Cunha, E., Carneiro Barreto, A. R., Santos Costa, V., Veiga Nascimento, P., & Lima Vieira, S. (2014). Ações Da Enfermagem No Controle E Tratamento Da Catarata: Revisão Integrativa. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 8(2), 407–415. <https://doi.org/10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201423>

- Nunes, L. (2020). *ASPETOS ÉTICOS na investigação de Enfermagem*.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Nunes, T. F. A. (2018). *Determinantes sociais na prevalência de catarata na população europeia com idade igual ou superior a 50 anos: Um estudo transversal*.
- OE. (2012). *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE. (2015). *REPE 2015*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/L_ei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- OE-CEEMC. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Medico-Cirurgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Oliveira, K. (2019). *INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS: CONTRIBUTOS DA SUPERVISÃO CLÍNICA*.
- Ortoleva C. (2010). An approach to consistent patient education. *AORN Journal*, 92(4), 437–444. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.04.018>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M., Godfrey, C., Mcinerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

- Queiroz, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). *Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*.
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2477&id_revista=24&id_edicao=68
- Regulamento nº 140/2019 / DRE. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 429/2018 / DRE. (2018). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Medico-Cirurgica, Diário da República, 2.ª série—N.º 135—16 de julho de 2018*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento nº 743/2019 /DRE. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*.
<https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Silva, S. C. R. L. (2022). *Consulta de Enfermagem Pré-operatória em Cirurgia de Ambulatório: Importância para a satisfação do utente*.
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/26363/1/Susana%20Cristina%20Rui%20Lo%CC%81%20Silva.pdf>
- SNS. (2018). *Estrategia Nacional para a Saúde da Visao.pdf*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/EstrategiaVisao.pdf>
- Soto, M. N., Silvestre, M. C., & Andonegui, J. (2008). Concordancia oftalmólogo-enfermera en la primera exploración post-quirúrgica de la cirugía de cataratas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 31(3), 241–246.
- SPCA. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia de ambulatório*.

- Taylan, S., & Çelik, G. K. (2022). The Effect of Preoperative Fear and Related Factors on Patients' Postcataract Surgery Comfort Level: A Regression Study. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 37(3), 398–403. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.08.014>
- Torrado, A. P. V. (2016). *A preparação para o regresso a casa da pessoa idosa Submetida a Cirurgia Oftálmica e sua Família a Parceria como Intervenção de Enfermagem*. [MasterThesis]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17181>
- UCA, C. (2022). *Manual de Procedimentos de Enfermagem*.
- Van Vliet, E. J., Reus, N. J., Sermeus, W., Vissers, J. M. H., Sol, J. C. A., & Lemij, H. G. (2010). Patients' experiences and preferences with co-managed care in a cataract pathway. *The British Journal of Ophthalmology*, 94(10), 1363–1368. <https://doi.org/10.1136/bjo.2009.169672>
- Vieira, E. (2014). *AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA*.
- Vieira, V., Carmona, C., Pinto, J. S., & Marcos, A. (2017). *Recomendações para Abordagem Anestésica do Doente Idoso em Cirurgia de Ambulatório*. 26.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento*.
- Vitorino, A. C. O. (2016). *Satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica face aos cuidados de enfermagem na preparação para a alta*. 112–112.
- Von Atzingen, M. D., Schmidt, D. R. C., & Nonino, E. A. P. M. (2008). Elaboração e aplicação de um instrumento de avaliação no pós-operatório imediato com base no protocolo do Advanced Trauma Life Support. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 616–623. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400013>
- Watkinson, S., & Seewoodhary, R. (2015). Cataract management: Effect on patients' quality of life. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 29(21), 42–48. <https://doi.org/10.7748/ns.29.21.42.e9222>

WHO. (2009). Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009: Safe surgery saves lives. *Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale 2009 : une chirurgie plus sûre pour épargner des vies*, 16.

Zhang, A., Feng, X., Qiu, C., & Violeta, L. (2021). Discharge teaching, readiness for hospital discharge and post-discharge outcomes in cataract patients: A structural equation model analysis. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 543–552. <https://doi.org/10.1111/jonm.13169>

ANEXOS

ANEXO I: Certificado do Poster “Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review”



APÊNDICE

APÊNDICE I: Poster “Intervenções de enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review”

Intervenções de enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: um protocolo de scoping review

Nomes dos autores: Dora Pires, Dina Costa, Filomena Mallez
Instituto/Organização: CHUC



1. Introdução

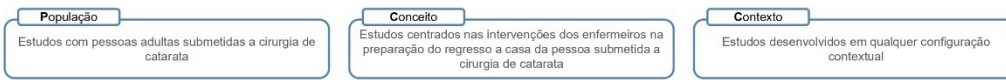
A catarata é a principal causa de perda de visão nos países desenvolvidos, correspondendo à opacificação irreversível do cristalino. O seu tratamento é cirúrgico, sendo esta a única forma de recuperação visual. É um procedimento em que o pós-operatório é pouco doloroso e requer pouco tempo na unidade hospitalar, elegível para ser realizado em ambulatório. Sendo a catarata essencialmente uma consequência do processo de envelhecimento e tendo em conta o atual aumento da população idosa, espera-se que o número de cirurgias continue a aumentar. Deste modo, a reorganização dos cuidados de saúde por forma a dar resposta às necessidades de cuidados assume particular relevância. Os enfermeiros devem estar atentos às mudanças e exigências impostas pela situação, tendo como objetivos a excelência dos cuidados prestados e a preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia.

2. Objetivo

Mapear as intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata.

3. Metodologia

A revisão será conduzida segundo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) para a realização de revisões scoping, com base nas diretrizes do modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) apresentada por Peters et al. (2020). Este tipo de síntese do conhecimento deve ser conduzido de forma rigorosa, transparente e confiável, fornecendo uma visão geral ou um mapa das questões que obedece aos critérios de elegibilidade seguindo a mnemónica PCC:



Fontes de informação

A pesquisa irá abranger estudos publicados e não publicados, sem horizonte temporal e será efetuada através de uma pesquisa nas bases de dados eletrónicas MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO) e SciELO. A pesquisa da literatura cinzenta incluirá pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), DART-Europe e OpenGrey, excluindo-se resumos de conferências, congressos e posters. A relevância dos artigos para a revisão será analisada por dois revisores independentes, com base nas informações fornecidas no título e resumo. O artigo completo será recuperado para todos os estudos que cumpram os critérios de elegibilidade. Quaisquer divergências que surjam entre os dois revisores serão resolvidas através de discussão ou com recurso a um terceiro revisor. Sempre que os revisores tiverem dúvidas sobre a relevância de um estudo a partir do resumo, o artigo completo será recuperado.

Estratégia de pesquisa

- 1 • Pesquisa inicial limitada às bases de dados MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO) e SciELO, seguindo-se uma análise de palavras de texto nos títulos e resumos e dos termos de índice usados para descrever o artigo;
- 2 • Nova pesquisa usando todas as palavras-chave e termos de índice identificados no primeiro passo, nas bases de dados incluídas;
- 3 • Análise das referências bibliográficas de todos os artigos e relatórios para identificar estudos adicionais (referência de referência);
- 4 • Pesquisa de literatura cinzenta no RCAAP, DART-Europe e OpenGrey.

Os descritores utilizados na pesquisa são termos MESH que originaram a seguinte frase booleana:

((Postoperative care [MeSH Terms]) OR (Nurs*[All fields]) AND (Cataract Extraction) [MeSH Terms]))

Seleção e extração de dados

Após a pesquisa, todos os artigos identificados serão reunidos e eliminados os duplicados. Os artigos serão avaliados quanto à relevância para a revisão, com base nas informações do título e resumo, através da avaliação por dois revisores independentes, de acordo com os critérios de inclusão para a revisão. Estudos potencialmente relevantes serão incluídos para análise integral do full-text. Dois revisores independentes avaliarão o texto completo de todos os artigos e documentos que cumpram os critérios de inclusão da revisão. Os resultados do processo de seleção de estudos serão relatados na íntegra na revisão sistemática final e apresentados em um diagrama de fluxo PRISMA. Qualquer desacordo entre os revisores em cada etapa do processo de seleção de estudos será resolvido através de discussão ou pela inclusão de um terceiro revisor. Será utilizada uma tabela alinhada ao objetivo e à questão da revisão, conforme indicado pela metodologia de scoping reviews do JBI e apresentada por Peters et al. (2020). A extração de dados irá incluir dados relacionados com os participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e outros dados importantes que sejam relevantes para responder à questão de investigação.

Síntese de dados

Os dados extraídos serão apresentados num diagrama e/ou numa tabela de forma alinhada ao objetivo desta revisão. Um resumo de cada artigo incluirá o(s) autor(es), ano de publicação, país de origem, propósito, população, tamanho da amostra, metodologia, conceitos de interesse e principais achados relacionados às questões de revisão.

4. Resultados

Espera-se identificar as intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata.

5. Conclusão

Os enfermeiros sendo detentores de um conjunto de saberes e ao desenvolverem a sua prática baseada na evidência científica, estão numa posição privilegiada para a preparação da pessoa e família para o regresso a casa após cirurgia de catarata. Desta forma, espera-se que os resultados deste estudo permitam aos enfermeiros formularem juízos clínicos e fundamentarem as suas tomadas de decisão numa perspetiva favorecedora de uma transição saudável para a pessoa e família.

Referências bibliográficas

Almeida, A. C. D., Santos, S. I. & Duarte, S. M. M. (2015). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 7(1), 73-81. Recuperado de <http://www.scielo.br/rb/enf/v7n1/73-81.pdf> doi: 10.5935/1981-7638/rb.v7n1.0001

Anderson, S. (2017). *Scoping review: A method for synthesis of research with implications for evidence-based practice*. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1), 1-10. doi:10.1111/jocn.13747

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/1981-7638/rb.v73n1.0001

Costa, D., Mallez, F., Pires, D., & Costa, D. (2020). *Intervenções de enfermagem no pós-operatório de catarata: um protocolo de scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-10. doi:10.5935/19

APÊNDICE II: Q168 – Projeto de Estudo de Investigação



PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Título do estudo de investigação	
Intervenções de enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review.	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe	
Área científica de investigação: Enfermagem	
Linha de Investigação: L1 Resposta Humana ao processo de saúde/doença	
Investigador responsável	
Nome: Dora Margarida Santos Pires	
Nacionalidade: Portuguesa	Grau académico: Licenciatura
Categoria profissional: Enfermeira	Instituição: CHUC
Email: dorapires1013@gmail.com	Telemóvel: 965006287
Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV: https://orcid.org/0000-0003-2603-1238	
Investigadores Associados	
Nome:	
Nacionalidade:	Grau académico:
Categoria profissional:	Instituição:
Email:	Telemóvel:
Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV: (*preferencialmente em formato ORCID)	
Calendarização	
Data prevista de início da fase empírica: 03/10/2022	
Data prevista de conclusão: 08/04/2023	
Instituições envolvidas	
Instituição principal: Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa	



Papel: Instituição de Orientação do estudo de Investigação

Outras instituições: Não se aplica

Papel: Não se aplica

Orientador

Nome: Dina Teresa Ferreira da Costa

Nacionalidade: Portuguesa

Grau académico: Mestrado

Categoria profissional: Enfermeira

Instituição: CHUC

Email: dinateresacosta1979@gmail.com

Telemóvel: 966568443

Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV:

Enviado em PDF noutro ficheiro.





COMPONENTE CIENTÍFICA

Resumo

Objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata.

Material e métodos: Irá ser realizada uma Scoping Review, de acordo com o protocolo Joanna Briggs Institute conforme apresentado por Peters et al. (2020), utilizando a estratégia PCC (População: Estudos com pessoas adultas submetidas a cirurgia de catarata; Conceito: Estudos centrados nas intervenções dos enfermeiros na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata; Contexto: Estudos desenvolvidos em qualquer configuração contextual).

A revisão incluirá estudos publicados e não publicados em inglês, espanhol e português, de 2017 a 2022, nas bases de dados, Medline (via PubMed), CINAHL (via EBSCO) e SciELO. Será efetuada análise das referências bibliográficas de todos os artigos para identificar estudos adicionais e a literatura cinzenta será pesquisada no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RECAAP), DART- Europe e OpenGrey, excluindo-se resumos de conferências congressos e pósteres.

Resultados Esperados: Espera-se identificar as intervenções de enfermagem que promovam o empoderamento da pessoa submetida a cirurgia de catarata no regresso a casa.

Potenciais implicações para a prática:

Conhecendo as intervenções de enfermagem que visem potenciar o empoderamento da pessoa submetida a cirurgia de catarata contribuindo para a autovigilância no domicílio, espera-se que contribuam para uma melhoria da prática clínica, podendo ser um ponto de partida para a construção de um programa de intervenção de enfermagem neste âmbito.

Palavras-chave:

“Nursing”, “Nursing care”, “Empowerment”, “Cataract Extraction”, “Postoperative care”



Revisão da Literatura

A catarata é a principal causa de perda de visão evitável mais frequente nos países desenvolvidos (SNS, 2018), correspondendo à opacificação irreversível do cristalino. Esta perda de transparência do cristalino conduz a uma diminuição da acuidade visual, que varia desde uma perda visual ligeira até à cegueira (SNS, 2018). Para Almança et al. (2018) 85% das cataratas são senis decorrentes do processo de envelhecimento e com maior incidência na população a partir dos 50 anos.

A academia americana de oftalmologia (2021) refere a catarata como a principal causa de cegueira em todo o mundo, aumentando a incidência a cada década de vida da pessoa, sendo expectável que em 2050 existam cerca de 50 milhões de pessoas com catarata nos Estados Unidos da América. Em Portugal não se conhece a prevalência e incidência da catarata, mas sabe-se que é a causa de aproximadamente 8% de todos os doentes com diminuição da acuidade visual (SNS, 2018).

O tratamento da catarata é cirúrgico, sendo esta a única forma de recuperação visual. A cirurgia tem uma forte componente tecnológica e uma elevada taxa de sucesso (SNS, 2018). A técnica cirúrgica mais utilizada é a facoemulsificação pela rápida recuperação visual e reduzido índice de complicações intraoperatórias (Almança et al., 2018). É um procedimento cirúrgico em que o pós-operatório é pouco doloroso e requer pouco tempo na unidade hospitalar, elegível para ser realizado em ambulatório o que possibilita o regresso a casa no próprio dia da cirurgia, podendo a recuperação da cirurgia ocorrer em ambiente familiar.

Em Portugal, de acordo com o SNS (2018), o número de cirurgias de catarata aumentou de 14 226 em 1993 para 146 958 em 2015 (último ano com dados disponíveis). Sendo a catarata essencialmente uma consequência do processo de envelhecimento e tendo em conta os últimos dados do Instituto Nacional Estatística (INE) relativos aos Censos de 2021 que revelam um agravamento do processo de envelhecimento da população na última década, espera-se que o número de cirurgias continue a aumentar. Deste modo, o envelhecimento da população e o inevitável aumento da prevalência desta patologia, exige uma reorganização dos cuidados de saúde por forma a dar resposta às crescentes necessidades de cuidados. Tendo como base uma prática baseada na evidencia científica, os enfermeiros necessitam



de estar atentos a estas alterações demográficas e às suas repercussões na saúde, de forma a atingir a excelência na prestação de cuidados à pessoa e suas famílias.

A evolução da cirurgia de ambulatório nos últimos anos tem também contribuído para ganhos em saúde para uma população cada vez mais envelhecida a necessitar de cirurgias, sem renunciar aos padrões de qualidade exigidos no processo cirúrgico (AESOP, 2012). Os cuidados em cirurgia de ambulatório devem reger-se pelos mesmos princípios da cirurgia convencional e basear-se na aplicação do conceito de enfermagem perioperatória no que se refere ao conhecimento teórico e prático através do qual o enfermeiro deve reconhecer as necessidades da pessoa submetida a cirurgia, planear cuidados e executá-los com destreza e segurança, avaliando os resultados obtidos (AESOP, 2012). Neste contexto, a consulta pré-operatória de enfermagem é de extrema importância na medida em que é nesta que são fornecidas as recomendações específicas acerca dos cuidados pré-operatórios, mas também se inicia a preparação do regresso a casa após a cirurgia, fazendo o levantamento das potencialidades e eventuais dificuldades da pessoa, promovendo o seu empoderamento e conseqüente autonomia, capacitando-a para o autocuidado favorecendo o processo de transição. Uma vez que a cirurgia, enquanto acontecimento de vida conduz à mudança, requer uma intervenção diferenciada dos enfermeiros na facilitação do percurso transacional (Meleis, 2010). Na passagem de uma condição de saúde para outra, a pessoa deve assumir a centralidade do processo assistencial, o enfermeiro deve assistir a pessoa na promoção da autogestão de saúde, na aquisição de conhecimentos e competências, o que se repercute numa maior adesão e satisfação da pessoa garantindo a qualidade dos cuidados e o impacto nos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Mota, 2018).

Assim, os enfermeiros são frequentemente os primeiros cuidadores das pessoas que estão a experienciar uma transição, estão atentos às mudanças e exigências impostas pela situação, preocupando-se e ajudando-as a desenvolver competências para lidar com essa situação. Desta forma a enfermagem assume-se como disciplina, com um corpo de conhecimentos sólidos baseando a sua prática na melhor evidência científica.

Na sequência do exposto, tendo em conta a prática clínica e tendo sempre como objetivo a excelência dos cuidados prestados e a segurança da pessoa sujeita a



processos cirúrgicos, surge a necessidade de identificar as intervenções de enfermagem que promovam o empoderamento e consequente autonomia da pessoa submetida a cirurgia de catarata, na preparação do regresso a casa, sendo este o objetivo do estudo. A questão norteadora do estudo é “Quais as intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata?”

Material e Métodos

Tipo de Estudo

A revisão será conduzida segundo a metodologia Joanna Briggs Institute para scoping review, com base nas diretrizes do modelo PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Este tipo de síntese do conhecimento deve ser conduzido de forma rigorosa, transparente e confiável, fornecendo uma visão geral ou um mapa das evidências (Peters et al., 2020).

Segundo Munn e colaboradores 2018, uma scoping review assenta no propósito de identificar os tipos de evidências disponíveis em um determinado campo, esclarecendo os principais conceitos/definições na literatura, examinando como a pesquisa é conduzida em relação a um determinado tópico ou campo, identificando as principais características ou fatores relacionados com um conceito, sendo precursor de uma revisão sistemática, identificando e analisando lacunas de conhecimento.

A síntese de evidências sob a forma da revisão sistemática está no centro da prática baseada em evidência, sendo a *Scoping Review* uma abordagem projetada para sintetizar, de forma mais efetiva e rigorosa, essa evidência (Coelho et al., 2017). Não se pretende analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos porque o objetivo não é encontrar a melhor evidência científica, mas sim esclarecer um conceito e direcionar as pesquisas seguintes (Vilelas, 2020).

De acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, foram definidos critérios de elegibilidade com base na menemónica PCC (População, Conceito e Contexto) (Peters et al., 2020):

População: Estudos com pessoas adultas submetidas a cirurgia de catarata.



Conceito: Estudos centrados nas intervenções dos enfermeiros na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia de catarata.

Contexto: Estudos desenvolvidos em qualquer configuração contextual.

Foram definidos os seguintes critérios de exclusão:

- População com idade inferior a 18 anos;
- Pessoas com patologia psiquiátrica ou sem capacidade cognitiva;

Tipo de fontes:

Serão considerados estudos quantitativos, qualitativos e de revisão. Os projetos quantitativos incluem qualquer desenho de estudo (incluindo ensaios controlados randomizados, ensaios controlados não randomizados ou outros estudos quase experimentais, incluindo estudos antes e depois) e desenhos observacionais (estudos descritivos, estudos de coorte, estudos transversais, estudos de caso e estudos de séries de casos). Os projetos qualitativos incluem quaisquer estudos que se concentrem em dados qualitativos (como fenomenologia, teoria fundamentada e desenhos etnográficos). Serão incluídas quaisquer revisões sistemáticas.

Estratégia de pesquisa:

A estratégia de pesquisa seguirá quatro passos:

- 1) Pesquisa inicial limitada às bases de dados MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO) e SciELO, seguindo-se uma análise de palavras de texto nos títulos e resumos e dos termos de índice usados para descrever o artigo;
 - 2) Nova pesquisa usando todas as palavras-chave e termos de índice identificados no primeiro passo, nas bases de dados incluídas;
 - 3) Análise das referências bibliográficas de todos os artigos e relatórios para identificar estudos adicionais (referência de referência);
 - 4) Pesquisa de literatura cinzenta no RCAAP, DART-Europe e OpenGrey.
- Os descritores utilizados na pesquisa são termos MESH que originaram a seguinte frase booleana: (“Nursing”) OR (“Nursing care”) AND (“Empowerment”) AND (“Cataract Extraction”) AND (“Pós operative care”).



Fontes de informação

A pesquisa irá abranger estudos publicados e não publicados e será efetuada através de uma pesquisa nas bases de dados eletrónicas MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO) e SciELO. A pesquisa da literatura cinzenta incluirá pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), DART-Europe e OpenGrey, excluindo-se resumos de conferências, congressos e posters.

A relevância dos artigos para a revisão será analisada por dois revisores independentes, com base nas informações fornecidas no título e resumo. O artigo completo será recuperado para todos os estudos que cumpram os critérios de elegibilidade.

Quaisquer divergências que surjam entre os dois revisores serão resolvidas através de discussão ou com recurso a um terceiro revisor. Sempre que os revisores tiverem dúvidas sobre a relevância de um estudo a partir do resumo, o artigo completo será recuperado.

Seleção dos estudos

Os artigos serão avaliados quanto à relevância para a revisão, com base nas informações do título e resumo, por dois revisores independentes. O artigo completo será recuperado para todos os estudos que atendam aos critérios de inclusão da revisão. Se os revisores tiverem dúvidas sobre a relevância de um estudo a partir do resumo, o artigo completo será recuperado. Desacordos entre os revisores serão resolvidos por meio de discussão ou com um terceiro revisor. Os estudos identificados a partir de pesquisas na lista de referências serão avaliados quanto à relevância com base no título e no resumo do estudo.

Extração dos dados

Os dados serão extraídos por dois revisores independentes. Será utilizada uma tabela alinhada ao objetivo e à questão da revisão, conforme indicado pela metodologia de Scoping Reviews do Joanna Briggs Institute e apresentada por Peters et al., (2020).

A extração de dados irá incluir dados relacionados com os participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e outros dados importantes que sejam relevantes para responder à questão de investigação.



A tabela será modificada e revisada conforme o necessário ao longo do processo de extração de dados de cada fonte de evidência incluída. As modificações serão detalhadas na Scoping Review.

Síntese dos dados

Os dados extraídos serão apresentados num diagrama e/ou numa tabela de forma alinhada ao objetivo desta revisão.

Um resumo de cada artigo incluirá o(s) autor(es), ano de publicação, país de origem, propósito, população, tamanho da amostra, metodologia, conceitos de interesse e principais achados relacionados às questões de revisão.

Considerações éticas

A 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 (Nunes, 2020).

Este estudo de revisão da literatura, embora não envolva pessoas envolve documentos e conta com a honestidade intelectual do investigador, conforme sustentado por Nunes (2020) no documento onde apresenta os aspetos éticos da investigação em Enfermagem.

Esta revisão utiliza como dados, documentos acessíveis ao público, não tendo sido considerados critérios que exijam a aprovação por uma comissão de ética.

Não se preveem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais.

Não estão previstos conflitos de interesse nesta investigação.



Referências bibliográficas

Almança, A. C. D; Jardim, S. T. & Duarte, S. R. M. P. (2018). Perfil epidemiológico do paciente submetido ao mutirão de catarata [Epidemiological profile of the patient undergoing cataract surgery]. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 77(5), 255-60. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v77n5/0034-7280-rbof-77-05-0255.pdf>. doi: 10.5935/0034-7280.20180055

American Academy of Ophthalmology. (2021). *Cataract in the Adult Eye Preferred Practice Pattern*. Susan Garrett.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP (2012). *Enfermagem Perioperatória - Da filosofia à prática dos cuidados*. 1ª Reimpressão: março 2012. Lusodidacta.

Coelho, A.; Parola, V.; Cardoso, D.; Duarte, S.; Almeida, Maria & Apóstolo, J. (2017). *O uso do simulador de velhice em estudantes de enfermagem: uma scoping review*. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (14), 147 - 158. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV17050>.

Costa, D., Maltez, F., Mota, L., & Príncipe, F. (2021). *Relevância da informação no regresso a casa do idoso após cirurgia da catarata: perspetiva dos enfermeiros*. *Millenium*, 2 (nº14), 21-28. DOI: 10.29352/mill0214.20801

Despacho nº 1696/2018 de 15 de fevereiro (2018). *Estratégia Nacional para a Saúde da Visão*. Diário da República II serie, nº 35 (2018/02/15) (5433-5434).

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021: resultados provisórios*. Disponível em: https://censos.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html

Meleis, Afaf. I. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.





Mota, L. (2018). *Um Modelo de acompanhamento de enfermagem: a gestão de casos. No cuidado à pessoa submetida a transplante hepático*. Publisher: Novas edições académicas.

Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

Nunes, L. (2020). ASPETOS ÉTICOS na investigação de Enfermagem. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf.

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. Em E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Serviço Nacional de Saúde. (2018). Estratégia Nacional para a Saúde da Visão. Disponível em: <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2020/01/Estrat%C3%A9gia-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-da-Vis%C3%A3o.pdf>

Vilelas, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Financiamento e apoios previstos

Não estão previstos quaisquer tipos de custos para a ESSNorteCVP, nem a candidatura a financiamento ou apoio.

Durante todo o projeto ficará assegurado que não haverá qualquer tipo de conflito de interesses.



Previsão de disseminação científica

Prevê-se a participação em eventos científicos com comunicações orais e/ou poster com os resultados obtidos e a publicação de artigo científico em revista.

Autorização para tratamento, utilização e divulgação de dados

Autorizo o tratamento, a utilização e a divulgação dos dados constantes neste documento para efeitos de introdução na base de dados da UID, divulgação dos Estudos de Investigação da UID e divulgação da produção científica dos autores deste Projeto de Estudo de Investigação.

Assinatura do investigador responsável: Dora Margarida Santos Pires Data 11 /11 /2022





CHECKLIST PARA SUBMISSÃO de Projeto de Estudo de Investigação

	Sim	Não
Q168-Projeto de estudo de investigação	X	<input type="checkbox"/>
Pedido de autorização às instituições envolvidas (se aplicável)	<input type="checkbox"/>	X
Q188-Declaração de compromisso de investigador	X	<input type="checkbox"/>
Instrumentos de recolha de dados (se aplicável)	<input type="checkbox"/>	X
Q190-Consentimento Informado Livre e Esclarecido (se aplicável)	<input type="checkbox"/>	X
Curriculum dos investigadores (se ainda não consta na UID)	X	<input type="checkbox"/>
Q223-Declaração do Investigador (sempre que hajam estudante-investigador no estudo)	<input type="checkbox"/>	X

REGRAS A QUE FICA SUJEITO UM PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO aprovado e inscrito na UID

O investigador responsável deverá assegurar as seguintes diligências até à conclusão¹ do Estudo de Investigação:

1. Enviar, para a UID, o *Q171-Relatório do Estudo de Investigação* a cada ano completo;
2. Informar, a UID, da produção científica associada ao Estudo de Investigação;
3. Informar, a UID, de alterações que ocorram ao Projeto de Estudo de Investigação após a sua aprovação e inscrição na UID.

¹ Considera-se que o Estudo de Investigação está concluído no momento em que sejam publicados os seus resultados.



APÊNDICE III: Tabela de Extração de Dados

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

Artigo. Ano/País/Autor/Título	Objetivo	Amostra	Método	Intervenções De Enfermagem	Resultados
<p>1. 2010. Holanda. Ellen J. Van Vliet; Nicolaas J. Reus; Walter Sermeus; Jan M.H. Vissers; Johannes C.A. Sol; Hans G. Lemij</p> <p>Patients' experiences and preferences with co-managed care in a cataract pathway</p>	<p>Determinar as experiências e preferências dos doentes submetidos a cirurgia de catarata em relação aos cuidados pós-operatórios, na primeira consulta por oftalmologista presencial ou por enfermeiro telefonicamente e na consulta das 4 semanas por oftalmologista ou optometrista.</p>	<p>Foram incluídos 483 doentes no estudo, sendo que 194 receberam a consulta do primeiro dia e a consulta das 4 semanas por um oftalmologista. 289 receberam a primeira consulta telefonicamente por um enfermeiro e a consulta final das 4 semanas por um optometrista.</p>	<p>É um estudo de caso controle, com 1.140 doentes tendo sido realizada esta amostra através de um coorte prospetivo de 7.645 doentes submetidos a cirurgia de catarata no primeiro olho, para minimizar no doente o efeito de experiências anteriores, entre janeiro de 2007 e setembro de 2008, por facoemulsificação sem complicações e sem comorbilidades. Foi enviado a todos os doentes da amostra o questionário de catarata do índice de qualidade do consumidor. Posteriormente foi consultado o banco de dados do hospital para determinar que tipo de cuidados pós-operatórios cada doente tinha recebido</p>	<p>Na consulta do primeiro dia os doentes foram examinados quanto à presença de complicações pós-operatórias precoces, ou pelo oftalmologista presencialmente, onde foi examinado o olho na lâmpada de fenda e verificada a acuidade visual, ou por um enfermeiro treinado através de contacto telefónico usando uma lista de verificação padrão (que não aparece no artigo)</p> <p>Na última consulta, das 4 semanas de pós-operatório foi realizada pelo oftalmologista e optometrista presencialmente, obrigando os doentes a deslocarem-se ao hospital, em ambas foi avaliado o olho na lâmpada de fenda, avaliado o erro refrativo e a acuidade visual.</p>	<p>A maioria dos doentes relatou uma experiência positiva na consulta do primeiro dia e na consulta final, independentemente do prestador de cuidados. Os doentes sentiram-se tranquilos, sentiram que foram ouvidos e que lhes foram transmitidas informações claras.</p> <p>Os doentes que foram avaliados no primeiro dia por uma enfermeira, preferem este método mais frequentemente do que os que foram avaliados por um oftalmologista (87% vs 72%, respetivamente). Em relação à última avaliação, serem avaliados por oftalmologista ou por optometrista, a preferência dos doentes recai sobre o oftalmologista (95% vs 58%, respetivamente).</p> <p>Neste estudo, os doentes que foram avaliados por enfermeiros e optometristas relataram com mais frequência do que aqueles que foram avaliados por um oftalmologista ter recebido instruções pós-operatórias. Isto pode ter ocorrido devido ao uso pelos enfermeiros de uma lista padronizada de perguntas e instruções. Quando questionados explicitamente, os doentes preferiram ser avaliados no pós-operatório pelo seu oftalmologista do que pelo optometrista. Quando os doentes experimentaram o benefício adicional nos cuidados pós-operatórios de não terem de se deslocar ao hospital para a primeira consulta, mas serem entrevistados por uma enfermeira ao telefone, eles preferiram os cuidados co-geridos.</p>

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

<p>2. 2015. Inglaterra. Watkinson S., Seewoodhary R. Cataract management: effect on patients' quality of life</p>	<p>O objetivo deste artigo é resumir a epidemiologia da catarata, a fisiologia normal e alterada do cristalino e as causas e os fatores de risco associados à doença. Descrever os objetivos da cirurgia moderna de catarata e discutir as principais abordagens cirúrgicas. São abordados os efeitos da "cegueira catarata" na qualidade de vida do paciente, com particular referência ao efeito negativo do aparecimento da depressão. O papel do enfermeiro na promoção da qualidade de vida é explorado com referência ao valor da teoria psicossocial no cuidado e na promoção da saúde dos pacientes idosos com catarata.</p>	<p>Não se aplica</p>	<p>Os artigos foram sujeitos a uma revisão externa duplo-cega por pares e verificados quanto a plágio usando software automatizado.</p>	<p>O importante papel do enfermeiro começa na promoção da saúde, quando o diagnóstico de catarata surge na vida da pessoa, o enfermeiro deve estar desperto para as implicações que esta doença tem nas atividades de vida diária dos doentes e as implicações sociais da mesma, que poderão levar a um processo depressivo no pré-operatório. As intervenções de enfermagem vão desde o pré-operatório até ao pós-operatório. Pré-operatório: aspetos sociais e do bem-estar dos doentes, as suas necessidades devem estar identificadas e documentadas. (reservar transporte para os doentes que tenham essa necessidade e atendam aos critérios; contactar os serviços sociais; providenciar articulação com os cuidados de saúde primários ou com serviços domiciliários; providenciar que todos os colírios pré e pós-operatórios sejam dispensados pela farmácia). Dar informações verbais e escritas sobre o procedimento cirúrgico, a sua duração e o tempo de estadia no hospital, o jejum, a hora a que deve chegar ao hospital e a hora prevista da alta. Instruir o doente e família da técnica correta para a instilação dos colírios, a maneira correta e segura de limpar as pálpebras diariamente e enfatizar a importância de lavar as mãos antes destes procedimentos como forma de prevenção de infeção. Pós-operatório: Instruir o doente e o familiar/acompanhante para a identificação precoce de complicações pós-operatórias (hiperemia, secreções, dor, ardor e redução súbita de visão) e da necessidade de recorrer à unidade de saúde na presença das mesmas.</p>	<p>Os enfermeiros prestam os seus cuidados com vista à preparação do regresso a casa do doente. Esta preparação para a alta inicia-se na consulta pré-operatória de enfermagem. Uma comunicação eficaz com o doente e família/acompanhante durante todo o processo assistencial e o fornecimento de informações verbais e escritas relativas às fases pré, intra e pós-operatórias são essenciais para a diminuição da ansiedade dos doentes relacionada com a cirurgia, aumentando a sua compreensão e confiança nos cuidados de saúde em todo o processo.</p>
--	--	----------------------	---	---	---

<p>3. 2022. Turquia. Taylan, Seçil; Çelik, Gülden Küçükakça.</p> <p>The Effect of Preoperative Fear and Related Factors on Patients' Postcataract Surgery Comfort Level: A Regression Study</p>	<p>O objetivo deste estudo foi avaliar os níveis de medo nos doentes no pré-operatório de cirurgia de catarata e o seu impacto, no conforto dos mesmos, no intraoperatório e no pós-operatório.</p>	<p>A população do estudo foi composta por 320 pacientes que estavam internados para cirurgia de catarata num hospital público entre fevereiro de 2020 e fevereiro de 2021.</p>	<p>É um estudo descritivo regressivo</p>	<p>Intervenções de enfermagem no pré-operatório são de extrema importância para reduzir o medo e a ansiedade do doente relacionada com o intraoperatório e com o pós-operatório. São elas: relação terapêutica e de empatia com o doente e família/acompanhante; fornecimento de informações adequadas e claras ao doente e cuidadores, que vão de encontro às suas dúvidas e necessidades; instruir o doente e família/acompanhante sobre o intraoperatório e os cuidados pós-operatório de modo a desmistificar medos e receios, promove a autonomia e a capacitação para o autocuidado no pós-operatório.</p>	<p>As principais causas do medo cirúrgico são a falta de informação (25%), sentir dor durante a cirurgia (59,3%), ficar cego (31,8%), sentir os procedimentos cirúrgicos (28%) e dor pós-operatória (48,7%).</p> <p>O medo pré-operatório e o estado emocional do doente influenciam diretamente o intraoperatório e o pós-operatório.</p> <p>A avaliação do medo cirúrgico durante a consulta pré-operatória de enfermagem permite a recolha de informações que visam intervenções de enfermagem que permitem antecipar as causas dos desconfortos dos doentes, promovendo-o, tornando-se assim o conforto do doente durante todo o processo assistencial um indicador de qualidade dos cuidados prestados.</p> <p>O medo cirúrgico está associado ao aumento da dor no pós-operatório com consequente aumento de consumo de analgesia e uma recuperação pós-operatória deficitária.</p> <p>Os doentes com défice de informação e com medo pré-operatório apresentam diminuição do nível de conforto intraoperatório.</p> <p>Os doentes que tinham já experiências anteriores de cirurgia de catarata apresentaram níveis de conforto intraoperatório e pós-operatórios mais elevados.</p> <p>Fornecer informações adequadas sobre o procedimento cirúrgico e atendimento individualizado aumenta o nível de conforto e reduz a ansiedade do doente sujeito a cirurgia de catarata.</p>
--	---	--	--	--	--

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

<p>4. 2013. China. Lin, Jing; Fang, Xiaoqun; Wu, Suhong. The management pattern carried out in a cataract surgery day ward</p>	<p>O objetivo do artigo é avaliar a prática e o processo de gestão de uma enfermaria diurna de cirurgia de catarata.</p>	<p>Analisados doentes 3.971</p>	<p>De janeiro a dezembro de 2012 um conjunto de doentes foi avaliado quanto ao padrão de cuidados da enfermaria de cirurgia de catarata. O método foi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir a enfermaria diurna de catarata; 2. Registrar os doentes que reúnem os seguintes critérios: voluntários, residentes locais ou estrangeiros que se hospedassem em hotel próximo do hospital, acompanhados por familiares, com o diagnóstico de catarata senil simples, sem nenhuma doença sistémica importante; 3. Estabelecer o processo de internamento; 4. Analisar o processo de enfermagem. <p>Após a cirurgia de catarata os doentes foram acompanhados durante 2 horas e preencheram um</p>	<p>Não se aplica</p>	<p>Melhorar o ensino de enfermagem aos Doentes submetidos a cirurgia de catarata, pode evitar fortemente a ocorrência de eventos adversos.</p>
---	--	---------------------------------	--	----------------------	--

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

			questionário sobre as suas necessidades e sentimentos.		
<p>5. 2009. Inglaterra. Hardy, Joanne. Supporting patients undergoing cataract extraction surgery</p>	<p>O objetivo do artigo é fornecer conhecimentos sobre as causas, sintomas e o tratamento da catarata, destacando o papel do enfermeiro no pré e no pós-operatório.</p>	<p>Não se aplica.</p>	<p>Não se aplica.</p>	<p>Intervenções de enfermagem na consulta pré-operatória (esta consulta pode ser realizada por um oftalmologista ou por um enfermeiro especialista): avaliação da acuidade visual; informar sobre os riscos, benefícios e limitações da cirurgia e de que outros problemas provocados por outras patologias oculares não são resolvidos com a extração da catarata; informar/explicar o procedimento cirúrgico e obtenção do consentimento informado; explicado o tipo de anestesia e o posicionamento cirúrgico bem como o tempo médio da cirurgia ; são questionadas as condições sociais e laborais do doente de forma a garantir que este não vai estar sujeito a trabalho pesado e sujo nas semanas seguintes à cirurgia; é essencial que o doente tenha condições para providenciar o transporte de regresso a casa no final da cirurgia; é imperativo que o doente ou familiar/acompanhante seja instruído sobre a instilação dos colírios conforme prescrito e demonstre capacidade para o fazer; avaliação do olho na lâmpada de fenda para despiste de sinais de infeção (se apresentar deve ser tratada antes da cirurgia) ; realização do calculo da lente intraocular.</p> <p>Intervenções de enfermagem na consulta pós-operatória: fornecer ao doente uma proteção ocular de plástico para usar durante a noite para evitar pressão ou fricção acidental; evitar esforços e baixar a cabeça a baixo do nível da cintura para evitar aumento da PIO; explicar sinais de infeção, como olho vermelho, secreções e dor e que nesse caso o doente deve dirigir-se à unidade de saúde; os colírios</p>	<p>A preparação para o período pós-operatório e para o regresso a casa do doente sujeito a cirurgia de catarata inicia-se na consulta pré-operatório de enfermagem.</p> <p>A gestão do regime terapêutico pelo doente no pós-operatório a quando de regresso a casa é um aspecto de grande importância para a prevenção de complicações. O enfermeiro deve ter em conta os fatores que podem afetar a capacidade dos doentes para a aplicação dos colírios corretamente: fatores físicos (destreza, mobilidade, défice de visão, dor ocular e o seu estado geral de saúde); fatores psicológicos (compreensão do tratamento, memória e motivação); fatores ambientais (acesso a instalações adequadas) e fatores relativos à própria prescrição (frequência de aplicação e número de colírios). Se o doente apresentar alguma destas limitações e na ausência de uma rede de apoio (familiares/amigos) o enfermeiro deve acionar o pedido de apoio domiciliário aos cuidados de saúde primários.</p> <p>As principais complicações pós-operatórias da cirurgia de catarata são: Endoftalmite, Aumento da pressão intraocular, edema macular cistóide, descolamento da retina e hemorragia.</p>

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

				<p>prescritos, antibióticos e corticoide devem ser instilados corretamente, realizar ensino ao doente e familiar/acompanhante sobre a técnica de aplicação dos colírios (instilação de uma gota na bolsa inferior do olho puxando suavemente a pálpebra inferior, a ponta do frasco não deve tocar no olho ou nas pálpebras para não ocorrer lesões na córnea nem contaminações); explicar que antes de qualquer manuseamento do olho deve sempre lavar as mãos com vista a minimizar o risco de infeção.</p> <p>Informar o doente e família/acompanhante sobre as complicações mais frequentes no pós-operatório e os respetivos sintomas (dor ocular, secreções oculares, agravamento da visão, fortes dores de cabeça, náuseas e vômitos, aparecimento no campo de visão manchas flutuantes, flashes de luz, sombra)</p>	
<p>6. 2019. Brasil. Machado, Tallita Mello Delphino; Santana, Rosimere Ferreira; Vaqueiro, Raquel Dantas; Santos, Carla Targino Bruno dos; Alfradique de Souza, Priscilla</p> <p>Telephone follow-up of the elderly after cataract surgery</p>	<p>O objetivo do artigo é analisar a efetividade do telefonema de enfermagem no pós-operatório tardio em idosos submetidos a cirurgia de catarata, para o diagnóstico "recuperação cirúrgica tardia" (NANDA)</p>	<p>95 doentes de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos submetidos a cirurgia de catarata. Divididos em dois grupos: grupo de intervenção (48 doentes) e grupo controle (47 doentes)</p>	<p>Ensaio cego, randomizado e controlado.</p> <p>O grupo controle teve acesso apenas ao tratamento convencional, tendo havido apenas contacto telefónico para informar os doentes da data da próxima consulta.</p> <p>O grupo experimental/ de intervenção teve acesso a acompanhamento telefónico e ao tratamento convencional. O acompanhamento telefónico foi realizado no 1º, 4º, 10º e 20º dias de pós-operatório. Para a avaliação dos resultados de uma forma correta e segura, o estudo foi aplicado por enfermeiros</p>	<p>O acompanhamento telefónico incluía intervenções de enfermagem relacionadas com o acompanhamento pós-operatório, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamento da dor; Gestão do desconforto; Orientação para alterações da visão; Uso de óculos; Cuidados na limpeza do olho operado (compressa humedecida com soro fisiológico 0,9%, limpar o olho fechado com uma única passagem do canto externo para o interno); Cuidados no uso dos colírios (aplicar os colírios somente após a limpeza do olho, lavar as mãos antes da aplicação dos colírios); Uso de óculos de sol; Orientações sobre o autocuidado (nas AVD's evitar situações que possam 	<p>As intervenções de enfermagem incluíram um acompanhamento pós-operatório após a cirurgia de catarata e a prevenção de complicações, realizadas no 1º, 4º, 10º e 20º dias de pós-operatório. Após a intervenção o grupo de intervenção apresentou diminuição do tempo de recuperação cirúrgica. O número de intervenções de enfermagem diminuiu durante o acompanhamento telefónico. O acompanhamento telefónico realizado pelo enfermeiro produziu diferença significativa na recuperação cirúrgica dos doentes do grupo de intervenção em comparação com os doentes do grupo controle. O grupo controle apresentou maior ocorrência de uma recuperação retardada, apresentando 8,5 vezes mais hipóteses de apresentar complicações na segunda avaliação. O mesmo se verificou</p>

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

			especialistas em enfermagem perioperatória (enfermagem cirúrgica)	<p>umentar a pressão intraocular como pegar em pesos realizar exercícios excessivos ou curvar-se abaixo do nível da cintura);</p> <p>Orientação alimentar e sobre a ingestão de água;</p> <p>Controle de náuseas e vômitos.</p>	<p>no 7º dia de pós-operatório no grupo controle.</p> <p>Conclui-se que há um atraso na recuperação cirúrgica quando até ao 7º dia o doente ainda apresenta algum tipo de complicações e necessita de ampliar os cuidados pós-operatórios. O acompanhamento de enfermagem aos doentes e família nos primeiros dias de pós-operatório reduz o aparecimento de complicações pós-operatórias na primeira semana, reforça-se a importância deste acompanhamento desde o pré-operatório até ao 4º dia de pós-operatório, pois é nesse intervalo de tempo que há uma maior frequência de ocorrência de complicações, conseguindo-se, assim uma recuperação completa até ao 7º dia.</p> <p>O acompanhamento telefónico de enfermagem destaca-se para a identificação precoce de complicações, para a maior adesão aos cuidados domiciliários ao olho operado, para o esclarecimento de dúvidas que permite reduzir a ansiedade e aumentar o vínculo enfermeiro-doente e aumenta a satisfação do doente e família quanto aos cuidados prestados.</p>
<p>7. 2021. China. Zhang, Aihua; Feng, Xianqiong; Qiu, Chujin; Violeta, Lopez.</p> <p>Discharge teaching, readiness for hospital discharge and post-discharge outcomes in cataract patients: A structural equation model analysis</p>	<p>O objetivo do artigo é explorar o mecanismo de interação da qualidade do ensino de alta de doentes com catarata, prontidão para alta e resultados pós-alta.</p>	<p>192 doentes com catarata.</p>	<p>Foram aplicados quatro questionários a 192 doentes e os resultados foram analisados utilizando correlação de Spearman e modelo de equações estruturais.</p> <p>O estudo contemplou duas fases para entender o mecanismo de interação entre as variáveis: Qualidade do ensino para a alta, resultados pós alta e</p>	<p>Não existe um modelo de enfermagem padronizado para a preparação para a alta de doentes submetidos a cirurgia de catarata. No entanto os cuidados prestados assentam em três dimensões: recuperação objetiva, sintomas subjetivos e comportamentos de adesão pós-alta.</p> <p>A qualidade do ensino para a alta e prontidão para alta hospitalar são os dois principais indicadores usados para avaliar a qualidade dos serviços aquando da alta; o resultado pós-alta é usado para avaliar os resultados de saúde pós-alta</p>	<p>Verificou-se que a qualidade da educação para a alta e o seu adequado planeamento fornecido por enfermeiros antes da alta podem ajudar a preparar os doentes e suas famílias para uma transição segura do hospital para domicílio e comunidade. Os cuidados prestados na preparação para a alta são fundamentais para reduzir os riscos de complicações.</p> <p>A qualidade do ensino para a alta e a prontidão para alta hospitalar são dois indicadores principais usados para avaliar a qualidade dos cuidados prestados no</p>

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

			<p>prontidão para alta. Em doentes submetidos a cirurgia de catarata em diferentes unidades de enfermagem.</p> <p>A primeira fase foi realizada numa unidade de cirurgia ambulatorio.</p> <p>A segunda fase foi realizada numa unidade de internamento de oftalmologia.</p>	<p>A educação para a saúde relativamente á alta é realizada em grupo.</p>	<p>momento da alta. O resultado pós-alta é usado para avaliar os resultados de saúde pós-alta.</p> <p>Verificou-se também que no ensino para a alta o conteúdo fornecido pelos enfermeiros era ainda insuficiente e não atendia às necessidades dos doentes. Sugere-se que os enfermeiros compreendam plenamente as necessidades dos doentes antes de realizar o ensino para a alta. Isso permitirá facilitar a transição dos doentes do hospital para o domicílio e comunidade.</p> <p>O conhecimento dos doentes relativamente à doença verificou-se reduzido, sendo indicativo da necessidade de o ensino para a alta ser mais individualizado.</p>
<p>8. 2019. EUA. Gülşen, Muaz; Akansel, Neriman</p> <p>Effects of Discharge Education and Telephone Follow-up on Cataract Patients' Activities According to the Model of Living</p>	<p>O objetivo do artigo é avaliar o impacto da preparação para a alta e do acompanhamento telefónico de doentes submetidos a cirurgia de catarata, nas atividades de vida diária.</p>	<p>A amostra foi composta por 144 doentes, 72 no grupo de controle e 72 no grupo de intervenção. As populações do estudo eram doentes submetidos a cirurgia de catarata pela primeira vez. Os critérios de inclusão foram: doentes com cirurgia de catarata agendada sob anestesia tópica, primeiro olho, não apresentar défice auditivo, ter pelo menos 18 anos de idade e querer participar no estudo voluntariamente.</p>	<p>Estudo comparativo controlado.</p> <p>Estudo realizado com doentes submetidos a cirurgia de catarata. No grupo de intervenção a preparação para a alta foi realizada segundo o modelo das atividades de vida diária (AVD's).</p> <p>O acompanhamento telefónico foi realizado, em ambos os grupos, baseado no mesmo no modelo.</p> <p>Dia 0 de pós-operatório: grupo de intervenção: preparação para a alta implementada com base no modelo das AVD's verbalmente e por escrito; grupo controle: preparação para a alta com base nos cuidados pós-operatórios realizada na unidade</p>	<p>As intervenções de enfermagem neste estudo têm por base o modelo das AVD's (12 AVD'S), nem todas as AVD's tem intervenções específicas, assim destacam-se intervenções relacionadas com:</p> <p>Manter um ambiente seguro (relacionado com a dor pós-operatória, o risco de queda, a administração de colírios, a proteção ocular e o uso de óculos após a cirurgia);</p> <p>Comunicação (relacionada com a diminuição da função visual dos doentes, diminuição da capacidade de comunicar telefonicamente qualquer complicação que possa surgir);</p> <p>Respiração (relacionada com o tossir e espirrar por aumento da pressão intraocular nesse momento e consequente aparecimento de complicações);</p> <p>Eliminação (relacionado com o esforço em consequência de obstipação, aumenta a pressão intraocular);</p> <p>Lavar e Vestir (relacionado com os cuidados a ter no banho e o risco de expor</p>	<p>Manter um ambiente seguro: os doentes apresentam algum nível de dor no pós-operatório de catarata, neste estudo a pontuação média da dor foi de 1 (numa escala de 0 a 10) em ambos os grupos esta dor mínima foi ainda diminuindo ao longo do tempo. Em ambos os grupos sintomas como ardor, hemorragia subconjuntival, visão turva também eram manifestados no 1º dia de pós-operatório, no entanto foram diminuindo ao longo do tempo. O risco de queda é uma realidade nos doentes com catarata por défice visual e também no pós-operatório, pela oclusão ocular. Atividades como subir escadas, andar de transportes públicos e conduzir não eram significativamente diferentes em ambos os grupos, daí os doentes serem aconselhados a estarem acompanhados por um familiar/pessoa de referência no regresso a casa e preferencialmente em transporte próprio.</p> <p>Relativamente à administração dos colírios o grupo controle apresentou dificuldades</p>

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

			<p>hospitalar, verbalmente antes da alta.</p> <p>Dia 1 Pós-operatório: formulário de acompanhamento do doente preenchido no ambulatório (grupo controle e grupo de intervenção)</p> <p>Dia 3 e 10 Pós-operatório: formulário estruturado de acompanhamento preenchido por telefone (grupo de controle e grupo de intervenção)</p>	<p>o olho operado a produtos químicos e os receios de lavar o rosto);</p> <p>Mobilização (diminuição da atividade física e limitar atividades que possam aumentar a pressão intraocular tais como pegar em pesos e baixar a cabeça abaixo do nível da cintura);</p> <p>Dormir (relacionado com insónia devido às preocupações relativas ao melhor posicionamento para dormir de forma a proteger o olho durante o sono)</p>	<p>neste ponto, houve necessidade de aprender e aperfeiçoar o procedimento, havendo ao longo do tempo diminuição das dificuldades.</p> <p>Relativamente aos cuidados com o olho operado e à proteção do mesmo no regresso a casa, os doentes são aconselhados a durante 2 semanas manter o olho protegido com penso ocular ou óculos escuros para evitar a entrada de corpo estranho, não deve haver pressão sobre o olho evitando pegar em pesos e baixar-se, no que diz respeito a estes cuidados o grupo controle apresentava menos conhecimento.</p> <p>Comunicação: não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para os itens “comunicar-se com os outros” e “fazer chamadas telefónicas”, no entanto a diferença de conhecimento relacionado com quias os sintomas em é necessário contactar o médico foi significativa entre os grupos.</p> <p>Respiração: os doentes do grupo de intervenção estavam preocupados com espirros e tosse, pois tinham sido avisados das complicações daí decorrentes, os doentes do grupo controle não tinham consciência dessa complicação.</p> <p>Eliminação: não foi verificada nenhuma diferença significativa em relação à atividade eliminação entre os grupos.</p> <p>Lavar e vestir: os doentes enfrentam grandes desafios no regresso a casa relativamente aos cuidados com o olho operado, lavar o rosto e tomar banho. A diferença foi significativa para conhecimentos relativos ao banho e aspetos a serem considerados nesse momento entre os dois grupos em todos os dias do pós-operatório (1º, 3º e 10º dia de pós-operatório).</p>
--	--	--	---	---	---

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

					<p>Mobilização: foi significativa a diferença de preocupação com este aspecto entre os dois grupos em relação à realização de certas atividades, no geral o grupo de intervenção tinha mais conhecimento das restrições o que pode estar relacionado com o facto deste grupo ter recebido ensino para a alta verbal e por escrito.</p> <p>Dormir: As preocupações com algum dano no olho durante o sono demonstrados pelos doentes no 1º dia e no 10º dia não foram significativamente diferentes entre os grupos, mas no 3º dia houve diferenças significativas. Estas diferenças podem significar menos informações dadas ao grupo controle durante a alta e dedicado pouco tempo às dúvidas do doente. O conhecimento relacionado ao posicionamento para dormir de forma a proteger o olho operado foi significativamente menor para o grupo controle durante o acompanhamento.</p>
<p>9. 2014. Brasil. Nunes Cunha, Emanuelle; Carneiro Barreto, Ana Raquel; Santos Costa, Valdilia; Veiga Nascimento, Patricia; Lima Vieira, Silvana</p> <p>Ações Da Enfermagem No Controle E Tratamento Da Catarata: Revisão Integrativa</p>	<p>Os objetivos do artigo: Analisar na literatura as ações da enfermagem no controle e tratamento da catarata; Refletir sobre as ações de enfermagem no tratamento cirúrgico da catarata; Contextualizar as especificidades da cirurgia de catarata e as repercussões para o doente.</p>	Não se aplica	Revisão integrativa	<p>As intervenções de enfermagem, neste artigo dizem respeito ao período peri operatório.</p> <p>Pré-operatório imediato:</p> <p>Avaliação de sinais vitais e exames laboratoriais específicos, afim de despistar comorbilidades que coloquem em risco o sucesso cirúrgico;</p> <p>Preparar o doente adequadamente de acordo com as suas expectativas e percepções fornecendo as informações necessárias, permitindo a redução da ansiedade pré-operatória e consequentemente a dor pós-operatória;</p> <p>Certificar-se que o acompanhante que está com o doente nesta fase pré-operatória é o mesmo que virá buscar o doente;</p> <p>Certificar-se que o doente retirou a lentes de contacto;</p> <p>Confirmar o jejum, pelo menos 4 horas;</p>	<p>Foi possível sistematizar as ações de enfermagem e foi destacada a importância do enfermeiro em todas as fases do controle e tratamento da catarata, desde a promoção da saúde, na prevenção da doença e na deteção precoce de complicações.</p> <p>Em todas as fases pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório o papel do enfermeiro consiste em prestar cuidados de enfermagem atendendo às necessidades biológicas e psicoemocionais do doente com vista à sua melhor recuperação.</p> <p>A cirurgia de catarata é um dos procedimentos mais realizados no estado do nordeste do Brasil, sendo ainda a principal causa de cegueira no mundo, é necessário facilitar o acesso da população à cirurgia de catarata e estimular os modelos</p>

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

				<p>Confirmar a realização de banho pré cirúrgico (incluindo o couro cabeludo e face) no dia da cirurgia; Administração dos colírios dilatadores a cada 10 minutos, pelo menos 1 hora antes da cirurgia, tal como os colírios antibióticos, corticoides e anti-inflamatórios e anestésicos. Intraoperatório: Certificar-se da disponibilidade e funcionalidade de todos os materiais necessários à cirurgia; Encaminhar o doente à sala de operações; Posicionar o doente para a cirurgia; Monitorização do doente; Realizar registos de enfermagem; No final da cirurgia encaminhar o doente para o recobro anestésico. Pós-operatório: (o doente terá alta 30 minutos após a cirurgia) Realizar os ensinamentos de preparação para o regresso a casa ao doente e familiar/acompanhante; Instruir sobre os cuidados ao olho operado, como proteger o olho, administração dos colírios e reconhecimento de sinais e sintomas de complicações; Informar sobre os cuidados necessários para que não ocorram complicações, nomeadamente: não fazer exercício físico durante 10 dias, hidroginástica só retomar 15 dias após a cirurgia, não deve baixar a cabeça até ter indicação médica para o fazer, atividades sexuais devem ser evitadas por 7 dias, qualquer outra atividade que exija esforço deve ser evitada pelo risco de aumento de pressão intraocular, a leitura só é recomendada cinco dias após a cirurgia, devem ser evitados ambientes com poeiras e fumos para evitar a entrada de qualquer corpo</p>	<p>assistenciais descentralizados possibilitando que os doentes sejam tratados atempadamente como mínimo de gasto e o máximo de segurança e eficiência.</p>
--	--	--	--	---	---

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

				<p>estranho no olho, coçar, pressionar o olho também deve ser evitado;</p> <p>O olho deve permanecer com penso oclusivo nas 24h seguintes á cirurgia, depois disso deve usar óculos escuros durante o dia e uma proteção rígida durante a noite durante um período de 4 semanas após a cirurgia.</p>	
<p>10. 2021. EUA. Korn, Tommy App helps patients with cataracts have smoother surgery process</p>	<p>O objetivo do artigo é apresentar um aplicativo informático baseado na plataforma de saúde de código aberto da Appel, que usa smartphones e dispositivos de saúde para ajudar os doentes nos seus cuidados médicos.</p>	<p>Não se aplica</p>	<p>Não se aplica</p>	<p>O aplicativo oferece vídeos sobre os cuidados pré-operatórios e pós-operatórios, nomeadamente como administrar os colírios, o que pode ou não fazer depois da cirurgia. Fornece links de acesso direto ao portal do doente e prescrições eletrónicas. O aplicativo permite também a representação gráfica dos níveis de recuperação pós-operatória, como os níveis de adesão à aplicação dos colírios, o grau de sensação de dor ocular, e a atividade de desempenho em testes de acuidade visual.</p>	<p>Os objetivos do aplicativo são entre outros a redução de cancelamentos cirúrgicos, diminuindo as complicações pós-operatórias e proporcionar uma experiência de saúde digital excelente. Verificou-se um aumento da motivação dos doentes, havendo 100% de adesão, fazendo tudo o que lhes é pedido antes e depois da cirurgia. A maioria dos dentes com catarata são idosos, no entanto a idade não se demonstrou uma barreira ao uso do aplicativo, tendo-se encontrado bastantes doentes idosos muito motivados para o uso deste aplicativo. Verificou-se que questões e preocupações pós cirúrgicas podem se resolvidas como recurso à telemedicina com o uso do aplicativo evitando que o doente tenha de se deslocar à unidade de saúde. Relativamente aos cancelamentos cirúrgicos nos 6 meses anteriores ao uso do aplicativo, quando as informações eram fornecidas em papel e através de telefonemas para 542 doentes 5% a 7% das cirurgias foram canceladas. Nos 6 meses seguintes o aplicativo foi usado para instruções e lembretes para 349 doentes agendados para cirurgia, nenhuma foi cancelada. Em relação à adesão à aplicação dos colírios verificou-se que em 542 doentes que receberam as instruções em papel do modo e frequência de aplicação dos</p>

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

					colírios a taxa de adesão foi de 50% a 65%, com a utilização do aplicativo a taxa de adesão ao tratamento foi de 80%. Numa outra pesquisa, em 35 doentes cirúrgicos entrevistados, 95% referiram preferir o aplicativo em relação a instruções em papel. 90% refere que as informações do aplicativo ajudam na compreensão das instruções pós-operatórias, 97% refere que usaria o aplicativo em cirurgias futuras e 93% afirmam que o aplicativo melhorou a sua experiência cirúrgica.
11. 2020. Botswana. Molao, Chatawana; Mmoloki, Tatowela Postoperative eye care in Botswana: the role of ophthalmic nurses	O objetivo deste artigo é dar a conhecer o papel dos enfermeiros oftalmológicos, nos cuidados pós-operatórios em cirurgias oftalmológicas no Botswana.	Não se aplica	Não se aplica	Cuidados oftalmológicos pós-operatórios imediatos na enfermaria: Educar os doentes sobre sua situação, avaliar os olhos para despiste de sinais de complicações e administrar medicamentos de acordo com as instruções do oftalmologista. Isso continua até que o paciente receba alta do hospital. Preparação do regresso a casa: O ensino dos cuidados pós-operatórios a ter em conta pelo doente no regresso a casa depende do tipo de cirurgia. No entanto a ênfase é colocada nos cuidados oculares em casa, administração de medicamentos (colírios) oftalmológicos e cuidados inerentes à instilação dos mesmos, prevenção e reconhecimento de complicações precoces ou tardias, nomeadamente: dor, perda de visão e secreção ocular anormal, para que saibam quando procurar ajuda. É solicitado ao doente que indique o seu número de telefone ou de o familiar/acompanhante de referência para que possa receber notificações sobre as consultas de revisão pós-operatórias agendadas, isto aumenta a confiança entre o doente e o	Não se aplica

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

				<p>sistema de cuidados oftalmológicos e melhorou o nível de adesão dos doentes à toma de medicamentos oftalmológicos prescritos e o retorno às consultas de acompanhamento.</p> <p>No caso específico da cirurgia de catarata, os cuidados indicados devem ser seguidos durante 6 semanas, são eles: não dormir para o lado do olho operado; evitar varrer; não baixar a cabeça ao nível dos joelhos; evitar poeiras e fumos; não usar sabonete na cara ou na cabeça; não tapar o olho operado; não tocar ou esfregar no olho operado; evitar trabalhos pesados como cortar lenha; retomar a medicação habitual prescrita; recorrer aos serviços de saúde se tiver dores fortes no olho e olho ficar vermelho; evitar feridas no olho operado; comparecer às consultas de <i>follow up</i> conforme indicado.</p> <p>É entregue ao doente estas indicações por escrito.</p> <p>Planeamento da alta: O planeamento da alta começa no dia da admissão. As enfermeiras oftalmológicas planeiam uma reunião com os doentes e os seus familiares/acompanhantes para discutir a cirurgia planeada, possíveis resultados, cuidados pós-operatórios imediatos durante o internamento e os cuidados pós-operatórios em casa.</p>	
12. 2010. EUA. Ortoleva C. An approach to consistent patient education	<p>Criar um formulário padronizado relativo aos cuidados pós-operatórios, evitando seguir instruções manuscritas para a redução de incidentes relacionados com</p>	Não se aplica.	Não se aplica.		<p>Com a introdução dos formulários os enfermeiros peri operatórios notaram menos dificuldade em ler e seguir as indicações do médico, e houve uma diminuição significativa na necessidade de encontrar um cirurgião para interpretar ou esclarecer as indicações. Os enfermeiros</p>

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

	informações omitidas ou mal interpretadas.				desta área estão satisfeitos com a melhoria e acredita-se que o uso dos formulários contribuiu para a segurança dos cuidados prestados aos doentes e família/acompanhante desde o pré-operatório passando pelo intra e no pós-operatórios. Relativamente aos telefonemas pós-operatórias, os enfermeiros notaram um aumento na adesão dos doentes aos cuidados pós-operatórios e uma redução na confusão ou mal-entendidos que se verificavam quando as indicações para a alta eram manuscritas pelos cirurgiões. Os doentes demonstraram grande satisfação com o uso de formulários fáceis de entender, que tornaram a perceção dos cuidados pós-operatórios mais clara e objetiva.
13. 2021. Portugal. Costa, Dina; Maltez, Filomena; Mota, Liliana; Príncipe, Fernanda; Costa, Dina; Maltez, Filomena; Mota, Liliana; Príncipe, Fernanda Relevance of information when elderly returning home after cataract surgery: nurses' perspective	O objetivo do artigo é explorar a informação que os enfermeiros relevam na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia de catarata.	6 enfermeiros de cirurgia ambulatório.	Estudo de investigação qualitativo; colheita de dados com recurso à técnica de <i>focus group</i> ,	Fatores facilitadores/inibidores: Idade, a capacidade cognitiva, a consciencialização da sua situação clínica e os fatores socioeconómicos. Gestão do regime terapêutico: Para bem gerir o regime medicamentoso os enfermeiros consideram relevante a informação centrada na dose, horário, estratégias para gerir o regime medicamentoso, o escalonamento da terapêutica e a sua complexidade e as estratégias utilizadas. A preparação prévia iniciada na consulta pré-operatória com vista à antecipação de necessidades é de extrema importância para o sucesso da gestão do regime terapêutico. Promoção do potencial de autonomia: os enfermeiros na capacitação do doente centram a informação nos sinais de alerta,	Após a realização do estudo pode-se afirmar que os enfermeiros consideram os fatores facilitadores/ inibidores (idade, capacidade cognitiva, consciencialização da situação clínica e socioeconómicos), a gestão do regime terapêutico (regime medicamentoso e preparação prévia) e a promoção do potencial de autonomia (capacitação e gestão organizacional), como relevantes na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia de catarata, cujo tratamento para recuperação da capacidade visual é realizado maioritariamente em regime de cirurgia de ambulatório através da técnica de facoemulsificação . O reconhecimento da informação que os enfermeiros salientam na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia da catarata é fundamental para a sua intervenção terapêutica, uma vez que

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

				posicionamento, higiene e atividades de vida diária, tendo como objetivo das suas intervenções a promoção do potencial de autonomia do doente. A gestão organizacional tem impacto significativo na prática clínica dos enfermeiros, emergindo a disponibilidade dos enfermeiros para informar o doente e a própria estrutura física do serviço de cirurgia de ambulatório.	permite o reconhecimento das áreas clínicas a considerar em prol de uma prestação de cuidados que vá ao encontro das reais necessidades da pessoa idosa.
<p>14. 2010. Cuba. Cruz Almaguer, Aymara; Ricardo Suárez, Fidel; Zaldivar Rodríguez, Ilza; Campo Gonzales, Marcia; Ramirez Silva, Zolanyi; Cruz Bermúdez, Maydelín</p> <p>Gestión de riesgos asociados a cirugía de catarata mediante plan de cuidado estandarizado</p>	O objetivo do artigo é desenhar um plano de cuidados padrão para gerir os riscos associados à cirurgia de catarata.	Não se aplica	Estudo qualitativo, colheita de dados com recurso à técnica de <i>focus group</i> .	<p>Foram identificados e selecionados os problemas reais e potenciais que mais afetam os doentes sujeitos a cirurgia de catarata considerando os diagnósticos de enfermagem baseados na taxonomia NANDA:</p> <p>Disposição para melhorar conhecimentos; Falta de autocuidado no vestir e arranjo; Risco de quedas; Risco de lesões no peri-operatório; Ansiedade; Risco de infeção e contaminação; Dor aguda.</p>	<p>Na cirurgia de catarata foram identificados vários incidentes e eventos adversos, entre eles: operar o olho errado, intervenção errada no olho correto, complicações intraoperatórias oculares gerais e implantação de uma lente intraocular cujo poder dióptrico não corresponde ao que o doente necessita. Os principais fatores de risco que foram identificados para a ocorrência destes eventos adversos são: Problemas de comunicação entre a equipa multidisciplinar e entre esta e o doente e família/acompanhante, falha na verificação dos procedimentos e equipamentos, falta de um sistema de marcação uniforme, ausência de uma lista de verificação pré-operatória uniforme, avaliação incompleta do doente, distrações ou indisponibilidade para fornecer informações e barreiras culturais, verbais ou de idioma.</p> <p>A ocorrência de eventos adversos neste tipo de cirurgia deve-se a fatores organizacionais, institucionais, tecnológicos e humanos.</p> <p>A prestação de cuidados, pela equipa multidisciplinar, de forma coordenada e sistematizada é importante para reduzir a incidência de eventos adversos.</p> <p>Cada membro da equipa, deve conhecer bem as suas funções, que devem estar protocolizadas.</p>

Intervenções de Enfermagem no regresso a casa após cirurgia de catarata: uma scoping review

					A realização de planos de cuidado padronizados permite unificar critérios e uniformizar a atuação dos enfermeiros na cirurgia de catarata, de forma a minimizar erros e complicações, sem nunca descurar o doente, adaptando o plano de cuidados à sua individualidade e especificidade.
15. 2008. Espanha. Soto, M. N.; Silvestre, M. C.; Andonegui, J. Concordancia oftalmólogo-enfermera en la primera exploración post-quirúrgica de la cirugía de cataratas	O objetivo do artigo é analisar a concordância entre oftalmologista e enfermeiro na primeira consulta pós-operatória da cirurgia de catarata.	129 doentes submetidos à cirurgia de catarata. 78 mulheres e 51 homens com idade média de 73,1	Foram definidas as variáveis a serem avaliadas na primeira consulta pós-operatória e estudada a concordância entre oftalmologistas e enfermeiros na identificação das complicações mais frequentes na cirurgia de catarata. Variáveis em estudo: Aumento da pressão intraocular (PIO) > 22 mmHg; edema corneano grave, seidel positivo; irregularidade pupilar; prolapso da íris e reação inflamatória da câmara anterior.	Pré-operatório: Biometria; fornecimento de informações peri operatória; obtenção de consentimento informado. Pós-operatório, primeira consulta: retira o penso ocular; limpeza do olho com soro fisiológico; exploração do olho operado na lâmpada de fenda; educação para a saúde ao doente e familiar/acompanhante, através ensinios sobre possíveis complicações como dor e perda de visão; informa o doente sobre a data da próxima consulta, cuidados pós-operatórios, orientações para o tratamento médico, complicações que podem surgir e um contacto telefónico para onde deverão ligar se ocorrer alguma complicação.	Relativamente ao aumento da pressão intraocular PIO > 22 mmHg, irregularidade pupilar e reação inflamatória da câmara anterior, a concordância foi de 100%. Na presença de Seidel a concordância geral foi de 98,45%. No edema corneano houve concordância geral de 94,57%. Neste estudo, a frequência de complicações identificadas na primeira consulta pós-operatória é muito baixa. A concordância entre oftalmologista e enfermeiro no primeiro exame pós-cirúrgico ultrapassa os 95% em todos os casos, indicando alta confiabilidade dos enfermeiros para detetar complicações. Conclui-se que os enfermeiros estão aptos, após um período de maior treinamento, a realizar a primeira consulta de pós-operatório

