



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

Maria Elisabete da Costa Martins

**ENFERMAGEM AVANÇADA EM PERIOPERATÓRIO:
MAIS ENFERMAGEM NA ENFERMAGEM - SCOPING REVIEW**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

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

Enfermagem Avançada Em Perioperatório: Mais Enfermagem Na Enfermagem – Scoping Review

Relatório Final de Estágio

MARIA ELISABETE DA COSTA MARTINS

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 do Professor Mestre Bráulio João Nunes de Sousa

Oliveira de Azeméis| 2023

A essência do conhecimento é aplicá-lo,
uma vez possuído

Confúcio

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Mestre Bráulio Sousa, orientador deste percurso, pelo apoio incondicional e constantes, pela presença e incentivo, pelas reflexões e partilhas.

À minha família que ao longo da minha vida está e é presente, amando incondicionalmente, suportando as ausências e os silêncios. Aos meus pais, Ludgero e Marília por me terem dado asas para voar, à minha irmã, Ana, por ser um exemplo e uma referência constante e me dar ânimo quando já não era possível obtê-lo em mim, à minha sobrinha Beatriz, por manter um brilho na minha vida!

Às minhas amigas...a ti Sónia A., amiga de uma vida, pela omnipresença; a ti, Filipa P. pelas partilhas diárias, estar e ser, sempre; a ti, Sandra C., pelo incentivo e apoio constante. Ao Paulo B., pela ajuda preciosa.

À equipa que me desperta sentimentos de pertença, me acolheu, me ensinou e ensina, me incentiva sempre e com quem é tão gratificante trabalhar. Obrigada aos quatro magníficos!

À minha tutora de estágio Enfermeira Especialista Mestre Ana Afonso, por acreditar em mim. A todos os Professores do Curso de Mestrado, pela dedicação na formação de Enfermeiros especialistas e Mestres.

À minha mãe, a quem privei da minha presença e que sempre disse do imenso orgulho de me ter filha-enfermeira.

À memória dos que permanecerão sempre em mim...

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses

AORN - Association of periOperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

EA – Enfermagem Avançada

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCEPSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EnfA – Enfermeiro Avançado

EPSP - Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EUA - Estados Unidos da América

ICN – International Council of Nurses

IPST - Instituto Português do Sangue e Transplantação

JBI - Joanna Briggs Institute

MS – Ministério da Saúde

Nº - Número

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCC – População, Conceito e Contexto

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

PSPo – Pessoa em Situação Perioperatória

SO – Suíte Operatória

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

RESUMO

A especialização da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória é a área da Enfermagem Médico-Cirúrgica que, colocando a pessoa no centro, pretendendo cuidados holísticos, de qualidade, integrados numa cultura de segurança, reflexivos, impregnados da prática baseada na evidência, pelo que este documento objetiva declarar a aquisição de competências especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, nas componentes estágio e investigação, demonstrando uma Enfermagem Avançada. Na primeira parte realiza-se o enquadramento do desenvolvimento prático, na vertente descritiva e crítico-reflexiva do caminho percorrido para a aquisição de competências especializadas comuns e específicas. O estágio realizou-se em bloco operatório de Hospital central da Região Centro, nas vertentes cirurgia geral e transplantação, sob orientação dos objetivos comuns e específicos considerados pertinentes, para uma prática diferenciadora, conjugando a tomada de decisão complexa, ética, em consonância com a consciência cirúrgica e enquadrada na enfermagem avançada. A segunda parte corresponde ao percurso da investigação, que emerge do propósito de reconhecer a importância da Enfermagem Avançada em contexto perioperatório. Estando implementada, regulamentada e reconhecida num número crescente de países, para obviar problemas de acessibilidade aos cuidados de saúde de qualidade e como forma de controlar custos dos sistemas de saúde, mantendo ou elevando os níveis de qualidade de cuidados e satisfação de pessoas, famílias, comunidades, não está formalmente implementada em Portugal. Realizou-se uma revisão da literatura do tipo *scoping review*, sob a metodologia do *Joanna Briggs Institute* na versão de 2020. Ao mapear os ganhos obtidos pelas pessoas em situação perioperatória, famílias e profissionais, compreendeu-se que a Enfermagem Avançada em contexto perioperatório se desenvolve principalmente nos domínios educação, coordenação, investigação e inovação, permitindo diminuição de custos, melhoria da qualidade de cuidados, melhoria dos resultados de saúde e prática baseada na evidência, tornando-a válida para o contexto perioperatório e dando visibilidade à Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Avançada; Enfermagem Perioperatória; Prática Baseada na Evidência

ABSTRACT

The Perioperative Nursing specialty is a Medical-Surgical Nursing area that, by placing the person at its center, intends for holistic quality care, integrated in a safety culture, reflection and impregnated with an evidence-based practice, henceforth this document aims to proclaim the acquisition of specialized skills in Perioperative Nursing, in both internship and research contexts, indicative of Advanced Practice Nursing. In the first part, the outline of practical development is carried out, in the descriptive and critical-reflective aspects of the means taken for the acquisition of specialized skills, both common and specific. The internship took place in the operating room of a main Hospital in the Central Region, in the specialties of general surgery and transplantation, under the guidance of common and specific objectives considered relevant for a discerning practice, combining complex and ethical decision-making, in line with surgical awareness and in the context of Advanced Practice Nursing. The second part corresponds to the course of the investigation, which develops from the resolve of recognizing the importance of Advanced Practice Nursing in the perioperative context. Although already implemented, regulated and recognized in an increasing number of countries, by means of assisting in overcoming problems of accessibility to quality health care and as a way to control costs while maintaining or raising the levels of quality of care and satisfaction of people, families and communities, it is not formally implemented in Portugal. Using the Joanna Briggs Institute methodology in the 2020 version, a scoping review of the literature was carried out. When mapping the gains obtained by people (families and professionals) in a perioperative situation, it was understood that Advanced Practice Nursing in the perioperative context is established mainly in the fields of education, coordination, research and innovation, allowing cost reduction, improvement in the quality of care, health outcomes and evidence-based practice, making it valid for the perioperative context and giving prominence to Nursing.

Keywords: Advanced Practice Nursing; Perioperative Nursing; Evidence-Based Practice

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos tipos de estudos	75
Tabela 2 - Categorias.....	76
Tabela 3 – Domínios	77

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos artigos	72
Gráfico 1 – Distribuição das publicações por ano	73
Gráfico 2 – Distribuição das publicações por país	74

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	21
1. Enquadramento dos contextos de estágio	23
1.1. Estágio em contexto de bloco operatório – Cirurgia Geral	25
1.2. Estágio em contexto de bloco operatório – Transplantação	27
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.....	39
4. Considerações finais	51
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	53
1. Resumo	55
2. Abstract.....	57
3. Fundamentação/enquadramento teórico	59
4. Finalidade e objetivos	65
5. Metodologia.....	67
5.1. Desenho do estudo	67
5.2. Considerações éticas.....	70
6. Resultados.....	71
7. Discussão.....	79
8. Conclusão	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	103
ANEXO I: Sessão de Formação: Eletrocirurgia: Práticas Seguras Prática Baseada na Evidência	105
ANEXO II: Manual Planear em Cirurgia Geral	105

ANEXO III: Procedimento de Trabalho	235
ANEXO IV: Sessão de Formação: Enfermagem Avançada: Mais Enfermagem na Enfermagem	243
ANEXO V: Protocolo de Investigação PRISMA -ScR.....	249
ANEXO VI: Estudos Incluídos	257
ANEXO VII: Estudos Excluídos.....	281

INTRODUÇÃO

A prestação pública de contas, as decisões responsáveis e participativas, a transparência e a auditoria clínica focadas nos melhores níveis de qualidade, monitorizando e comparando as melhores práticas padronizadas, com a pessoa no centro do sistema de saúde, enformam a moderna gestão em saúde e o processo de governação clínica. A evidência científica tem mostrado o subsídio da Enfermagem enquanto ciência e arte para a saúde e bem-estar de indivíduos, famílias e comunidades. A sua intervenção é política, ambiental e social, desenvolvendo-se no ensino, na investigação, na práxis e na gestão. A adoção de práticas seguras deve ser o guia orientador.

No seu percurso de crescimento e consolidação política e social, a Enfermagem tem produzido conhecimento científico. As suas teorias e modelos vêm sendo utilizadas no enquadramento da conceção, prestação e avaliação de cuidados.

O contexto perioperatório constitui-se como um sistema de elevada complexidade, onde atuam equipas multidisciplinares, elevada mudança tecnológica, impondo-se a necessidade de implementar modelos de atuação de modo a permitir uma filosofia de melhor desempenho e que promova uma cultura de segurança.

A complexificação do ambiente perioperatório e elevada exigência científica, tecnológica e dos cidadãos alvo e centro de cuidados, conduz à necessidade de especialização das práticas e das competências dos enfermeiros perioperatórios, pelo que a Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EPSP) se posiciona para a melhoria contínua dos processos, qualidade dos cuidados, gestão de riscos, segurança da Pessoa em Situação Perioperatória (PSPo), dos profissionais e do ambiente, para a consistência da prática baseada na evidência (PBE), para o cuidado holístico e integral, reconhecendo a vulnerabilidade da pessoa, para uma elevada consciência cirúrgica, para a educação, investigação e disseminação de resultados, para a gestão e para a liderança.

O Código Deontológico dos Enfermeiros, estabelece uma permanente atualização da cultura científica e da preparação técnica dos profissionais, com o propósito de promover melhor qualidade dos cuidados no pleno respeito pela dignidade da pessoa.

O Enfermeiro Especialista (EE) e em particular o EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCEPSP) está

implicado no processo de cuidados assegurando uma resposta eficaz e competente da equipa. Deve coordenar equipas, exercendo competências de educação, gestão e liderança, permitindo-lhe exercer uma Enfermagem Avançada (EA) com implicações para a prática e os resultados. Usa a comunicação e a informação de forma assertiva e eficaz, transmite confiança aos seus pares, adequa as competências individuais às necessidades concretas, torna-se um referencial de cuidados para os pares e para a equipa multidisciplinar, atua consistentemente com a PBE e assume a PSPo no centro de cuidados, valorizando a sua individualidade, de acordo com os princípios éticos e deontológicos.

A PBE é uma forma organizada, coerente e segura de prestação clínica, obtendo os melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, para a tomada de decisão complexa (Peixoto et al., 2016). A PBE combina o conhecimento científico, a expertise profissional e os valores e desejos da pessoa cuidada e a sua utilização deve ser apoiada e disseminada, sendo os EE os veículos ideais nesse propósito, em todos os contextos em que atuam, assumindo-se como Enfermeiros Avançados (EnfA).

A EA é o campo da Enfermagem que expande os limites da prática, caracterizada pela integração e aplicação do conhecimento teórico, PBE com aplicação na práxis, que decorre de formação pós-graduada mínima de mestrado (ICN, 2008, 2020). Surge nos anos 1890, mas inicia a sua expansão e implementação real nos anos 1960, nos Estados Unidos da América (EUA) e Canadá. Assoma numa conjuntura de controlo de custos, em áreas rurais com acessibilidade a cuidados de saúde comprometida, sobretudo médicos, ampliando a sua prática a contextos de populações com baixos rendimentos económicos (Hibbert et al., 2017; Lewis, 2022; Schober, 2019). A prática evoluiu do modelo biomédico para modelos centrados na pessoa, família e comunidade; holísticos e observam o ser humano como ser integral, único, original nas suas singularidades e participante nas tomadas de decisão; cuidados preventivos, curativos e de reabilitação; com foco em serviços de saúde diretos e indiretos de nível avançado e gestão de doenças crónicas (ICN, 2020).

O EnfA adquiriu conhecimentos especializados, habilidades complexas de tomada de decisão e competências clínicas para uma atuação ética ampliada e concordante com os contextos. Detém conhecimentos aprofundados e alargados, assentes em formação - especialização e mestrado, observação discriminada e investigação, que lhe permitem desenvolver meta-competências, capacidade de priorização, comunicação, supervisão e gestão da mudança para dar resposta a situações complexas, através de processos de tomada de decisão. Age reflexivamente, planeia e avalia consistentemente (Queirós, 2017). O EnfA é o enfermeiro, cuja formação mínima de mestrado, lhe permite conjugar a prática clínica, a ciência e a

Disciplina, ou seja, uma PBE, transpostos pela tomada de decisão, liderança e capacitação do próprio e da pessoa alvo de cuidados, ajudando-a nos seus processos de transição e de gestão de autocuidados, como tal, é uma Enfermagem que aporta mais Enfermagem. Os papéis desempenhados pelos EnfA incluem a atuação clínica direta, a investigação – integrando novos conhecimentos na práxis, a educação - de doentes/famílias e pares, a consultoria e a liderança - de equipas e de sistemas, a coordenação e gestão de cuidados e equipas, traduzindo-se em mudança, inovação e políticas (ICN, 2008, 2020).

Atendendo ao conhecimento adquirido sobre a EA que motivou a sua expansão por vários países com níveis de desenvolvimento variáveis, com ganhos identificados, parece-nos relevante considerar o caso português.

O sistema de saúde português sofre uma pressão crescente com populações envelhecidas, com elevada prevalência de doenças crónicas, baixo investimento, profissionais de saúde com má distribuição geográfica e aumento das listas de espera, no qual a equidade no acesso aos cuidados de saúde é ainda mais premente (OCDE, 2023; Temido, 2014).

A emergência da evolução epidemiológica exige novos paradigmas de cuidados e modelos de organização do trabalho. A adaptabilidade e mudança de funções entre médicos e enfermeiros tem demonstrado obter ganhos em acessibilidade, qualidade de cuidados e diminuição de custos (Temido, 2014).

Algumas dificuldades na introdução de novos papéis, podem ser controladas pela combinação de *skill mix* através de *task shifting*, (OMS, 2018; Temido, 2014). Assumindo a pertinência de manter colaboração profícua entre profissões e entendendo que o foco da EA não deve ser a substituição de outros profissionais, mas o aprofundamento e exercício da profissão no escopo da sua formação, conduzindo a uma valorização da Ciência de Enfermagem e da profissão, a visão defendida no nosso estudo, releva que as especialidades em Enfermagem aportam conhecimento que deve traduzir-se na práxis, não devendo ser confundida com a prática avançada de enfermagem.

As iniquidades observadas anteriormente no caso português, podem ser mitigadas com a introdução da EA, tal como ocorreu em vários países, permitindo a otimização e controlo de custos e de ganhos na acessibilidade.

Assim, e considerando a complexidade do ambiente perioperatório e do Bloco Operatório (BO) em específico, atendendo às competências específicas do EEEMCEPSP e observando a importância dos enfermeiros para a obtenção de bons resultados em saúde, considerou-se a

pertinência de divulgar os princípios da EA como um dos meios de obviar problemas do sistema de saúde português e obter excelentes resultados em saúde.

Realiza-se uma *scoping review* sob a metodologia do *Joanna Briggs Institute* na versão de 2020, com os objetivos de mapear a evidência existente sobre a prática de EA em contexto perioperatório e identificar as mais-valias desta prática para as pessoas em situação perioperatória, famílias e sistemas de saúde, através das suas organizações, produzindo contributos para a sua implementação e disseminação.

Para compreensão da evolução do percurso, estrutura-se o trabalho em dois capítulos. O primeiro refere-se ao momento de estágio clínico com enquadramento do contexto de estágio, a análise crítico-reflexiva da aquisição de competências gerais e específicas do EEEMCEPSP e considerações finais. O segundo capítulo compreende a investigação empreendida com explanação da finalidade e objetivos, da metodologia utilizada, apresentação e discussão de resultados, conclusão e as considerações finais acerca do percurso.

Compreende-se que a qualidade dos cuidados, a continuidade e segurança dos mesmos, assim como a satisfação da PSPo são motivos importantes para o desempenho dos EnfA no contexto perioperatório.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

As organizações de saúde operam em cenários muito complexos e competitivos, impondo-se a implementação de metodologias de melhoria contínua. A evolução da tecnologia e o crescente aumento das despesas em saúde, a necessidade de tornar os sistemas mais eficientes e a consciência da finitude dos recursos, geram necessidades de reestruturação dos sistemas tornando-os mais eficientes, eficazes e concordantes com a evidência científica, dando lugar à PBE, com foco na qualidade de cuidados e tendo a pessoa no centro de cuidados.

Os cidadãos têm direito a aceder aos cuidados de saúde ajustados à sua situação, no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, enquadrando os aspetos éticos da prestação de cuidados com o respeito pela dignidade da pessoa humana, de acordo com a melhor evidência científica e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde.

O Código Deontológico dos Enfermeiros, publicado na Lei número (nº) 156/2015 de 16 de setembro, estabelece uma permanente atualização da cultura científica e da preparação técnica dos profissionais, com o propósito de promover melhor qualidade dos cuidados no pleno respeito pela dignidade da pessoa.

Os cuidados de enfermagem alicerçam-se na relação entre enfermeiro e a pessoa, família, comunidade, sob uma perspetiva ética e deontológica de respeito pela dignidade, valores, crenças e vontade, da qual decorre a relação terapêutica e de parceria para o cumprimento dos projetos de saúde individuais (OE, 2001).

A prestação de cuidados de enfermagem, ocorre em diversos contextos: na área hospitalar, saúde pública, cuidados de saúde primários, cuidados continuados, cuidados paliativos, cuidados pré-hospitalares, na comunidade e enfermagem no trabalho, para a promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação, readaptação e palição, conforme o Decreto-Lei nº 71/2019 de 27 de maio.

A Ordem dos Enfermeiros (2004) (OE) define Bloco Operatório (BO) como “uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório” (p. 1). A Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP) considera o BO como a “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por

meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (AESOP, 2006, p.20).

No universo hospitalar, o BO assume particular relevância dado que a “qualidade e o nível de resultados obtidos pelos serviços da área cirúrgica são vitais no processo de desenvolvimento e afirmação de um hospital, e por isso é gerador de um singular impacto na organização” a nível do financiamento e das relações que estabelece com todas as unidades funcionais da organização a que pertence (Bilbao & Fragata 2006, p. 279).

No seu percurso de crescimento e consolidação política e social, a Enfermagem tem produzido conhecimento científico. As suas teorias e modelos vêm sendo utilizadas no enquadramento da conceção, prestação e avaliação de cuidados. O enquadramento e exercício dos cuidados de enfermagem perioperatórios é também ele fundamentado em teorias - “articulação organizada, coerente e sistemática de um conjunto de afirmações relacionadas às perguntas significativas de uma disciplina (...) com o objetivo de descrever os fenômenos, explicar as relações entre eles e predizer consequências ou prescrever o cuidado de enfermagem” (Neto et al., 2016, p. 16). Estas são produzidas a partir de conceitos, modelos e proposições, fundamentando a prática, orientando a tomada de decisão e explicando a abordagem utilizada, pelo que se materializam como instrumentos de trabalho com utilidade para a educação, a prática, a investigação e a gestão. São, conhecimento formal e prático, conferindo à disciplina um carácter distintivo e exclusivo, conduzindo à autonomia (Neto et al., 2016; Porto et al., 2013; Queirós et al., 2014).

É neste enquadramento que acolhemos o *Perioperative Patient Focused Model* - Modelo Perioperatório Centrado na Pessoa [tradução nossa], apresentado pela *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN) em 1999. Tendo significado para a prática, o ensino e investigação, incorpora a prática profissional do enfermeiro perioperatório, fundamentando-se em quatro princípios: centrado na PSPo; orientado para os resultados; é representativo da práxis perioperatória; é ilustrativo da experiência da PSPo. Desenvolve-se nos domínios: segurança da PSPo, respostas fisiológicas, respostas comportamentais e sistema de saúde (Rothrock & Smith, 2000). Os cuidados de enfermagem perioperatória fundamentam-se na PBE, observando a segurança, para obterem a melhor resposta fisiológica e comportamental da PSPo, sem esquecer o contexto em que decorrem, isto é, os constrangimentos do sistema (Van Wicklin, 2020). Assim, este é um modelo que se adequa ao desenvolvimento e expressão da EA.

Dentro dos enfermeiros perioperatórios e com particular acuidade o EEEMCEPSP atua em cinco áreas complementares - consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. O período perioperatório compreende a fase pré-operatória – desde o momento da tomada de decisão de intervenção cirúrgica até à transferência para a mesa operatória; fase intraoperatória – do acolhimento na mesa operatória até à transferência para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA); fase pós-operatória - desde a admissão na UCPA até se considerar a recuperação do processo cirúrgico/anestésico (Regulamento nº 429/2018).

Sob este enquadramento e na perspetiva da OE (2021), o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve privilegiar uma especialização de natureza profissional e investigação baseada na práxis, e essa atividade deve decorrer da realização de estágio em contexto profissional, permitindo e promovendo a aquisição de competências de natureza especializada dentro da profissão, faz-se o delineamento para o Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, decorrido no Bloco Operatório Central (BOC) de um Hospital Central da região Centro.

1.1. Estágio em contexto de bloco operatório – Cirurgia Geral

O Hospital Central onde decorreu o estágio é constituído a partir da publicação do Decreto-Lei nº 30/2011 de 2 de março, sendo constituído por diversos pólos. Detém 18 Centros de Referência e está presente em 11 Redes Europeias de Referência. O edifício que corresponde ao pólo onde decorreu o estágio foi inaugurado em 1986, com 1.208 camas, repartidas por unidades de internamento, num padrão de 33 camas, com um total de 114.000 m² de área de construção, repartidos por 10 pisos elevados e 4 abaixo do nível da entrada principal.

Organizacionalmente, os BO são prestadores de serviços, pelo que os profissionais residentes são Enfermeiros e assistentes operacionais. Os órgãos de gestão do BOC são constituídos por Enfermeira Gestora e o Diretor de Serviço.

A equipa de enfermeiros tem elevada rotatividade, sendo constituída, ao momento, por 114 enfermeiros. Existe um restrito grupo de EE que colaboram na gestão de acordo com as áreas de especialidade, EE Gestora do Risco e enfermeiros de ligação à Unidade de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (UPCIRA).

A localização central do BOC corresponde, tanto quanto possível, atendendo ao facto de a construção ser antiga, às orientações da ACSS (2011). Destacamos o serviço de esterilização, com uma sub-central de esterilização com gestão e organização autónoma em relação ao BOC, mas cujas instalações fazem parte integrante do BOC e UCPA, contígua ao BOC, constituída por duas áreas: Norte, com funcionamento 24/24 horas; e Sul que funciona entre as 11 e as 22h dos dias úteis;

O BOC é constituído por 12 suites operatórias (SO). Cada SO tem uma sala de apoio – onde se acondicionam acessórios de posicionamento, armários de materiais específicos da área de especialidade à qual a sala está afeta, solutos para uso diário e materiais de consumo clínico, como compressas, campos cirúrgicos, trouxas cirúrgicas e outros; uma sala de indução, assim concebida para ser o espaço para proceder à indução anestésica da PSPo, equipada com saídas de gases medicinais e rampa de vácuo, contudo nunca foi utilizada para esse efeito. Presentemente, e dada a escassez de espaços de armazenamento adequados às necessidades, existem armários de apoio à anestesia e de apoio à circulação, assim como materiais de proteção e conforto; zona de lavagem e preparação cirúrgica das mãos, que está equipada com uma porta de abertura manual; e a sala de operações, equipada com ventilador, mesa operatória, aspirador, carro de anestesia, unidade de eletrocirurgia, computador e mesas de apoio. Existe ainda uma vitrine onde estão acondicionados fios de sutura adequados às áreas cirúrgicas e materiais de apoio à circulação.

Embora as SO não estejam concebidas à luz do que hoje é preconizado e ainda contenham material de consumo clínico para a prossecução dos atos operatórios, o BOC está a dinamizar a aquisição de carros de circulação, para acondicionamento dos materiais necessários a cada intervenção, o que representa uma evolução nos métodos de trabalho.

Além de oferecer cirurgia de urgência 24/24 horas, o BOC tem uma elevada atividade cirúrgica, que decorre nos dias úteis, das 8 às 20 horas. Comporta permanentemente várias especialidades cirúrgicas: Urologia; Neurocirurgia; Ortopedia; Cirurgia Vascular; Cirurgia Geral, com as suas subespecialidades Bariátrica, Colo-Rectal, Esófago-Gástrica, Endócrina e Hepatobiliopancreática. De acordo com programação semanal, decorrem cirurgias das especialidades Ginecologia; Otorrinolaringologia; Cirurgia Maxilo-Facial; Cirurgia Plástica. Além desta atividade cirúrgica, no BOC está sediada a Cirurgia de Transplantação hepática de adultos e renal. Compreende a atividade cirúrgica dos Centros de Referência Cancro de adultos: esófago, reto, hepatobiliopancreático, testículo, transplante hepático e transplante de rim.

Delinearam-se como objetivos para o estágio, para as áreas de Cirurgia Geral e Transplantação:

- Organizar, identificar e analisar as práticas de cuidados de Enfermagem à PSPo e família, se possível, dentro do âmbito da EA: contribuir para a gestão do trabalho em equipa, fomentar a partilha e reflexão sobre o processo de cuidados e instituição de medidas corretivas; desenvolver momento de formação via presencial ou não presencial, divulgando e promovendo a EA e a atuação concordante com esta e com o desenvolvimento da consciência cirúrgica.
- Conceber e estruturar documentação de suporte à aprendizagem e à tomada de decisão em Enfermagem, com o propósito de discriminar e explicar as melhores práticas – PBE, no âmbito da enfermagem perioperatória: elaborar documento de suporte ao desenvolvimento das atividades de enfermagem perioperatória; propor e reorganizar a atuação da equipa, promovendo cuidados de enfermagem perioperatórios enquadrados na PBE e na EA.

Por forma a garantir o incremento da nossa formação em contexto prático, optou-se por desenvolver os objetivos delineados de forma gradual durante os dois momentos de estágio e ambos decorrem no mesmo serviço.

Considera-se que a prestação de cuidados perioperatórios de Enfermagem segundo a EA é uma Enfermagem que acrescenta a Enfermagem

1.2. Estágio em contexto de bloco operatório – Transplantação

A transplantação é a área da medicina que se dedica à alocação de órgãos células ou tecidos de um dador para um recetor. Em algumas circunstâncias, esta é a única forma de sobrevivência ou de aumentar a qualidade de vida de doentes.

A maior transformação na área da colheita de órgãos e transplantação, em Portugal, decorre da Lei nº 12/93 de 22 de abril. Nela inscreve-se o sistema de *opting out*, ou seja, consentimento presumido, que assume que todos os cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes no país são dadores de órgãos e tecidos *post mortem*, a não ser que procedam a inscrição no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) (crianças e incapazes, como designado na Lei, serão inscritos pelos seus representantes legais. O RENDA está normalizado pelo Despacho Normativo nº 700/94 de 1 de outubro. Através desta lei, aumentou significativamente a disponibilidade de órgãos para transplante, salvando e melhorando muitas vidas. Este sistema permitiu um desenvolvimento cultural, no sentido da

transplantação, e permitiu que Portugal se destaque como um dos países onde mais ocorre a colheita e transplantação de órgãos sólidos. As alterações legislativas conduziram à Lei nº 99/2017 de 25 de agosto que regulamenta esta área da saúde.

A doação de órgãos é possível, após a certificação de morte cerebral (provas realizadas em dois tempos), em situação de paragem cardiocirculatória refratária (não controlada), ou com dador vivo. Em Portugal, os órgãos que podem ser doados após a morte são rins, fígado, coração, pâncreas e pulmões. Podem também ser doados tecidos osteotendinosos, córneas, segmentos vasculares, válvulas cardíacas e pele. O dador vivo pode doar um dos rins, parte do fígado ou parte dos pulmões. A doação com dador vivo é uma das áreas na qual o país necessita fazer um investimento para aumentar a literacia em saúde das populações, a par da revisão legislativa para alargar colheitas em paragem cardiocirculatória (IPST, 2022).

Segundo dados do Instituto Português do Sangue e Transplantação (IPST) Portugal tem sido consistentemente um país com grande atividade nesta área. Em 2022, registaram-se 30,8 dadores/milhão de habitantes, com uma subida de 5,3% face ao ano anterior, sendo o terceiro país do mundo com maior atividade. No ano de 2022 transplantaram-se em Portugal 835 órgãos, o que representa uma subida de 4,5% (IPST, 2023).

A equipa de enfermeiros de transplantação do BOC é constituída por 17 profissionais: 6 ligados à área de anestesia e 11 às áreas de circulação e instrumentação. Estes profissionais pertencem à equipa do BOC e trabalham em várias áreas cirúrgicas, sendo a transplantação uma área adicional e não exclusiva.

No BOC ocorrem colheitas multiorgânicas realizadas com as equipas do próprio hospital e realizadas pelas equipas do próprio hospital em conjunto com equipas externas de outros centros de transplantação nacionais ou espanholas ao abrigo do memorando de entendimento Portugal-Espanha. A equipa do centro de transplantação do Centro realiza colheitas de órgãos no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Centro Hospitalar de Leiria, Unidade Local de Saúde da Guarda, Centro Hospitalar da Cova da Beira, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e Região Autónoma dos Açores.

Os órgãos colhidos podem ser transplantados no centro de transplantação do Centro ou serem enviados para outro centro, de acordo com os critérios clínicos e de conservação existentes.

Um dos maiores problemas com que a medicina de transplantação se depara é a escassez de órgãos, o que motiva o aumento de dadores vivos, por um lado, mas também da utilização

de órgãos com critérios expandidos, e mais recentemente, com o tratamento do órgão a transplantar. Estes órgãos que não seriam transplantáveis noutras circunstâncias, se submetidos a perfusão hipotérmica oxigenada, permitem a sua recuperação parcial e melhores resultados após transplante, nomeadamente diminuição de necessidade de re-transplante nos primeiros 7 dias e menores complicações biliares (IPST, 2022). O centro de transplantação do Centro foi pioneiro na sua utilização no país.

A equipa de enfermagem de transplantação atua no período intraoperatório na colheita de órgãos interna e externa, na transplantação hepática e renal no BOC e no Hospital Pediátrico.

Pela natureza desta atividade, que pode ocorrer em qualquer dia e a qualquer hora, a equipa está escalada em regime de prevenção das 15 às 8 horas nos dias úteis e nas 24 horas dos feriados e fins de semana.

Pela organização do BOC a SO onde decorre o transplante hepático não é exclusiva para esta atividade, o que traz implicações para a dinâmica de trabalho, podendo implicar o cancelamento de outros programas cirúrgicos e a redistribuição dos enfermeiros.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O EE é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019), pelo que o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, permite a aquisição de aptidões e aprofundados conhecimentos técnicos, científicos e humanos para um juízo clínico e tomada de decisão para responder, a par com a PSPo, aos seus processos de transição, adaptação e cumprimento dos seus projetos de saúde, que se traduzem em competências concordantes com uma prática especializada .

Uma competência é um conjunto de aptidões e atitudes, que revelam intencionalidade, comportamentos e conhecimentos relacionados e mobilizados para tornar eficaz uma ação dentro de um âmbito (profissional) específico. Patricia Benner desenvolveu um modelo de aquisição de competências baseado no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, nomeando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem, desde o nível iniciado, passando por avançado, competente, proficiente, até se tornar perito. Neste processo de desenvolvimento o indivíduo passa por níveis sucessivos de habilitações que refletem mudanças no uso do princípio abstrato para o campo do concreto, na perceção da situação concreta e na passagem de observador a executante envolvido (Benner, 2001). O profissional adquire competências pela experiência profissional e reflexão sobre ela, na relação consigo, com a pessoa cuidada, com os outros profissionais, mobilizando esses recursos adquiridos em estratégias para a tomada de decisão e para a ação (Benner, 2001; Farias, 2015).

O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento das competências de enfermeiro generalista, designadamente responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011). As competências comuns dos EE, demonstradas por elevada capacidade de conceber, gerir e supervisionar cuidados, fundamentado em formação, investigação e assessoria, desenvolvem-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Responsabilidade profissional, ética e legal: o processo de tomada de decisão assenta nos princípios do conhecimento científico das melhores práticas conjugando as preferências e decisões da pessoa, conferindo-lhe segurança, da ética e da deontologia profissional.

Os enfermeiros têm um mandato social de responder às necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidades. Esse mandato é cumprido na observância das regras que orientam o exercício – deontologia profissional, isto é, o agir profissional e o compromisso com o dever, orientado pelo processo de decisão da intervenção ou da sua delegação, pela qual é igualmente responsável, balizado pelo conhecimento científico, pelos valores, pela ética, pela dignidade das pessoas humanas que se encontram – enfermeiro e pessoa cuidada, defendendo-a e ao bem comum, em intervenções autónomas e interdependentes, dado integrar uma equipa multidisciplinar. A responsabilidade pelo cuidar profissional está, assim, delimitada pela deontologia profissional (OE, 2015).

No Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), publicado primeiramente no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, as intervenções autónomas são da iniciativa e responsabilidade exclusivas do enfermeiro, prescrevendo, implementando e avaliando, para a obtenção de ganhos em saúde. As intervenções interdependentes, em complementaridade funcional, decorrem da prescrição de outro profissional, mas executadas pelo enfermeiro, de acordo com as suas qualificações profissionais. Em ambas as circunstâncias, a observância da defesa da liberdade, da dignidade da pessoa humana, que se fundem no exercício da autonomia, é obrigatória (Decreto-Lei nº 161/96, 1996; OE, 2015).

O respeito pela autonomia, exercício de agir a partir de si mesmo, a par dos princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça que inclui a justiça distributiva estão na essência do agir em Enfermagem.

Em contexto clínico de Estágio, mantivemos a observância dos princípios éticos, legais e da responsabilidade profissional, certificando o consentimento da PSPo para os atos de enfermagem concorrentes para os melhores resultados, advogando em sua defesa e respeitando o seu quadro de valores e desejos. Assegurar que a PSPo compreende a informação e sente a liberdade para exercer o seu direito de esclarecimento é um imperativo. A obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido, seja escrito ou verbal oral, implica compreensão da informação, pelo que a adequação da linguagem utilizada, acessível ao interlocutor, é basilar, aporta segurança e deve estar sujeita a reflexão (DGS, 2015). O enfermeiro e o EE com maior acuidade, e no cumprimento do Código Deontológico, ausculta a PSPo para aferir esse conhecimento, intervindo para minimizar

dúvidas e solicitando a intervenção de outros profissionais, sempre que necessário, assegurando o respeito pela sua dignidade e autonomia, mesmo compreendendo que o período intraoperatório é aquele em que a pessoa se encontra mais vulnerável (OE, 2015).

A consulta de enfermagem perioperatória é o momento ideal para estabelecimento de relação com a PSPo, conhecimento mais profundo e preciso da PSPo, da família/pessoa significativa, transmissão de informação e esclarecimento de dúvidas, para a sua capacitação e empoderamento, para a diminuição de receios e ansiedade e para o planeamento antecipado dos cuidados, ajustando-os às necessidades individuais (AESOP, 2006; Santo et al., 2019). No BOC não está instituída a consulta de enfermagem pré-operatória, o que constitui uma amputação do direito da PSPo e do exercício integral da enfermagem perioperatória. Este facto obriga à tomada de decisão num quadro de maior imprevisibilidade, aumentando a complexidade do processo, todavia esta adaptação constante é uma das competências do EE, pelo que há um exercício constante da mesma.

Ainda concorrente para a atuação profissionalmente responsável, ética e deontológica, é o respeito pelas normas e procedimentos de trabalho instituídos e observantes da melhor evidência, assim como assegurar que toda a informação da PSPo está disponível para os profissionais implicados na prestação de cuidados, visando a continuidade de cuidados.

Melhoria contínua da qualidade: as organizações de saúde operam em cenários complexos e competitivos, impondo-se metodologias direcionadas para a melhoria contínua dos processos. A melhoria contínua, é uma cultura para a prestação de cuidados globais, seguros e integrais, colocando os cidadãos no foco das prestações, e como tal é um imperativo ético.

A deontologia profissional remete para o exercício profissional do enfermeiro com conhecimentos técnicos e científicos, o respeito pela vida e dignidade humanas, pela saúde e a adoção de medidas de garantia da qualidade dos cuidados e procura da excelência, com cuidados zelosos e competentes (OE, 2015).

A qualidade dos cuidados de saúde, prevista em documentos legislativos, impõe-se por razões de ordem social, com a crescente exigência e expectativa dos cidadãos; razões de ordem ética e deontológica - formação individual e profissional para elevados padrões de desempenho; e razões de ordem económica, pela necessidade de otimização dos recursos escassos (Afonso et al., 2022).

A qualidade é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas

do cidadão” (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, p. 13551). A melhoria contínua da qualidade a empreender pelo EE compreende três âmbitos: assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais de governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, comprometendo-se com programas de melhoria contínua; e assegurar um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Vários fatores contribuem para a otimização do BO. A sua conceção arquitetónica deve estar adequada às necessidades de profissionais e de utentes, assegurando qualidade e segurança e ser objeto de uma gestão efetiva, com adequados recursos humanos, equipamentos e materiais e “o controlo dos processos assistenciais, garantidos por sistemas implementados de melhoria contínua da qualidade, gestão do risco, informação e educação / formação, determina o nível de cuidados cirúrgicos prestados” (Ministério da Saúde (MS), 2015, p. 27).

Instituir programa de gestão para a melhoria da qualidade, proceder a revisões de processos, determinar indicadores de desempenho organizacional e políticas de segurança e qualidade, descrever metodologias de análise de indicadores e de eventos sentinela, definir metodologias de trabalho e aplicar ferramentas de suporte, são etapas que devem integrar um programa de melhoria contínua, de forma a promover uma cultura de segurança que conduz à consecução de objetivos definidos. A gestão do risco clínico desempenha um papel fundamental na melhoria da segurança e qualidade dos cuidados, sendo o EE um importante promotor destas atividades, conforme o nosso contributo.

A complexidade das organizações e os critérios multifatoriais relacionados com a segurança e a qualidade exigem abordagens sistémicas e integradas. A segurança é parte da qualidade dos cuidados e um direito inalienável da pessoa. Implica uma atitude proactiva na prevenção do risco e promoção da segurança, reunindo habilidades técnicas, científicas e a vontade dos profissionais, desenvolvendo ferramentas de boas práticas baseadas na evidência e determina a efetividade e eficiência dos programas de melhoria contínua, reduzindo custos e garantindo a máxima satisfação de profissionais e pessoas cuidadas, enquanto objetivo ulterior das organizações.

O EE deve ser o garante da melhoria contínua aproximando o seu conhecimento da práxis e assegurando a disseminação das melhores práticas e documentando-as. O desenvolvimento de ferramentas de suporte às atividades é uma forma de sedimentar o seu empreendimento.

O Sistema de Informação em Enfermagem permite a documentação das intervenções de enfermagem e facilita a continuidade de cuidados. O EE deve assegurar a sua utilização adequada. Um sistema de informação é “Conjunto interrelacionado de meios humanos,

informacionais, tecnológicos e metodológicos que permitem tratar e gerir a informação relativa a uma determinada realidade, com o objetivo de a estudar e suportar a tomada de decisões” (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2017, p. 51). Permite investigação, ensino, melhoria de cuidados, melhoria da qualidade e melhoria da eficiência dos serviços, isto é, melhorar a gestão, aumentando a *accountability*. O seu principal objetivo é contribuir para a qualidade dos cuidados, centrados na pessoa e nas suas necessidades, incluindo os cuidados médicos, de enfermagem, de terapêutica, suporte administrativo e de gestão. Em última análise, produz dados e deve produzir conhecimento, através da construção de indicadores de saúde.

Os enfermeiros concebem os cuidados que prestam dentro de um quadro conceptual, implicando um processo cognitivo ativo, inteligente, organizado e criativo, envolvendo a experiência, que facilita a intuição, a disposição afetiva e a capacidade de raciocínio para interligar dados colhidos e conceitos, utilizando uma linguagem própria, formulando um juízo clínico, sob um prisma de intencionalidade para a tomada de decisão e a produção de resultados, atendendo aos aspetos éticos, comunicação e atuação.

A participação na gestão do risco da unidade funcional, permite uma contribuição ativa na gestão de materiais e equipamentos, colaborando para a adequação de recursos às necessidades de cuidados seguros.

A manutenção de um ambiente seguro, no qual haja o respeito integral pela PSPo é dos princípios norteadores do EE. O nosso contributo nesta área operacionaliza-se na prestação direta de cuidados, na divulgação entre os pares desses princípios e ainda na participação em publicação científica integrada na obra Gestão nas organizações de saúde.

As propostas de melhoria apresentadas à gestão do BO e enquadradas na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros, embora fundamentadas não são realizadas em suporte documental próprio ou constituem documentação oficial da instituição, pelo que não é possível apresentá-las. Contributos para a melhoria: proteção de vidros de corredor de circuito livre para assegurar a privacidade da PSPo; definição de níveis mínimos de materiais disponíveis por SO; definição de níveis de segurança de materiais de consumo clínico; consultoria acerca de dispositivos médicos de uso único e de equipamentos; introdução de materiais e dispositivos de segurança, como exemplo o dispositivo magnético para corto-perfurantes quando caem; divulgação pela equipa da estrita necessidade de uso de saco de instrumentos e caixas de corto-perfurantes, em todas as circunstâncias e cirurgias.

Gestão de cuidados: ao EE cabe gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde implicada na prestação de cuidados; adequar a liderança e a gestão dos recursos às situações concretas e ao contexto, objetivando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

O processo de tomada de decisão é alicerçado em conhecimento técnico e científico com um entendimento único da complexidade do BO. Esse conhecimento é detido pelo EE, pelo que se assume como um referencial para outros profissionais, detendo um papel de consultor, concorrendo para a qualidade dos cuidados, colaborando ativamente nas decisões da equipa de saúde, advogando pela PSPo, como lhe compete na sua deontologia profissional e fazendo um uso assertivo da informação, que procura e transmite de forma eficaz (Regulamento nº 429/2018, 2018; OE, 2004).

A qualidade na saúde envolve os processos de gestão, basilares do sucesso das organizações. A gestão deve ser uma preocupação de todos os elementos da organização, que devem prestar serviços e cuidados da mais elevada qualidade - respeito pela pessoa e o uso responsável de recursos, otimizando-os e sendo mais eficiente (Martins, 2014). A escassez de recursos, consolidou a necessidade de apelo ao conhecimento científico que fundamenta os processos de tomada de decisão e a ideia de política baseada na evidência foi apropriada pelo Estado, com a área da saúde a receber especial atenção. Considera-se que assim se ampliam as probabilidades de decisões mais efetivas, com maiores benefícios à saúde das populações e menos custos económicos ou sociais.

Igualmente, nos processos de tomada de decisão, os profissionais de saúde e em particular os EE, devem alicerçar-se na PBE. Esta afirma-se pelo uso criterioso dos resultados das pesquisas científicas aplicadas à tomada de decisão clínica em Enfermagem, considerando as preferências da pessoa cuidada. O principal desafio à PBE é a sua implementação, porque significa transladar o conhecimento em ação, o que é um processo, por vezes, difícil e complexo (Peixoto et al., 2016).

O EE está implicado no processo de cuidados direta ou indiretamente assegurando uma resposta eficaz e competente da equipa. Assim, deve assumir o seu dever de coordenar equipas, exercendo competências de educação, gestão e liderança, permitindo-lhe exercer uma EA com implicações para a prática e os resultados.

A gestão tem de ser uma preocupação de todos os elementos da organização. Esta preocupação é particularmente importante num gestor de pessoas, que deve assumir-se como um líder na equipa. Gestão e liderança são conceitos distintos. A gestão centra-se no

planeamento, organização, direção e controlo. A liderança focaliza a visão e objetivos da organização, inspirando as pessoas e mantendo-as envolvidas. Todavia um bom gestor deve ser simultaneamente um líder da sua equipa (Mações, 2017; Parreira, 2005).

Segundo a AESOP (2006), o enfermeiro perioperatório como enfermeiro gestor, participa na coordenação e dinamização de todas as atividades inerentes à prática dos cuidados sendo da sua responsabilidade a interligação funcional de todos os utilizadores e prestadores de cuidados. O EE coordenador da equipa, deve ser o seu líder, assumindo procedência central de comunicação, sendo através dela que pode aspirar a manter a equipa coesa e focada nos interesses da organização, observando os interesses de todos, num processo partilhado, dirigindo mudanças positivas nas atitudes e comportamentos, que elevam a satisfação profissional e esta conduz à melhoria da qualidade dos cuidados (Homem et al., 2012; Mações, 2017; Parreira, 2005). A liderança materializa-se na capacidade de influência e envolvimento, devendo ser usada no sentido de provocar mudança positiva.

Nesse exercício, o EE, assegura que as equipas são de 3 elementos por cirurgia, nas diferentes atividades do enfermeiro perioperatório dentro do BO – anestesia, circulação e instrumentação, garantindo as dotações seguras recomendadas, que dizem respeito não apenas aos postos de trabalho, mas à adequação das competências de cada enfermeiro à área de desempenho e, assim, assegurando a qualidade dos cuidados e a segurança da PSPo (Regulamento nº 743/2019, 2019).

O EE assume-se, assim, como um líder de equipas, seja no sentido estrito da prestação direta de cuidados à PSPo, seja a coordenar equipas mais alargadas. Usa a comunicação e a informação de forma assertiva e eficaz, transmite confiança aos seus pares, adequa as competências individuais às necessidades concretas, torna-se um referencial de cuidados para os pares e para a equipa multidisciplinar, atua consistentemente com PBE, demonstra respeito pela equipa e assume a PSPo no centro de cuidados, valorizando a sua individualidade, de acordo com os princípios éticos e deontológicos, isto é, exerce EA.

Aprendizagens profissionais: o EE deve desenvolver o conhecimento de si e a assertividade, promovendo relações terapêuticas com a PSPo e um relacionamento profissional profícuo com outros elementos da equipa. Atua em todas as circunstâncias com base na mais atual evidência científica e promove a sua divulgação pelos pares.

O contexto clínico de estágio, a par com o processo de aprendizagens formais escolares e informais individuais, assim como um exercício constante de reflexão na ação e para a ação permitiram o desenvolvimento da competência especializada de autoconhecimento,

compreendendo a sua importância na relação com os outros profissionais e permitindo construir relações de ajuda mais efetivas. No processo de crescimento pessoal, com reflexo profissional, desenvolvem-se estratégias de minimização de potencial conflitualidade e de negociação. O EE pela diferenciação do seu conhecimento científico, pelo seu elevado sentido ético, pelo profundo conhecimento da deontologia profissional e pela procura da excelência do cuidado, orienta a sua tomada de decisão nesses princípios basilares da práxis.

O enfermeiro gestor e líder conhece os objetivos da instituição, as necessidades da equipa, as características e competências individuais de cada um dos seus membros e as necessidades das pessoas e famílias que utilizam os serviços, conjugando-os, com comunicação adequada, eficaz e assertiva.

O EE, é o garante da PBE, como forma de empoderamento, qualidade de cuidados e segurança para a pessoa e profissionais, conjugando o conhecimento científico, as competências profissionais e as preferências da pessoa, colocada no centro do cuidado. A PBE garante a qualidade de cuidados e a segurança, revelando o seu impacto positivo. Todavia persistem dificuldades para a sua implementação e afirmação, seja pela complexidade da translação do conhecimento para a ação, seja pela falta de tempo, pela falta de incentivo e apoio pelos órgãos de gestão, ou a própria cultura organizacional (Cardoso et al., 2019; Peixoto et al., 2016).

É, pois, determinante que os enfermeiros se mantenham focados em valorizar a sua formação e formação contínua, apropriando-se teórica e metodologicamente do conhecimento relevante para o exercício da profissão, documentem, avaliem e meçam as suas intervenções, demonstrem os cuidados que prestam nas diversas esferas e apresentem o seu valor, se envolvam nas tomadas de decisão e se apresentem nos ciclos de decisão política. Essa visibilidade é para os enfermeiros e para as populações que recebem a sua atenção e revela a importância da EA.

Atuar sob a perspetiva de mudança de paradigma com o foco nas dimensões da saúde sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros, implica o conhecimento da Disciplina de Enfermagem, dos seus valores e domínio da Ontologia, refletindo na práxis os conhecimentos científicos, o significado do cuidado para a PSPo, o contexto em que decorre o cuidado, as relações estabelecidas, a ética e a deontologia, imprimindo ao exercício do EE a diferenciação para a qual está mandatado. O EE assegura cuidados cientificamente validados, deontologicamente consagrados e eticamente cumpridores da dignidade da pessoa humana.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória

Os contextos da prática da Enfermagem Médico-Cirúrgica são múltiplos. Um deles é o BO.

O BO é uma unidade orgânico-funcional composta por um conjunto de meios físicos, técnicos e humanos altamente diferenciados, que objetiva a prestação de cuidados cirúrgicos e anestésicos, que requerem assepsia (Instituto Nacional de Estatística, 2015). A AESOP, considera o BO como a “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (2006, p. 20).

O BO integra o período perioperatório. Este é composto pela fase pré-operatória – desde a decisão de intervenção cirúrgica até transferência para a mesa operatória; fase intraoperatória – inclui a permanência no BO até transferência para UCPA/Recobro/Enfermaria; e fase pós-operatória – desde a transição anterior até recuperação da cirurgia (Regulamento nº 429/2018, 2018). A organização e o planeamento em ambiente perioperatório, são fundamentais para reduzir custos, aumentar eficiência, antecipar problemas, prevenir complicações e aumentar a segurança do doente, dos profissionais, dos procedimentos e ambiental, pelo que a gestão tem de ser uma preocupação de todos os elementos da organização, onde os enfermeiros assumem um papel fundamental, de acordo com o Decreto-Lei nº 71/2019 de 27 de maio.

Os cuidados de enfermagem perioperatórios, que ocorrem nas cinco áreas identificadas previamente, constituem-se em processos padronizados, observando as boas práticas e a PBE, tornando-os seguros e com elevados padrões de qualidade. “Visam proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde” (OE, 2017, p. 26). O enfermeiro perioperatório utiliza conhecimento científico, raciocínio e juízo clínicos, em resposta às necessidades físicas, psicológicas e espirituais da (AORN, 2019).

Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é uma referência para os cuidados à pessoa a vivenciar experiências médicas ou cirúrgicas complexas, tornando-se um referencial de cuidados. Concetualiza, implementa e avalia planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias, num processo de tomada de decisão

fundamentado na PBE, orientado para a obtenção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, otimizando o ambiente e os processos terapêuticos, desenvolvendo intervenções de controlo do risco, com particular acuidade para o controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Para os cuidados de enfermagem perioperatórios especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram definidos padrões de qualidade que se desenrolam em cinco princípios basilares: reconhecimento do outro e capacitação; vulnerabilidade; responsabilidade do cuidado; prudência e gestão do risco; e consciência cirúrgica (OE, 2017).

A EPSP é a área de Enfermagem Médico-Cirúrgica que se dedica à pessoa e família/pessoa significativa que experiencia processos de transição em situação cirúrgica/anestésica, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, ao tratamento da doença e à prevenção de eventos adversos - efeito indesejado, que resulta dos cuidados de saúde, por falha ou omissão e resulta em dano para a pessoa (Castilho et al., 2016; OMS, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018).

O EEEMCEPSP, consciente do elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados, da complexidade do ambiente e dos recursos envolvidos, mobiliza conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos em resposta às necessidades da PSPo, que dão resposta às necessidades, conjugadas com o desenvolvimento de competências e atividades que promovam a gestão da experiência cirúrgica, prestando cuidados de enfermagem especializados, respeitando a tomada de decisão da PSPo e a sua particular vulnerabilidade, integrados numa equipa interdisciplinar, perspetivando a segurança cirúrgica, o controlo de infeção e a gestão de materiais, dispositivos médicos e equipamentos, o que se traduz em elevada consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018, 2018; Regulamento n.º 556/2017, 2017).

Pretendemos demonstrar o processo de aquisição de competências especializadas, decorrentes do aprofundamento das nossas competências gerais. Assim, apresentar-se-á o desenvolvimento de competências especializadas em EPSP, em concordância com o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, considerando os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa: atendendo às especificidades da experiência perioperatória, o EEEMCEPSP promove o entendimento e adaptação ao processo de transição, capacitando a PSPo e família para o autocuidado.

O cuidado de enfermagem é uma ação integral e integradora, porquanto tem de obedecer aos princípios da dignidade da pessoa humana, respeito da individualidade e integralidade, empoderamento e exercício da autonomia, sob uma perspectiva de responsabilidade profissional e construção de uma relação terapêutica de ajuda e de confiança que se estabelece entre a PSPo e a pessoa enfermeiro.

A relação terapêutica baseia-se na comunicação e tem como objetivo promover a satisfação das necessidades da pessoa cuidada, associando-se à satisfação e melhor adesão terapêutica. É um processo que ocorre ao longo do tempo, todavia em contexto intraoperatório o EEEMCEPSP tem de estabelecer a gestão emocional e intimidade intelectual num tempo de contacto escasso, que não pode ser impeditivo de demonstrar a sua presença para a PSPo, materializada por compreensão e empatia (Pereira & Botelho, 2014).

O EEEMCEPSP atenta à especial vulnerabilidade física e emocional da PSPo, que advém da impossibilidade de responder aos riscos a que está sujeita, pelos seus próprios meios, tendo a expectativa de melhorar a sua situação de saúde. Esta substituição apela ao dever de responsabilidade que o EEEMCEPSP tem para com a pessoa cuidada, mobilizando aspetos do fazer e do ser – qualidades pessoais para, através do conhecimento científico e experiência profissional, dar resposta às necessidades da pessoa.

Dado que no BOC não existe consulta perioperatória, contribuindo para a diminuição da vulnerabilidade e constituição da relação terapêutica, esta inicia-se apenas no momento de acolhimento, o que obriga à tomada de decisão num quadro de maior imprevisibilidade, aumentando a complexidade do processo, mas a adaptabilidade é uma das competências do EEEMCEPSP.

Além de se iniciar o estabelecimento da relação terapêutica, este é um momento de transição de cuidados. Entende-se por transição de cuidados os momentos de “transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos”, dado que estes são momentos de grande vulnerabilidade e risco, a comunicação deve ser prioritária, assertiva e eficaz (DGS, 2017a, p. 4). A este nível verifica-se uma grande variabilidade da qualidade e pertinência da informação transmitida, pelo que se recomenda o desenvolvimento de protocolo orientador e utilização sistematizada da mnemónica IDEIA

A comunicação no processo assistencial entre profissionais e com a PSPo e família/pessoa significativa, é um fator determinante para a prestação de cuidados de qualidade, estando na origem da ocorrência de eventos adversos. Deve ser eficaz, implicando conhecimento,

empatia e competência e normalizada, recorrendo à mnemónica IDEIA (Identificação, Diagnóstico, Especificações, Intervenção, Avaliação), adotada pela instituição e que deriva da técnica ISBAR Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações). Acresce que o EE deve utilizar “estratégias de comunicação adequadas para assegurar documentação precisa e a continuidade de cuidados” (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19367). Houve a oportunidade de colaborar com EE no desenvolvimento de projeto de melhoria contínua no âmbito de Mestrado em Gestão de Unidades de Cuidados, participando enquanto dinamizador nas ações de formação em serviço para a prevenção da infeção no local cirúrgico e na divulgação da mnemónica, que utilizamos em todas as transições.

No desenvolvimento das competências especializadas e em consonância com a experiência profissional, foram desenvolvidas estratégias de estabelecimento de relação de ajuda e de facilitação da comunicação, adaptando as formas de comunicar à pessoa e às suas capacidades. Pautámos a nossa atuação na observância destes aspetos, atendendo com particular interesse à vulnerabilidade e à comunicação para estabelecer uma relação terapêutica profícua. Demonstrámos a centralidade da PSPo desde o acolhimento até à transição para a UCPA. Além dos aspetos de segurança inerentes ao processo anestésico e cirúrgico, o diálogo sobre outras temáticas, permite à PSPo desviar o foco da situação de doença, gerindo a comunicação, a linguagem e a informação de acordo com o interlocutor. Concorrentemente, é necessário respeitar os silêncios e momentos de estar consigo, tornando a experiência significativa para a pessoa, o que concorre para o ajuste das suas expectativas. Ademais, frequentámos um curso de língua gestual portuguesa que nos permite uma aproximação maior à pessoa surda. A omnipresença da máscara cirúrgica não é impeditiva da expressão de respeito e reconhecimento da dignidade do outro através do olhar, do gesto e da postura. Este é o nosso posicionamento.

A prestação de cuidados de enfermagem e em particular do EEEMCEPSP obedece a uma dinâmica sistematizada e inter-relacionada de ações, que permitem a organização do cuidado, através de diagnósticos, intervenções direcionadas e avaliação - conceção e implementação do plano de cuidados, sendo adequado à gestão da experiência cirúrgica, obtendo o consentimento para as intervenções de enfermagem. Esta é para nós uma questão matricial da prestação de cuidados. Além da comunicação das intervenções e da justificação das mesmas, solicitamos o seu consentimento e verificamos com agrado que esse comportamento tem repercussão na PSPo, como também na equipa. Assumimos o seu empoderamento como participação ativa no processo de cuidados, dado que esta é um

imperativo ético, criando co-conhecimento dialógico e esbate-se a assimetria de poder, dando lugar à autodeterminação e tomada de decisão.

Os enfermeiros perioperatórios, com particular destaque para o EEEMCEPSP, planeia, organiza, delega, comunica, coordena e avalia todas as atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem, documentando-as, e articula-se com a equipa multidisciplinar para haver uma resposta efetiva às necessidades da pessoa cuidada. Reconhecendo que o BO é um ambiente de elevada complexidade, pressão e *stress*, no qual atuam equipas multidisciplinares, podem ocorrer conflitos nos quais o EEEMCEPSP, tendo percorrido um caminho de crescimento pessoal e conhecimento de si, tem a estabilidade e conhecimento das relações humanas para intervir assertivamente, dado que o centro de cuidados é a PSPo e a qualidade de cuidados e segurança são fundamentais (Antunes, 2020; OE, 2017). A nossa experiência revela-nos que os conflitos ocorrem sobretudo na gestão dos tempos de *turn-over*, o que pode ser eliminado com uma argumentação baseada na evidência, sobre segurança e dotações seguras.

Os enfermeiros asseguram a continuidade de cuidados através do uso dos sistemas de informação em enfermagem, da mnemónica IDEIA e de uma comunicação eficaz.

O uso adequado dos sistemas de informação é fundamental para obter informação e dados relevantes sobre a práxis, o que é particularmente importante para a enfermagem perioperatória, dado ser uma forma de dar visibilidade aos cuidados perioperatórios. A documentação é a via de promover a continuidade de cuidados e reunir informação. A linguagem utilizada deve responder aos elevados padrões da Disciplina. Uma Ontologia de Enfermagem é uma exposição desses conceitos centrais e das suas ligações de acordo com a evidência. A Ontologia de Enfermagem promove a concretização do conhecimento, a identificação das lacunas de conhecimento para a investigação, concretiza ajuda para a conceção de cuidados, permite a produção de indicadores e controlo sobre a linguagem profissional (OE, 2020). A importância da documentação dos cuidados de enfermagem está traduzida na afirmação “os sistemas de informação e documentação são determinantes para a qualidade, segurança, eficácia, eficiência, efetividade e humanização dos cuidados prestados pelos diferentes profissionais de saúde” (Jesus & Sousa, 2011, p.227).

O desenvolvimento das atividades, enquadrados pelo Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho e Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados, obedeceu aos princípios da assunção da responsabilidade pela pessoa, assegurando a promoção da sua saúde, o seu conforto, integridade, privacidade e cumprimento da sua vontade para aumento da

satisfação da PSPo, assim como um ambiente seguro com a perspetiva permanente da segurança da PSPo e da equipa e de redução dos riscos, assumindo um papel de liderança na gestão do trabalho de equipa, fomentando a partilha de experiências e a reflexão sobre os processos desenvolvidos.

De acordo com Parreira (2005, p. 32) a gestão é “planear, organizar, liderar e controlar o trabalho dos membros da Organização”. O autor considera que, o gestor deve ser eficaz e eficiente, detendo habilidades estruturais: técnicas - competências em dada especialização; humanas - capacidade de comunicar com os elementos da equipa, motivando-as e compreendendo-as para uma liderança eficaz; conceptuais - compreender a complexidade da organização e das informações; e administrativas - capacidade de planear, controlar e organizar a equipa de acordo com a visão e a missão da organização.

Liderança deriva do étimo latino *dirigere*. De difícil definição pela sua multidimensionalidade, pode ser entendida como o “conjunto de processos e comportamentos usados por alguém para motivar, inspirar e influenciar comportamentos de outras pessoas com vista a alcançar os objectivos da organização” (Mações, 2017, p. 36). O aspeto conceptual mais presente é a capacidade de influenciar pessoas para a consecução de objetivos, mantendo-as envolvidas, não obstante as assimetrias de poder, pelo que deve ser exercida no sentido de provocar mudança positiva (Parreira, 2005; Vendemiatti et al., 2010).

A comunicação é importante para o líder conseguir uma equipa coesa e focada nos interesses de todos, objetivando mudanças positivas, melhorando a satisfação dos profissionais e, assim, obtendo melhoria da qualidade dos cuidados (Mações, 2017; Parreira, 2005).

No nosso exercício de desenvolvimento de competências de EEEMCEPSP, assegurámos a integridade física e moral, a privacidade e a intimidade da PSPo. Os atos de enfermagem, anestésicos e cirúrgicos implicam exposição física que deve ser minimizada e controlada, assim como a realização de posicionamentos, assegurando e mantendo o conforto, a normotermia, a segurança e prevenção de complicações e o respeito pelo pudor, que consideramos contribuir para o respeito pelo outro. Atendendo à importância atribuída, participámos na seleção de dispositivos de conforto, após termos alertado para o seu défice, o que compromete a qualidade.

A responsabilidade da dinamização da formação em serviço é atribuída a EE, o que não deve inibir a proposta de ações específicas após diagnóstico de necessidade. Assim, contribuímos com sessão de formação, repetida em vários momentos que se prolongaram após a

conclusão do estágio, dada a pertinência da normalização de práticas seguras e baseadas na evidência: Eletrocirurgia: Práticas seguras – Prática baseada na evidência. (ANEXO I)

A prestação de cuidados de saúde ocorre em ambientes e contextos altamente complexos, nos quais a tomada de decisão dos profissionais, que agem em sistemas multiprofissionais deve combinar competências, funções e desempenhos.

Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica: demonstrando consciência cirúrgica; liderando a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados perioperatórios e promovendo a gestão e controlo dos dispositivos médicos.

Conscientes da vulnerabilidade da PSPo e da elevada complexidade do contexto perioperatório, ambiental, de procedimentos e recursos, e de como esses fatores impactam nos riscos associados aos cuidados perioperatórios, o EEEMCEPSP reúne conhecimentos e capacidades para garantir a segurança da PSPo, dos profissionais e ambiental, de acordo com a ética e a deontologia.

A OE afirma que a “complexidade do ambiente perioperatório com alta tecnologia, elevado número de dispositivos médicos e necessidade de controlo ambiental constante e rigoroso, cria situações de elevado risco” (2017, p. 26).

Em Portugal, persiste a falta de dados, contudo aprecia-se que a mortalidade por erros clínicos varia entre 1.300 e 2.900 doentes/ano, sabe-se, igualmente que cerca de 48% dos eventos adversos se relacionam com a cirurgia e com a anestesiologia, em 2% de todos os internamentos e que 30% a 50% seriam evitáveis (Fragata, 2010) e a incidência de eventos adversos é de 11,1%, sendo que 53,2% se consideraram evitáveis (MS, 2015; Sousa et al., 2011). Comparativamente a outros doentes, os cirúrgicos sofrem maior incidência de eventos, associados a infeção e a erros de medicação (Santos et al., 2021). Clarificando, evento adverso é uma lesão provocada de forma não intencional, internamento hospitalar prolongado ou incapacidade física que advém de tratamento médico ou cirúrgico (Rodziewicz et al., 2023). Muitos destes eventos que resultam em dano ou não, mas não estão em conformidade, podem ser evitados com a introdução de medidas corretivas ou de mitigação.

Os enfermeiros referem-se ao erro como uma experiência muito negativa, de fracasso individual e de grupo impactando na imagem e relacionamento da equipa, evidenciando elevada responsabilidade e sentimentos de culpa. Afirmam perturbação e receio de retaliação da organização e temer as consequências para o doente. Para as organizações,

ocorre aumento dos custos em recursos humanos diferenciados e materiais (Afonso et al., 2022; Castilho et al., 2016).

Sendo a principal causa de morbidade e morte evitável nos hospitais, os erros de medicação ocorrem por várias causas: falhas de atenção, má aplicação de regras, inexistência ou desadequação de normas e decisão errada. Estas circunstâncias são potenciadas em equipas subdotadas ou inexperientes, deficiente rotulagem, má comunicação, falta de verificação, desorganização do carro de medicação e prescrição incompleta (Adams & Koch citados por Elliott & Liu, 2010; Fragata, 2010). Esta temática tem sido alvo da nossa particular atenção, dando origem a uma publicação de capítulo de livro em co-autoria com a nossa tutora.

Conhecer os fatores concorrentes para a ocorrência de eventos adversos é preponderante. Destacam-se os fatores humanos: lapsos de memória, falhas de comunicação, momentos de transição, competência profissional, *stress*, fadiga, excesso de confiança, distração, desconformidade com protocolo, desmotivação ou desinteresse (Santos et al., 2021); fatores organizacionais, como défice de profissionais nas equipas, elevada mobilidade, sobrecarga de trabalho, pouca reflexividade, desvalorização da formação e lacunas de liderança.

Dada a complexidade do contexto do BO, é fundamental uma verdadeira cultura de segurança. Num sistema de gestão de risco clínico deve constar “a monitorização e avaliação dos erros, no sentido de poderem sofrer uma intervenção para minimizar o impacto (...) e prevenir futuros erros semelhantes” (MS, 2015, p. 44). É necessário haver um ambiente no qual os profissionais reconheçam a necessidade de notificar os eventos adversos, falem abertamente sobre eles, as circunstâncias da sua ocorrência e os mecanismos que limitem a sua repetição, na perspetiva da aprendizagem, melhorando aspetos da comunicação e comunicação nas transições (DGS, 2017a). O EEEMCEPSP deve divulgar a plataforma de notificação – NOTIFICA Segurança do Doente, sistema nacional de notificação de incidentes, dado que esta é uma ferramenta de segurança para PSPo e para profissionais. No desenvolvimento das nossas competências específicas, demos a conhecer em contexto, o sistema e pugnámos pela sua utilização sempre que necessário, como um contributo para a gestão do risco e melhoria contínua.

A DGS definiu como prioritária a qualidade dos cuidados de saúde através do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, aprovado pelo Despacho nº 9390/2021, de 24 de setembro. Além da alusão ao direito à proteção da saúde tutelado pelo artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, como um direito fundamental e um direito social, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, declara que a

segurança do doente é uma das suas dimensões fundamentais e o Serviço Nacional de Saúde é seu promotor e garante. Ademais, os cidadãos têm direito a aceder aos cuidados de saúde ajustados à sua situação, no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, enquadrando os aspetos éticos da prestação de cuidados e da relação dos prestadores com o respeito pela dignidade da pessoa humana, de acordo com a melhor evidência científica, que pode ser interpretado como a prestação de cuidados deve ser conforme à PBE e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Os cidadãos estão protegidos para uma prestação de cuidados enquadrados pela qualidade, pela evidência científica e correção técnica, pela humanização e personalização. A qualidade é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, p. 13551).

A qualidade e segurança são indissociáveis, a comunicação e a liderança são elementos preponderantes para um ambiente perioperatório propício à excelência de cuidados e aos ganhos obtidos pela PSPo, e o EEEMCEPSP é o profissional habilitado para unir todos estes aspetos, mantendo a equipa em que se integra orientada neste sentido, dado que, mesmo com a presença de normas e orientações, há uma carácter individual neste exercício, implicando a necessidade de desenvolvimento de uma elevada consciência cirúrgica.

No BO, o EEEMCEPSP, tem de deter um vasto conhecimento acerca da área de especialidade em que está a atuar, dos procedimentos cirúrgicos, dos materiais e equipamentos e sobretudo, uma elevada consciência cirúrgica - princípio ético e moral que orienta toda a atuação face à pessoa em situação perioperatória, “agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado”. (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19366). Reconhecendo o valor da consciência cirúrgica, exigimos um comportamento concordante com o conhecimento científico – PBE, e a obediência aos princípios da prática cirúrgica segura, assumindo responsabilidades éticas, morais e legais para com a PSPo e para com a equipa, organizando num processo em construção e desenvolvimento, para o qual concorrem a evidência científica e a experiência profissional, dando lugar a uma EA.

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios, pela sua complexidade e pela particular vulnerabilidade da PSPo, exigem colaboração de todos os intervenientes. Todavia cada enfermeiro, de acordo com a posição que ocupa – anestesia, circulação ou instrumentação, deve adotar um papel de liderança na área, o que assumimos como

posicionamento pessoal, resultando em responsabilização, eficácia e eficiência do trabalho, sem sobreposições ou perdas de tempo desnecessárias.

No âmbito das suas competências, os enfermeiros, com especial responsabilidade os EEEMCEPSP personalizam o cuidado em todas as atividades, assegurando a gestão adequada de equipamentos e materiais, organizando o ambiente para favorecer o controlo de riscos e a segurança de cuidados e ambiental para a PSPo e para os profissionais, liderando o processo de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados perioperatórios (Regulamento nº 429/2018, 2018; OE, 2004).

Reconhecendo o desenvolvimento de competências especializadas, elaborou-se um manual para práticas mais seguras, denominado Planear em Cirurgia Geral. Nele são observados aspetos fundamentais para cuidados baseados na evidência. Tendo a consciência que não é um documento fechado nem completo, estará disponível para evoluir com o contributo da equipa e a evolução científica. Este manual resulta do percurso pessoal e do processo de reflexão empreendido no desenvolvimento de competências especializadas, sendo um contributo para a integração em serviço, integração de conhecimento, esclarecimento de dúvidas e guia orientador de boas práticas, revelando o nosso compromisso com a EA e em nos tornarmos EnfA exercendo todos os seus domínios. (ANEXO II)

No âmbito das suas atribuições, em particular o EEEMCEPSP, por ter responsabilidades sociais acrescidas e a obrigação da mobilização de conhecimentos para uma PBE, assenta permanentemente a sua tomada de decisão com base na experiência profissional e conhecimento científico. A tomada de decisão é a operacionalização do conhecimento de enfermagem, por meio de um processo cognitivo complexo desencadeando atitudes e comportamentos, em etapas sistemáticas, fundamentadas pelo conhecimento nas suas várias dimensões (Macedo et al., 2015). Os processos de tomada de decisão constituíram-se momentos de crescimento pessoal e profissional, conduzidos por uma reflexividade permanente no sentido de nos tornarmos EnfA.

O EEEMCEPSP tem um papel preponderante na segurança e gestão do risco, contribuindo para a otimização da complementaridade das intervenções dos diversos profissionais da equipa interdisciplinar, da qual resultam maiores benefícios para a pessoa. Participa ativamente na organização de todo o processo cirúrgico com vista à otimização da experiência da pessoa, assim como na otimização dos tempos de utilização da SO.

Em contexto clínico de estágio, assumimos a liderança em todas as áreas de intervenção, permitindo uma reflexão sobre as nossas metodologias de trabalho melhoradas pelo conteúdo curricular e otimizadas pelo contexto da prática.

Reconhecendo a importância da rastreabilidade de dispositivos implantáveis, dos processos de esterilização no âmbito do controlo da infeção e resistência microbiana, e de dispositivos médicos de uso único, foi desenvolvido o documento adequado para assegurar a rastreabilidade, incluindo-o no processo clínico, conforme recomendado. Sendo percebido que não houve aceitação suficiente na equipa, foi empreendida por nós após aprovação, medida corretiva para normalizando a prática. Não é possível apresentar cópia do documento, dado ser documentação oficial da instituição.

Houve a oportunidade de acompanhar a tutora, Gestora do Risco Clínico, o que permitiu compreender a dimensão da atividade, integrando ações de identificação de risco e o desenvolvimento de medidas corretivas, assim como a manutenção de materiais e equipamentos. Nesse âmbito, foi atualizado procedimento de trabalho que havia sido desenvolvido por nós previamente, que apresentamos sem identificação da classificação. (ANEXO III)

Desenvolveram-se oportunidades de formação em contexto, de enfermeiros da equipa, profissionais da equipa multidisciplinar, assim como estudantes de enfermagem e medicina, o que remete à importância por nós demonstrada acerca da disseminação do conhecimento, sobretudo entre enfermeiros, pois acreditamos que esta é uma via de promoção da Profissão e de reconhecimento da equipa multidisciplinar. Esta formação concerne a aspetos ambientais, de postura, de assepsia, de segurança, de procedimentos, e é concordante com a prática especializada.

Da mesma forma, desenvolveu-se ação de formação, para contribuir para a atualização de conhecimentos e PBE, concorrendo para a divulgação do conceito de EA: Enfermagem Avançada: Mais Enfermagem na Enfermagem. (ANEXO IV)

Os BO constituem ambientes particularmente complexos, dominados por *stress* e pressão, aliando tecnologia e procedimentos de elevada precisão, ao trabalho em equipas constituídas por vários elementos, com competências e conhecimentos técnico-científicos muito diversos, onde o risco da ocorrência de incidentes é constante.

As ações empreendidas em contexto de estágio clínico, compreendendo a prestação direta de cuidados, a observação e colaboração com outros profissionais, designadamente EEMCEPSP, a elaboração de documentos e as nossas reflexões na ação, sobre a ação e para

a ação, assim como num processo de crescimento pessoal, permitiram-nos fazer coincidir o ocorrido, com os objetivos delineados. Acreditamos que um exercício pleno das atribuições e competências específicas do EEEMCEPSP, concordantes com os Padrões de Qualidade, um desempenho consciente do seu valor e impacte na qualidade, segurança e satisfação da PSPo e famílias, uma elevada consciência cirúrgica, concordante com a deontologia, a ética, a moral e a ciência, uma PBE, uma reflexão constante que objetiva o crescimento individual e do grupo, concorrem no seu conjunto para dar mais visibilidade à Enfermagem, porque se constituem EA.

Tendo consciência que a realização do estágio clínico no nosso contexto de trabalho constituía um risco, cabe-nos afirmar que houve dificuldade de adaptação dos outros profissionais à nossa presença com o estatuto de estudante-enfermeira, nomeadamente nos momentos iniciais, nos quais nos pareceu desapropriado assumir liderança sem o desenvolvimento pleno da competência na perspetiva especializada. Ressalvamos que não suscitou nenhum momento de conflito e que solicitámos a intervenção do EEEMCEPSP para a resolução das situações até assumirmos essa liderança.

Por outro lado, o facto de nos reconhecerem essa competência foi facilitador do processo de desenvolvimento pessoal e profissional, pois consideramos que se desenrolam em conjunto em nós. A par disso, reconhecemos com agrado as solicitações no âmbito da consultoria, quer por parte dos órgãos de gestão, quer por outros profissionais da equipa, não enfermeiros. Essa circunstância verificou-se também no âmbito da educação, assim designada por ser um domínio de atuação do EnfA. Estes momentos ocorreram por iniciativa pessoal quando detetada por nós a necessidade de intervir, mas igualmente por solicitação de pares e outros profissionais, designadamente assistentes operacionais e médicos, na segurança ambiental, conhecimento sobre a PSPo e sua manifestação de vontade, técnicas e procedimentos de proteção individual, paramentação, preparação cirúrgica das mãos, dispositivos médicos, de entre alguns exemplos.

Por fim, o estágio no mesmo contexto do trabalho, permitiu e esse era um dos objetivos pessoais, contribuir para a melhoria contínua da organização, em sentido lato, e sobretudo do serviço e pela qual tenho sentimentos de pertença.

4. Considerações finais

O exercício do EEMCEPSP deve ser enquadrado pelos padrões de qualidade definidos, fundamentando a práxis na PBE, na reflexividade e na consciência cirúrgica, observando a segurança e a qualidade dos cuidados, proporcionando os melhores resultados à PSPo e família, exercendo uma EA que impacta na pessoa, centro de cuidados, na organização e no sistema de saúde.

A vontade de crescer enquanto enfermeira perioperatória, conjugando experiências diferentes levou-nos a idealizar realizar uma parte do estágio num contexto fora do país, o que lamentavelmente se revelou impossível. Todavia desenvolveram-se esforços para tornar todos os momentos como de aprendizagem e de partilha de saberes, sedimentando competências.

Os enfermeiros concebem os cuidados que prestam dentro de um quadro conceptual, implicando um processo cognitivo ativo, inteligente, organizado e criativo, envolvendo a experiência, que facilita a intuição, a disposição afetiva e a capacidade de raciocínio para interligar dados colhidos e conceitos, utilizando uma linguagem própria, formulando um juízo clínico, sob um prisma de intencionalidade constante, para a tomada de decisão e a produção de um resultado, atendendo aos aspetos éticos e deontológicos, orientadores do pensamento, comunicação e atuação.

Acreditamos que refletir sobre a práxis, ter consciência das áreas a melhorar e o desempenho diário devem almejar a excelência, pois esta é o caminho para a melhoria contínua.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: A EA é uma prática autónoma, especializada, expandida, relacional e do Cuidar, com uma relação simbiótica com a Disciplina e assente na prática baseada na evidência, com domínio da ontologia, na qual o enfermeiro avançado assume a tomada de decisão e liderança e traz contributos para o ensino, gestão, investigação e políticas públicas, traduzidos em visibilidade e desenvolvimento da Profissão. A Enfermagem Avançada tem permitido a obtenção de ganhos em saúde, maior satisfação das pessoas e dos profissionais de saúde e diminuição de custos.

Objetivos: Mapear a evidência existente sobre a prática de enfermagem avançada em contexto perioperatório e identificar as mais-valias desta prática para as pessoas em situação perioperatória, famílias e sistemas de saúde, através das suas organizações, produzindo contributos para a sua implementação e disseminação

Metodologia: Revisão *scoping* com metodologia do *The Joanna Briggs Institute*, versão de 2020. A pesquisa foi realizada nas bases de dados abertas, com texto completo e literatura cinzenta: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde, BVSaúde, PubMed, MEDLINE Complete (via EBSCOhost) e CINHALL Complete (via EBSCOhost), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e Bielefeld Academic Search Engine (BASE). Definem-se como critérios de inclusão artigos científicos ou estudos académicos, editoriais, análises reflexivas ou outros formatos, disponíveis em texto integral, gratuitos e escritos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Resultados: Foram incluídos 36 artigos. Os conceitos emergentes que traduzem ganhos em saúde são a diminuição de custos, qualidade de cuidados, os resultados em saúde (*outcomes*) e prática baseada na evidência. Os domínios da prática de enfermagem avançada em contexto perioperatório são educação, coordenação, investigação e inovação.

Conclusão: O exercício de enfermagem avançada em contexto perioperatório desenvolve-se sobretudo nos domínios da educação (de pessoas em situação perioperatória e outros profissionais), coordenação de cuidados, processos, equipas e sistemas, investigação e inovação.

Palavras-chave: Enfermagem Avançada; Enfermagem Perioperatória; Prática Baseada na Evidência

2. Abstract

Background: Advanced Practice Nursing is an autonomous, specialized, expanded and interpersonal practice of Caring, with a symbiotic relationship with Discipline and grounded on evidence-based practice, with understanding of the ontology, in which the advanced nurse assumes decision-making and the leadership bringing contributions to education, management, research and public policies, which translates into the distinction and development of this Profession. Advanced Practice Nursing has allowed achievement of health gains, greater satisfaction for people and health professionals and cost reductions.

Aim: Mapping the existing evidence on Advanced Practice Nursing in the perioperative context and identifying the added value of this practice for people in a perioperative situation, families and health systems, through their organizations, producing contributions for its implementation and dissemination.

Methods: Scoping review following The Joanna Briggs Institute, 2020 version methodology. The search was carried out in open databases, with full text and gray literature: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde, BVSalud, PubMed, MEDLINE Complete (via EBSCOhost) and CINHAL Complete (via EBSCOhost), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) and Bielefeld Academic Search Engine (BASE). Inclusion criteria are defined as scientific articles or academic studies, editorials, analysis of reports/reflections or other formats, available in full text, free of charge and written in Portuguese, English or Spanish.

Results: 36 articles were included. The emerging concepts that translate into health gains are cost reduction, quality of care, health outcomes and evidence-based practice. The domains of Advanced Practice Nursing in the perioperative context are education, coordination, research and innovation.

Conclusion: The implementation of Advanced Practice Nursing in the perioperative context is established mainly in the fields of education (of people and other professionals in perioperative settings), coordination of care, procedures, teams and systems, research and innovation.

Keywords: Advanced Practice Nursing; Perioperative Nursing; Evidence-Based Practice

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020) declara a escassez de 5,9 milhões de enfermeiros no Mundo, sendo estes profissionais considerados a coluna dorsal dos sistemas de saúde e uma carência de cerca de 10 milhões de profissionais de saúde em 2030. Esta escassez global foi agravada pela pandemia COVID-19, que se reflete nas dificuldades de acessibilidade aos cuidados de saúde. Uma das formas apontadas para contornar esta dificuldade é permitir que os profissionais de saúde atuem na total extensão das suas competências e formação (Herbert, 2023).

A EA (Neto et al, 2018), também designada Prática de Enfermagem Avançada (Neto et al.; 2018; Queirós, 2017) ou Prática Avançada de Enfermagem (Neto et al., 2018; OE, 2018), deriva do termo anglo-saxónico *Advanced Practice Nursing* praticado pelo *International Council of Nurses* (ICN). Os autores adotarão a designação EA, perspetivada nas competências orientadas para o domínio da profissão, utilizando a ontologia de Enfermagem, fruto do desenvolvimento disciplinar.

A EA é o campo da Enfermagem que expande os limites da práxis, caracterizada pela integração e aplicação de vasto conhecimento teórico, PBE, que decorre de formação pós-graduada mínima de mestrado (ICN, 2008, 2020). Surge nos anos 1890, com expansão e implementação real nos anos 1960, nos EUA e Canadá, inicialmente no âmbito dos cuidados de saúde mental, na área da anestesia e saúde materna, estendendo-se aos cuidados de saúde primários, evoluindo progressivamente para contextos de cuidados agudos. Emerge numa conjuntura de controlo de custos, em áreas rurais com dificuldade de acesso a cuidados de saúde, sobretudo médicos, ampliando a sua prática a contextos de populações com baixos rendimentos económicos (Hibbert et al., 2017; Lewis, 2022; Schober, 2019). Igualmente, o foco da prática evoluiu do modelo biomédico para modelos centrados na pessoa, família e comunidade; holísticos, multidimensionais e observam o ser humano como ser integral, único, original nas suas singularidades e participante nas tomadas de decisão; cuidados preventivos, curativos e de reabilitação; com foco em serviços de saúde diretos e indiretos de nível avançado e gestão de doenças crónicas (ICN, 2020).

O enfermeiro adquiriu conhecimentos especializados, tornando-se EnfA na apropriação de conhecimentos aprofundados, habilidades complexas de tomada de decisão e competências clínicas para uma atuação ética ampliada e concordante com os contextos. O EnfA tem

conhecimentos aprofundados e alargados, assentes em formação - especialização e mestrado, observação discriminada e investigação, que lhe permitem desenvolver meta-competências, capacidade de priorização, comunicação, supervisão e gestão da mudança para dar resposta a situações complexas, através de processos de tomada de decisão. Age reflexivamente, planeia e avalia consistentemente (Queirós, 2017). Em síntese, o EnfA é o enfermeiro generalista ou especializado, cuja formação mínima de mestrado, lhe permite conjugar a prática clínica, a ciência e a Disciplina, ou seja, uma PBE, incorporando o conhecimento científico, a expertise profissional e o significado para a pessoa, transpostos pela tomada de decisão, liderança e capacitação do próprio e da pessoa alvo de cuidados, ajudando-a nos seus processos de transição e de gestão de autocuidados. Os papéis desempenhados pelos EnfA incluem a atuação clínica direta, a investigação – integrando novos conhecimentos na práxis, a educação - de PSPo/famílias e pares, a consultoria e a liderança - de equipas, e de sistemas, a coordenação e gestão de cuidados e equipas, traduzindo-se em mudança, inovação e políticas (ICN, 2008, 2020).

Compreende-se que uma das matrizes essenciais da EA é a PBE. Esta surge nos anos 1990, no Canadá a partir de um grupo de investigadores que pretenderam redefinir a prática médica para dispor mais facilmente da informação, através de registos que demonstram os benefícios obtidos pela pessoa. Observaram-se ganhos em saúde e a redução de custos, acelerando a sua disseminação. Passou a incluir profissionais de saúde e decisores políticos (OE, 2012a). A PBE é uma forma organizada, coerente e segura de prestação clínica, obtendo os melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, compreendendo todos os envolvidos no processo de tomada de decisão, que é complexo (Peixoto et al., 2016).

As áreas de atuação dos EnfA são variáveis, todavia as que mais se destacam são: desenvolver programas de avaliação integral e sistemática da situação de saúde da pessoa, família e comunidade; desenhar, implementar e avaliar intervenções baseadas na Ciência de Enfermagem e outras ciências; desenvolver e manter relações terapêuticas com a pessoa, família e comunidade, e com outros profissionais, potenciando as ações de cada um, obtendo melhores resultados; orientar, assessorar e apoiar o desenvolvimento dos outros colegas para a excelência da prática; educar e orientar a pessoa, família e comunidade para o aumento da literacia em saúde e nos seus processos de transição; demonstrar níveis avançados de pensamento, de juízo clínico, de tomada de decisão, assentes na PBE (conhecimento, expertise profissional e significado); usar habilidades conceptuais e analíticas para harmonizar a práxis, com as questões organizacionais e o desenvolvimento de políticas públicas (Alfaro, 2019; ICN, 2020; Phillips, 2021).

A expansão da EA conduziu à proliferação de diversos campos de atuação, aquisição de competências, enquadramentos legais de exercício, terminologia e títulos de EnfA. De acordo com o ICN (2020) os títulos de EnfA variam consoante o país, embora os mais utilizados sejam o *Clinical Nurse Specialist* e o *Nurse Practitioner*. Guerra (2018) refere a existência de 52 títulos para EnfA, divergindo nos contextos de atuação e competências. Tal facto é revelador de uma das dificuldades de aceitação desta área de atuação da Enfermagem.

A atuação dos EnfA nos cuidados de saúde primários – a área que conduziu à maior expansão da EA, pode ser categorizada em três planos: enfermeiros que substituem médicos em áreas geográficas em que estes não estão disponíveis; enfermeiros cujo foco é a prevenção da doença e promoção da saúde; e enfermeiros especializados numa área clínica que fazem a gestão e acompanhamento de pessoas com doenças crónicas (Maier et al., 2017).

No contexto perioperatório, a atuação do EnfA é variável consoante as regulamentações existentes. Neste âmbito, de acordo com a AORN, o EnfA articula as suas decisões clínicas para a gestão da doença crónica ou aguda, diagnosticando, avaliando e prescrevendo tratamentos, incluindo farmacológicos; pugna pelo bem estar da pessoa durante todos os procedimentos; advoga pela sua defesa e segurança; desenvolve todas as suas atividades observando as respostas reais e potenciais aos problemas de saúde e à necessidade de cirurgia; materializa os conhecimentos e habilidades especializadas nos cuidados à PSPo e à família (AORN, 2022). O EnfA em contexto perioperatório desempenha um papel integral na continuidade de cuidados e na segurança, contribuindo para um acompanhamento mais efetivo, apoio psicológico e emocional e é o elo de toda a equipa (Page, 2022).

Compreende-se que a qualidade, a continuidade, segurança e satisfação de cuidados são motivos importantes para o desempenho dos EnfA no contexto perioperatório e desenvolvimento da EA.

Os fatores de expansão da EA têm sido identificados com o envelhecimento da população; cuidados mais eficientes, mas mais dispendiosos; inovação tecnológica; exigência crescente dos cidadãos; necessidade de sustentabilidade dos sistemas de saúde; aumento da prevalência das doenças crónicas e a exigência do controlo de sintomas, pelo aumento das competências no autocuidado; novos processos de gestão dos problemas de saúde: aumentar eficácia e diminuir custos, com soluções criativas (OE, 2018; Sousa, 2016).

Motivados por esses fatores, neste momento a EA está implementada em todos os continentes e em mais de 70 países (Scanlon et al., 2020).

Os profissionais de saúde representam o maior investimento e custo nos sistemas de saúde, motivo pelo qual o seu desempenho está condicionado pela disponibilidade de profissionais, na combinação de número e competências, aceitabilidade, acessibilidade e qualidade (Campbell et al., 2013). Concomitantemente, uma gestão de pessoas assertiva pode melhorar os resultados em saúde, incluindo a segurança e cooperar no crescimento económico pela criação de emprego qualificado (Cometto et al., 2020).

Em Portugal tem vindo a debater-se a expansão da atuação dos enfermeiros em toda a amplitude dos seus conhecimentos, mas não existe regulação de EA. A formação pós-graduada inclui especialidades e especializações em áreas do conhecimento, mestrados, doutoramentos, o reconhecimento de competências acrescidas e avançadas, o que configura os requisitos de formação em muitos países. O sistema de saúde português enfrenta desafios que vão da distribuição geográfica dos profissionais de saúde, ao seu financiamento e planeamento – delegação de tarefas e expansão de funções (Simões et al., 2017).

A implementação da EA executa-se sob duas perspetivas fundamentais: mudança de tarefas – quando enfermeiros ou outros profissionais de saúde assumem tarefas clínicas tradicionalmente desenvolvidas por médicos, cujo objetivo é reduzir a sua carga de trabalho, diminuição de custos e melhorar o acesso aos cuidados de saúde, conforme a OMS (2007) ; ou suplementação de tarefas – quando surgem novas tarefas no âmbito da saúde que complementam as já existentes, sendo exemplos, a gestão e coordenação de casos, com o objetivo de melhoria do desempenho dos serviços, traduzida na melhoria da qualidade de cuidados (Guerra, 2018).

É fundamental ter noção das barreiras e dificuldades que um processo de implementação de EA enfrenta, destacando-se as económicas, ao nível de financiamento e remunerações; e os interesses profissionais, a cultura e práticas profissionais, as competências técnicas e científicas dos profissionais, a organização dos cuidados de saúde; os mecanismos de regulação da prática, e a disponibilidade de profissionais. A este nível, o poder político tem de acautelar os instrumentos regulatórios e de financiamento (Pulcini et al., 2010).

A implementação da EA é um processo longo que exige trabalho das organizações, nomeadamente das que regulam as profissões e dos Governos. Estas barreiras ocorrem dentro da mesma profissão, com outros enfermeiros que não compreendem o âmbito de atuação dos EnfA, com inércia, resistência à mudança ou não reconhecimento da importância dos papéis; e com a classe médica – principal barreira identificada em vários estudos e em vários países, mesmo naqueles em que a prática existe há décadas, que entende estar a ser

alvo de usurpação de funções; o não reconhecimento de competências; más relações interprofissionais; não compreensão do papel do EnfA; não existir uma descrição das competências; não haver políticas institucionais de apoio à EA; não ser criado o lugar na instituição; e aspetos culturais. Fatores facilitadores são a clarificação de papéis e responsabilidades; autonomia; corpo de conhecimentos; características das equipas; adaptabilidade do EnfA a vários cenários e contextos; confiança no exercício; desenvolvimento e promoção dos EnfA; reconhecimento da pessoa alvo de cuidados como parceiro de cuidados; capacidade de envolvimento em equipas multiprofissionais; e envolvimento de organizações profissionais (Busca et al., 2021; Devictor et al., 2023; Guerra, 2018; Torrens et al., 2020).

É na expansão de práticas de acordo com o escopo da formação já existente, devendo ser reconhecido e traduzido na prática e não na substituição que se enquadra a EA, sem perder a matriz de atuação enraizada nas Ciências de Enfermagem, da qual beneficiam os sistemas de saúde, com controlo de custos, melhoria da qualidade de cuidados e segurança, satisfação de doentes e famílias e melhoria da acessibilidade aos cuidados (ICN, 2020). Este facto é reconhecido pelos países mais desenvolvidos e com melhor rácio de médicos por habitantes que implementaram a EA (Cassiani & Silva, 2019).

A EA é uma prática autónoma, especializada, expandida, relacional e do Cuidar, com uma relação simbiótica com a Disciplina e assente na PBE, com domínio da Ontologia, na qual o EnfA assume a tomada de decisão e liderança e traz contributos para o ensino, gestão, investigação e políticas públicas, traduzidos em visibilidade e desenvolvimento da Profissão.

Compreendendo a pertinência da temática para o desempenho profissional na sua amplitude máxima e atendendo às contingências atuais dos sistemas de saúde, empreendeu-se uma pesquisa propedêutica, em abril de 2022, nas bases de dados PROSPERO, *Joanna Briggs Institute (JBI) Evidence Synthesis* e *Open Science Framework (OSF)* para aferir a existência de protocolos de revisão ou revisões da literatura – sistemáticas ou *scoping* já realizadas dentro da temática, não se identificando nenhuma em curso. Assim, observando a lacuna identificada, elegeu-se realizar uma *scoping review*, dado ser uma metodologia que permite mapear o conhecimento existente e sumariar a informação disponível. Esta revisão *scoping* seguirá a metodologia recomendada pelo JBI e em concordância com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*. Definem-se os critérios de elegibilidade com base na População, Conceito e Contexto (PCC), conforme com a metodologia proposta pelo JBI (Aromataris & Munn, 2020; Peters et al., 2020).

4. Finalidade e objetivos

O propósito desta *scoping review* é reunir conhecimentos sobre o estado da arte acerca da EA em contexto perioperatório e, assim, aportar contributos para a Enfermagem e em particular para a área de Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Este estudo de *scoping review* tem os objetivos de mapear a evidência existente sobre a prática de EA em contexto perioperatório e identificar as mais-valias desta prática para as pessoas em situação perioperatória, famílias e sistemas de saúde, através das suas organizações, produzindo contributos para a sua implementação e disseminação.

5. Metodologia

O questionamento é uma característica eminentemente humana, que conduz à descoberta, percorrendo um caminho pré-definido que é a investigação, obedecendo a método próprio da procura.

O desenho de estudo é a *scoping review* para análise metodológica dos estudos incluídos no tópico particular: prática da EA à PSPo. A revisão *scoping* é um método de pesquisa, descrito desde 2005, para clarificar definições e limites conceptuais, identificar lacunas no conhecimento e a evidência disponível. São particularmente úteis quando um campo de conhecimento ainda não foi aprofundado ou sustenta uma natureza complexa ou heterogênea. Permitem mapear a literatura ao resumir e disseminar as investigações realizadas nesse campo de conhecimento dando corpo às evidências emergentes, clarificar conceitos e identificar características determinantes de dado conceito. Possibilitam mapear o conhecimento num dado contexto, recorrendo a todos os desenhos de estudo ou restringindo a amplitude de pesquisa (Munn et al., 2018; Peters et al., 2015).

5.1. Desenho do estudo

A condução de uma *scoping review* determina a elaboração de um protocolo, antes mesmo de a iniciar, que orientará todo o estudo ao definir os objetivos e os métodos a empregar na revisão, detalhando os planos propostos.

A partir dos princípios orientadores para as revisões *scoping*, procedeu-se à elaboração do protocolo de pesquisa, definindo o título e os objetivos, o método de pesquisa, as fontes de evidência e o relatório de revisão, o que confere transparência ao processo e limita a ocorrência de vieses (Peters et al., 2022). (ANEXO V)

O processo de elaboração da revisão iniciou-se com a definição do título, partilhado entre o protocolo e a revisão, e deve oferecer uma clara indicação da temática em estudo, contendo os elementos da mnemónica recomendada pela JBI – População, Conceito e Contexto (PCC), evidenciando os elementos matriciais em estudo, com ênfase particular para o contexto.

Questão de revisão: A definição da questão de revisão revela, na nossa perspetiva, relevância no domínio da EPSP.

Entendeu-se que a questão de revisão “Quais as evidências produzidas com a prática de enfermagem avançada, pelos enfermeiros da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória?” orienta o nosso estudo de revisão *scoping* com os objetivos de mapear a evidência existente sobre a prática de enfermagem avançada, em contexto perioperatório e identificar as mais-valias da prática de enfermagem avançada em contexto perioperatório, produzindo contributos para a sua implementação e disseminação.

A questão de revisão definiu-se em concordância com os princípios PCC e, na nossa perspetiva, mostrando relevância no domínio da EPSP. Deve ser clara para orientar o desenvolvimento do estudo e a eficácia da procura de literatura com significado e, simultaneamente, encaminha o desenvolvimento do processo de pesquisa.

Critérios de inclusão: A partir da estruturação da questão de revisão, emergiram os critérios de inclusão, que constituem um guia para compreender claramente o propósito da revisão e fundamentar as fontes a incluir, mantendo a congruência em todo o estudo com o PCC.

População - Enfermeiros da prestação de cuidados; Conceito - Prática de enfermagem avançada; Contexto - Prestação de cuidados à PSPo. Não obstante a população e o conceito não carecerem de outras explicações, o contexto deve ser clarificado, dado que se refere exclusivamente ao período perioperatório, indo ao encontro da questão de revisão e objetivos delineados (Peters et al., 2020). O período perioperatório é composto pela fase pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Definiram-se como critérios de inclusão estudos primários ou secundários – artigos científicos ou estudos académicos e publicados, editoriais, análises reflexivas ou outros formatos, doravante designados estudos ou artigos sem distinção, disponíveis em texto integral, gratuitos, em base de dados aberta que contenham dados da População, Conceito e Contexto. São critérios de exclusão: estudos que não evidenciam a prática de EA à PSPo, não contenham dados relativos ao PCC, projetos não implementados, não estejam disponíveis em texto integral, não tenham resumo disponível e não estejam escritos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Estratégia de pesquisa e fontes de evidência: A metodologia recomendada pelo JBI indica a sua consecução em três etapas (Peters et al., 2020). Deste modo, procurou-se identificar as palavras-chave a partir dos termos naturais e termos de indexação utilizados nos títulos e resumos, nas bases de dados *Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via PubMed e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINHAL), via EBSCOhost, com a frase Enfermagem Avançada AND Perioperatório.

Os descritores identificaram-se a partir do *Medical Subject Headings Section* (MeSH), Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e CINAHL *Subject Heading*. Considerando os objetivos da revisão *scoping*, a frase booleana foi organizada incluindo nurse OR nurses OR nursing AND Advanced practice nursing AND perioperative nursing OR perioperative care.

A partir desta identificação, iniciou-se a pesquisa nas bases de dados selecionadas incluindo os estudos publicados em bases de dados abertas, com texto completo e literatura cinzenta: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde, *BVSaúde*, PubMed, MEDLINE *Complete* (via EBSCOhost) e CINAHL *Complete* (via EBSCOhost), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e *Bielefeld Academic Search Engine* (BASE). Não tendo sido obtidos resultados na base de dados RCAAP com a frase booleana construída, procedeu-se a pesquisa com os termos enfermagem AND enfermagem avançada AND perioperatório. Não se estabelecem limites temporais, para aceder a todo o conhecimento publicado sobre a temática, todavia houve necessidade de incluir filtros adicionais nas pesquisas nas bases de dados CINAHL – *surgical patients*; MEDLINE - *quality of health care; outcome assessment, health care*; e PubMed - *surgical patients; evidence based*, refinando os resultados para irem ao encontro dos objetivos do estudo, dadas as limitações de tempo e recursos, previstas pelo JBI, e a análise em tempo útil tornar-se-ia impossível, constituindo uma limitação do estudo. Limitou-se a pesquisa às línguas portuguesa, espanhola e inglesa por serem as únicas nas quais os investigadores têm fluência (Peters et al., 2020).

Na terceira fase, foram selecionados artigos a partir das referências bibliográficas de artigos selecionados das bases de dados (Peters et al., 2022).

Após a pesquisa nas bases de dados, os artigos foram selecionados pela leitura dos resumos pelo investigador e posteriormente revistos pelo co-investigador, e incluídos ou excluídos de acordo com os critérios definidos e o PCC. Foram excluídos os artigos duplicados. A leitura integral foi realizada pelo investigador e revista pelo co-investigador. Os artigos que não reuniram consenso foram revistos por ambos os investigadores e encontrado acordo.

Extração de dados: Os dados obtidos a partir das bases de dados mencionadas, dos artigos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa e sem limite temporal, para permitir um mapeamento abrangente, foram analisados pelo investigador e revistos pelo co-investigador.

Foram agrupados considerando os autores; ano de publicação; país onde decorreu o estudo; objetivos; metodologia; e achados dos estudos (Peters et al., 2020).

Apresentam-se os dados relativos aos motivos de exclusão dos artigos submetidos a leitura integral, com a respetiva análise dos mesmos.

Dado que não se pretende uma síntese de dados, os resultados são apresentados sob a forma gráfica ou quadro e com descrições, sintetizando os resultados obtidos, conforme recomendação do JBI (Peters et al., 2022; Peters et al., 2020).

Sendo os objetivos do estudo o mapeamento da evidência acerca da prática de EA em contexto perioperatório e identificar as mais valias obtidas pelas suas intervenções, apresentam-se as categorias dos principais ganhos obtidos com a atuação dos EnfA e os domínios de atuação, que se configuram os principais achados do estudo.

Descrevendo-se o processo de investigação empreendido, demonstra-se o rigor e a transparência do método e a robustez dos resultados obtidos.

5.2. Considerações éticas

Salienta-se que os preceitos de autoria e referência dos estudos consultados foram integralmente respeitados. Como o estudo se configura uma *scoping review* da produção da literatura existente, incluindo literatura cinzenta e disponível sobre a temática, entendeu-se aceitável dispensar a sua submissão a uma Comissão de Ética em Investigação, dado que não se procedeu à identificação de profissionais, utentes nem serviços.

Declara-se não haver qualquer conflito de interesses neste trabalho.

Destaque-se que nas análises apresentadas, seguiram-se as recomendações da JBI *scoping review guide 2020* e a apresentação de resultados é realizada de acordo com o protocolo recomendado, PRISMA – ScR.

6. Resultados

Os resultados de uma revisão *scoping* não correspondem à síntese de conhecimento em si mesmo, mas antes à descrição lógica dos dados obtidos, consistentes com a questão de revisão e os objetivos delineados, mapeando e descrevendo a natureza do fenómeno analisado (Amendoeira, 2022; Peters et al., 2022; Peters et al., 2015).

Esta revisão *scoping* foi empreendida para dar resposta à questão “Quais as evidências produzidas com a prática de enfermagem avançada, pelos enfermeiros da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória?” pelo que os artigos, editoriais, análises reflexivas incluídos no estudo concorrem para encontrar a resposta a esta inquietação, cujos objetivos foram mapear a evidência existente sobre a prática de EA em contexto perioperatório e identificar as mais-valias desta prática para as PSPo, famílias e sistemas de saúde, produzindo contributos para a sua implementação e disseminação

A pesquisa realizada nas bases de dados identificadas produziu um total de 1982 estudos, aos quais foram acrescentados 3 identificados a partir das referências bibliográficas, perfazendo um total de 1985 estudos. De entre estes, foram identificados 132 artigos repetidos, pelo que se submeteram a leitura de títulos e resumos 1853 artigos. Destes, após obtenção de consenso entre o investigador e o co-investigador, selecionaram-se 78 artigos para leitura integral. O processo de leitura integral identificou um total de 42 artigos a excluir por não conterem elementos do PCC – 28; não terem acesso livre – 7; não terem texto completo – 2; não estarem acessíveis nas línguas selecionadas – 1; e corresponderem a projetos ainda não implementados – 4. Um total de 36 artigos foram objeto de leitura integral por ambos os revisores e analisados no seu conteúdo, resultando deste processo os dados apresentados. A análise encontra-se organizada em quadro, com identificação do artigo, país de origem, tipo de estudo ou metodologia, objetivos definidos pelos autores, conteúdo descrito e resultados relevantes para a revisão *scoping* (Peters et al., 2020). Os artigos estão organizados pela ordem decorrente da pesquisa. (ANEXO VI)

Os artigos excluídos estão identificados e analisados com os dados disponíveis. (ANEXO VII)

O fluxograma do processo de seleção dos artigos extraídos é apresentado de acordo com o PRISMA-ScR (Peters et al., 2015; Tricco et al., 2018).

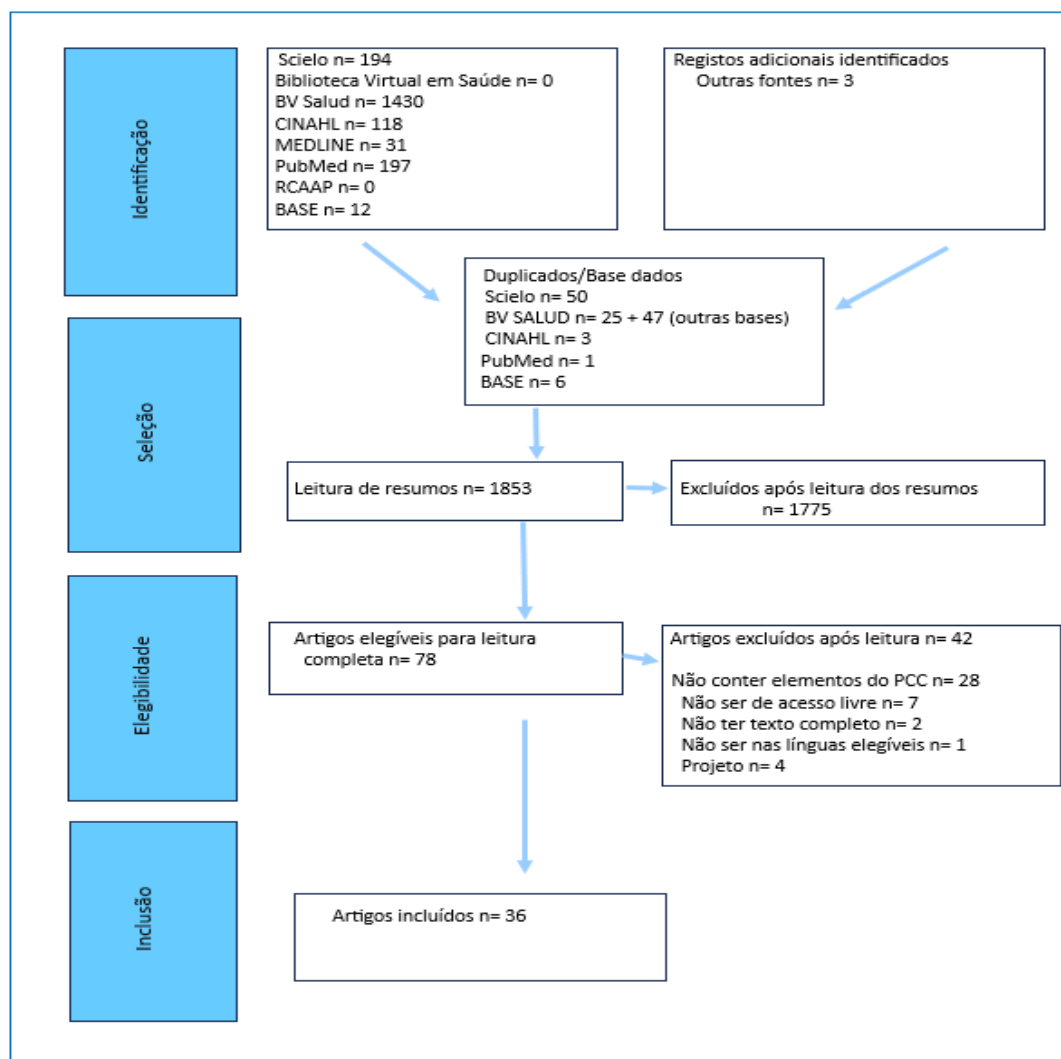


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos artigos [adaptado de PRISMA-ScR (Tricco, et al., 2018)]

Os estudos foram publicados entre os anos 2001 e 2022, traduzindo a relevância que a EA tem vindo a adquirir nos últimos 20 anos, expandindo-se a um número crescente de países e, assim, produzindo conhecimento. Igualmente, o contexto de atuação dos EnfA tem vindo a ser mais abrangente, passando maioritariamente dos cuidados de saúde primários para os cuidados hospitalares [e de reabilitação], conforme já enunciado. Assim, os autores apresentam interesse em demonstrar que o contexto perioperatório é uma das áreas de cuidados na qual os EnfA estão presentes e oferecem a sua expertise profissional. (Gráfico 1)

As publicações científicas têm vindo a aumentar consistentemente nos últimos 5 anos (Curcic, 2023). No nosso estudo verificamos que o número máximo de publicações ocorreu em 2016, com (7) 19% do total, seguindo-se 2021 com (5) 14%. Todavia em 2022 houve um decréscimo substancial, talvez explicado pelo facto de estarmos ainda com a pandemia

COVID-19 ativa, o que fez decair as publicações fora desse âmbito em 2020/2021 (Madhusoodanan, 2021). Demonstramos a distribuição das publicações por ano:

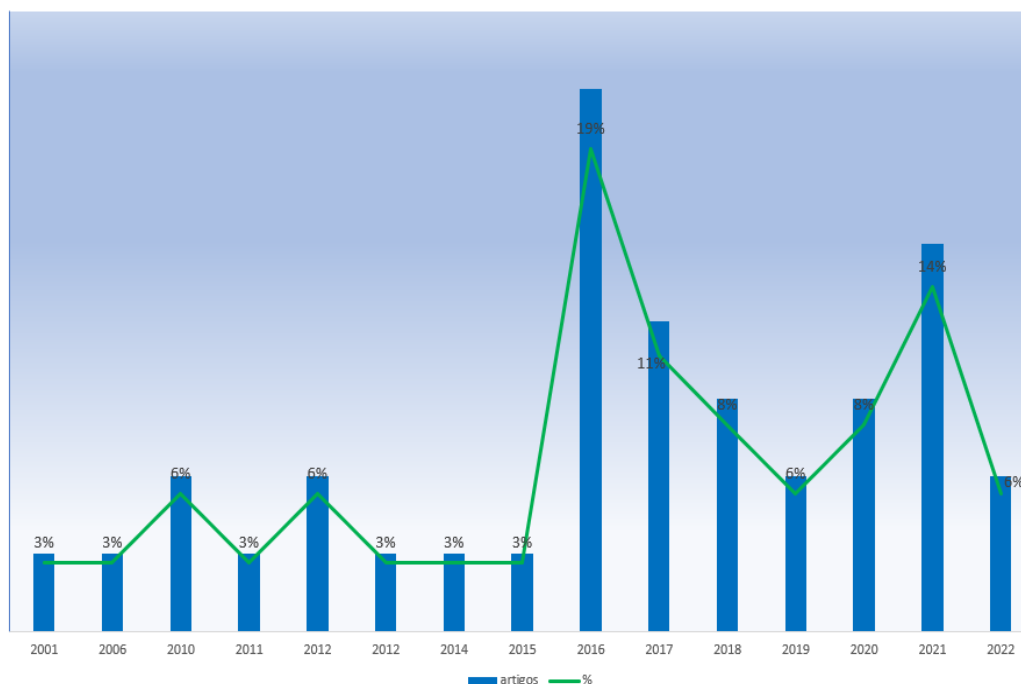


Gráfico 1 – Distribuição das publicações por ano

A distribuição dos países de publicação revela que os EUA são o país com mais publicações (19) 53%, seguindo-se o Brasil e o Reino Unido com (4) 11%, o que é consistente com o facto de os EUA serem pioneiros na introdução da EA e serem um dos principais produtores de publicações. O Reino Unido inicia o processo de concetualização da EA no final dos anos 1960-1970, com expansão notável nos anos 1990, em número de profissionais e escopo da prática, fruto do aumento de custos na saúde, exigências crescentes da população, aumento da prevalência de doenças crónicas, obrigando a uma reflexão e adaptação política e regulatória, o que é consistente com os motivos já apresentados. O valor e reconhecimento destes profissionais foi igualmente consistentemente aumentando (Swaby et al., 2022). O Brasil, a par com outros países da América Latina, apresenta grandes iniquidades no acesso aos cuidados de saúde, sendo os enfermeiros, muitas vezes os únicos profissionais de saúde com quem as populações mais remotas têm contacto. Desde 2013 que a Organização Pan-Americana da Saúde tem vindo a desenvolver esforços para a implementação da EA nos cuidados de saúde primários (atenção primária), como forma de diminuir essas iniquidades, relevando o crucial papel de liderança que os EnFA podem ter no Sistema Único de Saúde. Há o reconhecimento das dificuldades de implementação da EA e que o sucesso depende do empenho político, do envolvimento organizacional na criação de lugares de exercício e do

sistema educacional para promover estes profissionais (Cassiani & Dias, 2022). As publicações demonstram que esse caminho está a ser percorrido. (Gráfico 2)

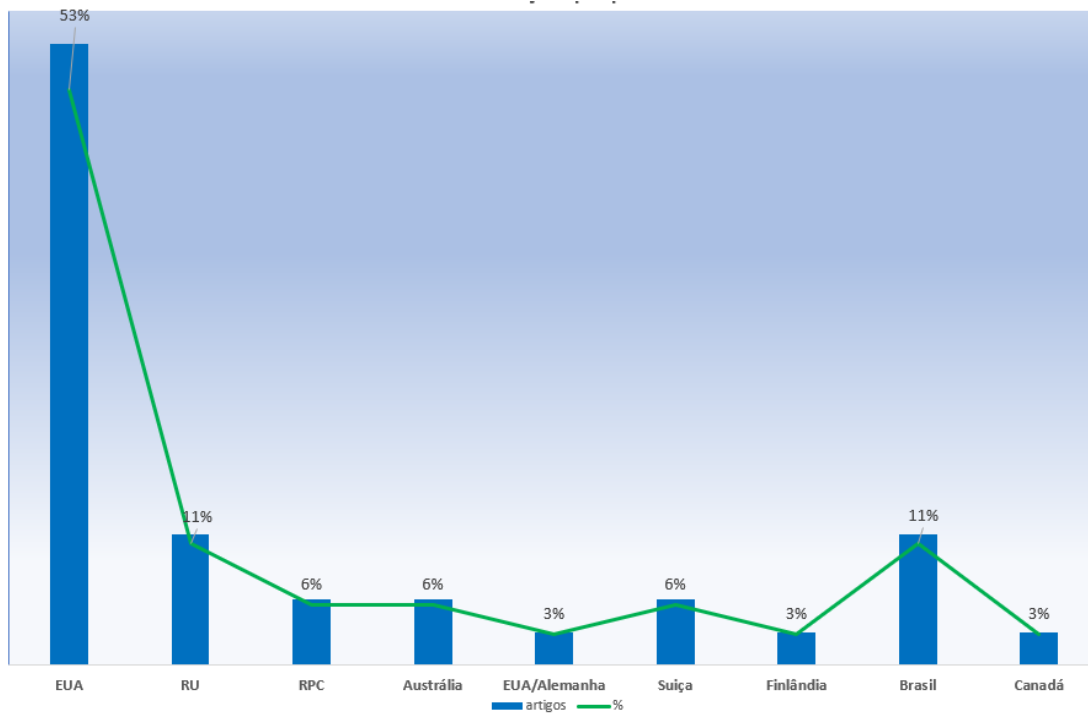


Gráfico 2 – Distribuição das publicações por país

Relativamente aos tipos de estudos que denunciaram conter resultados importantes para responder à questão de revisão, observamos que a concretização de projetos de melhoria são os mais frequentes com (7) 19%. A melhoria contínua tem sido uma preocupação em saúde desde há vários anos, objetivando melhorar os resultados em saúde para pessoas e organizações, aumentar a segurança dos cuidados e reduzir custos. Estes são igualmente aspetos nos quais os EnfA são proficientes, dado que desenvolvem as suas atividades sob a perspetiva da PBE, disseminando esse conhecimento pelas equipas de saúde, fundamentando e mudando as práticas e decisões clínicas, o que se traduz em ganhos (Moore & Stichler, 2015). (Tabela 1)

As revisões da literatura foram encontradas em (6) 17% dos estudos, o que é consistente com a necessidade de afirmação e identificação do valor único e insubstituível da EA, cujo reconhecimento tem sido dificultado com a indefinição de papéis e com a falta de instrumentos regulatórios (Jakimowicz et al., 2017). As revisões da literatura permitem aceder à melhor evidência, dotando os próprios EnfA, as organizações e os decisores políticos do conhecimento que sustenta a efetividade, importância e valor da EA (Aromataris & Munn, 2020; Pryce-Miller, 2015).

Encontraram-se ainda relatos de caso (4) 11% e análises reflexivas (4) 11% documentadas pela literatura, que contribuem através das suas narrativas para demonstrar a importância da EA em contexto perioperatório. Identificaram-se outros estudos sem expressão.

Tipo de Estudo	Total	
	Número	%
Revisão	6	17%
Melhoria	7	19%
Estudo de coorte	1	3%
Descritivo	2	6%
Caso-controle	1	3%
Exploratório	1	3%
Investigação-ação	1	3%
Quasi-experimental	2	6%
Relato de caso	4	11%
Análise reflexiva	4	11%
Estudo piloto	1	3%
Fenomenológico	1	3%
Experimental randomizado	1	3%
Editorial	2	6%
Métodos mistos	1	3%
Comparativo	1	3%
Total	36	100%

Tabela 1 – Distribuição dos tipos de estudos

Os estudos revelam que os ganhos obtidos com a presença de EnfA em contexto perioperatório é similar aos ganhos observados em outros contextos de atuação, o que valida a pertinência da EA em todos os cenários de cuidados, motivo que conduziu à sua disseminação, como observado anteriormente. O EnfA é um fator de melhoria de qualidade e dos sistemas/organizações e é o motor para a mudança das equipas de enfermagem, promovendo-as, dado que “tem um papel único a desempenhar na contribuição para o atendimento de alta qualidade ao paciente e para a mudança no nível do sistema em vários ambientes de assistência à saúde” (Mayo et al., 2017, p. 70). (Tabela 2)

A esfera de influência da atuação dos EnfA desenvolve-se em 3 vertentes – o doente, os enfermeiros e os sistemas. Verificamos através das categorias identificadas que os ganhos obtidos são para PSPo/famílias – maior satisfação (11) 9%, equipas – (5) 4%, organizações – melhoria do desempenho (7) 6% e sistemas de saúde – diminuição de custos (14) 12%. Naturalmente que todas as esferas estão correlacionadas e se refletem reciprocamente. Tome-se como exemplo a redução da morbilidade/complicações, assinalada em – (7) 6% dos estudos, a diminuição dos tempos de internamento – (9) 8% ou a maior segurança de cuidados – (8) 7%. Estes achados são consistentes com os estudos de Mayo et al. (2017) ou de Serena et al. (2018).

Um dos aspetos mais relevantes demonstrado por esta revisão *scoping* é a PBE. Tal como observado anteriormente, é uma das matrizes da EA, aqui sinalizada em (11) 9% dos estudos. O EnfA atua concordante com a PBE, que é um ganho *per se*, e aborda questões complexas de saúde para doentes, famílias, equipa multidisciplinar e organizações, promovendo a formulação de novas políticas. Uma das áreas de impacte da atuação da EA é a PBE, com ganhos significativos, resultados de elevada qualidade e custo-benefício para os doentes, famílias, comunidades e organizações em todos os ambientes (Mayo et al., 2017).

Além dos factos já destacados, acresce que com sistemas de saúde com dificuldades de garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde de qualidade, como ocorre em Portugal neste momento devido às assimetrias geográficas na distribuição de profissionais de saúde (Correia et al., 2018; Simões et al., 2017), a melhoria da acessibilidade assinalada em (7) 6% dos estudos é um aspeto da maior importância.

Deve ser considerado que os ganhos obtidos pelos EnfA e pela EA dependem do apoio institucional recebido e de políticas regionais e nacionais a sustentem e regulamentem.

Categoria	Total	
	Número	%
PBE	11	9%
Melhoria da qualidade de vida	5	4%
Melhoria dos outcomes	7	6%
Melhoria qualidade dos cuidados	9	8%
Melhoria da acessibilidade	7	6%
Maior satisfação de doentes e famílias	11	9%
Redução da morbilidade/complicações	7	6%
Redução da mortalidade	3	3%
Diminuição do tempo de internamento	9	8%
Diminuição de reinternamentos	3	3%
Cuidados centrados na pessoa e família	7	6%
Maior segurança dos cuidados	8	7%
Melhoria da adesão terapêutica	3	3%
Diminuição dos tempos de espera	4	3%
Melhoria de desempenho organizacional/sistemas	7	6%
Maior satisfação das equipas	5	4%
Diminuição de custos	14	12%

Tabela 2 – Categorias

No que concerne aos domínios de atuação dos EnfA assinalados nos estudos, destacam-se a educação (9) 14%, a coordenação e a investigação (8) 12% e ainda a inovação (7) 11%. Estas traduzem os principais envolvimento dos EnfA no contexto perioperatório. A educação de PSPo/famílias e equipas multiprofissionais contribui para a melhoria dos conhecimentos, reconhecimento da Enfermagem e PBE; a coordenação ocorre aos nível de cuidados, equipas, processos e de saúde – acompanhamento da pessoa desde a admissão até à alta; a investigação e disseminação de resultados, contribui para a melhoria dos cuidados

fundamentados e fundamentando a PBE; a inovação compreende o desenvolvimento de protocolos, de sistemas ou suportes de informação, a introdução de novas tecnologias, entre outras atividades, todas elas contribuindo para a melhoria dos resultados obtidos. Observam-se ainda a colaboração (4) 6% com outros profissionais ou dentro da equipa de enfermagem; a consultoria (2) 3%, fruto do reconhecimento dos saberes e competências dos EnfA; liderança (2) 3% de equipas e de processos; e a gestão (2) 3% a nível institucional e de doentes com processos complexos de saúde, com registos inferiores. (Tabela 3)

A literatura assinala, igualmente, como domínios de atuação a educação, a coordenação, a investigação, a liderança, a colaboração (Oddsdóttir & Sveinsdóttir, 2011; Walsh et al., 2015).

A atuação dos EnfA ocorre em vários domínios e primeiramente no contato direto com a pessoa alvo de cuidados e a família. A prestação direta de cuidados, utilizando como ferramenta crucial a comunicação assertiva, significativa, de qualidade e efetiva, está no core da EA e repassa uma imagem de credibilidade.

Domínio	Total	
	Número	%
Educação	9	14%
Coordenação (cuidados, equipas, processos, saúde)	8	12%
Colaboração	4	6%
Inovação	7	11%
Políticas	1	2%
Investigação	8	12%
Gestão	2	3%
Consultoria	2	3%
Liderança	2	3%
Advocacia de doentes	1	2%
Sem identificação de domínios	21	32%

Tabela 3 – Domínios

A EA e a atuação dos EnfA em contextos perioperatórios aproxima-se de resultados revelados pela literatura em conjunturas diversas.

7. Discussão

Na sua gênese, a prática avançada de enfermagem, foi uma solução encontrada para contornar um problema de escassez de profissionais médicos, diminuir dificuldades de acesso a cuidados de saúde e controlar os custos na saúde. Todavia, evoluiu e diverge, configurando-se dois conceitos distintos - a prática avançada de enfermagem e a EA. Esta última, não procura a substituição de profissionais, tem um foco centrado na pessoa. Ganhou corpo e move-se do ambiente rural embrionário para o urbano, do contexto da saúde mental, saúde materna e anestesia, para cuidados de saúde primários e posteriormente para cuidados agudos, ambulatoriais e áreas tão diferenciadas como, as de cuidados críticos - urgência/emergência e medicina intensiva, transplantação e cuidados perioperatórios, em blocos operatórios, serviços de internamento, consultas de enfermagem, cuidados domiciliares, clínicas privadas, criando uma nova forma de pensar a prestação de cuidados e a própria enfermagem enquanto disciplina (Hibbert et al., 2017; Schober, 2019). Simultaneamente, o seu foco transita dos cuidados curativos, sob o modelo biomédico, para modelos centrados na pessoa, cuidados holísticos, em todas as dimensões do ser humano e do cuidado – prevenção, cura e reabilitação. Os EnfA, não obstante os muitos títulos existentes e âmbitos de atuação, emergiram a partir da necessidade comum de conhecimento avançado e especializado, evoluindo perante as alterações demográficas, a necessidade de cuidados crescentemente complexos, assumindo níveis de autonomia variáveis. Existe uma alteração de preenchimento do espaço para a execução fundamentada de algumas atividades que eram médicas, que persiste, consoante as regulamentações e contextos, mas diverge ao assumir-se EA com significação consistente com o escopo da formação, com a Disciplina, os valores e o core da Enfermagem que é Cuidar (ICN, 2020; Lewis, 2022; Queirós, 2017).

Considerando que o primordial objetivo dos EnfA são os cuidados de qualidade e melhorar os *outcomes* das pessoas, a esfera de influência da atuação dos EnfA desenvolve-se em 3 vertentes – o doente, os enfermeiros e os sistemas, tal como integralmente observado nesta revisão (ICN, 2020).

Apesar de terem sido consideradas categorias isoladas para melhor compreensão e apreensão das várias dimensões do trabalho desenvolvido pelos EnfA em contexto perioperatório, e dos ganhos obtidos por essas intervenções fundamentadas na PBE em 11 artigos (artigos 2; 3; 4; 6; 11; 12; 21; 24; 25; 27; 35), ao fazer o exercício de as agrupar,

poderemos afirmar que a qualidade dos cuidados é mencionada em 9 artigos (artigos 1; 2; 9; 24; 26; 30; 33; 34; 35) e que se adicionarmos os artigos que invocam como ganhos, a segurança de cuidados, 8 (artigos 4; 17; 18; 19; 20; 26; 29; 33), a satisfação de PSPo e famílias, 11 (artigos 2; 4; 5; 10; 11; 16; 17; 21; 23; 26; 33), os cuidados centrados na pessoa, 7 (artigos 3; 10; 19; 26; 31; 33; 34), obtemos ganhos de qualidade de cuidados registados em 35 dos 36 artigos analisados. Igualmente, se aos outcomes/resultados em saúde, referidos em 7 artigos (1; 11; 22; 23; 30; 35; 36) adicionarmos outros resultados como a melhoria da qualidade de vida, 5 (artigos 1; 3; 8; 21; 36), a diminuição de complicações, 7 (artigos 3; 8; 20; 24; 25; 27; 28), a diminuição da mortalidade, 3 (artigos 3; 8; 22), a diminuição do tempo de internamento, 9 (artigos 8; 20; 21; 22; 25; 28; 32; 33; 36) e a diminuição de reinternamentos, 3 (artigos 8; 21; 23), percebemos que os ganhos nos resultados de saúde constam em 34 dos 36 artigos incluídos para análise. Estes são resultados com elevado significado desta investigação.

O compromisso na acessibilidade aos cuidados de saúde é um dos vetores que estão na génese e desenvolvimento da EA, como registado anteriormente. No estudo verificámos que a melhoria da acessibilidade ocorre em 7 estudos (artigos 2; 7; 10; 13; 14; 17; 21), oriundos do Brasil (artigo 2), EUA (artigos 7, 13, 14, 21) e RU (artigos 10, 17), o que demonstra que este é um ganho passível de ser obtido em sistemas de saúde muito diversos e em países com contextos de prestação de cuidados muito diferentes. Considerando que os cuidados de saúde primários e os serviços de urgência/emergência são as portas de entrada para cuidados diferenciados em vários sistemas de saúde, é nesses contextos que a acessibilidade movida pela EA é mais expressiva (Bhay & Mitchell, 2023; Heath, 2022; Wan & Xia, 2023).

No sistema de saúde português, que sofre uma pressão crescente com populações envelhecidas, com elevada prevalência de doenças crónicas, com baixo investimento, escassez de profissionais de saúde e aumento das listas de espera, a equidade no acesso aos cuidados de saúde é ainda mais premente (OCDE, 2023; Temido, 2014). As iniquidades no caso português, podem ser mitigadas com a introdução da EA, tal como ocorreu em vários países. A OCDE (2023) recomenda que sejam tomadas medidas para tornar mais eficiente a orçamentação e a gestão dos recursos humanos.

A emergência da nova evolução epidemiológica exige novos paradigmas de cuidados e novos modelos de organização do trabalho. A adaptabilidade e mudança de funções entre médicos e enfermeiros é uma discussão que tem vindo a ocorrer e a evidência demonstra a obtenção de ganhos em acessibilidade, qualidade de cuidados e diminuição de custos (Temido, 2014).

A introdução da EA ocorre no seguimento de *skill mix* – combinação de postos de trabalho, trabalhadores, competências ou atividades. Esta nova combinação depende de fatores favorecedores, donde se destaca a disponibilidade de enfermeiros e carência de médicos, mas não deve ser inibida se esta relação não estiver comprometida, dado que fatores de acessibilidade e controlo de custos podem ser motivadoras. Por outro lado, há dificuldades a vários níveis, desde a liderança do decisor político, das lideranças das organizações e das ordens profissionais, atuando como forças antagónicas – no caso dos enfermeiros é favorável à maior autonomia e desenvolvimento dos papéis e competências, no caso dos médicos é contrária, por perda de poder. Algumas dificuldades na introdução de novos papéis, podem ser controladas pela combinação de *skill mix* através de redistribuição de tarefas (OMS, 2018; Temido, 2014), correspondendo à formação dos EE, em Portugal.

Recordamos que em Portugal, o rácio de médicos por 1000 habitantes é de 5,6 e o rácio de enfermeiros por 1000 habitantes é 7,5 segundo dados da OMS (2023), persistindo uma grande assimetria de distribuição de profissionais entre o litoral e o interior, que conduz a iniquidades no acesso aos cuidados de saúde (Correia et al., 2018). Segundo dados da OCDE (2020), o rácio de enfermeiros por médicos em Portugal é de 1,3, tal como em Espanha, onde a EA está implementada. Persistem os argumentos para a implementação em Portugal da otimização e controlo de custos e de ganhos na acessibilidade. O nosso estudo identifica a diminuição de custos em 14 artigos (1; 8; 10; 11; 15; 17; 18; 20; 22; 23; 25; 27; 32; 33), sendo a categoria mais predominante no conjunto.

Destaca-se a importância de dissipar dúvidas acerca da EA e o EnfA, dado que a falta de clarificação é uma barreira à implementação da EA. Apesar do trabalho de definir os papéis dos EnfA, subsistem ambiguidades, inconsistências e diferentes expectativas, por vezes não atendidas, conduzindo à persistência de um panorama de dúvida entre outros enfermeiros, outros profissionais da equipa, administrações e doentes. Não obstante serem vistos como líderes clínicos, nem sempre lhes é oferecido apoio institucional nem autoridade e autonomia, que são fundamentais para a sua implementação, disseminação e obtenção dos melhores resultados (Temido, 2014; Walsh et al., 2015).

A liderança e o envolvimento da equipa em ações colaborativas e de suporte, são imprescindíveis para desenvolver novos modelos de cuidados e atendimento. Os EnfA necessitam de tempo para desenvolver confiança e habilidades para se desenvolverem, sob pena de abandono do lugar ou o não exercício pleno e expectável. Uma liderança forte e efetiva é necessária para garantir o planeamento, com educação, treino e garantia de desenvolvimento profissional; orientação; supervisão; e negociação adequados à introdução

de EnfA. Concomitantemente, impõe-se apoio financeiro para garantir o exercício do EnfA. Assim, nos contextos de prestação de cuidados, construir relacionamentos e equipas coesas, estabelecer colaborações e negociar o papel do EnfA, são aspetos fundamentais para o sucesso da implementação da EA (Temido, 2014; Torrens et al., 2020; Walsh et al., 2015).

Conforme referido anteriormente, o EnfA atua com elevada autonomia, condição fundamental do exercício, e tomada de decisão complexa assentando a sua intervenção de prática clínica na educação e investigação, liderança e gestão (Health Education England, 2017), na coordenação e na colaboração (Oddsdóttir & Sveinsdóttir, 2011; Walsh et al., 2015), tal como observado pelo nosso estudo, em contexto perioperatório. Na mesma linha, o estudo revela que a prática clínica é um dos alicerces da EA e identifica vários domínios de atuação: a educação, 9 (artigos 1; 3; 6; 8; 11; 23; 25; 29; 35), seguida da investigação presente em 8 artigos (artigos 6; 8; 11; 12; 23; 24; 25; 29), a coordenação (cuidados, equipas, processos e saúde), 8 (artigos 1; 4; 8; 9; 11; 19; 24; 29), identificamos a inovação como domínio em 7 estudos (artigos 1; 6; 8; 23; 25; 32; 35) concordando com a evidência existente dos contributos dos EnfA na introdução de novas técnicas, tecnologias, protocolos e orientações, que conduzem frequentemente a novas políticas, mencionadas em 1 estudo (artigo 1). Os aspetos da inovação são particularmente prementes no contexto perioperatório, pela sua complexidade. A colaboração é identificada em 4 estudos (artigos 1; 8; 11; 24), a liderança, 2 (artigos 9; 35) e a gestão, 2 (artigos 8; 9) surgem com menor representatividade, assim como a consultoria, 2 (artigos 8; 23) e a advocacia de PSPo, 1 (artigo 29) que são domínios presentes em vários estudos em outros contextos (Delametter, 1999; DiCenso et al., 2010; Mayo et al., 2017; Walsh et al., 2015), mas em ambiente perioperatório não são destacados. Salientamos que 21 estudos não identificam qualquer domínio da prática de EA em contexto perioperatório (artigos 2; 5; 7; 10; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 20; 21; 22; 26; 27; 28; 30; 31; 33; 34; 36).

A educação de doentes/famílias, enfermeiros da equipa e outros profissionais é uma das principais atividades do EnfA, oferecendo empoderamento e autonomia a todos os intervenientes, podendo desenvolver projetos inovadores de educação, permitindo que as equipas mantenham a atualização de conhecimentos. Aos doentes é permitido compreender complexas condições de saúde, opções de tratamento e autocuidado, fundamentais para o exercício da sua autonomia. O EnfA assume-se como um advogado da pessoa, elevando a sua atuação ética. Complementarmente, o EnfA, está muito envolvido na investigação para uma efetiva PBE e qualidade de cuidados, divulgando o conhecimento à equipa e restante comunidade através de publicações. A partir dos resultados da investigação, e fazendo jus ao

seu carácter de inovador, o EnfA desenvolve protocolos e programas de melhoria, são introduzidas novas políticas e é dado um contributo inestimável ao avanço do conhecimento em Enfermagem. O EnfA lidera equipas e processos, e colabora com outros profissionais trabalhando colegialmente com enfermeiros, médicos e restantes intervenientes com influência no ambiente de saúde. É um profissional flexível e adaptável a vários ambientes de trabalho e equipas, conhecedor de todo o processo de cuidados e defensor dos doentes, assumindo-se como o guia no processo de cuidados (Bryant-Lukosius et al. 2015; Oddsdóttir & Sveinsdóttir, 2011; Westman et al., 2019).

Os EnfA, através das suas intervenções, e pelo facto de obterem resultados positivos, dão maior visibilidade coletiva aos enfermeiros, dado que cooperam para ambientes de trabalho saudáveis e melhoram a competência dos enfermeiros através da assunção de papéis de consultoria, orientação e liderança (Mayo et al., 2017). Ademais, os resultados obtidos por estes enfermeiros, que usam a sua expertise clínica para liderar a prática, promover e facilitar a mudança e mensurar resultados, influenciam as políticas implementadas, a qualidade dos cuidados e a obtenção dos melhores resultados, através da excelência profissional, respeito e confiança intra e interprofissional, dando visibilidade à Enfermagem.

Considera-se uma limitação deste trabalho, embora prevista por Peters et al. (2020), a introdução de filtros adicionais em bases de dados cujo retorno de resultados se revelou incomportável para leitura de resumo, conforme previsto em protocolo, em tempo útil de apresentação de resultados. Neste seguimento, alargar a pesquisa a artigos sem texto completo e incluir outras bases de dados de literatura científica ou cinzenta, poderia representar um acréscimo de evidência.

São ainda limitações desta revisão o reduzido número de línguas de artigos publicados, embora sejam as únicas dominadas pelos autores, mas um alargamento poderia revelar mais evidência dado a EA estar implementada em países francófonos, germânicos, nas suas derivações escandinavas e eslavas.

8. Conclusão

Os achados do estudo sobre os ganhos obtidos pela PSPo, famílias, sistemas de saúde e profissionais, revelam consistência com estudos anteriores em outros contextos.

Os conceitos que revelam ganhos decorrentes da prática de EA em contexto perioperatório são: a diminuição de custos, o que traduz uma enorme importância pela escassez de recursos e necessidade de justiça distributiva, em sistemas de saúde que se confrontam com constrangimentos financeiros; a PBE, elemento matricial da EA que combina o conhecimento científico, a expertise profissional e os valores e desejos da pessoa cuidada, revelando a parceria estabelecida no processo terapêutico; a qualidade de cuidados que a traduz *per se*, mas também a segurança dos cuidados, a satisfação da PSPo e famílias, os cuidados centrados na pessoa, tal como se pretende no cuidado holístico desenvolvido pelos EnfA; os resultados em saúde, traduzindo a melhoria da qualidade de vida, a diminuição de complicações, a diminuição da mortalidade e a diminuição do tempo de internamento e reinternamentos.

Os domínios da prática de EnfA que emergem com mais significado e frequência são a educação, a coordenação, a investigação e a inovação.

Destaca-se ainda a acessibilidade aos cuidados de saúde, como uma das mais-valias identificadas e que vem corroborar a importância da EA para as pessoas.

Em países como Portugal, onde a EA não está regulamentada e como tal considera-se que não está implementada, existe um caminho a percorrer e do qual podem beneficiar as populações com melhoria da acessibilidade e da qualidade de cuidados, dando resposta às suas necessidades; os profissionais, pelos impactes dos seus cuidados e maior satisfação profissional; o sistema de saúde, pela diminuição de custos e melhoria de indicadores de saúde; e a Profissão, pela visibilidade que a EA proporciona, não no sentido de substituir outros profissionais, mas no exercício integral das competências para as quais têm formação. Prevê-se a resistência, sobretudo de outros profissionais devido à perceção de oscilações do poder, descrita noutros países. Apropriemo-nos como exemplo da orientação 002/2023 da DGS Cuidados de saúde durante o trabalho de parto, recentemente publicada e contestada. Não obstante considerarmos que o estudo permitiu mapear a evidência sobre a EA em contexto perioperatório, apresentamos as limitações do estudo.

Considera-se uma limitação deste trabalho, a introdução de filtros adicionais para a orientação da pesquisa no sentido dos objetivos delineados, em bases de dados cujo retorno de resultados se revelou incomportável para leitura de resumo, conforme previsto em protocolo, em tempo útil de apresentação de resultados. Neste seguimento, consideramos que não introduzir esses filtros e alargar a pesquisa estudos sem texto completo e a outras bases de dados de literatura científica ou cinzenta, poderia representar um acréscimo de evidência.

São ainda limitações desta revisão o reduzido número de línguas de artigos publicados, embora sejam as únicas dominadas pelos autores, mas um alargamento poderia revelar mais evidência dado a EA estar implementada em países francófonos, germânicos, nas suas derivações escandinavas e eslavas.

Apropriando-nos da evidência que demonstra a importância para todos os intervenientes da EA em contexto perioperatório, podem ser desenvolvidos esforços junto das entidades competentes para reintroduzir o assunto na agenda, proporcionando divulgação, esclarecimento de profissionais e populações, no sentido de minimizar as barreiras já identificadas pelas experiências em outros países e empreendendo o caminho para a sua plena regulamentação e implementação.

Este estudo, enquanto revisão *scoping* pode dar orientação para a realização de uma revisão sistemática da literatura, com uma visão mais alargada e precisa da EA em contexto perioperatório, aportando contributos não só para a prática, mas igualmente como catalisador de mudança política.

A Enfermagem e os Enfermeiros são agentes de mudança e inovação, estando eles próprios em evolução.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar este percurso é a materialização de um percurso profissional que compreende vários contextos da prática, todos eles com contributos determinantes para o desenvolvimento da pessoa e da enfermeira que, se fundem.

Este documento que representa o trabalho desenvolvido em contexto da práxis e em investigação, revela algumas das atividades empreendidas e sobretudo a reflexão necessária para apreender a experiência, embora não demonstre as interações entre cada uma das pessoas que fez parte do percurso.

O contexto da práxis, rico como é, permitiu adquirir, aprofundar, envolver e aplicar um conjunto de ferramentas, estratégias, capacidades, atitudes e comportamentos que se traduzem em aprendizagens e significações sobre as competências específicas da prática especializada em contexto perioperatório, exigente, variável, desafiante, resultando em adaptação constante e flexibilidade, tal como é exigida e reconhecida aos EnfA.

Enformámos a prática na perspetiva da segurança da PSPo, das equipas e ambiental, identificando e reportando todas as situações comprometedoras, da melhoria contínua da qualidade, da fundamentação no conhecimento científico e das melhores práticas e em observância da ética e da deontologia, colocando a pessoa no centro dos cuidados. Esta tem o direito de ver observado o valor da dignidade humana, intrínseco à pessoa e a ver respeitado o direito de autonomia, enquanto reconhecimento da autodeterminação, dotada de razão e consciente da liberdade para decidir sobre os procedimentos que a si digam respeito. Implica, a observância de duas condições: a capacidade de autodeterminação com base nos valores e crenças individuais e a promoção das condições para o seu exercício. É neste lugar que o EEEMCEPSP deve advogar pela PSPo, sempre que este direito não estiver a ser respeitado, dada a posição de particular vulnerabilidade em que se encontra.

O respeito pela dignidade humana não se esgota com o momento da morte. No ato abnegado de doação de órgãos, a atitude e comportamento do profissional enfermeiro deve coincidir com o reconhecimento do corpo do outro, que ali se esgota, é fonte de esperança e vida para outros, e que ele próprio era vida, história, família, pessoa.

O EEEMCEPSP atua em todo o percurso da PSPo, todavia no contexto de estágio clínico, tal não é possível, por não existir consulta perioperatória e o acompanhamento da PSPo na UCPA é realizado por equipa distinta. Estando limitado ao período intraoperatório, deve

pautar-se pelo diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação das intervenções, num contexto de mudanças rápidas, no qual o EEEMCEPSP tem de exercitar permanentemente uma atitude antecipatória para fazer frente aos riscos anestésicos e cirúrgicos, atuando com ponderação e responsabilidade profissional, assegurando excelência do cuidado, a vigilância permanente e a minimização do risco (OE, 2017).

A identificação de situações de risco, suas causas e as medidas de prevenção, mitigação ou controlo são etapas do processo de gestão do risco, dependentes da organização e do compromisso individual. O processo de gestão do risco deve ser integrado na prática individual aplicado a todas as atividades, sendo o EEEMCEPSP o profissional habilitado para liderar estes processos e disseminar a cultura de segurança na organização e na unidade.

A complexidade das organizações e critérios multifatoriais da segurança e qualidade, obrigam a abordagens sistémicas, sistemáticas, individuais e coletivas, numa perspetiva de cultura de segurança, indissociável da qualidade superior e do controlo de custos (Fragata, 2011). Numa cultura de segurança, a gestão do risco está incorporada em todas as atividades, pressupondo melhorias contínuas, observando indicadores de qualidade e de segurança.

Nesta decorrência, e no sentido de desenvolver uma PBE, procurou-se permanentemente a fundamentação para todas as questões surgidas em contexto da práxis. A PBE, matriz da EA e o EEEMCEPSP detém conhecimentos e competências clínicas para cuidar a PSPo, mantendo, durante o *continuum* de cuidados perioperatórios, a sua estabilidade, bem-estar e segurança. Atua nas áreas de anestesia, circulação e instrumentação, assim como gestão. A atuação é centrada na PSPo, na continuidade de cuidados, na PBE, no trabalho de equipa, exercendo comunicação e liderança (AESOP, 2006; Gomes, 2020). A qualidade dos cuidados de enfermagem no BO compreende a eficiência, segurança e gestão de eventos de crise, numa perspetiva sistémica de interdisciplinaridade (Wu et al., 2017). A PBE combina o conhecimento científico, a expertise profissional e os valores e desejos da pessoa cuidada e a sua utilização deve ser apoiada e disseminada, sendo os EnfA os veículos ideais nesse propósito, em todos os contextos em que atuam.

Dando significado a esta atuação, foram maximizadas as oportunidades de formação, das quais se destacam as informais, por serem em contexto da prática e por demonstrarem o reconhecimento do outro nas nossas competências, tomando-nos como referencial e elucidando sobre a consecução dos objetivos traçados para o estágio.

É no reconhecimento do valor da Enfermagem que se nos afigura a EA como modelo de alcançar maior visibilidade para a Profissão.

O processo de investigação permitiu, desenvolver capacidades de pesquisa, fundamentais ao EE, dar resposta ao enquadramento curricular adquirido ao longo do curso e responder à inquietação de compreender a pertinência de haver EnfA nas equipas perioperatórias.

A EA é o campo da Enfermagem que expande os limites da prática, caracterizada pela integração e aplicação de vasto conhecimento teórico, PBE com aplicação na práxis, que decorre de formação pós-graduada mínima de mestrado (ICN, 2008, 2020). É muitas vezes apresentada apenas como uma extensão ou substituição de competências tradicionalmente atribuídas ao médico, todavia deve ser mantido presente que a matriz de formação destes enfermeiros é a Ciência de Enfermagem, logo os princípios da profissão estão sempre presentes, independentemente da atuação mais expandida, pelo que representa um benefício incontornável para doentes e famílias, atuando a três níveis, a pessoa, os enfermeiros e os sistemas.

Constatámos que a EA tem valor para o contexto perioperatório e deverão ser empreendidos esforços conjuntos para a sua implementação em Portugal, como mais-valia para o sistema de saúde nacional, o que se traduz na concretização dos objetivos.

Dessa forma, consideramos apropriado e pertinente publicar os resultados desta investigação.

Todos os momentos de aprendizagem se tornaram significativos e moldam a nossa atuação perioperatória, todavia houve limitações já referidas, como a impossibilidade de realizar estágio numa equipa de transplantação internacional e, no campo da investigação, não ter sido possível alargar a pesquisa a outras bases de dados e outras línguas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2011) Recomendações técnicas para bloco operatório. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Bloco-Operatorio_2011.pdf
- AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Lusodidacta Afonso, A.; Martins, E.; Parreira, P. & Santos-Costa, P. Erros de medicação no perioperatório: gestão do risco clínico na segurança do doente. In P. Parreira ... F. Prado (Orgs), *Gestão nas organizações de saúde*. (pp. 704-732). Ordem dos Enfermeiros, Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
- Alfaro, E. B. (2019). Enfermería de Práctica Avanzada para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en el contexto de Latinoamérica. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (37), 234-244. doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.34645
- Antunes, M. (2020). *O stress ocupacional nos enfermeiros do bloco operatório*. [Tese de Mestrado não publicada]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo
- Amendoeira, J. (2022). Revisão Sistemática de Literatura A Scoping Review. https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_mai_2022%20PT.pdf
- AORN. (2022). AORN Position Statement on Advanced Practice Registered Nurses in the Perioperative Environment. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/position-statements/first-assisting/posstat-aprn-0122.pdf?sfvrsn=23ad6f80_3
- 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. doi:10.1002/aorn.12741
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Edits.). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. *The Joanna Briggs Institute*. doi:10.46658/JBIMES-20-01
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora
- Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). Gestão do Bloco Operatório. In Fragata, J., *Risco Clínico - complexidade e performance* (pp. 277-296). Edições Almedina
- Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K ... DiCenso, A. (2015). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 21(5), 763–781. <https://doi.org/10.1111/jep.12401>

- Busca, E., Savatteri, A., Calafato, T., Mazzoleni, B., Barisone, M. & Molin, A. (2021). Barriers and facilitators to the implementation of nurse's role in primary care settings: an integrative review. *BMC Nursing*, 20 (171), 1-12. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00696-y>
- Campbell, J., Buchan, J., Cometto, G., David, B., Dussault, G., Fogstad, H. ... Tangcharoensathienk, V. (2013). *Bull World Health Organ* 91, 853–863. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118729>
- Cardoso, D., Coelho, A., Louçano, C., Parola, V., Rodrigues, M., Fineout-Overholt, E. & Apóstolo, J. Tradução e adaptação de instrumentos sobre a prática baseada na evidência para estudantes de enfermagem portuguesas. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), 141-152. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388262389015/html/>
- Cassiani, S. & Dias, B. (2022). Perspectivas para a Enfermagem de Prática Avançada no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56. 1-6. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0406en>
- Cassiani, S. & Silva, F. (2019). Expanding the role of nurses in primary health care: the case of Brazil. *Rev. Latino Am. Enfermagem*, 27(3245), 1-3. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3245>
- Castilho, A., Parreira, P. & Martins, M. (2016). Cuidados de enfermagem e eventos adversos em doentes internados: Análise dos fatores intervenientes. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(2), 605-623. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(2\).600](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(2).600)
- Cometto, G., Buchan, J., & Dussault, G. (2020). Developing the health workforce for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(2), 109–116. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.234138>
- Correia, T., Dussault, G., Gomes, I., Augusto, M., Temido, M., & Nunes, P. (2018). Recursos humanos na saúde: o que se sabe e o que falta saber. In Relatório Primavera 2018. (pp. 68-107). Observatório Português dos Sistemas de Saúde
- Curcic, D. (2023). Number of academic papers published per year. <https://wordrated.com/number-of-academic-papers-published-per-year/>
- Decreto-Lei nº 71/2019 de 27 de maio (2019). Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde. *Diário da República I série*, nº 101 (27-05-2019) (2626-2642)
- Decreto-Lei nº 30/2011 de 02 de março (2011). Funde várias unidades de saúde e cria o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. P. E., o Centro Hospitalar Tondela-Viseu,

- E. P. E., e o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E. P. E., e altera o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.. *Diário da República I série*, nº 43 (02-03-2011) (1274-1277)
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República I série A*, nº 205 (04-09-1996) (2959-2962)
- DGS (2017a). Norma 001/2017 *Comunicação eficaz na transição de cuidados de 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. (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. *Diário da República II série*, nº 187 (24-09-2021) (96-103)
- Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. *Diário da República II série*, nº 102 (27-05-2015) (13550-13553)
- Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho (2009). Estratégia nacional para a qualidade na saúde. *Diário da República II série*, nº 120 (24-06-2009) (24667-24669)
- Despacho Normativo nº 700/94 de 1 de outubro (1994). RENND. *Diário da República I série B*, nº 228 (1-10-1994) (6049)
- Devictor, J., Burnet, E., Henriot, T., Leclercq, A., Ganne-Carrie, N., Kilpatrick, K., & Jovic, L. (2023). Implementing advanced practice nursing in France: A country-wide survey 2 years after its introduction. *Nursing open*, 10(3), 1437–1448. <https://doi.org/10.1002/nop2.1394>
- Elliott, M. & Liu, Y. (2010). The nine rights of medication administration: An overview. *British Journal of Nursing*, 19 (5), 300-305. doi: 10.12968/bjon.2010.19.5.47064
- Farias, M. G. G. (2015). Mediação e competência em informação: proposições para a construção de um perfil de bibliotecário protagonista. *InCID: Revista de Ciência Da Informação e Documentação*, 6(2), 106–125. <https://doi.org/10.11606/issn.2178-2075.v6i2p106-125>
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lidel
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 10, 17-26. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-erros-e-acidentes-no-bloco-X0870902510898559>

- Gomes, J. (2020). *A qualidade assistencial no bloco operatório de hospitais portugueses*. [Tese de Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- Guerra, S. (2018). *The implementation of advanced nursing practice in Catalonia*. [Tese de Doutoramento não publicada]. Universidade de Barcelona
- Health Education England. (2017). Multi-professional framework for advanced clinical practice in England. <https://advanced-practice.hee.nhs.uk/multi-professional-framework-for-advanced-clinical-practice-in-england/>
- Heath, S. (2022). Nurse Practice Authority Gains to Benefit Patient Access to Care. *Patient Engagement HIT*. <https://patientengagementhit.com/news/nurse-practice-authority-gains-to-benefit-patient-access-to-care>
- Herbert, J. (2023). 5 ways to address the shortage of health care workers. *STAT*. <https://www.statnews.com/2023/02/17/addressing-shortage-health-care-workers/>
- Hibbert, D., Aboshaiqah, A. E., Sienko, K. A., Forestell, D., Harb, A. W., Yousuf, S. A., ... Leary, A. (2017). Advancing Nursing Practice: The Emergence of the Role of Advanced Practice Nurse in Saudi Arabia. *Annals of Saudi medicine*, 37(1), 72–78. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2017.72>
- Homem, F., Patrício, M. F., Cardoso, R., & Lourenço, A. C. (2012). Team building e a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(7), 169-177. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1180>
- ICN. (2020). Guidelines on advanced practice nursing. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- ICN. (2015). Nurses: a force for change: Care effective, cost effective: International nurses day 2015. <https://www.thder.org.tr/uploads/files/icn-2015.pdf>
- ICN. (2008). The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse. *ICN Regulatory Series*. Geneva: ICN
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). Conceitos por tema. <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1676>
- IPST (2023). Doação e transplantação de órgãos, tecidos e células. Atividade nacional anual 2022. https://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/DadosAnuaiAtividadeDoacaotransplantacao_2022.pdf
- IPST (2022). Equipamento VitaSmart permite a Perfusão Hipotérmica Oxigenada de fígado e rim pela primeira vez em Portugal, no CHUC, EPE. <https://ipst.pt/index.php/pt/sangue-faqs/49-ipst-newsletter/214-equipamento->

- Jakimowicz, M., Williams, D. & Stankiewicz, G. (2017). A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. *BMC Nurs*, 16 (6). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0198-7>
- Jesus, E. & Sousa, P. (2011). Sistemas de informação e profissionais de saúde: Visão dos enfermeiros. In D. Pereira, J. Nascimento & R. Gomes (Orgs.), *Sistema de informação na saúde – Perspetivas e desafios em Portugal*. (pp. 226-241). Sílabo
- Lei nº 99/2017 de 25 de agosto (2017). Qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita e análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana, e transpõe as Diretivas 2015/565/UE e 2015/566/UE, da Comissão, de 8 de abril de 2015. *Diário da República I série*, nº 94 (25-08-2017) (5050-5062)
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República I série*, nº 181 (16-09-2015) (8059-8105)
- Lei nº 12/93 de 22 de abril (1993). Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. *Diário da República I série A*, nº 94 (22-04-1993) (1961 – 1963)
- Lewis R. (2022). The evolution of advanced nursing practice: Gender, identity, power and patriarchy. *Nursing inquiry*, 29(4), e12489. <https://doi.org/10.1111/nin.12489>
- Madhusoodanan, J. (2021). The pandemic's slowing of research productivity may last years—especially for women and parents. *Science*, 374(6567). 519. <https://www.science.org/doi/epdf/10.1126/science.acx9467>
- Maier, C., Aiken, L. & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/a8756593-en.pdf?expires=1689442415&id=id&accname=guest&checksum=CFE223250841B7110049A2D328A46340>
- Mações, M. (2017). Liderança, motivação e comunicação. Conjuntura Actual Editora.
- Macedo, A.; Petronilho, F.; & Cainé, J. (2015). Nursing information systems: from documentation as evidence to documentation as a support to the clinical decision making. In (Management Association, ed.), *Healthcare administration: concepts, methodologies, tools, and applications* pp. 959-977. doi: 10.4018/978-1-4666-6339-8.ch050
- Martins, M. E. C. (2014). *Investigação-acção participativa em saúde: Revisão integrativa da literatura em língua portuguesa* [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

- Mayo, A. M., Ray, M. M., Chamblee, T. B., Urden, L. D., & Moody, R. (2017). The Advanced Practice Clinical Nurse Specialist. *Nursing administration quarterly*, 41(1), 70–76. <https://doi.org/10.1097/NAQ.000000000000201>
- MS. (2015). Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios. Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios. https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf
- Moore, S., & Stichler, J. F. (2015). Engaging Clinical Nurses in Quality Improvement Projects. *Journal of continuing education in nursing*, 46(10), 470–476. <https://doi.org/10.3928/00220124-20150918-05>
- Munn, Z.; Peters, M. D. J.; Stern, C.; Tufunaru, 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 (143). doi.org/10.1186/s128
- Neto, M., Rewa, T., Leonello, V. & Oliveira, M. (2018). Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl. 1), 716-721. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>
- OCDE. (2023). Portugal necessita de uma maior eficiência na despesa e no investimento para reforçar as finanças públicas e o crescimento. <https://www.oecd.org/newsroom/portugal-necessita-de-uma-maior-eficiencia-na-despesa-e-no-investimento-para-reforcar-as-financas-publicas-e-o-crescimento.htm>
- OCDE/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1689681259&id=id&accname=guest&checksum=24C57B90C680A58972F20CF225EE16BB>
- Oddsóttir, E. J., & Sveinsóttir, H. (2011). The content of the work of clinical nurse specialists described by use of daily activity diaries. *Journal of clinical nursing*, 20(9-10), 1393–1404. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03652.x>
- OE. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição de título profissional de Enfermeiro Especialista. Portugal. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5espara-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-deestudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OE. (2020). Ordem avança para a melhoria dos Sistemas de Informação em Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avan%C3%A7a-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informa%C3%A7%C3%A3o-em-enfermagem/>

- OE. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- OE (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. https://www.ordemdosenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- OE. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- OE. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- OE. (2012b). 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. (2012a). Combater a desigualdade: da evidência à ação – closing the gap: from evidence to action. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- OE (2004). Enfermagem em bloco operatório. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Enunciado_Posicao_7Set2004.pdf
- OE (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Olímpio, J. A., Araújo, J. N. M., Pitombeira, D. O., Enders, B. C., Sonenberg, A., & Vitor, A. F. (2018). Prática Avançada de Enfermagem: uma análise conceitual. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(6), 674-680. doi.org/10.1590/1982-0194201800092
- OMS. (2023). Health workforce. https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1
- OMS. (2020). WHO and partners call for urgent investment in nurses. <https://www.who.int/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>
- OMS. (2008). Task shifting rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43821/9789241596312_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- OMS. (2011). *Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente: Relatório técnico final*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4
- OMS. (2010). *Avaliando e tratando danos aos pacientes: um guia metodológico para hospitais carentes de dados*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77100/9789241500388_por.pdf?sequence=3
- Page, J. (2022). Nurse Practitioners in the Operating Room: The Top 3 Key Responsibilities.
<https://www.directshifts.com/post/nurse-practitioners-in-the-operating-room-the-top-3-key-responsibilities>
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Formasau – Formação e Saúde
- Peixoto, M., Pereira, R., Martins, A., Martins, T. & Barbieri, M. (2016). *Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados*. [Comunicação]. Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016
- Pereira, P. & Botelho, M. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61-73.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Khalil, H.; Larsen, P.; Marnie, C, ... Munn, Z. (2022). Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JBIR Evidence Synthesis*, 20(4), 953-968.
https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2022/04000/Best_practice_guidance_and_reporting_items_for_the.3.aspx
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C. & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (eds). *JBIR Manual for Evidence Synthesis*. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Phillips, S. J. (2021). 33rd Annual APRN legislative update, *The Nurse Practitioner*, 46(1), 27-55. doi: 10.1097/01.NPR.0000724504.39836.69
- Pryce-Miller M. (2015). Using systematic reviews to inform nursing practice. *Nursing standard*, 29(52), 52–60. <https://doi.org/10.7748/ns.29.52.52.e9296>
- Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R., & Loke, A. Y. (2010). An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of nursing scholarship: an official*

- publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 42(1), 31–39.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x>
- Queirós, P. J. P. (2017). Enfermagem de Prática Avançada. Ir ao cerne da questão. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18(2), 7-9.
<https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE18.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República, II série, nº 184 (25-09-2019) (128-155)
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República II série, nº 26 (6-02-2019) (4744-4750)
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República II série, nº 135 (16-07-2018) (19359-19368)
- Regulamento n.º 556/2017 de 17 de outubro (2017). Regulamento geral das áreas de competência acrescida. Diário da República II série, nº 200 (17-10-2017) (23636-23638)
- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2023). Medical Error Reduction and Prevention. *StatPearls Publishing*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763131/>
- Rothrock, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN journal*, 71(5), 1030–1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)
- Santo, M., Fontes, F., Santo, P., Santos, A., Oliveira, E., Velozo, S., ... Carvalho, L.. (2019). Aspectos relevantes da visita pré-operatória de Enfermagem: benefícios para o paciente e para a assistência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (25), e559.
<https://doi.org/10.25248/reas.e559.2019>
- Santos, A., Pierobon, N, Zarichen, F., Wibbelt, G., Bertoni, A., Mota, C. ... Batista, J. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(4), 1-15. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13896>
- Scanlon, A., Murphy, M., Smolowitz, J., & Lewis, V. (2020). Low- and lower middle-income countries advanced practice nurses: an integrative review. *International nursing review*, 67(1), 19–34. <https://doi.org/10.1111/inr.12536>
- Schober, M. (2019). Development of advanced practice nursing (APN): the international context. *Enfermeria Clínica*, 29(2), 63-66. <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-clinica-english-edition--435-articulo-development-advanced-practice-nursing-apn--S2445147919300219>

- Serena, A., Dwyer, A. A., Peters, S., & Eicher, M. (2018). Acceptance of the Advanced Practice Nurse in Lung Cancer Role by Healthcare Professionals and Patients: A Qualitative Exploration. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 50(5), 540–548. <https://doi.org/10.1111/jnu.12411>
- Simões, J.; Augusto, G.; Fronteira, I. & Quevedo, C. (2017). Retrato do Sistema de Saúde: Health Systems in Transition. <http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/HiT-Portugal-PT/files/assets/common/downloads/Health%20Systems%20in%20Transition%20-%20Portugal.pdf>
- Sousa, P. A. F. (2016). Do conceito de enfermagem de prática avançada à enfermagem avançada. In R. S. Silva, I. S. Bittencourt & G. P. N. Paixão, *Enfermagem avançada: um guia para a prática*. (pp. 29-41). Sanar
- Sousa, P.; Uva, A. S.; Serranheira, F.; Pinto, F.; Øvretveit, R.; Klazinga, N.; Suñol, R.; & Terris, D. D. (2009). The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Número Especial 25 anos, 91-106. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-a-seguranca-do-doente-alem-X0870902510898532>
- Swaby, K., Reynolds, J. & Mortimore, G. (2022). The past, present and future of advanced nursing practice. *Practice Nursing*, 33(4). <https://doi.org/10.12968/pnur.2022.33.4.150>
- Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., ... Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International journal of nursing studies*, 104, 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>
- Temido, M. (2014). *Exequibilidade de uma revisão da combinação de papéis profissionais entre médicos e enfermeiros em Portugal*. [Tese de Doutoramento não publicada]. Universidade Nova de Lisboa
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., ... Hempel, S. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*. doi:10.7326/M18-0850
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, (18). doi: 10.1016/j.pcorm.2019.100083
- Vendemiatti, M., Siqueira, E. S., Filardi, F., Binotto, E., & Simioni, F. J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl. 1), 1301-1314. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700039>
- Walsh, K., Bothe, J., Edgar, D., Beaven, G., Burgess, B., Dickson, ... & Moss, C. (2015). Investigating the role of Clinical Nurse Consultants in one health district from multiple

- stakeholder perspectives: a cooperative inquiry. *Contemporary nurse*, 51(2-3), 171–187.
<https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1169936>
- Wan, J., & Xia, H. (2023). How Advanced Practice Nurses Can Be Better Managed in Hospitals: A Multi-Case Study. *Healthcare*, 11(6), 700-720.
<http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11060780>
- Westman, B., Ullgren, H., Olofsson, A., & Sharp, L. (2019). Patient-reported perceptions of care after the introduction of a new advanced cancer nursing role in Sweden. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 41, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.05.009>
- Wu, Q., Huang, L. H., Xing, M. Y., Feng, Z. X., Shao, L. W., Zhang, M. Y., & Shao, R. Y. (2017). Establishing nursing-sensitive quality indicators for the operating room: A cross-sectional Delphi survey conducted in China. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 30(1), 44–52.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.04.003>

ANEXOS

**ANEXO I: Sessão de Formação: Eletrocirurgia: Práticas Seguras
Prática Baseada na Evidência**



Tema: Eletrocirurgia: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Apresentação: Elisabete Martins (Estudante Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória)

Orientador: Professor Bráulio Sousa

Tutora: Enfermeira Especialista Ana Afonso

Entendeu-se que uma das formas de contribuir para o desenvolvimento da equipa de Enfermagem do BOC, seria divulgar as melhores práticas à luz da evidência científica, Prática Baseada na Evidência.

O Código Deontológico dos Enfermeiros, publicado na Lei número (nº) 156/2015 de 16 de setembro, estabelece uma permanente atualização da cultura científica e da preparação técnica dos profissionais, com o propósito de promover melhor qualidade dos cuidados no pleno respeito pela dignidade da pessoa.

Conscientes da vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória e da elevada complexidade do contexto perioperatório, ambiental, de procedimentos e recursos, e de como esses fatores impactam nos riscos associados aos cuidados perioperatórios, importa reunir conhecimentos e capacidades para garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória, dos profissionais e ambiental, de acordo com a ética e a deontologia.

A OE afirma que a “complexidade do ambiente perioperatório com alta tecnologia, elevado número de dispositivos médicos e necessidade de controlo ambiental constante e rigoroso, cria situações de elevado risco” (2017, p. 26).

A Prática Baseada na Evidência (PBE) garante a qualidade de cuidados e a segurança, revelando o seu impacto positivo.

A eletrocirurgia está omnipresente em todos os procedimentos cirúrgicos, pelo que se revela importante conhecer os princípios da utilização de equipamentos, materiais e dispositivos médicos de uso único.

Objetivos

- Divulgar as práticas seguras em eletrocirurgia
- Refletir nas práticas desenvolvidas
- Incentivar a prática baseada na evidência

Conteúdos

- Apresentação de Eletrocirurgia: Práticas seguras – PBE
 - Eletrocirurgia – conceitos fundamentais
 - Recomendações para prevenção de acidentes
 - Recomendações na presença de dispositivos implantáveis
 - Uso de duas UEC
 - Fumos cirúrgicos
 - Materiais e equipamentos

Metodologia:

- Expositiva
- Participativa

Destinatários:

- Enfermeiros BOC

Entrar na reunião Zoom

25/5/2022

<https://us06web.zoom.us/j/87699921053?pwd=OWVKbG5PcytOZWkzc1c1SmVwWUprQT09>

ID da reunião: 876 9992 1053

Senha de acesso: 882118

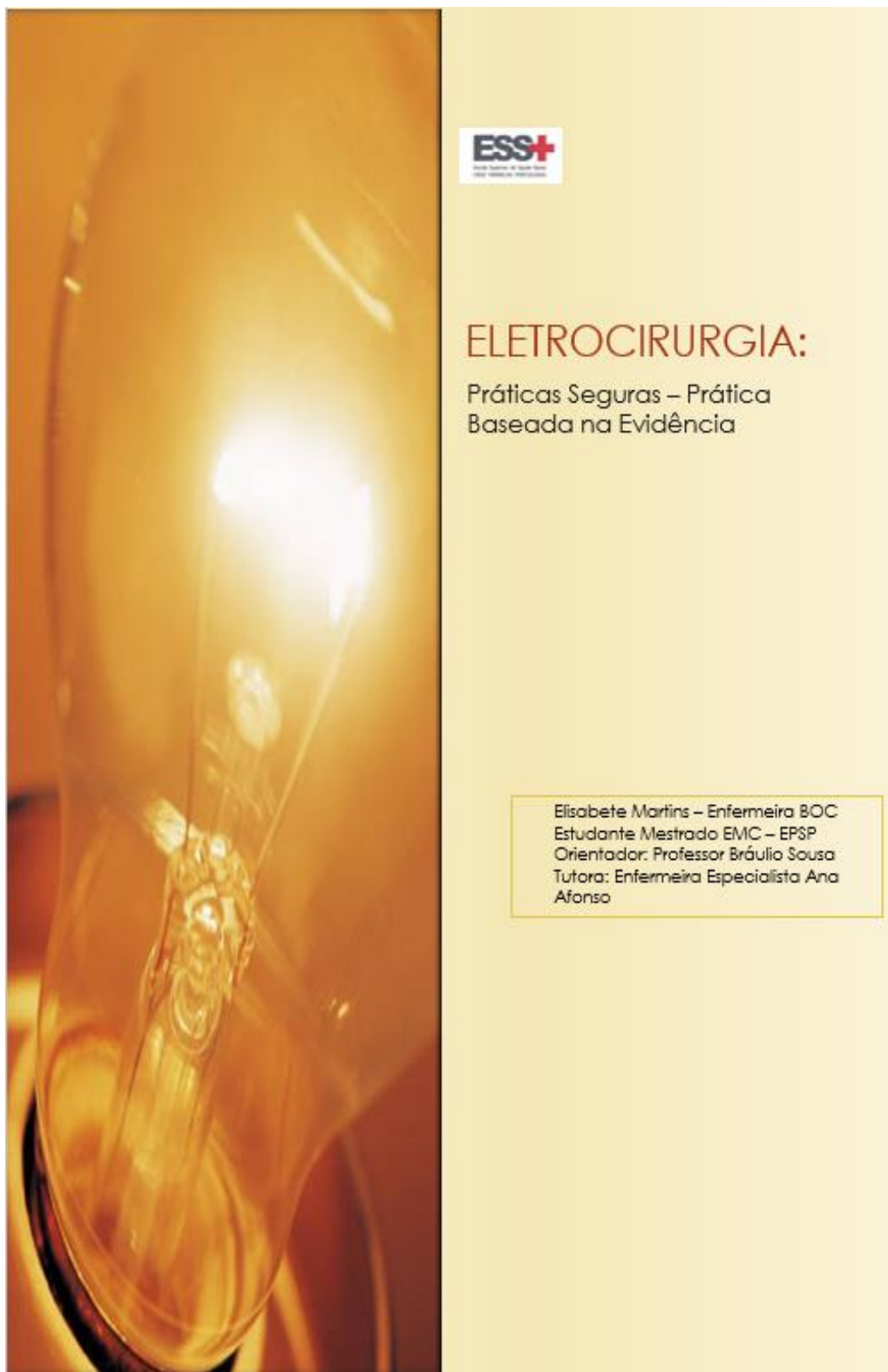
01/06/2022

Entrar na reunião Zoom

<https://us06web.zoom.us/j/89230209647?pwd=QzVVOHlmd1BzejU0MUxYQTIyMk40dz09>

ID da reunião: 892 3020 9647

Senha de acesso: 009450



ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

- Objetivos:
 - Divulgar as práticas seguras em eletrocirurgia
 - Refletir nas práticas desenvolvidas
 - Incentivar a prática baseada na evidência

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

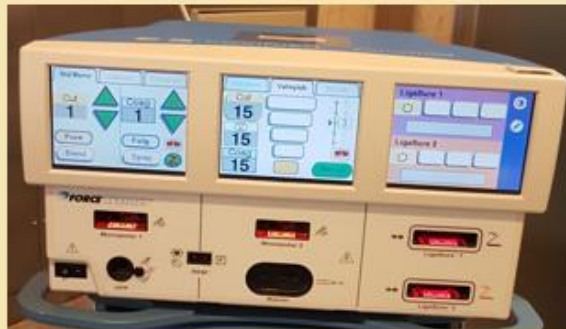
- Conteúdos:
 - Eletrocirurgia – conceitos fundamentais
 - Recomendações para prevenção de acidentes
 - Recomendações na presença de dispositivos implantáveis
 - Uso de duas UEC
 - Fumos cirúrgicos
 - Materiais e equipamentos

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

- A eletrocirurgia é utilizada para disseção, corte e coagulação de vasos e tecidos
- O gerador utilizado na eletrocirurgia designa-se Unidade de Eletrocirurgia - UEC
- A conceção da eletrocirurgia inicia-se no século XIX, pelo físico francês Becquerel. Em 1920, a colaboração entre o físico Bovie e o neurocirurgião Cushing, resultou na conceção de uma UEC utilizada até 1968, altura em que a Valleylab desenvolveu os modelos mais atuais (Alkatout, Schollmeyer, Hawaldar, Sharma, & Mettler, 2012)

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

- As UEC “transformam a corrente elétrica numa corrente de alta frequência”, que percorre o corpo humano entre o **elétrodo ativo** – elemento de corte/coagulação e o **elétrodo neutro** – placa de dispersão. A energia quando em contacto com os tecidos transforma-se em calor, produzindo uma ação terapêutica. (Almeida & Pacheco, 2014c, p. 103)



Medtronic

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

- São acessórios da UEC:
 - Eléctrodo ativo e respetivas pontas
 - Pedais
 - Eléctrodo dispersivo e respetivo cabo
- Os pedais devem ser protegidos da exposição a líquidos durante os procedimentos cirúrgicos



ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Sistema **monopolar** – permite corte e coagulação; a corrente elétrica transcorre o corpo humano a partir do eletrodo ativo, retornando ao gerador através do eletrodo neutro; permite a coagulação de vasos até 2 mm; existe maior dispersão térmica do que nos outros sistemas; para minimizar o risco de dano em tecidos adjacentes ao alvo, o cirurgião pode utilizar uma pinça de eletrocoagulação quando pretende apenas coagular ;

Eletrodo ativo com ponta (faca)



Pinça de eletrocoagulação



ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

A energia monopolar – envolve três componentes: UEC, eletrodo ativo (bisturi elétrico) onde se pode utilizar corte ou coagulação, e eletrodo dispersivo ou neutro, que permite a dispersão da energia e o seu retorno à UEC.

A energia térmica de alta frequência produzida aquece a extremidade metálica do eletrodo positivo. A **coagulação** ocorre se este aquecimento for lento e fraco, produzido calor dentro da célula, o que provocará evaporação de água e a diminuição do volume celular. Se o aquecimento acontece de forma rápida e forte, ocorre **explosão da membrana celular**, com evaporação do conteúdo intracelular, constituindo desta forma o efeito terapêutico de **corte**.

Eléctrodo ativo com ponta (faca)



Pinça de electrocoagulação



ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Sistema **bipolar** – permite apenas coagulação. Neste sistema, a energia mantém-se circunscrita aos ramos da pinça bipolar, sendo um o eletrodo ativo e o outro o neutro. As pinças bipolares podem permitir irrigação, potencializando o efeito da bipolar, diminuindo o ressecamento dos tecidos e a sua aderência à pinça (Netto, Giongo & Paoligiani, 2019).

Pinça bipolar



Pinça bipolar (em baioneta) com irrigação



Pinça bipolar fenestrada de laparoscopia



Cabo bipolar



ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

A energia bipolar só permite coagulação e **não necessita** de eletrodo neutro, dado que é composto por um pólo positivo e um negativo ou neutro.

Implica o uso de pedal junto ao pé do cirurgião.

Os valores introduzidos no equipamento pelo enfermeiro circulante são escolhidos pelo cirurgião e ajustados tantas vezes quantas for necessário. Este ajuste deve ser verbalizado pelo enfermeiro circulante, em voz alta, de forma clara e objetiva (por exemplo, dizendo "bipolar a 10").

Pinça bipolar



Pinça bipolar (em baioneta) com irrigação



Pinça bipolar fenestrada de laparoscopia



Cabo bipolar



ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Cuidados fundamentais

- o Acondicionamento da UEC em carro próprio e sem trepidações;
- o Colocação do carro próximo da mesa operatória e longe do equipamento de anestesia, mantendo a UEC longe de líquidos inflamáveis;
- o Ligar diretamente a UEC a uma fonte de corrente elétrica, sem extensões ou tensões do cabo;
- o Sempre que se preveja derramamento de fluidos, os pedais devem ser protegidos com cobertura transparente e impermeável;
- o Verificar o estado de conservação de todos os cabos, nomeadamente do eletrodo ativo;
- o Colocação de eletrodo neutro de acordo com as precauções recomendadas (ver abaixo);
- o Regular a UEC para potências o mais baixas possível, ajustando para valores superiores, se necessário;
- o Sempre que for necessário aumentar repetidamente os valores na UEC, verificar todo o circuito;
- o Manter alarmes ligados, audíveis e visíveis;
- o Registrar o local de colocação do eletrodo dispersivo e o estado da pele.

(Link, 2021; AORN, 2020; Surmano, 2019; Almeida & Pacheco, 2014c; Alkatout, Schollmeyer, Hawaldar, Sharma, & Mettler, 2012)

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

- As complicações mais frequentes em resultado de incorreta utilização da eletrocirurgia, são as **queimaduras**
 - por contacto direto devido ao uso inadequado de elétrodos ou exposição prolongada e ininterrupta à corrente elétrica por longos períodos,
 - por acumulação térmica, por contacto inadvertido com objeto metálico, por contacto inadvertido da extremidade do elétrodo ativo antes de arrefecer, ou por ativação inadvertida do elétrodo ativo;
 - por mau posicionamento ou aderência da placa dispersiva;
 - por circuito alternativo da corrente elétrica, pelo contacto com objetos/adornos metálicos ou ainda pela existência de elétrodos de dispositivos inseridos no doente.
- As queimaduras podem ocorrer no local onde o elétrodo ativo é inadvertidamente ativado, sob o elétrodo dispersivo, dentro da cavidade alvo da cirurgia, em procedimentos laparoscópicos e nos locais de inserção dos trocartes (Link, 2021; Sumano, 2019)

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Recomendações particulares para prevenção de acidentes (AORN, 2020)

- Assegurar a inexistência de adornos metálicos. Se não for possível removê-los devem ser seguidos os seguintes procedimentos:
 - notificar o cirurgião;
 - uso de tecnologias alternativas à monopolar (energia bipolar ou ultrassónica);
 - notificar a pessoa em situação perioperatória dos riscos potenciais;
 - avaliar todas as zonas dos adornos não removidos no final da cirurgia;
 - registar a impossibilidade de remoção de adornos e todas as medidas tomadas, incluindo os ensinamentos realizados;
 - registar o estado da pele antes e após cirurgia.

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Recomendações particulares para prevenção de acidentes (AORN, 2020)

- O elétrodo ativo deve ser verificado antes de cada procedimento, quer no cabo, quer na faca e devem ser descartados elementos que não se apresentem seguros;
- O cabo deve estar fixado (colado) no campo cirúrgico, deve ser protegido (por exemplo acondicionado em saco de instrumentos) entre utilizações impedindo acidentes;
- A sua extremidade deve ser mantida limpa, recorrendo a compressa humedecida, para facas protegidas ou dispositivo abrasivo – a acumulação de tecido cauterizado aumenta a impedância e o risco de incêndio.

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Recomendações particulares para prevenção de acidentes (AORN, 2020)

- Ao posicionar a pessoa em situação perioperatória:
 - Deve ser evitado o contacto de pele com pele – este contacto aumenta a área de passagem de corrente elétrica;
 - Proteger a pele do contacto com objetos/superfícies metálicas ou húmidas.
- Deve haver particular cuidado com o uso de energia monopolar, na traqueia e na bexiga.

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Recomendações particulares para prevenção de acidentes (AORN, 2020)

- A colocação do eletrodo neutro é crucial para evitar riscos, nomeadamente de queimadura:
 - Verificar data de validade da placa de dispersão (o gel pode não proteger de queimaduras acidentais);
 - Não reposicionar o eletrodo neutro (se necessário reposicionar, substituir); sempre que houver alterações do posicionamento, verificar o eletrodo neutro;
 - Utilizar placas de dispersão adequadas ao tamanho da pessoa em situação perioperatória, reduzindo o risco de sobreaquecimento;
 - Ter em atenção que tecido adiposo e ósseo são maus condutores elétricos, ao contrário da pele e do músculo;
 - Colar a placa dispersiva em pele íntegra, limpa, seca e sem pêlos, garantindo total aderência à pele;

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Recomendações particulares para prevenção de acidentes (AORN, 2020)

- A colocação do eletrodo neutro é crucial para evitar riscos, nomeadamente de queimadura:
 - Colocar a placa de dispersão em zona o mais próxima possível do local de utilização, muscular e bem vascularizada – trapézios, glúteos, costureiros e gêmeos;
 - Nunca colocar eletrodo neutro sobre proeminências ósseas, próteses metálicas, áreas onde se possam acumular líquidos, áreas onde possa haver pressões ou tensões, e sobre tatuagens;
 - Não colocar o eletrodo neutro perto dos eletrodos de ECG;
 - Recorrer preferencialmente ao hemicorpo direito (evitar passagem pelo miocárdio) ou, ao hemicorpo ipsilateral ao local cirúrgico, quando aplicável;

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Recomendações particulares para prevenção de acidentes (AORN, 2020)

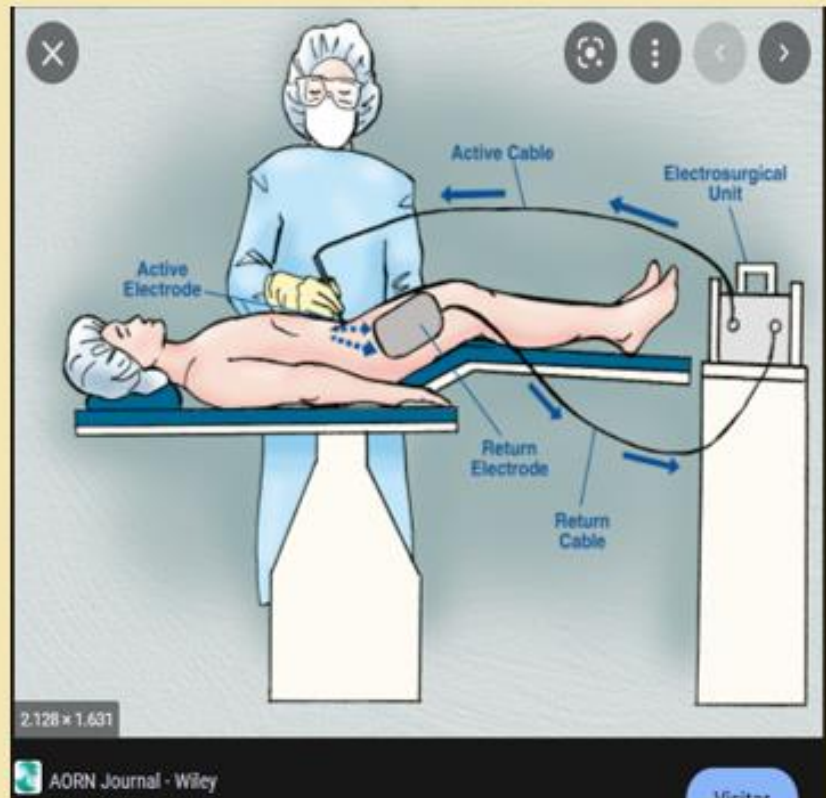
- A colocação do eletrodo neutro é crucial para evitar riscos, nomeadamente de queimadura:
 - Colocar a placa de dispersão em zona o mais próxima possível do local de utilização, muscular e bem vascularizada – trapézios, glúteos, costureiros e gêmeos;
 - Nunca colocar eletrodo neutro sobre proeminências ósseas, próteses metálicas, áreas onde se possam acumular líquidos, áreas onde possa haver pressões ou tensões, e sobre tatuagens;
 - Não colocar o eletrodo neutro perto dos eletrodos de ECG;
 - Recorrer preferencialmente ao hemitórax direito (evitar passagem pelo miocárdio) ou, ao hemitórax ipsilateral ao local cirúrgico, quando aplicável;

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Recomendações particulares para prevenção de acidentes (AORN, 2020)

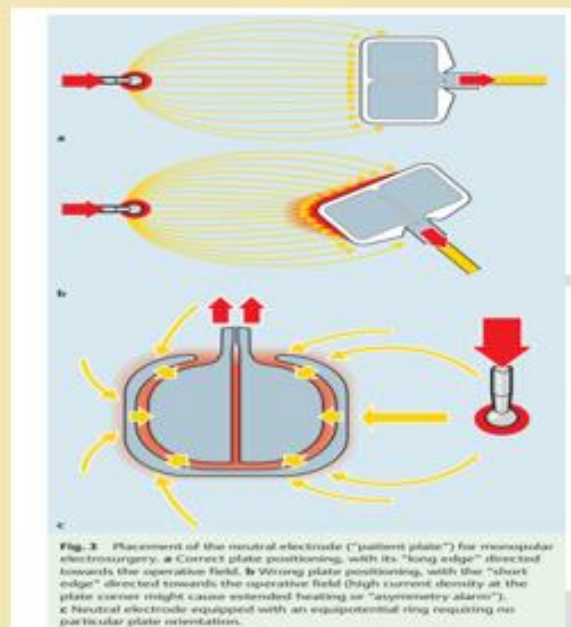
- A colocação do eletrodo neutro é crucial para evitar riscos, nomeadamente de queimadura:
 - Permitir a secagem completa do antisséptico alcoólico antes de utilizar energia elétrica (risco de queimadura e de incêndio);
 - Não colocar o eletrodo distal a garrotes, quando utilizados;
 - No final do procedimento, remover a placa de dispersão cuidadosamente, verificando o estado da pele;
 - Sempre que haja alterações da pele, estas devem ser documentadas.

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência



ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

A parte mais longa do eletrodo neutro deve estar orientada para o campo cirúrgico (zona de ligação ao cabo), evitando o aquecimento. Se o eletrodo neutro tiver um anel equipotencial, pode usar-se qualquer orientação (Rev. [Beierhoff](#), Neumann & [Dumonceau](#), 2010).



Science Direct

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Recomendações particulares na presença de dispositivos cardíacos (AORN, 2020)

- Todos os doentes com dispositivos devem ser avaliados previamente;
- O dispositivo deve ser desativado ou reprogramado, se for seguro para o doente;
- Colocar eletrodo dispersivo o mais próximo possível do local cirúrgico, MAS o mais longe possível do dispositivo e seus eletrodos;
- Manter o cabo do eletrodo ativo longe do gerador cardíaco;
- Certificar que o gerador cardíaco não fica entre o eletrodo ativo e o dispersivo;
- Utilizar energia monopolar o menor tempo possível e com intensidades o mais baixas possível;
- Ter disponível um desfibrilhador na SO;
- Monitorizar preferencialmente com ECG de 5 derivações;
- Se possível, ter monitorização arterial.



MedLine Plus

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Recomendações particulares na presença de implantes cocleares (AORN, 2020)

- Remover todos os componentes externos;
- Não usar monopolar ou bipolar a uma distância inferior a 2-3 cm do eletrodo do gerador;
- Usar apenas energia bipolar se local cirúrgico for supra-clavicular.



a – Unidade externa
b – Unidade interna
c – Feixe de eletrodos
d – Nervo auditivo

Portal otorrino.com.br

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Recomendações particulares na presença de outros implantes (AORN, 2020)

- Diminuir a amplitude e depois desativar elétrodos cerebrais, do nervo vago, dos nervos sacrados, estimuladores da espinal medula, se o doente tolerar e for recomendado pelo fabricante.



Medicalexpo.com

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Uso de duas UEC em simultâneo

- O uso de duas UEC em simultâneo na mesma pessoa, implica que haja consciência por parte dos profissionais que há o aumento do risco de fuga de corrente elétrica, potencialmente causadora de queimaduras.
- Esta fuga de corrente refere-se à quantidade de corrente elétrica que existe entre o fio terra e a parte de isolamento que normalmente é inócua para o doente. Todavia, o uso de duas UEC quadruplica esta quantidade de energia, que pode causar dano (ECRI, 2020).
- Sempre que é necessário usar duas UEC e dois sistemas monopolares, é obrigatório o uso dos respetivos elétrodos dispersivos, e respeitar todas as recomendações previamente descritas.

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

FUMOS CIRÚRGICOS (AESOP, 2020; Veck, 2020)

Os fumos cirúrgicos formam-se pela rutura das células devido ao uso de energia elétrica ou ultrassónica. Dado que as células contêm água, é esta e os líquidos contidos nas células que provocam os fumos

- A exposição aos fumos cirúrgicos constitui um risco profissional – químico e biológico
- 95% dos procedimentos cirúrgicos produzem fumo cirúrgico
- 1 gr de tecido queimado equivale a fumar 6 cigarros sem filtro durante 15 minutos
- Contêm 150 componentes químicos e material biológico morto e vivo que pode ser inalado pelos profissionais expostos
 - carbono, hidrocarbonetos, gases tóxicos, partículas de vírus, bactérias, detritos celulares, produtos derivados do sangue, substâncias carcinogénicas, benzeno – carcinogénico com capacidade de ultrapassar a barreira placentária, tolueno - neurotóxico, formaldeído, monóxido de carbono, cianeto, partículas com ADN viável
 - HPV e HIV – desconhecida a sua capacidade infecciosa

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

FUMOS CIRÚRGICOS (AESOP, 2020; Veck, 2020)

- Sintomas dos profissionais
 - Tosse
 - Enfisema
 - Irritação das vias aéreas
 - Asma
 - Náuseas e vômitos
 - Cefaleias
 - Hepatite

Considera-se um ambiente seguro aquele que contém, até 60 000 partículas/1m³ de ar. O fumo cirúrgico pode conter até 1 milhão de partículas/1m³ de ar. O uso de máscara cirúrgica não é suficiente para uma proteção adequada. Veck (2020) afirma que deveriam ser usadas máscaras P3 para uma proteção total. A WorkSafe Victoria (2020) e o CDC (2017) afirmam que devem ser usadas, pelo menos, máscaras P2/N95, designadamente em doentes com doenças transmissíveis conhecidas.

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

FUMOS CIRÚRGICOS

- A AESOP recomenda:
 - Reconhecimento à exposição a este risco;
 - A exposição ao fumo cirúrgico traz a possibilidade de bio contaminação;
 - Uso correto de equipamento de proteção individual;
 - Recolha do fumo a 2 cm do local de emissão do fumo;
 - Educação dos profissionais.

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

FUMOS CIRÚRGICOS (AESOP, 2020; Veck, 2020)

- O BOC dispõe de equipamentos de aspiração de fumos, equipados com filtro ULPA (ultra low penetration air) com uma eficiência de 99.9995% das partículas até 0.12µm (micra).
- No gerador, ao ativar o botão verde com símbolo de bisturi elétrico, a ativação do equipamento acontece apenas quando o eletrodo ativo está em uso.
- Têm uma duração de 25h de filtragem.
- O tempo de utilização do filtro é indicado no painel frontal. Cada luz LED acesa indica 5h restantes de utilização.
- A este filtro deve ser acoplado o filtro de fluidos (múltiplas utilizações).
- A substituição do filtro faz-se clicando na patilha acima do mesmo.
- Permite ser utilizado em cirurgia aberta, com os eletrodos ativos extensíveis ou não e em cirurgia laparoscópica, recorrendo ao tubo disponível que deve ser ligado a um trocarte.
- O equipamento de aspiração de fumos deve ser ligado à UEC através de um cabo disponível (Medtronic, 2022).
- No painel frontal à esquerda, o enfermeiro circulante deve predeterminar a potência de evacuação (de 0 a 100%). Cada luz frontal indica um incremento de 20%. O botão verde acima – modo turbo, aumenta a potência em 15%.



Medtronic

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência



Medtronic

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Bipolares: LigaSure e ENSEAL

- A UEC Valleylab™ FT10 permite a utilização de energia monopolar, bipolar e LigaSure™. Segundo o fabricante, a tecnologia de deteção do equipamento monitoriza as alterações na impedância dos tecidos 3,333 vezes por segundo ajustando a quantidade adequada de energia fornecida, para o efeito pretendido, pelo que podem ser usados valores mais baixos do que habitualmente para a produção do mesmo efeito.



Medtronic

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Bipolares: LigaSure e ENSEAL

- As pinças LigaSure™ recorrem ao colagénio e elastina do corpo para criar uma zona de fusão permanente, proporcionando a selagem de vasos até 7 mm inclusive.
- Este sistema está concebido para parar a emissão de energia uma vez atingida a coagulação dos tecidos ou selagem dos vasos e ainda para reduzir o aquecimento dos tecidos adjacentes (Quarvin, Plocher, & Blackstone, 2012)

Pinça Precise – cirurgia aberta



Pinça Impact – cirurgia aberta



Pinça Ligasure Maryland – cirurgia laparoscópica



Pinça Ligasure Blunt – cirurgia laparoscópica



ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Bipolares: LigaSure e ENSEAL

- A pinça Enseal permite disseção, selagem de vasos até 7 mm e corte.
- A correta utilização da pinça implica que o punho esteja completamente fechado antes de iniciar a selagem. Esta inicia-se ativando o botão azul.
- Quando esta fica concluída, há emissão de sinal sonoro e o cirurgião pode iniciar o corte, premindo o botão identificado para esse efeito.
- Esta pinça implica a sua ligação ao gerador da Ethicon (habitualmente utilizado para as pinças ultracision).
- O enfermeiro circulante deve fazer a conexão do cabo da pinça à consola e só depois ligar o gerador.



Pinça Enseal – cirurgia laparoscópica



ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Energia Ultrassônica

- Este sistema transforma energia elétrica em vibrações ultrassônicas mecânicas, desestruturando as proteínas das membranas celulares através da vibração ultrassônica.
- Estes geradores adaptam a energia fornecida às especificidades dos tecidos com os quais a pinça entra em contacto.
- O gerador dispõe no mostrador de dois valores: **Max 5** (estabelecido por defeito) – máxima saída de energia, oferecendo o corte mais rápido e a selagem de pequenos vasos; **Min 3** (estabelecido por defeito) – refere-se à hemóstase e permite a selagem dos vasos, sendo normalmente usado para vasos de maior calibre, com corte mais lento.



ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Energia Ultrassônica

- As vibrações produzidas pelo sistema ultrassônico resultam em vibração que produz energia térmica – aumento da temperatura extracelular e subsequentemente, aumento da temperatura intracelular.
- Este sistema permite a selagem de vasos com 7 mm de diâmetro, avaliando continuamente as características dos tecidos e disponibilizando a energia necessária à ação a desenvolver, com baixa dispersão térmica aos tecidos adjacentes (Zurawin, Pickron & Blackstone, 2013).
- As pinças de cirurgia aberta implicam o uso de um cabo reutilizável azul, conforme indicado no verso da embalagem da pinça. A pinça ultracision para cirurgia laparoscópica implica o uso de cabo cinza, também indicado no verso da embalagem da pinça. Todas estas pinças implicam a realização de um teste, ativando um dos comandos da pinça, antes da sua utilização.



Pinça Focus Short – cirurgia aberta



Pinça Focus Long – cirurgia aberta



Pinça Harmonic Ace – cirurgia laparoscópica



ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Thunderbeat

- O gerador e pinça conjugam a energia bipolar e ultrassônica no mesmo instrumento.
- Permite selagem de vasos até 7 mm.
- Permite o uso de selagem e corte em simultâneo ou faseadamente.
- O gerador é composto por dois componentes. O superior permite a utilização de energia monopolar, bipolar e bipolar avançada. O inferior é o gerador para utilização de energia ultrassônica.



Olympus

ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

Na prática diária e na eletrocirurgia em particular, o Enfermeiro Perioperatório deve desenvolver todos os esforços para manter os seus conhecimentos atualizados e para empreender as melhores práticas – prática baseada na evidência.

Esta atitude e comportamento, traduz-se em cuidados mais seguros, mais eficazes, de maior qualidade e contribui para equipas empoderadas, atuando de acordo com a consciência cirúrgica e o mandato social dos Enfermeiros.

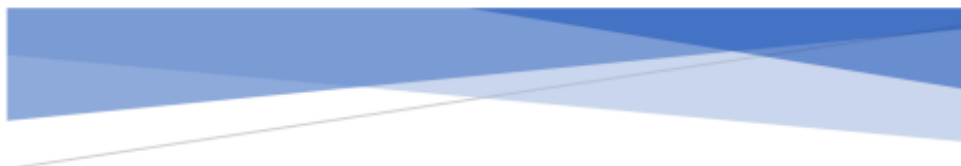
ELETROCIRURGIA: Práticas Seguras – Prática Baseada na Evidência

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP. (2020). Fumo cirúrgico: um risco profissional. Disponível em: Fumo Cirúrgico - Um risco profissional - YouTube
 - AORN. (2020). Guideline quick view: electrosurgical safety. AORN Journal, 112(4), 430-434. doi: doi.org/10.1002/aorn.13221
 - Alkatout, I., Schallmeyer, T., Hawaldar, N. A., Sharma, N., & Mettler, L. (2012). Principles and safety measures of electrosurgery in laparoscopy. JSL: Journal of the Society of Laparoscopic Surgeons, 16(1), 130-139. <https://doi.org/10.4293/108680812X13291597716348>.
 - Almeida, F. & Pacheco, C. (2014a). Posicionamentos em cirurgia. In Duarte, A. & Martins, O. Enfermagem em bloco operatório. (pp. 93-101). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
 - Almeida, F. & Pacheco, C. (2014b). Posicionamentos em cirurgia. In Duarte, A. & Martins, O. Enfermagem em bloco operatório. (pp. 103-105). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
 - Almeida, F. & Pacheco, C. (2014c). Betrocirurgia. In A. Duarte & O. Martins, Enfermagem em bloco operatório. (pp. 103-105). Lisboa: Lidel.
 - CDC. (2017). Health and safety practices survey of healthcare workers: Surgical Smoke. Disponível em: Surgical Smoke | NIOSH | CDC
 - Charoenkwan, K., Ineazor-Ejofar, Z., Rekasem, K., & Matovinovic, E. (2017). Scalpel versus electrosurgery for surgical operations on the abdomen. Disponível em Scalpel versus electrosurgery for surgical operations on the abdomen | Cochrane
 - ECRI. (2020). Capacitive electrosurgical return electrodes – megadyne, mega soft universal and mega soft universal plus. Disponível em Mega-Soft-compatible-with-patient-warming-devices-ECRI-Article-164530-210114.pdf [njmedtech.com]
 - Link, T. (2021). Guidelines in practice: electrosurgical safety. AORN Journal, 114(1), 61-72. doi: doi.org/10.1002/aorn.13221
 - MEDTRONIC. (2022). RapidVac Smoke evacuator. Disponível em: RapidVac™ Smoke Evacuator Product Support | Medtronic
 - Netto, S. G., Gianco, S. M. & Pagliarini, G. (2019). Manual de técnica operatória da escola de medicina de PUCRS. Porto Alegre: Editora Universitária da PUCRS.
 - Rey, J. F., Beilenhoff, U., Neumann, C. S. & Dumonceau, J. M. (2010). European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline: the use of electrosurgical units. Disponível em: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline: the use of electrosurgical units
 - Sumara, M. N. F. (2019, Novembro). Cuidados de enfermagem a pacientes no uso de eletrocirurgia: uma revisão integrativa. Comunicação apresentada no 19º Congresso de Iniciação Científica, SBMEESP, São Paulo.
 - Veck, S. (2020). Surgical plume handbook. Gotemburgo: Mohtycke
 - WorkSafe Victoria. (2020). Managing surgical plume exposure in healthcare: Information for employers on controlling the risk of exposure to surgical plume in healthcare. Disponível em: Managing surgical plume exposure in healthcare - WorkSafe
 - Zurawin, R. K.; Pickron, T. B. & Blackstone, R. P. (2013). Intelligent ultrasonic energy. Disponível em: HARMONIC_ACE_7_Bulletin_V4.indd [njmedtech.com]
- NOTA: Nos dispositivos onde é visível o nome do fabricante, omitimos a fonte



ANEXO II: Manual Planear em Cirurgia Geral



PLANEAR EM CIRURGIA GERAL

Guia Orientador de Preparação de Cirurgias E Práticas Seguras

O planeamento permite a antecipação das necessidades, a otimização dos recursos e uma tomada de decisão que visa a constante melhoria da qualidade e prestação de cuidados em segurança para a pessoa em situação perioperatória e para profissionais

Elisabete Martins

SIGLAS E ABREVIATURAS

BO – Bloco Operatório

IACS – Infecções Associadas Aos Cuidados De Saúde

DD – Decúbito Dorsal

DV – Decúbito Ventral

DLD – Decúbito Lateral Direito

DLE – Decúbito Lateral Esquerdo

OE – Ordem dos Enfermeiros

SO – Sala de Operações

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UEC – Unidade de eletrocirurgia

SUMÁRIO

Pág.	
INTRODUÇÃO	7
1 - CONCEITOS GERAIS ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	8
1.1 – CIRCUITOS	11
1.2 – VESTUÁRIO	12
1.3 – POSICIONAMENTOS	13
1.4 – TEMPERATURA	16
1.5 – INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS	18
1.5.1 - Contagem De Compressas, Instrumentos E Corto-Perfurantes	19
1.6 – ELECTROCIRURGIA	20
1.7 – SUTURAS MANUAIS E AUTOMÁTICAS	40
2 – CIRURGIAS	46
2.1 – LAPAROTOMIA	46
2.2 – LAPAROSCOPIA	46
CIRURGIA ENDÓCRINA	47
TIROIDECTOMIA	47
PARATIROIDECTOMIA	48
SUPRARRENALECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)	50
SIMPATICECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)	51
ESPLENECTOMIA	53
ESPLENECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)	54
ESPLENECTOMIA (LAPAROTÓMICA)	55
COLECISTECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)	55
COLOPROCTOLOGIA	56
HEMICOLECTOMIA DIREITA (LAPAROSCÓPICA)	58
HEMICOLECTOMIA ESQUERDA (LAPAROSCÓPICA)	58
SIGMOIDECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)	60
AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL (LAPAROSCÓPICA)	61
RESSEÇÃO ANTERIOR DO RETO (LAPAROSCÓPICA)	62
APENDICECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)	63
CIRURGIA BARIÁTRICA	64
SLEEVE/BYPASS/SADI-S (LAPAROSCÓPICO)	65
CIRURGIA EOFAGOGÁSTRICA	66
Funduplicatura de NISSEN (LAPAROSCÓPICA)	66
ESOFAGOTOMIA	66
GASTRECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)	67
ESOFAGECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)	68

CIRURGIA HEPATO-BILIO-PANCREÁTICA	71
HEPATECTOMIA/SEGMENTECTOMIA HEPÁTICA	71
HEPATECTOMIA/SEGMENTECTOMIA HEPÁTICA (LAPAROSCÓPICA)	72
DUODENOPANCREATECTOMIA	73
3 – COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA E DE RIM.....	75
COLHEITA DE ÓRGÃOS	76
TRANSPLANTE DE RIM	77
PREPARAÇÃO E TRATAMENTO DE ÓRGÃO (FÍGADO)	78
TRANSPLANTE HEPÁTICO	79
NOTA FINAL	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

INTRODUÇÃO

A Ordem dos Enfermeiros (2004) (OE) define Bloco Operatório (BO) como “uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório” (p. 1) e a Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP, 2006, p.20) considera o BO como a “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida”.

No universo hospitalar, o BO assume particular relevância dado que a “qualidade e o nível de resultados obtidos pelos serviços da área cirúrgica são vitais no processo de desenvolvimento e afirmação de um hospital, e por isso é gerador de um singular impacto na organização, pela via dos custos, do financiamento e das interações com os restantes serviços do hospital (Bilbao & Fragata 2006, p. 279).

A organização e o planeamento em ambiente perioperatório, são fundamentais para reduzir custos, aumentar eficiência, antecipar problemas, prevenir complicações e aumentar a segurança do doente, dos profissionais e dos procedimentos, pelo que a gestão tem de ser uma preocupação de todos os elementos da organização, onde os enfermeiros assumem um papel fundamental. No âmbito das suas competências, de acordo com o Artigo 9º do Decreto-Lei número (nº) 247/2009 de 22 de setembro, o enfermeiro tem o dever de “f) Desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como a qualidade e a eficiência” e ainda “m) Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar” (p. 6759).

Para Landro (2007), aumentar a especialização de algumas salas para certos tipos de procedimentos ou especialidades poderia levar a um aumento do desempenho do BO. No BOC as Suítes 7 e 8 estão afetas à Cirurgia Geral. Cada uma destas suites é composta por sala de indução, sala de operações, zona de lavabos e sala de apoio. Este documento está sujeito a atualizações, tal como as técnicas, procedimentos, materiais e equipamentos evoluem.

1 - CONCEITOS GERAIS ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A Enfermagem (à pessoa em situação) Perioperatória é a área de Enfermagem que se dedica à pessoa e família/pessoa significativa a experienciar processos de transição que compreendem uma situação cirúrgica/anestésica, em ambiente perioperatório, a promoção da saúde, o tratamento da doença e a prevenção de eventos adversos - “efeito não desejado, resultante dos cuidados de saúde, seja por falha ou omissão na prestação dos cuidados” (Castilho, Parreira e Martins, 2016, p. 607) e nas considerações da OMS, é “um incidente que resultou em dano para o paciente” (OMS, 2010, p. 7). O dano associado aos cuidados de saúde resulta ou “...está associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não a uma doença ou lesão subjacente” (OMS, 2011, p. 110).

Os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios constituem-se em processos padronizados, observando as boas práticas e a Prática Baseada na Evidência, tornando-os seguros e com elevados padrões de qualidade. “Visam proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 26). O Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória atua em cinco áreas complementares - consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. O período perioperatório compreende a fase **pré-operatória** – desde o momento da tomada de decisão de intervenção cirúrgica até à transferência para a mesa operatória; fase intra-operatória – o acolhimento na mesa operatória até à transferência para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA); fase pós-operatória - desde a admissão na UCPA até se considerar a recuperação do processo cirúrgico/anestésico (Regulamento 429/2018).

Os cuidados especializados estão fundamentados em 5 pilares: **O Reconhecimento do Outro e a Capacitação** – alicerces do processo de enfermagem. No estabelecimento da relação interpessoal enfermeiro-pessoa em situação perioperatória, desenha-se em conjunto um projeto de cuidados, reconhecendo o princípio ético da autonomia e a capacidade de aprendizagem nos processos de transição; **A Vulnerabilidade**, traduzida pela exposição aos riscos anestésicos e cirúrgicos e a necessidade de intervenção do enfermeiro perioperatório no suprimento das necessidades da pessoa em situação perioperatória; **A Responsabilidade de cuidado** – assegurar um elevado padrão de qualidade de cuidados antes, durante e após procedimentos anestésicos e cirúrgicos, certificando a melhor adaptação no processo de transição, responsabilizando-se pelos cuidados

de enfermagem e advogando em nome da pessoa em situação perioperatória no seio da equipa de cuidados; **A Prudência e a gestão de risco** – nos processos de tomada de decisão, o enfermeiro antecipa os riscos, minimizando-os e desenvolve competências de gestão do risco; **A Consciência cirúrgica** - princípio ético e moral que norteia toda a prática do enfermeiro perioperatório, atuando sempre em benefício da pessoa em situação perioperatória (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como competência específica a maximização da “prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica”, assim como a maximização da segurança de acordo com a consciência cirúrgica, intervindo na gestão do risco (Regulamento 429/2018, 2018, p. 19359). Além disso, compete-lhe otimizar recursos, estruturas e processos no sentido da obtenção de ganhos em saúde. Em síntese, o enfermeiro perioperatório tem várias áreas de intervenção, designadamente na “gestão e liderança, educação, investigação, advocacia e prestação direta de cuidados no âmbito da instrumentação, circulação e anestesia (Ferrito, 2014).

Cabe ao Enfermeiro circulante e ao Enfermeiro instrumentista, a preparação de todos os materiais e equipamentos necessários à realização de dado procedimento cirúrgico, uma vez que o enfermeiro circulante tem a responsabilidade de manter a segurança de todo o ambiente cirúrgico e ao enfermeiro instrumentista cabe “prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e para a equipa” (AESOP, 2006, p.139).

O desenvolvimento da consciência cirúrgica é fundamental para o desempenho de todas as atividades em bloco operatório:

- Comunicação e trabalho de equipa
- Atenção constante
- Antecipação de todas as situações
- Delicadeza dos gestos
- Ausência de hesitações
- Resiliência e resistência
- *Situation awareness*: perceção dos elementos do ambiente; compreensão da situação atual (visão holística); projecção da situação futura – a combinação dos 3 níveis é fundamental para o processo de tomada de decisão
- Organização de tarefas
- Preparação e planeamento
- Promoção de boas práticas e de práticas baseadas na evidência
- Gestão do stress

- Atenção constante à segurança do doente, dos profissionais e do ambiente perioperatório

ENFERMEIRO DE ANESTESIA CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA

Segundo a AESOP (2006), o Enfermeiro de Anestesia:

- Deve conhecer as necessidades do doente, existindo para esse efeito a visita de Enfermagem Pré-Operatória;
- Sabe a cirurgia, a hora e a anestesia do doente;
- Verifica e testa o funcionamento dos equipamentos necessários à anestesia;
- Verifica os fármacos de urgência;
- Providencia a chegada do doente ao BO, otimizando os tempos;
- Recebe o doente no transfer, identifica-o e verifica com o colega de internamento as condições em que o doente se encontra, exames e informações relevantes – Deve ser usada mnemónica ISBAR;
- Colabora na transferência e posicionamento na mesa operatória;
- Procede à monitorização e cateterismo venoso periférico;
- Assiste o médico anestesista durante a indução, manutenção e reversão da anestesia do doente;
- Colabora no controlo do balanço hidro-electrolítico;
- Comunica ao colega da UCPA as informações necessárias (orais e escritas) - ISBAR;
- Providencia a saída do doente da sala, acompanhando-o até ao transfer.

Segundo Fuller (2000) e a AESOP (2006), o Enfermeiro Circulante:

- Providencia a limpeza de superfícies lisas e candeeiros das SO;
- Prepara a SO com todo o equipamento necessário, testando o seu funcionamento e procedendo ao preenchimento de check-list de verificação;
- Assiste o enfermeiro Instrumentista e fornece os materiais necessários respeitando a técnica asséptica cirúrgica;
- Ajuda na transferência d pessoa em situação perioperatória da cama para a maca da SO e colabora no seu posicionamento;
- Assiste a equipa cirúrgica durante a desinfeção e vestir;
- Acondiciona, identifica e providencia o envio do material colhido para análise;
- Ajuda o Enfermeiro Anestesista na preparação da anestesia;
- Orienta a contagem inicial e final das compressas, corto-perfurantes e instrumentos de cirurgia;
- Aplica a placa dispersiva no doente;
- Verifica o conforto do doente até ao fim da cirurgia;
- Apoia emocionalmente o doente antes e durante a indução anestésica;
- Elabora registos necessários, referentes ao doente e aos procedimentos.

Segundo a OE nas Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante, este profissional, tem como atribuições específicas a diminuição da exposição do doente aos riscos inerentes aos cuidados prestados no BO, promovendo a sua segurança e a dos profissionais, e contribuindo para um ambiente de qualidade,

necessário ao acto cirúrgico“pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do acto cirúrgico no que ao ambiente diz respeito.” (Ordem dos Enfermeiros, 2004)

Segundo Parra & Saad (1998) e AESOP (2006), o Enfermeiro Instrumentista:

- Confirma as cirurgias;
- Colabora com o Enfermeiro Circulante na seleção do material necessário;
- Conhece todos os instrumentos e coloca os necessários para cada cirurgia na mesa de instrumentação;
- Responsabiliza-se por todos os instrumentos, compressas e suturas, procedendo à sua contagem;
- Ajuda a equipa cirúrgica a paramentar-se;
- Mantém a assepsia rigorosa;
- Limpa e acomoda os instrumentos utilizados;
- Conhece com rigor todos os passos da cirurgia de modo a antecipar-se às necessidades;
- Controla a hemorragia, estando atento a compressas e ao controlo hidro-electrolítico;
- Separa o material limpo do sujo e do contaminado;
- Prepara o material de penso e drenagem;
- Faz o penso operatório;
- Coloca o material corto-perfurante em recipientes próprios;
- Retira o material da mesa operatória e coloca-o em contentores próprios, providenciando o seu transporte em circuito correto para sub-central de esterilização

1.1 – CIRCUITOS

A circulação no BO obedece a princípios de assepsia progressiva, minimizando a contaminação ambiental, aumentando a segurança da pessoa em situação operatória, dos profissionais e aumentando o controlo da infeção.

Os princípios de assepsia progressiva envolvem a circulação de pessoas das zonas menos limpas para as mais limpas, a circulação do ar das zonas mais limpas para as menos limpas e a definição de áreas – restrita (suites operatórias); semi-restrita (circulação interna, arrecadações e gabinetes internos); e livre (vestiários e transferes de doentes, de materiais e equipamentos (Bilbao, 2006).

De acordo com Fuller (2000), a movimentação de materiais e de pessoas deve respeitar alguns princípios fundamentais:

- A entrada de pessoas na área restrita do BO só pode ocorrer se utilizarem vestuário e calçado específico;
- A circulação da equipa cirúrgica no BO implica uso de vestuário adequado;
- As áreas limpas e sujas devem estar isoladas, através do encerramento de portas;

- O transporte de material limpo e material contaminado deve ser feito através de circuitos separados e que não se cruzem. Se forem utilizados elevadores, um deve ser destinado a materiais limpos e outro a materiais sujos;
- Os materiais limpos e esterilizados rececionados no BO devem ter uma cobertura barreira (cobertura extra);
- O transporte de doentes para o BO faz-se normalmente em cama ou maca.

A AESOP (2006) determina como fundamental a definição de circuitos de acesso diferenciado e separado para doentes, profissionais e materiais.

- Doentes: definição clara da forma de transporte da pessoa em situação perioperatória para o BO e do BO para a UCPA; a existência de transferes, sua localização e tipologia. A cama não deve entrar na SO.
- Profissionais: definição clara dos locais de proceder à mudança de roupa para vestuário de circulação no BO. A roupa de circulação deve ser exclusiva para as áreas restrita e semi-restrita.
- Materiais e matérias: definição dos locais e procedimentos de receção e de armazenamento; separação de materiais estéreis e não-estéreis; tratamento, acondicionamento e transporte dos lixos produzidos. A distância entre o BO e a central de esterilização deve ser a mínima possível.

1.2 – VESTUÁRIO

As medidas de higiene, limpeza e controlo de infeção exigem o uso de vestuário adequado nas áreas restrita e semi-restrita, aumentando a segurança para profissionais e doentes (AORN, 2019). Antes de entrar no BO, devem ser retirados adornos como pulseiras, relógios e anéis. Esta indumentária inclui **roupa de circulação** constituída por calças e túnica (não há evidência de benefícios no uso de tecidos antimicrobianos, todavia devem ser observadas as condições de lavagem e local – lavandaria hospitalar adequada; transporte – carros de transporte limpos e desinfetados frequentemente; acondicionamento em armários ou carros fechados ou com sistema mecânico de dispensa; roupa atingida por sangue ou outros fluidos deve ser trocada tão precocemente quanto possível; podem ser usadas batas - trocadas diariamente, ou sempre que necessário e casacos, cujas composições devem ser iguais às calças e túnicas. A composição da roupa de circulação deve ser 100% algodão ou tecido não tecido; **touca** – deve ser usada na área semi-restrita e restrita, reduzindo o risco de contaminação do ambiente perioperatório e de infeção do local cirúrgico; não há evidência de o formato da touca ou ser descartável/de tecido lavada diariamente ter influência nestes resultados; não existe evidência da necessidade de cobrir as orelhas; **calçado próprio** - anti estático, de uso exclusivo, lavável, impermeável e com perfurações exclusivamente laterais; **máscara** cirúrgica ou FFP2/N95/KN95 – são usadas para proteger a pessoa em situação perioperatória

dos microrganismos do trato respiratório dos profissionais e para proteger os profissionais de salpicos de sangue e outros fluidos corporais; é obrigatório usar máscara quando se tem pelos faciais, dada a carga microbiológica neles contida; embora a evidência científica não demonstre a relação direta entre o não uso de máscara e infecção do local cirúrgico, o uso de máscara adequada e ajustada diminui a carga microbiológica existente no ambiente e reduz significativamente o risco de atingimento por sangue ou outros fluidos corporais; as máscaras devem ser mudadas a cada 2 horas ou assim que possível, decorrido este tempo (Ogo & Foran, 2020; AORN, 2019).

1.3 – POSICIONAMENTOS

O posicionamento da pessoa em situação perioperatória é uma responsabilidade partilhada por toda a equipa. No posicionamento a pessoa deve ser colocada, movida e mantida numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica e o menor compromisso das funções fisiológicas, devendo respeitar as restrições, condições e patologias da pessoa, pelo que é uma atividade personalizada. Os riscos associados ao posicionamento, incluem desequilíbrios ventilatórios, hemodinâmicos, podendo conduzir a lesões nervosas, vasculares e cutâneas. O enfermeiro perioperatório deve conhecer o posicionamento adequado ao procedimento anestésico e cirúrgico, conhecer os riscos associados a cada posicionamento e atuar antecipada e preventivamente, providenciando todos os acessórios necessários ao posicionamento e confirmando com o cirurgião o posicionamento planeado. Por outro lado, este planeamento deve ser realizado entre o cirurgião e o anestesista, considerando as particularidades individuais da pessoa e as necessidades para o sucesso da cirurgia (Almeida & Pacheco, 2014a; Valério & Pinheiro, 2004). Para um correto posicionamento são exigidos ao enfermeiro perioperatório conhecimentos: de anatomia e fisiologia; do funcionamento dos acessórios e equipamentos necessários para a realização do procedimento; da técnica e abordagem cirúrgica e; das vias de acesso necessárias para o procedimento anestésico. É importante ressaltar que o posicionamento está condicionado por

- **Objetivos do posicionamento:**

- Permitir ótima exposição e acesso ao local cirúrgico;
- Possibilitar adequada função circulatória e respiratória;
- Permitir acesso a cateteres venosos para administração de fluidos e fármacos;
- Impedir compromisso vascular, nervoso, muscular e cutâneo;
- Manter alinhamento corporal;
- Proporcionar máximo conforto e segurança à pessoa;

- Proporcionar conforto à equipa cirúrgica.
- **Condicionantes do posicionamento:**
 - Idade;
 - Peso;
 - Estatura;
 - Patologias associadas.
- **Cuidados a ter para o posicionamento:**
 - Observar o máximo conforto e segurança;
 - Manter alinhamento corporal, protegendo o sistema musculoesquelético – é importante realçar que a pessoa está sob relaxamento muscular, aumentando o risco de estiramentos, compressões e outras lesões;
 - Evitar compromisso neuromuscular e vascular;
 - Evitar lesões da pele e da córnea, hidratando e protegendo os olhos com pensos oclusivos;
 - Observar a função circulatória e respiratória, mantendo atenção para não haver extubação acidental;
 - Permitir acesso fácil a catéteres venosos centrais e periféricos;
- **Decúbito Dorsal (DD)**
 - O doente fica deitado de costas sobre a mesa operatória, com a cabeça alinhada com o tronco, os membros superiores podem ficar ao longo do corpo ou em abdução com uma amplitude inferior a 90° e os membros inferiores ligeiramente afastados e estendidos
 - – Colocar apoio na região poplíteia, calcanhares, região sagrada, (se necessário complementar com apoio na região lombar).
- **Decúbito Lateral (DL D ou E)**
 - A indução anestésica ocorre na posição supina e exige um nível de anestesia e bloqueio neuromuscular ótimos para não haver reação (como tosse);
 - Ocorre decréscimo do débito cardíaco por vezes associado a hipotensão;
 - Risco de mobilização do tubo endotraqueal/extubação acidental;
 - Cabeça apoiada em soga de gel e almofada;
 - Membro superior contralateral fica posicionado em perneira;
 - Membro superior ipsilateral fica em apoio e exige particular atenção para evitar lesões vásculo-nervosas;
 - Membro inferior ipsilateral fletido e contralateral em extensão, protegendo-os com almofadas;
 - Fixar a bacia com faixa;
 - Necessidade de proteger zonas de pressão, com particular atenção para trocânter, joelho, maléolo.



- **Decúbito Ventral/Posição Pronação (DV)**
 - A indução anestésica ocorre na posição supina e exige um nível de anestesia e bloqueio neuromuscular ótimos para não haver reação (como tosse);

- Ocorre decréscimo do débito cardíaco por vezes associado a hipotensão;
 - Risco de mobilização do tubo endotraqueal/extubação acidental;
 - Cabeça apoiada em soga ou posicionador com espelho;
 - Braços ficam posicionados ao longo do corpo;
 - Necessidade de proteger zonas de pressão, com particular atenção para mamas, cristas ilíacas, pênis, joelhos; dedos.
- **Litotomia** (ou posição ginecológica)
 - A indução anestésica ocorre (habitualmente) na posição supina;
 - Colocação dos membros inferiores em perneiras protegidas;
 - Manter simetria em abdução, flexão e altura das perneiras;
 - Proteger região coccígea da pressão;
 - Membros superiores em apoios próprios ou ao longo do corpo;
 - Quando os membros inferiores são baixados, isto só pode ocorrer após autorização do anestesista. Exige que seja realizado lentamente;
 - Retirar os membros inferiores das perneiras com consentimento do anestesista e muito lentamente.
 - **Grades de proteção:** fundamentais para proteção contra quedas. É mandatório o seu uso em todos os transportes, conforme Norma 008/2019 de 2-12-2019, no seu ponto 5, “m) Elevação das grades das macas/camas sempre que a pessoa é transportada, ou se encontra sem supervisão;” (p. 3) e o serviço deve proporcionar “11. Deve ser efetuada formação em serviço dirigida aos profissionais de saúde, na integração ao serviço/unidade e atualizada de acordo com o plano de formação.” (p. 5)

1.4 - TEMPERATURA

Sendo a temperatura corporal um sinal vital, esta deve ser monitorizada em todos os procedimentos anestésicos e cirúrgicos. A incidência da hipotermia (temperatura corporal central inferior a 36°C (graus Celsius) inadvertida varia de 26% a 90% e as variações de temperatura têm efeitos fisiológicos prejudiciais, podendo interferir negativamente na recuperação das pessoas em situação perioperatória e aumentando a morbimortalidade. Assim, é fundamental manter a normotermia – temperatura corporal central entre 36°C e 38°C, embora os mecanismos de regulação corporal sejam complexos. A hipotermia é induzida por um conjunto de procedimentos: exposição do corpo, desinfeção da pele com soluções antissépticas frias, administração de fluidos frios, ventilação mecânica. A indução anestésica provoca uma redução de 20% da produção metabólica de calor e a redistribuição de calor entre os compartimentos central e periférico é responsável por cerca de 80% da perda de calor. Este fenómeno ocorre na primeira hora após a indução anestésica,

sendo responsável por uma diminuição de temperatura entre 1º e 2ºC, reduzindo para uma perda de 0,5º a 1º por cada hora e estabilizando a partir das 4 horas após a indução com estabilização das respostas de termorregulação.

As complicações conhecidas da hipotermia são:

- Aumento da morbimortalidade;
- Aumento da infecção do local cirúrgico (resposta imunitária e diminuição perfusão tecidual);
- Alterações cardíacas – taquicardia, hipertensão arterial, tendência para isquémias, necessidade aumentada de oxigénio;
- Alterações da coagulação, nomeadamente coagulopatia;
- Alterações metabólicas, nomeadamente aumento da resistência à insulina;
- Alterações na metabolização de fármacos (aumento da concentração de propofol e aumento da duração do relaxamento muscular);
- Impacte hemodinâmico, na recuperação anestésica prolongada e na função cognitiva;
- Necessidade de maior tempo de recuperação e internamento;
- Aumento dos custos;
- Impacte na satisfação da pessoa.

A temperatura pode ser medida em diferentes localizações, mas com precisões distintas. Parece ser consensual que, com exceção da artéria pulmonar através de cateter de Swan-Ganz, o local mais preciso é o esófago distal. Também pode ser medida a temperatura vesical com precisão, embora seja necessário compreender que a precisão está dependente da produção de urina. Atualmente um dos locais menos invasivos e mais precisos é a cavidade oral – sublingual.

Um dos métodos de aquecimento mais usados e com eficácia, são o uso de mantas térmicas com emissão de ar quente. Na primeira fase deve ser regulada a temperatura para o valor mais elevado e depois regular para manter uma temperatura corporal aproximada dos 36,5ºC (Azenha, Rocha, Oliveira, Cruz, Pascoal, Macedo & Gomes, 2017; Ribeiro, Pereira, Matias, Azenha, Macedo & Órfão, 2017; DGS, 2015).

1.5 INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS

Os instrumentos cirúrgicos são dispositivos concebidos para a consecução de atos cirúrgicos. Alguns são de utilização transversal a todas as especialidades cirúrgicas e outros são específicos ou característicos de cada especialidade.

Os primeiros instrumentos cirúrgicos datam de 2500 A.C., tendo sofrido uma enorme evolução a partir da última década do século XIX (Serrano, 2014). Atualmente, os materiais usados para a sua composição, são o aço inoxidável, em diversas ligas

metálicas, que lhes conferem segurança e durabilidade, sendo sujeitos a diversos testes antes da introdução no mercado. Alguns instrumentos, como porta-agulhas e tesouras têm outros materiais na sua extremidade, aumentando a sua resistência, sem do mais comum o tungsténio. Apresentam-se em três acabamentos: espelhados, brilhantes e polidos, que refletem a luz; acetinados ou foscos, diminuindo a reflexão da luz; e ebanizados com acabamento escuro para eliminar a reflexão da luz.

Existe uma categorização específica para os instrumentos cirúrgicos, de acordo com a sua função: **diérese** – para dissecar, cortar ou separar os tecidos; **hemóstase**: para pinçar vasos e tecidos impedindo a hemorragia, possuindo ranhuras especiais para impedir o deslizamento ou traumatismo do tecido (incluem preensão, síntese, auxiliares e de campo); **preensão**: para suspender e prender órgãos, vísceras ou tecidos; **síntese**: para a sutura de vasos e tecidos; **auxiliares**: apoiam o uso de outros instrumentos, normalmente empunhadas pela mão não dominante; **de campo**: para fixação de dispositivos ao campo cirúrgico (a cair em desuso); **afastadores** autoestáticos ou dinâmicos: para exposição do local cirúrgico;

A composição da mesa cirúrgica (de instrumentos) deve obedecer a uma ordem padronizada, funcional, lógica e adaptada à cirurgia a que se destina:

- Colocada em local resguardado de muita circulação e que permita ao instrumentista uma visão geral da sala;
- Apenas o tampo é considerado estéril;
- O instrumentista verifica a existência dos indicadores de esterilização e filtros;
- Inspecciona e verifica a funcionalidade de cada instrumento antes da utilização;
- Conta todos os instrumentos das caixas usadas e os colocados na mesa;
- Os instrumentos são dispostos por áreas e pela ordem de utilização;
- Disposta da esquerda para a direita ou da direita para a esquerda consoante a posição do instrumentista / cirurgião;
- A mobilização de um instrumento não deve interferir com outro;
- Coloca cada instrumento com área funcional virada para o centro da mesa e as curvaturas voltadas para cima/ a não tocar o tampo;
- Instrumentos de encerramento da parede separados dos de abertura;
- Material de sutura em campo próprio;
- Material de implante em mesa auxiliar e manipulado apenas no momento de utilização
- A extremidade de utilização não deve ser tocada pelo instrumentista ou cirurgião
- O instrumentista passa o instrumento com firmeza, segurança, segurando-o pela área mediana/zona de articulação e pronto a ser usado pelo cirurgião sem desviar o olhar do campo cirúrgico;
- Instrumentos com cremalheira passados fechados;

- Instrumentos adequados à profundidade do campo;
- O instrumentista deve manter os instrumentos limpos com compressa humedecida em água destilada

1.5.1 - Contagem De Compressas, Instrumentos E Corto-Perfurantes

A contagem destes elementos é crucial para a manutenção da segurança dos doentes, impedindo a sua retenção e para os profissionais. Deve ser realizada em conjunto pelos enfermeiros circulante e instrumentista.

- Contagem no momento de colocação dos instrumentos na mesa, durante a cirurgia antes do encerramento de qualquer cavidade / substituição de instrumentista e no final antes de acondicionamento para descontaminação;
- Contagem de compressas (sempre com contraste) feita de forma audível;
- Não sofrer interrupções;
- Quando são recebidas na mesa, no momento de encerramento de cavidades; quando há substituição do instrumentista;
- O instrumentista deve ser o único a remover compressas do campo cirúrgico e colocá-las em aparadeira única e exclusiva para esse fim;
- O circulante deve verificar a existência de contraste, cantá-las uma a uma e dispô-las em dispositivo de contagem;
- Não devem ser removidas da sala de operações até ao final da intervenção;
- Tampões e algodões devem permanecer na mesa cirúrgica;
- As contagens devem ser comunicadas ao cirurgião de forma inequívoca;
- Os corto-perfurantes devem ser colocados em caixas magnéticas próprias;
- Se contagem incorreta:
 - Repetir contagem;
 - Procurar nos lixos;
 - Informar cirurgião;
 - Inspeccionar campo cirúrgico e cavidades;
 - Realizar rx;
 - Registrar se contagem permanecer incorreta;
 - Informar enfermeiro gestor ou enfermeiro em funções de gestão.

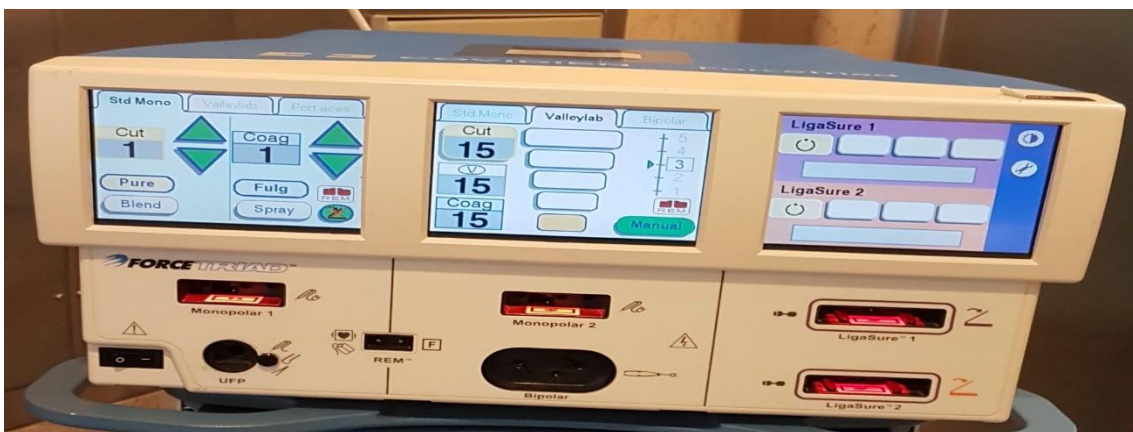
Todos os gestos, que devem ser sempre intencionais, e procedimentos obedecem a princípios de manutenção de assepsia, de minimização de risco, de segurança para profissionais e para a pessoa em situação perioperatória, em primeiro lugar.

1.6 ELETROCIRURGIA

A eletrocirurgia é utilizada para disseção, corte e coagulação de vasos e tecidos. A conceção da eletrocirurgia inicia-se no século XIX, de forma rudimentar, pelo físico francês Becquerel. Em 1920, a colaboração entre o físico Bovie e o neurocirurgião Cushing, resultou na conceção de uma UEC utilizada até 1968, altura em que a Valleylab desenvolveu os modelos mais atuais (Alkatout, Schollmeyer, Hawaldar, Sharma, & Mettler, 2012).

O uso de equipamentos e materiais de eletrocirurgia popularizou-se, sendo utilizado em quase todos os procedimentos cirúrgicos. Isto deve-se a haver a perceção de incisão mais rápida, menor perda de sangue, menor risco de deiscência de sutura e menor risco de cortes acidentais dos profissionais. Todavia não existe evidência científica para suportar esta afirmação dado não haver na literatura estudos em número e qualidade de dados suficiente (Charoenkwan, Iheozor-Ejiofor, Rerkasem & Matovinovic, 2017).

Os geradores utilizados em eletrocirurgia designam-se **unidades de eletrocirurgia** (UEC). Estes equipamentos “transformam a corrente elétrica numa corrente de alta frequência”, que percorre o corpo humano entre o elétrodo ativo – elemento de corte/coagulação e o elétrodo neutro – placa de dispersão. A energia quando em contacto com os tecidos transforma-se em calor, produzindo uma ação terapêutica (Almeida & Pacheco, 2014c, p. 103). São acessórios da UEC o elétrodo ativo e respetivas pontas, pedais, elétrodo dispersivo e respetivo cabo.



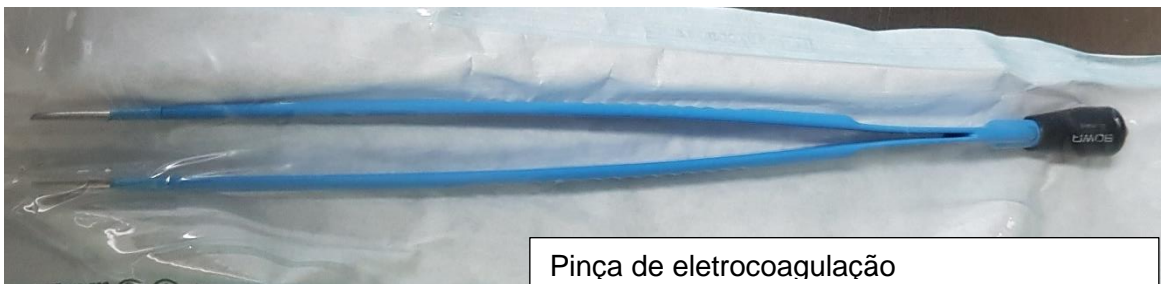
Os dois sistemas de eletrocirurgia mais comuns são: **monopolar** – permite corte e coagulação; a corrente elétrica transcorre o corpo humano a partir do elétrodo ativo,

retornando ao gerador através do elétrodo neutro; permite a coagulação de vasos até 2 mm; existe maior dispersão térmica do que nos outros sistemas; para minimizar o risco de dano em tecidos adjacentes ao alvo, o cirurgião pode utilizar uma pinça de eletrocoagulação quando pretende apenas coagular ; e sistema **bipolar** – que permite apenas coagulação. Neste sistema, a energia mantém-se circunscrita aos ramos da pinça bipolar, sendo um o elétrodo ativo e o outro o neutro. As pinças bipolares podem permitir irrigação, potencializando o efeito da bipolar, diminuindo o ressecamento dos tecidos e a sua aderência à pinça (Netto, Giongo & Pagliarini, 2019).

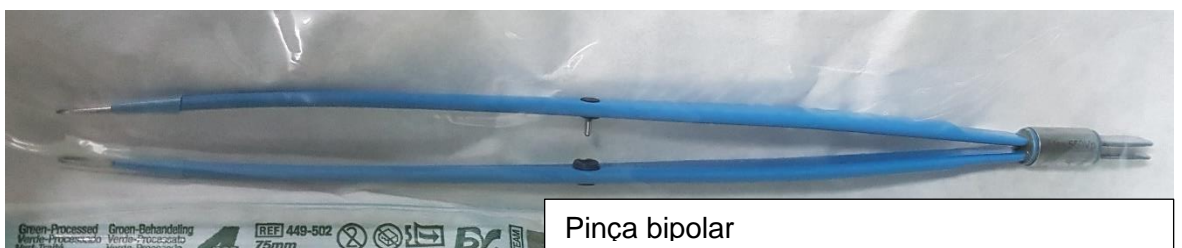
Elétrodo ativo com ponta (faca)



Pinça de eletrocoagulação



Pinça bipolar







A utilização de energia bipolar implica a disponibilidade de um pedal. A energia monopolar também implica o uso de pedal próprio, em cirurgia laparoscópica. Os pedais devem ser protegidos da exposição a líquidos durante os procedimentos cirúrgicos.



Pedal bipolar

Pedal monopolar



Ligações dos pedais na UEC

A energia monopolar – envolve três componentes: unidade eletrocirurgia, elétrodo ativo (bisturi elétrico) onde se pode utilizar corte ou coagulação, e elétrodo dispersivo ou neutro, que permite a dispersão da energia e o seu retorno à UEC. A energia térmica de alta frequência produzida aquece a extremidade metálica do elétrodo positivo. A coagulação ocorre se este aquecimento for lento e fraco, produzido calor dentro da célula, o que provocará evaporação de água e a diminuição do volume celular. Se o aquecimento acontece de forma rápida e forte, ocorre explosão da membrana celular, com evaporação do conteúdo intracelular, constituindo desta forma o efeito terapêutico de corte.

A energia bipolar só permite coagulação e não necessita de elétrodo neutro, dado que é composto por um pólo positivo e um negativo ou neutro. Implica o uso de pedal junto ao pé do cirurgião. Os valores introduzidos no equipamento pelo enfermeiro circulante são escolhidos pelo cirurgião e ajustados tantas vezes quantas for necessário. Este ajuste deve ser verbalizado pelo enfermeiro circulante, em voz alta, de forma clara e objetiva (por exemplo, dizendo “bipolar a 10”).

Durante a utilização da eletrocirurgia, é fundamental assegurar a utilização correta dos equipamentos e dos materiais, garantindo maior segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa, pelo que, devem ser respeitadas regras de segurança transversais ao seu uso, não obstante a existência de um alarme nos equipamentos introduzido em 1981 que minimiza o risco de acidentes, pois inativa o equipamento através do sistema REM (monitorização de elétrodo de retorno). Os eventos adversos relacionados com a eletrocirurgia podem causar dano aos doentes, profissionais de saúde, instalações e organização. Podem dever-se a erro humano – má utilização do equipamento e material ou ativação inadvertida do elétrodo ativo; ou transferência de energia elétrica para superfícies condutoras, por mau isolamento, levando a queimaduras – o evento adverso mais frequente, choques elétricos ou

incêndios na SO (Link, 2021; AORN, 2020; Surmano, 2019; Almeida & Pacheco, 2014c; Alkatout, Schollmeyer, Hawaldar, Sharma, & Mettler, 2012).

Os cuidados fundamentais na utilização de UEC são:

- Acondicionamento da UEC em carro próprio e sem trepidações;
- Colocação do carro próximo da mesa operatória e longe do equipamento de anestesia, mantendo a UEC longe de líquidos inflamáveis;
- Ligar diretamente a UEC a uma fonte de corrente elétrica, sem extensões ou tensões do cabo;
- Sempre que se preveja derramamento de fluidos, os pedais devem ser protegidos com cobertura transparente e impermeável;
- Verificar o estado de conservação de todos os cabos, nomeadamente do eletrodo ativo;
- Colocação de eletrodo neutro de acordo com as precauções recomendadas (ver abaixo);
- Regular a UEC para potências o mais baixas possível, ajustando para valores superiores, se necessário;
- Sempre que for necessário aumentar repetidamente os valores na UEC, verificar todo o circuito;
- Manter alarmes ligados, audíveis e visíveis;
- Registrar o local de colocação do eletrodo dispersivo e o estado da pele.

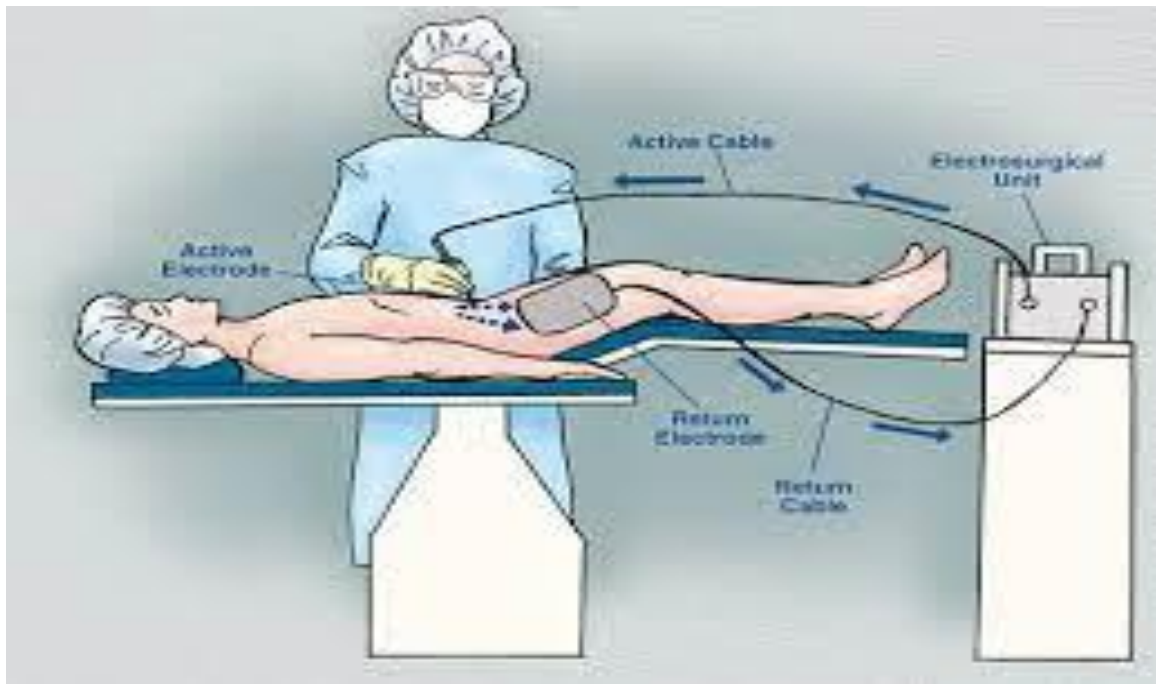
Recomendações particulares para prevenção de acidentes (AORN, 2020):

- Assegurar a inexistência de adornos metálicos. Se não for possível removê-los devem ser seguidos os seguintes procedimentos:
 - notificar o cirurgião;
 - uso de tecnologias alternativas à monopolar (energia bipolar ou ultrassônica);
 - notificar a pessoa em situação perioperatória dos riscos potenciais;
 - avaliar todas as zonas dos adornos não removidos no final da cirurgia;
 - registar a impossibilidade de remoção de adornos e todas as medidas tomadas, incluindo os ensinamentos realizados;
 - registar o estado da pele antes e após cirurgia.
- O eletrodo ativo deve ser verificado antes de cada procedimento, quer no cabo, quer na faca e devem ser descartados elementos que não se apresentem seguros. O cabo deve estar fixado (colado) no campo cirúrgico, deve ser protegido (por exemplo acondicionado em saco de instrumentos) entre utilizações impedindo acidentes e a sua extremidade deve ser mantida limpa, recorrendo a compressa humedecida, para facas protegidas ou dispositivo abrasivo – a acumulação de tecido cauterizado aumenta a impedância e o risco de incêndio.

- Ao posicionar a pessoa em situação perioperatória:
 - Deve ser evitado o contacto de pele com pele – este contacto aumenta a área de passagem de corrente elétrica;
 - Proteger a pele do contacto com objetos/superfícies metálicas ou húmidas.

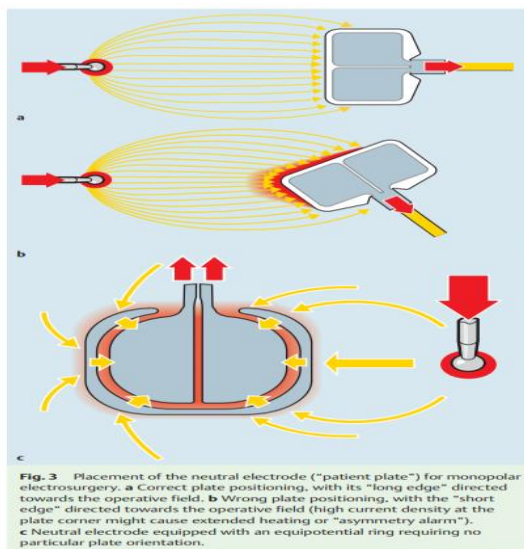
- A colocação do eléctrodo neutro é crucial para evitar riscos, nomeadamente de queimadura:
 - Verificar data de validade da placa de dispersão (o gel pode não proteger de queimaduras acidentais);
 - Não reposicionar o eléctrodo neutro (se necessário reposicionar, substituir); sempre que houver alterações do posicionamento, verificar o eléctrodo neutro;
 - Utilizar placas de dispersão adequadas ao tamanho da pessoa em situação perioperatória, reduzindo o risco de sobreaquecimento;
 - Ter em atenção que tecido adiposo e ósseo são maus condutores elétricos, ao contrário da pele e do músculo;
 - Colar a placa dispersiva em pele íntegra, limpa, seca e sem pêlos, garantindo total aderência à pele;
 - Colocar a placa de dispersão em zona o mais próxima possível do local de utilização, muscular e bem vascularizada – trapézios, glúteos, costureiros e gêmeos;
 - Nunca colocar eléctrodo neutro sobre proeminências ósseas, próteses metálicas, áreas onde se possam acumular líquidos, áreas onde possa haver pressões ou tensões, e sobre tatuagens;
 - Não colocar o eléctrodo neutro perto dos eléctrodos de ECG;
 - Recorrer preferencialmente ao hemitorço direito (evitar passagem pelo miocárdio) ou, ao hemitorço ipsilateral ao local cirúrgico, quando aplicável;
 - Permitir a secagem completa do antisséptico alcoólico antes de utilizar energia elétrica (risco de queimadura e de incêndio);
 - Não colocar o eléctrodo distal a garrotes, quando utilizados;
 - No final do procedimento, remover a placa de dispersão cuidadosamente, verificando o estado da pele;
 - Sempre que haja alterações da pele, estas devem ser documentadas.

- Deve haver particular cuidado com o uso de energia monopolar, na traqueia e na bexiga.



AORN, Guidelines in practice

A parte mais longa do eléctrodo neutro deve estar orientada para o campo cirúrgico, evitando o aquecimento. Se o eléctrodo neutro tiver um anel equipotencial, pode usar-se qualquer orientação.




Rey, Beilenhoff, Neumann, & Dumonceau, J. M.





(2010)

As complicações mais frequentes em resultado de incorreta utilização da electrocirurgia, são as **queimaduras** por contacto directo devido ao uso inadequado de eléctrodos ou exposição prolongada e ininterrupta à corrente eléctrica por longos períodos, por acumulação térmica, por contacto inadvertido com objeto metálico, por contacto inadvertido da extremidade do eléctrodo ativo antes de arrefecer, ou por

ativação inadvertida do eléctrodo ativo; por mau posicionamento ou aderência da placa dispersiva; e por circuito alternativo da corrente eléctrica, pelo contacto com objetos/adornos metálicos ou ainda pela existência de eléctrodos de dispositivos inseridos no doente. As queimaduras podem ocorrer no local onde o eléctrodo ativo é inadvertidamente ativado, sob o eléctrodo dispersivo, dentro da cavidade alvo da cirurgia, em procedimentos laparoscópicos e nos locais de inserção dos trocartes (Link, 2021; Surmano, 2019).

As UEC estão apetrechadas com sistema REM, que permite o retorno da energia eléctrica à UEC, requerendo o uso de placas dispersivas bipartidas. Este sistema de segurança impede a passagem de corrente se a placa dispersiva não estiver aderente. Todavia, este sistema não deve aliviar os cuidados de rotina já mencionados.

REF	PACIENTE PATIENT	SUPERFICIE TOTAL TOTAL AREA SURFACE TOTAL (cm ²)	SUPERFICIE DE CONTACTO CONTACT AREA SURFACE DE CONTACT	ESPESSOR HIDROGEL THICKNESS HYDROGEL ÉPAISSEUR HYDROGEL	CABLE / CONECTOR CABLE / CONNECTOR CÂBLE / CONNECTEUR	U/BOLSA U/POUCH U/POCHE	U/CAJA U/BOX U/CARTON
2500		217	128	0,69	-	1	100
2500-5					-	5	100
2500-C/00					3 m / 4200	1	50
2500-C/00/5					5 m / 4200	1	50
2500-C/12					3 m / 4212	1	50

 A ADULTO - ADULT ADULTE	 P PEDIÁTRICA - PEDIATRIC PÉDIATRIQUE	 N NEONATAL NEONATAL	 U UNIVERSAL UNIVERSELLE
--	---	--	--

Fonte: [Catalogo-HOSPITAL.pdf \(telic.es\)](#)

Atente-se que o uso de soluções antissépticas de base alcoólica para a desinfeção da pele, aumentam o risco de acidentes relacionados com a eletrocirurgia, pelo que a pele deve estar completamente seca antes da ativação dos dispositivos ligados à UEC.

Recomendações particulares na presença de dispositivos cardíacos (AORN, 2020):



AORN, 2020

- Todos os doentes com dispositivos devem ser avaliados previamente;
- O dispositivo deve ser desativado ou reprogramado, se for seguro para o doente;

- Colocar elétrodo dispersivo o mais próximo possível do local cirúrgico, MAS o mais longe possível do dispositivo e seus elétrodos;
- Manter o cabo do elétrodo ativo longe do gerador cardíaco;
- Certificar que o gerador cardíaco não fica entre o elétrodo ativo e o dispersivo;
- Utilizar energia monopolar o menor tempo possível e com intensidades o mais baixas possível;
- Ter disponível um desfibrilhador na SO;
- Monitorizar preferencialmente com ECG de 5 derivações;
- Se possível, ter monitorização arterial.

Recomendações particulares na presença de implantes cocleares (AORN, 2020):



- a – Unidade externa
b – Unidade interna
c – Feixe de elétrodos
d – Nervo auditivo

Portal otorrino.com.br

- Remover todos os componentes externos;
- Não usar monopolar ou bipolar a uma distância inferior a 2-3 cm do elétrodo do gerador;
- Usar apenas energia bipolar se local cirúrgico for supra-clavicular.

Recomendações particulares na presença de outros implantes (AORN, 2020):



Medicalexpo.com

- Diminuir a amplitude e depois desactivar eléttodos cerebrais, do nervo vago, dos nervos sagrados, estimuladores da espinal medula, se o doente tolerar e for recomendado pelo fabricante.

Utilização de duas UEC

O uso de duas UEC em simultâneo na mesma pessoa, implica que haja consciência por parte dos profissionais que há o aumento do risco de fuga de corrente eléctrica, potencialmente causadora de queimaduras. Esta fuga de corrente refere-se à quantidade de corrente eléctrica que existe entre o fio terra e a parte de isolamento que normalmente é inócua para o doente. Todavia, o uso de duas UEC quadruplica esta quantidade de energia, que pode causar dano (ECRI, 2020).

Sempre que é necessário usar duas UEC e dois sistemas monopolares, é obrigatório o uso dos respetivos eléttodos dispersivos, e respeitar todas as recomendações previamente descritas.

Fumos Cirúrgicos

A exposição aos fumos cirúrgicos constitui um risco profissional – químico e biológico, há muito conhecido. Ademais, os estudos indicam que 95% dos procedimentos cirúrgicos produzem fumo cirúrgico; que 1 grama de tecido queimado equivale a fumar 6 cigarros sem filtro durante 15 minutos; e que os fumos cirúrgicos contêm 150 componentes químicos e material biológico morto e vivo que pode ser inalado pelos profissionais expostos (AESOP, 2020; Veck, 2020). Alguns desses componentes são carbono, hidrocarbonetos, gases tóxicos, partículas de vírus, bactérias, detritos celulares, produtos derivados do sangue, substâncias carcinogénicas, benzeno – carcinogénico com capacidade de ultrapassar a barreira placentária, tolueno – neurotóxico, formaldeído, monóxido de carbono, cianeto, partículas com ADN viável (Veck, 2020). Alguns estudos encontraram no fumo cirúrgico HPV e HIV, mas não esclareciam se tinham capacidade infecciosa. De acordo com o autor, referindo-se a vários estudos, alguns dos sintomas dos profissionais, podem incluir tosse, enfisema, irritação das vias aéreas, asma, náuseas e vómitos, cefaleias ou até mesmo hepatite. Os fumos cirúrgicos formam-se pela rutura das células devido ao uso de energia eléctrica ou ultrassónica. Dado que as células contêm água, é esta e os líquidos contidos nas células que provocam os fumos, e estes os diversos componentes acima descritos.

Considera-se um ambiente seguro aquele que contém, até 60 000 partículas/1m³ de ar. O fumo cirúrgico pode conter até 1 milhão de partículas/1m³ de ar. O uso de máscara cirúrgica não é suficiente para uma proteção adequada. Veck (2020) afirma que deveriam ser usadas máscaras P3 para uma proteção total. A WorkSafe Victoria

(2020) e o CDC (2017) afirmam que devem ser usadas, pelo menos, máscaras P2/N95, designadamente em doentes com doenças transmissíveis conhecidas.

A AESOP recomenda:

- Reconhecimento à exposição a este risco;
- A exposição ao fumo cirúrgico traz a possibilidade de bio contaminação;
- Uso correto de equipamento de proteção individual;
- Recolha do fumo a 2 cm do local de emissão do fumo;
- Educação dos profissionais.

O BOC dispõe de equipamentos e materiais de exaustão de fumos cirúrgicos. Estes contêm um filtro ULPA (ultra low penetration air) com uma eficiência de 99.9995% das partículas até 0.12µm (micra). Têm uma duração de 25h de filtragem. No gerador, ao ativar o botão verde com símbolo de bisturi elétrico, a ativação do equipamento acontece apenas quando o eléctrodo ativo está em uso. O tempo de utilização do filtro é indicado no painel frontal. Cada luz LED acesa indica 5h restantes de utilização – as 5 luzes correspondem às 25h. A utilização por 5h leva a que uma das LED se apague. A este filtro deve ser acoplado o filtro de fluidos. A substituição do filtro faz-se clicando na patilha acima do mesmo. Permite ser utilizado em cirurgia aberta, com os eléctrodos ativos extensíveis ou não e em cirurgia laparoscópica, recorrendo ao tubo disponível que deve ser ligado a um trocarte. O equipamento de aspiração de fumos deve ser ligado à UEC através de um cabo disponível (Medtronic, 2022).

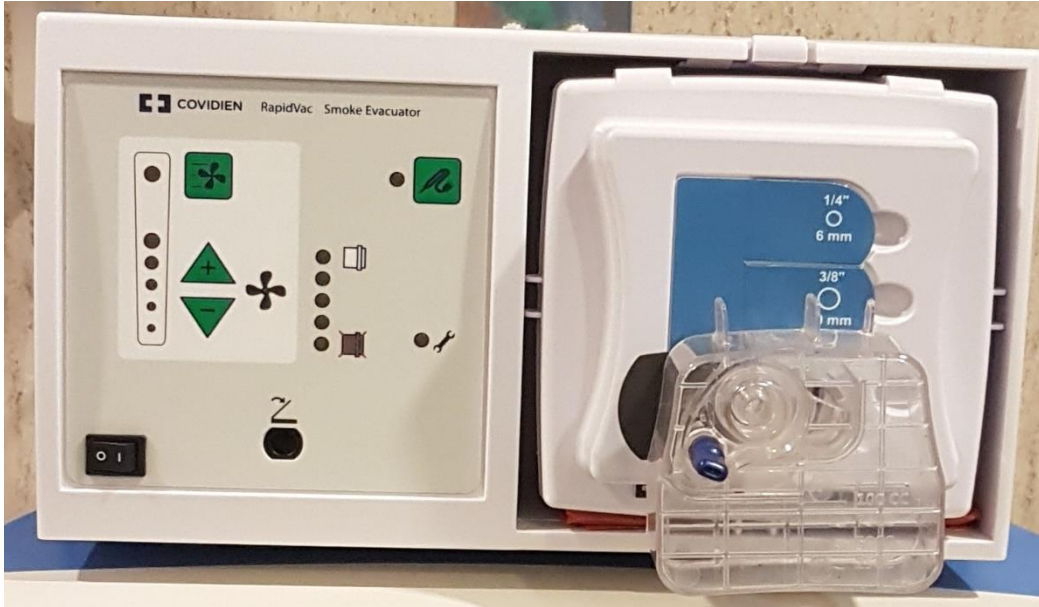
No painel frontal à esquerda, o enfermeiro circulante deve predeterminar a potência de evacuação (de 0 a 100%). Cada luz frontal indica um incremento de 20%. O botão verde acima – modo turbo, aumenta a potência em 15%.

Podem ser obtidas informações adicionais no sítio eletrónico do fabricante:

RapidVac™ Smoke Evacuator Product Support | Medtronic



Medtronic





O BOC dispõe de equipamentos para utilização de energia bipolar avançada e ultrassónica. O gerador para bipolar avançada está integrado em dois modelos UEC disponíveis ou el alternativa pode ser utilizado gerador isolado. A energia ultrassónica exige a utilização de gerador próprio.



PINÇAS DE SELAGEM E CORTE

As pinças de selagem e corte são utilizadas em cirurgias aberta ou laparoscópica e permitem a selagem e corte de vasos e tecidos em maior segurança, minimizando

hemorragia e otimizando os tempos cirúrgicos. Podem usar energia bipolar ou ultrassónica

BIPOLAR

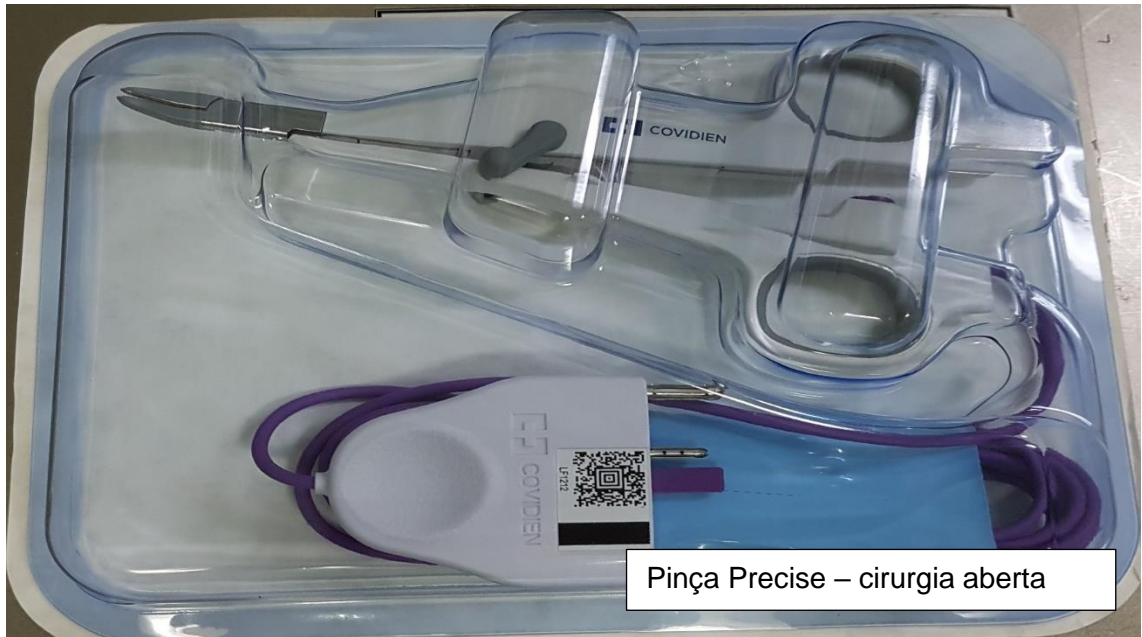
A tecnologia utilizada pelas pinças **LigaSure™** é energia bipolar, recorrendo ao colagénio e elastina do corpo para criar uma zona de fusão permanente, proporcionando a selagem de vasos até 7 mm inclusive. Este sistema está concebido para parar a emissão de energia uma vez atingida a coagulação dos tecidos ou selagem dos vasos e ainda para reduzir o aquecimento dos tecidos adjacentes (Zurawin, Pickron & Blackstone, 2013).

Estes geradores adaptam a energia fornecida às especificidades dos tecidos com os quais a pinça entra em contacto.

A UEC Valleylab™ FT10 permite a utilização de energia monopolar, bipolar e LigaSure™. Segundo o fabricante, a tecnologia de deteção do equipamento monitoriza as alterações na impedância dos tecidos 3,333 vezes por segundo ajustando a quantidade adequada de energia fornecida, para o efeito pretendido, pelo que podem ser usados valores mais baixos do que habitualmente para a produção do mesmo efeito.



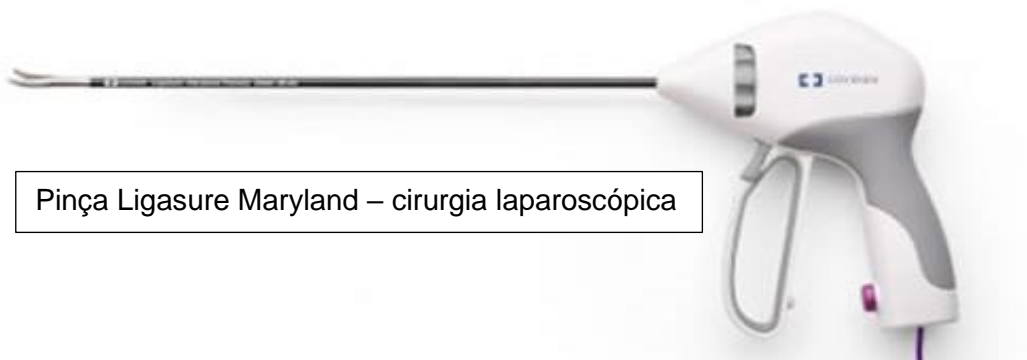
Medtronic ValleyLab FT10



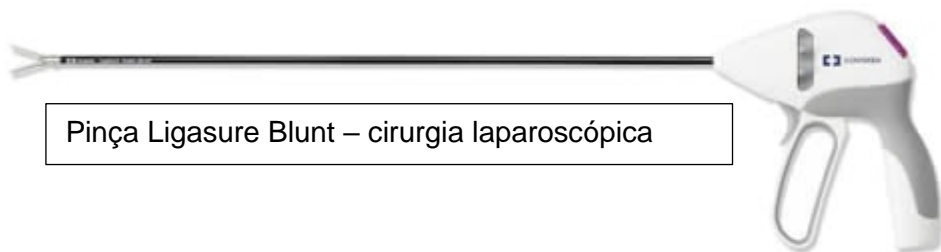
Pinça Precise – cirurgia aberta



Pinça Impact – cirurgia aberta



Pinça Ligasure Maryland – cirurgia laparoscópica



Pinça Ligasure Blunt – cirurgia laparoscópica

Ainda nesta categoria, está disponível a pinça Enseal, para disseção, selagem de vasos até 7 mm e corte. A correta utilização da pinça implica que o punho esteja completamente fechado antes de iniciar a selagem. Esta inicia-se ativando o botão azul. Quando esta fica concluída, há emissão de sinal sonoro e o cirurgião pode iniciar o corte, premindo o botão identificado para esse efeito. Esta pinça implica a

sua ligação ao gerador da Ethicon (habitualmente utilizado para as pinças ultracision). O enfermeiro circulante deve fazer a conexão do cabo da pinça à consola e só depois ligar o gerador.



Ethicon

Gen 11



Pinça Enseal – cirurgia laparoscópica

ENERGIA ULTRASSÓNICA

Este sistema transforma energia elétrica em vibrações ultrassónicas mecânicas, desestruturando as proteínas das membranas celulares através da vibração ultrassónica.

Estes geradores adaptam a energia fornecida às especificidades dos tecidos com os quais a pinça entra em contacto.

Os sistemas ultrassónicos emitem menos energia térmica nos tecidos adjacentes ao alvo.

As vibrações produzidas pelo sistema ultrassónico resultam em vibração que produz energia térmica – aumento da temperatura extracelular e subsequentemente, aumento da temperatura intracelular. Este sistema permite a selagem de vasos com

7 mm de diâmetro, avaliando continuamente as características dos tecidos e disponibilizando a energia necessária à ação a desenvolver, com baixa dispersão térmica aos tecidos adjacentes (Zurawin, Pickron & Blackstone, 2013).

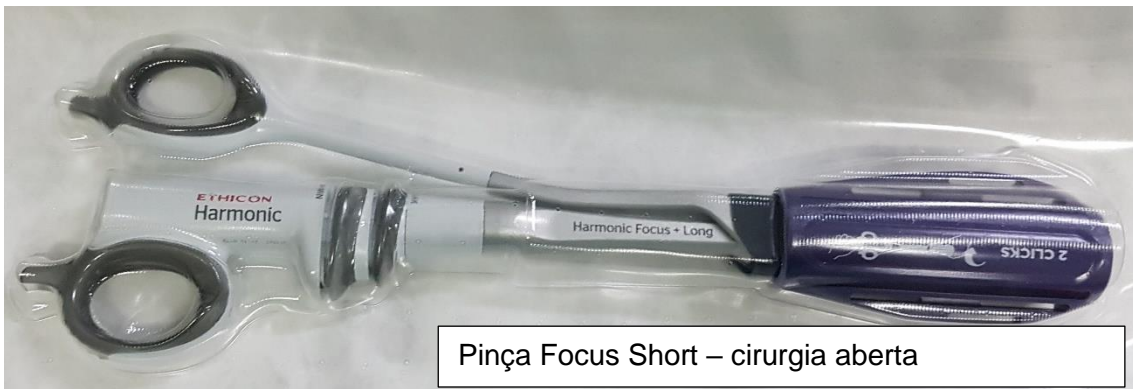
O gerador dispõe no mostrador de dois valores: Max 5 (estabelecido por defeito) – máxima saída de energia, oferecendo o corte mais rápido e a selagem de pequenos vasos; Min 3 (estabelecido por defeito) – refere-se à hemóstase e permite a selagem dos vasos, sendo normalmente usado para vasos de maior calibre, com corte mais lento.



Ethicon Gen

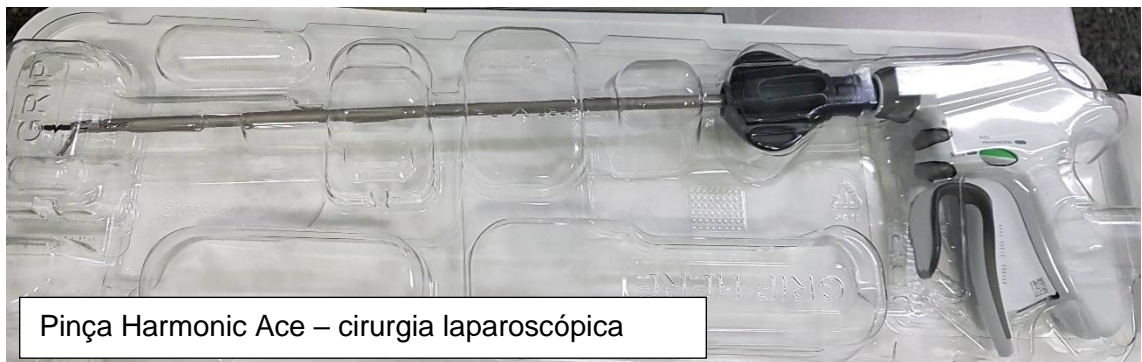
11

O BOC dispõe de pinças **ultracision** para cirurgia aberta e laparoscópica. As pinças de cirurgia aberta implicam o uso de um cabo reutilizável azul, conforme indicado no verso da embalagem da pinça. A pinça ultracision para cirurgia laparoscópica implica o uso de cabo cinza, também indicado no verso da embalagem da pinça. Todas estas pinças implicam a realização de um teste, ativando um dos comandos da pinça, antes da sua utilização.





Pinça Focus Long – cirurgia aberta



Pinça Harmonic Ace – cirurgia laparoscópica

HARMONIC 1100

O HARMONIC® 1100 é um novo dispositivo disponível no BOC para cirurgia laparotômica - 20 cm ou laparoscópica – 36 cm, que, segundo o fabricante, foi projetada para oferecer velocidades 35% mais rápidas usando menor temperatura máxima da lâmina e capacidade de dissecação mais precisas, mantendo um botão já existente em dispositivos anteriores de hemostasia avançada (botão verde), que permite selagem de vasos até 7mm. Este dispositivo tem integrado o cabo de ligação ao gerador.



THUNDERBEAT

O gerador e pinça conjugam a energia bipolar e ultrassônica no mesmo instrumento. Permite selagem de vasos até 7 mm. Permite o uso de selagem e corte em simultâneo ou faseadamente.

O gerador é composto por dois componentes. O superior permite a utilização de energia monopolar, bipolar e bipolar avançada. O inferior é o gerador para utilização de energia ultrassónica.



Olympus

1.7 – SUTURAS MANUAIS E AUTOMÁTICAS

A sutura é uma técnica usada desde há 4000 anos. O material de sutura é todo aquele que permite laquear ou aproximar tecidos, facilitando o processo de cicatrização por primeira intenção. A composição dos fios de sutura é variável. Os materiais orgânicos são destruídos por protólise – reação de um ácido ou de uma base; e os não orgânicos por hidrólise – reação de desdobramento de uma molécula por ação da água, motivo pelo qual desencadeiam menos reações inflamatórias (Barros, Gorgal, Machado, Correia & Montenegro, 2011).

Os fios de sutura têm inerentemente as propriedades: a **configuração** (número de camadas que compõem o fio de sutura – multifilamentos, com maior força tênsil, maior flexibilidade e maior facilidade de manuseamento e monofilamentos, com menor reação tecidual e menor associação a infeções); a **manuseabilidade**

(associada a 3 características: tensão dos nós – força necessária para um nó deslizar; elasticidade – retorno à posição inicial após estiramento, provocado, por exemplo, por edema; e memória – manutenção da posição inicial, mais memória implica maior dificuldade em dar os nós e mantê-los com tensão; a **força de tensão** é a força necessária para partir uma sutura; e a **reação tecidual** inflamatória que ocorre sempre que é implantado um corpo estranho no organismo e se estende por 2 a 7 dias (Barros, Gorgal, Machado, Correia & Montenegro, 2011). A sutura ideal é estéril, fácil de manusear, que provoca a menor reação tecidual, mantém a força tênsil adequada à cicatrização dos tecidos, permite nós seguros, absorve após cumprir o seu objetivo e não desencadeia ou potencia uma infecção pré-existente. Deve ainda ser considerada a capilaridade da sutura, que é a sua capacidade de absorver líquidos.

Os fios de sutura podem ter agulha incorporada ou não ter agulha, destinando-se maioritariamente à laqueação de vasos e tecidos. Existem agulhas nas quais se pode incorporar o fio de sutura desejado, embora seja uma prática em desuso. Designam-se agulhas de Hagedorn ou agulhas de Mayo (Cambotas & Rola, 2006).

A classificação dos fios quanto à sua espessura faz-se em milímetros de acordo com o sistema zeros da United States Pharmacopeia, indo de 5 a 11/0. Quanto maior o número de zeros, menor o calibre do fio.

Na classificação dos fios de sutura, considera-se a sua origem – natural ou sintética; a permanência – absorvível ou não absorvível; e estrutura – monofilamentar ou multifilamentar.

Os fios **absorvíveis** desaparecem com o passar do tempo. Dentro destes podemos encontrar Ácido poliglicólico (Dexon), Poligliconato (Maxon), Poliglactina (Vicryl), Poliglecaprona 25 (Monocryl) ou Polidioxanona (PDS). Nos fios **não absorvíveis**, encontramos os de origem natural, como Seda (e algodão) e os de origem sintética, como Poliamida (Nylon); Poliéster (Ethibond, Mersilene); Polipropileno (Prolene). Há ainda os de origem metálica, em aço, prata ou cobre.

As agulhas cirúrgicas são o veículo de transporte do fio de sutura através dos tecidos, são constituídas pela ponta, corpo e fundo ou olho, onde se liga ao fio de sutura.

O corpo ou perfil pode ter um formato arredondado, triangular ou achatado, podendo ser retas ou curvas. As agulhas retas são normalmente utilizadas para suturar a pele e podem ser usadas sem porta-agulhas. As agulhas semi-retas têm curvatura pouco acentuada (1/4 ou 3/8 de círculo) e são usadas para estruturas mais superficiais. As agulhas curvas (1/2 e 5/8 de círculo) são usadas para tecidos profundos (Cambotas & Rola, 2006).

No que respeita à ponta da agulha, esta varia consoante o tipo de tecido a ser penetrado. Ponta **cilíndrica cónica** é atraumática e é a escolha para tecidos delicados como o vascular, cardíaco ou tubo digestivo. Ponta **lanceolada** (pode ser invertida), com arestas cortantes é utilizada em tecidos mais densos como a pele ou aponevrose. Ponta **tapercut** constituída por ponta cortante e corpo cilíndrico, considera-se atraumática. Ponta **romba**, tem ponta arredondada e como tal é indicada para tecidos delicados como fígado ou rim. Ponta de **diamante** é muito perfurante, sendo utilizada com tecidos duros. Ponta **espatulada** é uma agulha fina com bordos cortantes, sendo maioritariamente usada em oftalmologia, cirurgia plástica e microcirurgia.

A par dos fios de sutura, existem as suturas automáticas, permitindo menor tempo cirúrgico, anestésico e de ocupação da SO. As suturas automáticas, sendo amplamente aceites e utilizadas, permitem menor manuseamento dos tecidos e, assim, menor edema (Cambotas & Rola, 2006).

AGRAFADOR DE PELE

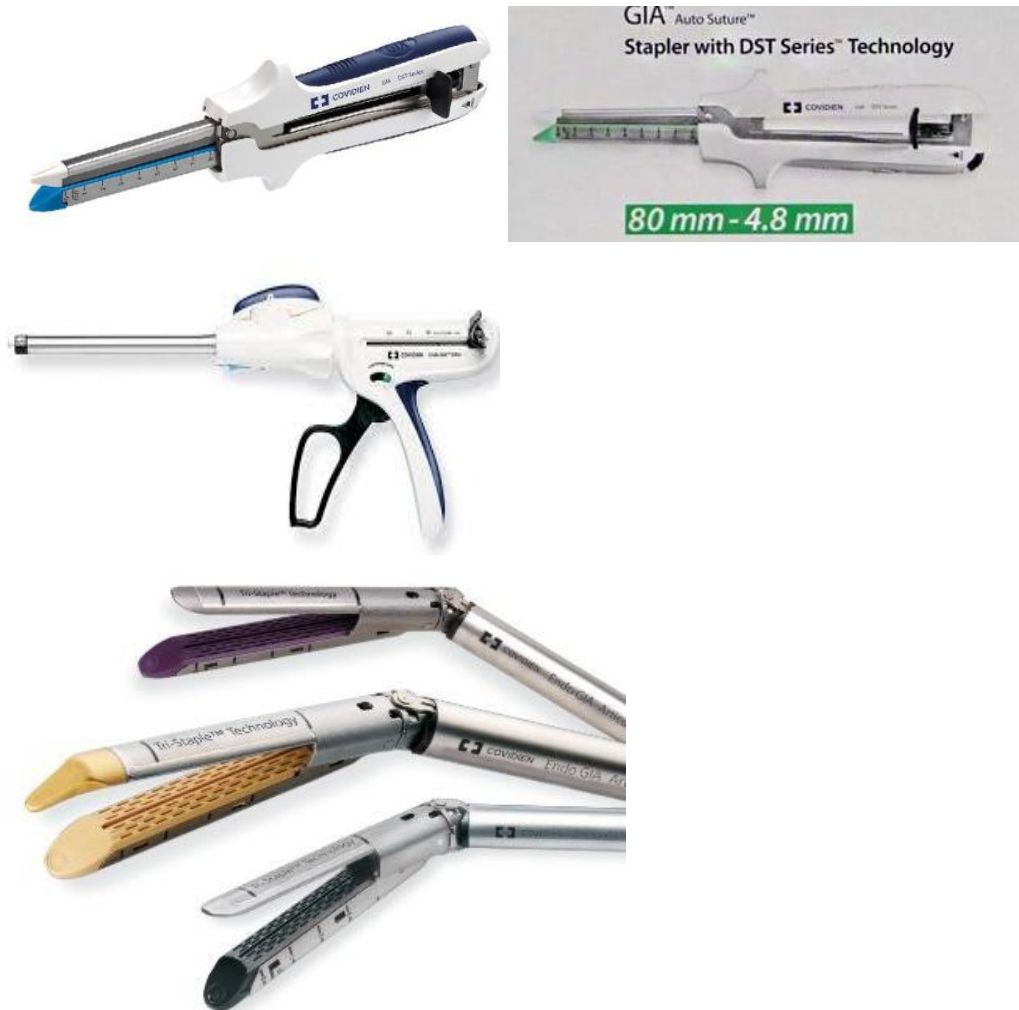
São um dos métodos mais utilizados na sutura de pele, pela sua facilidade de uso e bons resultados estéticos. Habitualmente os agrafos são removidos entre os 5 e os 7 dias.



GIA (Gastro Intestinal Anastomosis)

Este agrafador é usado em cirurgia gastrintestinais. É constituído por duas mandíbulas paralelas, com 2 filas alternadas de agrafos de titânio e uma lâmina central, possibilitando sutura e corte de órgãos ocos em contiguidade. O agrafador GIA pode ter 60 mm, 80mm ou 100mmO agrafador vem com uma carga, que pode ser removida após utilização e recarregado até 8 vezes com outras cargas. O tamanho do agrafado é variável, podendo ter 2,5mm, 3,5mm e 4,8mm.

Podem ser usados em cirurgia aberta ou em cirurgia laparoscópica – EndoGIA. Estes vêm sem cargas, tendo de ser escolhido o cartucho de acordo com o comprimento e altura do agrafado que o tecido exige.



TA (Toraco-Abdominal)

O agrafador TA permite o encerramento terminal de órgãos ocos, podendo ser utilizado no esófago, estômago, brônquios, entre outros. No BOC estão disponíveis dispositivos de 30, 60 e 90 mm com agrafos de 3,5 (azuis) ou 4,8 mm (verdes). Este agrafador não tem uma lâmina incorporada, pelo que não é possível o corte.



ROTICULATOR

É um agrafador TA com cabeça basculante, permitindo o acesso e anastomose de zonas anatómicas distantes e de difícil acesso, como o recto.



CONTOUR

É um dispositivo de corte e agrafagem curvo, pelo que se torna mais anatómico para utilização em anastomose profunda e de difícil acesso.



GIA, TA, Roticulator e Contour permitem a colocação de recargas das mesmas dimensões, mas podem ter alturas de agrafos diferentes.

EEA (End to End Anastomosis)

Este agrafador circular tem uma cabeça que se separa do restante dispositivo. No momento da anastomose (termino-terminal) do órgão oco, como intestino, o eixo do dispositivo é exteriorizado e acoplado à cabeça. Quando o dispositivo é disparado, ocorre a agrafagem e o corte, e dois anéis da anastomose são removidos.

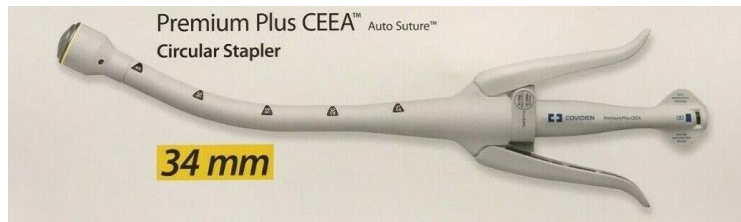


Existe ainda este dispositivo adequado para prolapso rectal ou hemorroidectomias



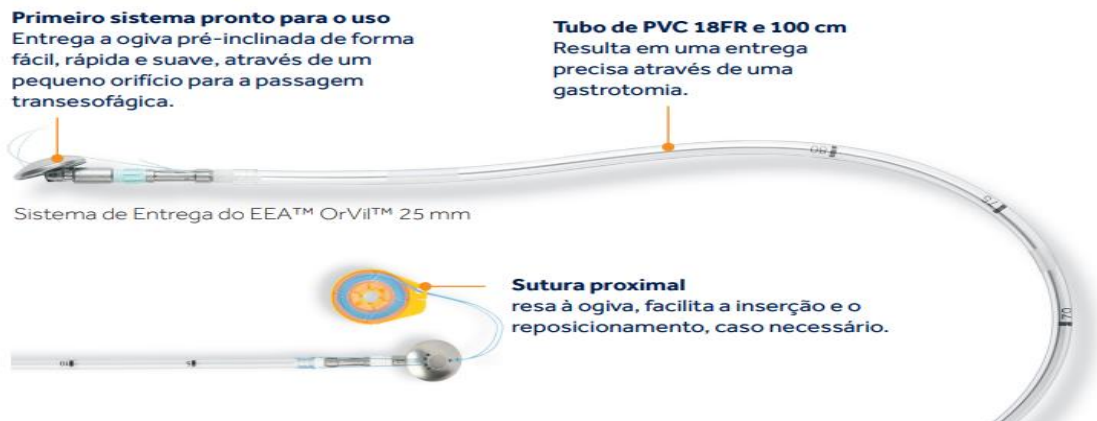
CEEA (Curved End to End Anastomosis)

A diferença do agrafador CEEA para o EEA é a sua curvatura, permitindo mais fácil manuseamento.



EEA XL+ORVIL

A utilização deste dispositivo para anastomose com fila dupla de agrafos implica a utilização de uma EEA XL, podem ser de 21mm ou 25mm de diâmetro. A sua colocação é trans-oral e efetuada pelo médico anestesista até atingir o alvo e a partir daí é manipulada pelo cirurgião. Usado em esofagectomias e gastrectomias totais.



CLIPES HEMOSTÁTICOS VASCULARES

Permitem a hemóstase pelo encerramento do vaso. Podem ser utilizados em cirurgia aberta ou laparoscópica. Apresentam-se em diferentes tamanhos, adaptando-se a diferentes necessidades.

SISTEMA DE LAQUEAÇÃO COM POLÍMERO (HEM-O-LOK)

Este sistema permite a laqueação de vasos ou tecidos de diversos calibres, existindo pinças aplicadoras reutilizáveis para cirurgia aberta e laparoscópica. São facilmente identificáveis pelas cores que apresentam: **azul** – cliques de tamanho médio M, laqueação de vasos de 2mm a 7mm; **verde** – cliques de tamanho médio-grande M-L, laqueação de vasos de 3mm a 10mm; **roxo** – cliques de tamanho grande L, laqueação de vasos de 5mm a 13mm; **dourado** – cliques de tamanho extra grande XL, laqueação de vasos de 7mm a 16mm.



2 – CIRURGIAS

“A Cirurgia Geral é uma das especialidades nucleares e estruturantes da actividade hospitalar e uma das áreas fundamentais da prestação de cuidados de saúde.” (RNEHR, 2015, p. 10).

2.1 – LAPAROTOMIA

A láparo é um prefixo de origem grega que significa flanco e se refere à parede abdominal. Assim, a laparotomia consiste na abertura da parede abdominal e peritoneu (Dicionário Médico, 2012)

2.2 – LAPAROSCOPIA

A laparoscopia, também designada celioscopia, consiste na inspeção visual da cavidade abdominal, por meio de um laparoscópio e equipamento de visão (Dicionário Médico, 2012).

Observações:

- Apresentam-se em seguida as cirurgias gerais mais comuns realizadas no BOC, as indicações principais, o posicionamento habitual, os equipamentos e materiais necessários. Destaca-se que há outras técnicas utilizadas menos habituais ou noutros centros hospitalares, pelo que cabe à equipa de enfermagem manter comunicação com cirurgião para aferir a técnica que irá ser usada;
- As indicações cirúrgicas apresentadas são as mais comuns, não se pretendendo abranger a totalidade das mesmas;
- Os materiais e equipamentos sofrem alterações e substituições, pelo que os apresentados são os genéricos para o momento presente;
- Os fios de sutura, quando apresentados, referem-se aos mais comumente utilizados, havendo variações;
- Os drenos, quando referidos, são os mais comumente utilizados, ressalvando-se que há variações e a tendência crescente de não colocação de dreno em algumas cirurgias;
- As abordagens cirúrgicas podem ser laparotómicas ou laparoscópicas. Atualmente a maioria das abordagens é laparoscópica como na coloproctologia, ou ainda maioritariamente laparotómica na cirurgia hepato-bilio-pancreática, motivo pelo qual se opta por apresentar as abordagens mais comuns em conformidade com a sua frequência;

- Os trocartes podem ser traumáticos – com lâmina ou atraumáticos – sem lâmina; com balão ou sem balão, usados de acordo com a experiência e preferência do cirurgião;
- Em todas as cirurgias deve ser utilizado saco de instrumentos, nomeadamente para acondicionamento do eletrodo ativo e caixa de corte-perfurantes magnéticas, aumentando a segurança de profissionais e pessoa em situação perioperatória.

CIRURGIA ENDÓCRINA

TIROIDECTOMIA

A tireoide é uma glândula endócrina situada na parte anterior e inferior do pescoço, abaixo da laringe e frente aos primeiros anéis da traqueia. É constituída por dois lobos unidos na linha mediana pelo istmo. As hormonas segregadas pela tireoide diiodotironina, T3 (triodotironina) e tiroxina ou T4 (tetraiodotironina), têm um papel ativo no crescimento (acelerar) e no metabolismo (aumentar).

A sua ablação total ou parcial, designa-se tireoidectomia total e lobectomia tiroidea, respetivamente.

Nesta cirurgia, a manutenção do campo cirúrgico limpo e sem sangue é fundamental, porque facilita a identificação e preservação do nervo laríngeo recorrente. A lesão deste leva a paralisia da corda vocal, com identificação por voz rouca, fraca e emissão de sons de alta frequência (como a vogal i). Se ambos os nervos são lesados, pode ocorrer obstrução do fluxo de ar. A lesão do nervo laríngeo recorrente ocorre em 1% das tireoidectomias (McIntyre, 2007a).



Alimentação e distúrbios da tireoide - Nutrição Integrativa (nutricaointegrativa.com)

Indicações cirúrgicas: os exames ecográficos e os resultados da punção aspirativa são determinantes para a decisão cirúrgica. A opção de tireoidectomia total ou parcial, depende do tipo de células identificadas, das dimensões do nódulo, das características intraoperatórias que sugiram malignidade, tais como a aderência a estruturas vizinhas, vascularização anómala e dureza pétreas. Os nódulos com risco de malignidade elevado, constituem indicação cirúrgica (Valente, 2013).

Posicionamento:

- DD com membros superiores ao longo do corpo;
- Soga
- Rolo sub-escapular para melhor exposição.
- Necessidade de proteção da região poplíteia, evitando hiper-extensão do joelho e dos calcâneos;
- Vigilância da região coccígea e sub-escapular.

Equipamentos:

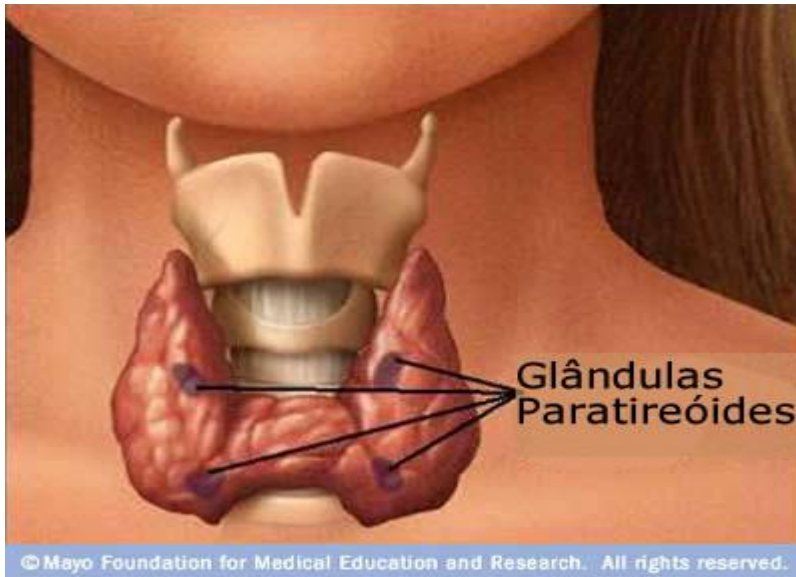
- UEC
- Gerador de ligasure ou ultracision

Material cirúrgico:

- Trougha universal
- Caixa Tiróide
- Eléctrodo ativo - Bisturi eléctrico
- Pinça bipolar
- Pinça Ligasure (Precise) ou Ultracision (Focus short)
- Fios de sutura de laqueação 0, 2/0 e 3/0 (seda e/ou polysorb)
- Vicryl 3/0 agulha redonda de 26mm
- Fio monofilamento absorvível ou não absorvível agulha lanceolada 3/0 ou 4/0
- Seda 2/0 lanceolada (retalho mento e fixação dreno)
- Dreno de vácuo Ch 12 ou 14
- Steri-strips (SOS)
- Seringa 20cc
- Catéter abbocath 18G
- Caixa de corto-perfurantes
- Saco de instrumentos
- Dispositivo abrasivo para faca eléctrodo ativo
- Tampões/peanuts

PARATIROIDECTOMIA

As glândulas paratiroides situam-se nas bolsas braquiais da tiroide, sendo em 89% das pessoas em número de quatro, duas superiores e duas inferiores. São cinco em 8% das pessoas e seis em 3% (McIntyre, 2007b). Têm localização e são em número variável. A hormona paratiroideia (ou polipeptídica) provoca a reabsorção do cálcio do osso (Dicionário médico, 2012).



Indicações cirúrgicas: hiperparatireoidismo sintomático ou cálcio no soro 1mg/dl acima do valor de referência 8,4-10,2 mg/dl (ACSS, 2018).

Sintomas hiperparatireoidismo: os sintomas principais são a nível ósseo (artralgia, osteoporose e fraturas patológicas); renal (cálculos renais, insuficiência renal e poliúria); abdominais (pancreatite, úlcera péptica); e psíquicos (depressão, fadiga e fraqueza).

Complicações da paratireoidectomia: lesão permanente ou transitória do nervo laríngeo recorrente e hipocalcemia temporária.

Posicionamento:

- DD com membros superiores ao longo do corpo;
- Soga
- Rolo sub-escapular para melhor exposição.
- Necessidade de proteção da região poplíteia, evitando hiper-extensão do joelho e dos calcâneos;
- Vigilância da região coccígea e sub-escapular.

Equipamentos:

- UEC
- Gerador de ligasure ou ultracision

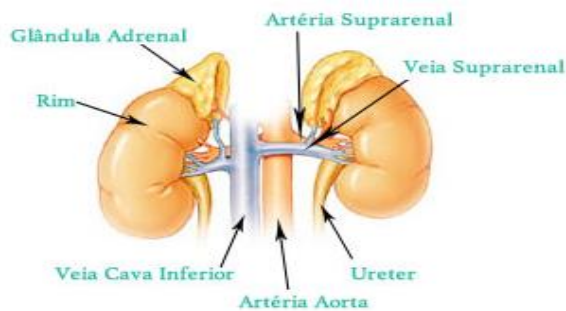
Material cirúrgico:

- Trougha universal
- Caixa tiróide
- Eléctrodo ativo - Bisturi eléctrico
- Pinça bipolar
- Pinça Ligasure (Precise) ou Ultracision (Focus short)
- Fios de sutura de laqueação 2/0 e 3/0 (seda e/ou polysorb)
- Vicryl 3/0 agulha redonda de 26mm
- Fio monofilamento absorvível ou não absorvível agulha lanceolada

- Seda 2/0 lanceolada
- Dreno de vácuo Ch 12 ou 14
- Seringa 20cc
- Catéter abbocath 18G
- Dispositivo abrasivo para faca elétrico ativo
- Tampões/peanuts

SUPRERRENALECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)

A suprerrenalectomia (ou adrenalectomia) é a ablação de uma glândula suprarrenal ou de ambas. A glândula suprarrenal situa-se sobre o rim e segrega hormonas. Na parte medular (interior) segrega adrenalina e noradrenalina e no córtex (parte exterior) segrega cortisona, aldosterona e testosterona. Estas hormonas corticais têm funções importantes no crescimento, na regulação do metabolismo basal, na atividade neuromuscular, no funcionamento gastrointestinal, no equilíbrio de líquidos corporais e na reprodução (Dicionário Médico, 2012).



Adrenalectomia Videolaparoscópica – Glândula

Adrenal ou Suprarrenal - Dr. João Couto Neto - Cirurgia Geral: Hérnia, Vesícula e Refluxo (drjoaocouto.com.br)

Indicações cirúrgicas:

As indicações mais comuns são tumores adrenais, secretores de catecolaminas ou não; Hiperplasia suprarrenal congénita, feocromocitomas, síndrome de Cushing (uma condição em que o corpo produz níveis elevados de cortisol).

Posicionamento:

- DL D ou E (ver secção de posicionamentos)
- Acessórios de posicionamento (perneira, apoio de braço, apoios laterais 2, faixa, almofadas)

Equipamentos:

- UEC
- Trolley de laparoscopia (**posicionado lateralmente**)

Material cirúrgico:

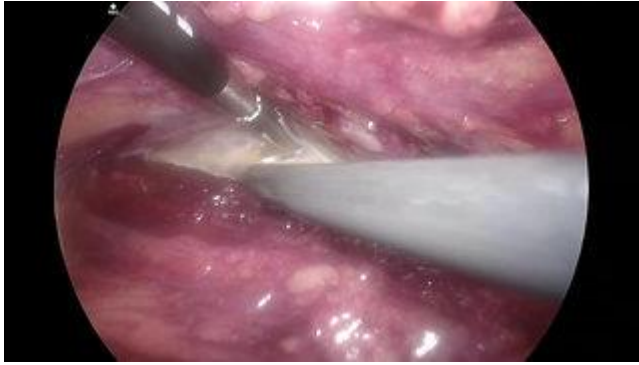
- Trougha universal
- Caixa média cirurgia
- Lente 30°

- Cabo luz
- Tubo de CO2
- Agulha de Veresse
- Seringa 20cc
- Trocarte de 12mm x 2 (ou 3)
- Trocarte de 5mm x 2 (ou 1)
- Proteção de câmara
- Grasper x2
- Dissector
- Tesoura
- Pinça Hem-o-lok XL (Dourada) + pente de Hem-o-lok ou
- Clipes
- Signia + capa (carga bege)
- Gancho
- Cabo monopolar
- Pinça bipolar + cabo (SOS)
- Afastador de fígado
- Saco de órgãos
- Pinça Selagem e Corte
- Aspirador/Irrigador
- Compressas laparoscopia
- Tampões (peanuts)
- Dreno multicapilar SOS
- Saco de dreno
- Clarify SOS

SIMPATICECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)

A simpaticectomia é o tratamento cirúrgico para a hiperhidrose. Esta caracteriza-se por sudação excessiva localizada (axilas, palmar e plantar) ou difusa e de etiologia variável. A sudação é uma resposta normal a ambientes quentes, prática de exercício físico ou stresse, todavia, em algumas pessoas a sudação é excessiva, causando grande desconforto físico e emocional, retração social e com impacte profissional (Das, 2020). Normalmente a hiperhidrose localizada é primária e a causa centra-se no sistema nervoso simpático. Se for difusa, normalmente é de outra etiologia. A solução cirúrgica produz resultados imediatos, com elevadas taxas de sucesso - Hiperhidrose palmar 96 a 100%, com uma taxa de recidiva residual; Hiperhidrose axilar 63 a 100%; Hiperhidrose craniofacial 87 a 100% (Sousa, 2020).

Na simpaticectomia (simpatectomia) toracoscópica, o tronco simpático é cauterizado por eletrocoagulação.



HIPERIDROSE PLANTAR | Carlos Costa

Almeida

Indicação cirúrgica: hiperhidrose primária sem resposta a outros tratamentos.

Posicionamento:

- DD ou
- DL D ou E ou alternado (ver secção de posicionamentos)
- Acessórios de posicionamento de DL (perneira, apoio de braço, apoios laterais 2, faixa, almofadas)

Equipamentos:

- UEC
- Trolley de laparoscopia (**posicionado lateralmente ao doente**)

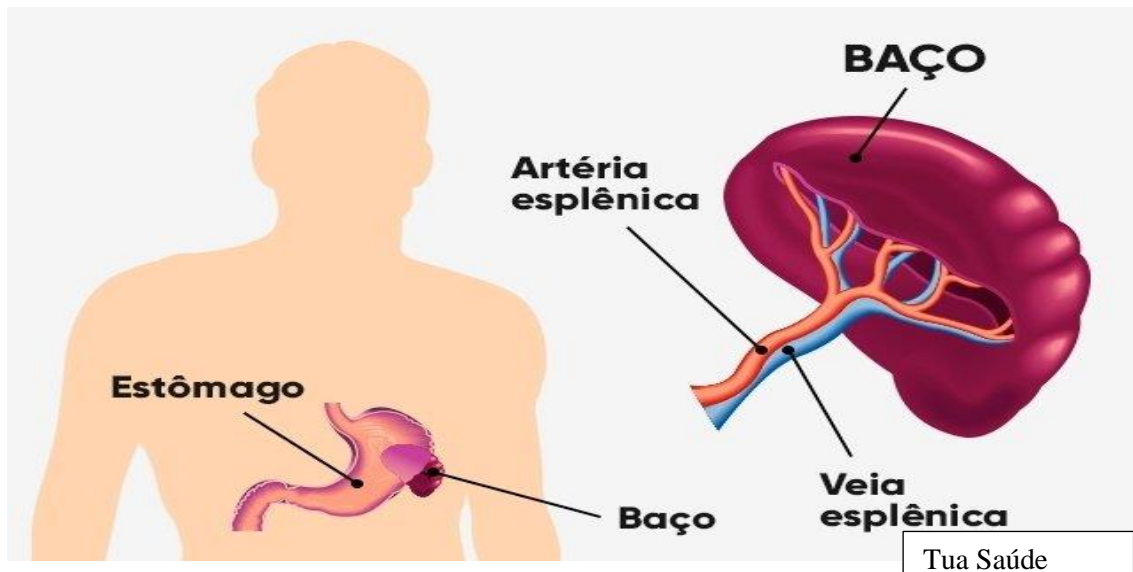
Material cirúrgico:

- Trouxa universal
- Caixa média cirurgia
- Lente 30° de 5mm
- Cabo de luz fria
- Tubo de CO₂
- Proteção de câmara
- Trocarte de 5mm X 3
- Grasper atraumático
- Tesoura (SOS)
- Gancho
- Clarify SOS
- Sonda Naso Gástrica
- Taça
- Monofilamento 2/0 com agulha lanceolada

ESPLENECTOMIA

A esplenectomia é a ablação do baço. – órgão linfóide, com peso médio de 200gr, localizado na loca subfrénica esquerda. Liga-se ao estômago (ligamento gastro-esplénico) ao rim (ligamento espleno-renal) e ao cólon (ligamento espleno-cólico). É coberto por uma cápsula e formado por seios repletos de sangue – polpa vermelha, e por polpa branca com folículos linfóides, onde se formam linfócitos. Tem uma

função hematopoiética e uma função hematocaterética. Sendo um reservatório de sangue, pode libertar para a corrente sanguínea cerca de 150 a 200 ml de sangue, se necessário. Pertence ao sistema reticuloendotelial, participando nos processos de hemólise, na formação da hemoglobina, dos pigmentos biliares e na produção de anticorpos, pelo que tem um papel importante no sistema imunitário. Pode ainda fixar protozoários, bactérias e substâncias químicas. O aumento do seu volume designa-se por esplenomegália e pode ser reflexo da acumulação de substâncias químicas no fígado. Quando é necessário proceder a uma esplenectomia, as funções do baço são assumidas pelos gânglios linfáticos, pelo fígado e pela medula óssea (Dicionário médico, 2012).



Indicações cirúrgicas: traumatismos, rutura espontânea, hematopatias – em 10% dos casos, existe um baço acessório, púrpura e outras.

Nas esplenectomias eletivas, a pessoa deve ser inoculada pelo menos 14 dias antes da cirurgia com vacinas adequadas à idade e o plano nacional de vacinação e ainda *Streptococcus pneumoniae* e a cada 5 anos, *Neisseria meningitidis*, e *Haemophilus influenzae* tipo b. Recomenda-se ainda a vacinação anual contra a gripe (Carvalho, 2017).

Na esplenectomia, o principal risco é a hemorragia.

ESPLENECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)

Posicionamento:

- DLD (ver secção de posicionamentos)
- Acessórios de posicionamento (perneira, apoio de braço, apoios laterais 2, faixa, almofadas)

Equipamentos:

- UEC
- Gerador Ligasure/Ultracision

- Trolley de laparoscopia (posicionado lateralmente à esquerda)

Material cirúrgico:

- Trougha universal
- Caixa média cirurgia
- Lente 30°
- Cabo luz
- Tubo de CO2
- Agulha de Veresse
- Seringa 20cc
- Trocarte de 12mm x 2 (ou 3)
- Trocarte de 5mm x 2 (ou 1)
- Proteção de câmara
- Grasper x2
- Dissector
- Tesoura
- Pinça Hem-o-lok XL (Dourada) + pente de Hem-o-lok ou
- Signia + capa (carga bege)
- Gancho
- Cabo monopolar
- Saco de órgãos de 15mm
- Pinça Ligasure (Blunt ou Maryland)
- Aspirador/Irrigador
- Compressas laparoscopia
- Tampões (peanuts)
- Dreno multicapilar SOS
- Saco de dreno
- Clarify SOS
- Nastro SOS
- Pinça coração

ESPLENECTOMIA (LAPAROTÓMICA)

Posicionamento:

- DD (ver secção de posicionamentos)

Equipamentos:

- UEC
- Gerador Ligasure/Ultracision

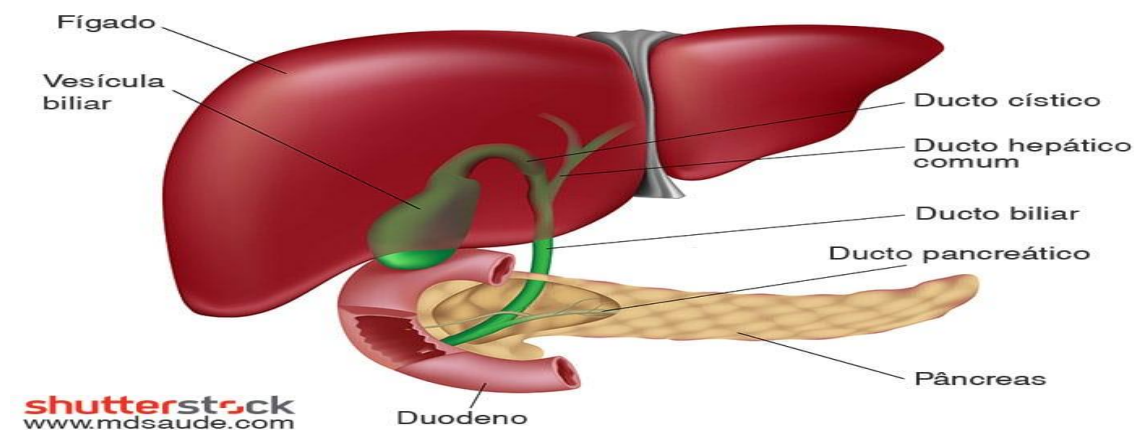
Material cirúrgico:

- Trougha universal
- Caixa grande cirurgia
- Eléctrodo ativo - Bisturi eléctrico
- Pinça bipolar SOS
- Pinça Ligasure (Impact) ou Ultracision (Focus Long) SOS
- Fios de sutura de laqueação 2/0 e 3/0 (polysorb)
- Vicryl 2/0 e 0 agulha redonda ou outro da preferência cirurgião

- Fio monofilamento absorvível ou não absorvível agulha redonda (habitualmente loop para encerramento aponevrose)
- Agrafos ou fio sutura com agulha lanceolada (pele)
- Seda 2/0 lanceolada (dreno)
- Dreno multicapilar (variável)
- Caixa de corto-perfurantes
- Saco de instrumentos
- Dispositivo abrasivo para faca eletrodo ativo

COLECISTECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)

A vesícula biliar é um reservatório musculomembranoso em forma de pêra alojado na face inferior do fígado, no qual se acumula bÍlis. É composta pelo corpo, fundo e colo, que se estende pelo canal excretor – cístico. Durante a digestão a bÍlis passa pelo cístico e pelo colédoco até ao duodeno (dicionário médico, 2012). A colecistectomia consiste na ablação da vesícula biliar.



Indicações cirúrgicas: colecistite aguda, colecistite crónica litiásica, pancreatite, massas ou pólipos

Posicionamento:

- DD (ver secção de posicionamentos)
- Membros inferiores afastados (almofadas e dispositivos de retenção) ou não

Equipamentos:

- UEC
- Trolley de laparoscopia (**posicionado lateralmente à direita ou à cabeceira**)

Material cirúrgico:

- Trougha universal
- Caixa média cirurgia
- Lente 30°
- Cabo luz
- Tubo de CO2
- Agulha de Veresse

- Seringa 20cc
- Trocarte de 12mm x 2
- Trocarte de 5mm x 2
- Proteção de câmara
- Grasper
- Clinch
- Dissector
- Tesoura
- Pinça Hem-o-lok L ou XL (Roxa/Dourada) + pente de Hem-o-lok ou
- Clipes
- Gancho
- Cabo monopolar
- Saco de órgãos
- Aspirador/Irrigador (SOS)
- Compressas laparoscopia
- Dreno multicapilar SOS
- Saco de dreno
- Clarify SOS

COLOPROCTOLOGIA

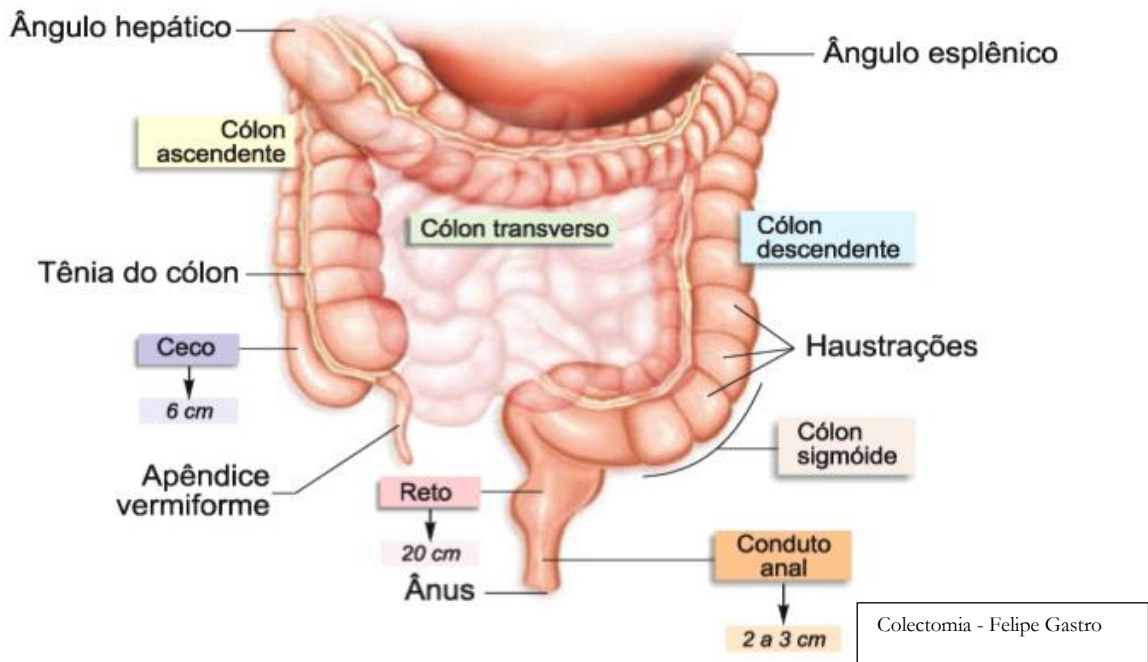
CÓLON

O cólon é a porção do intestino (grosso) que continua o intestino delgado e termina no reto.

A ablação de parte do cólon designa-se colectomia. Esta pode ser realizada em diferentes secções do cólon:

- Hemicolectomia direita: remoção da última parte do intestino delgado, do cólon direito e início do cólon transverso;
- Ressecção segmentar do transverso: remoção do cólon transverso;
- Hemicolectomia esquerda: remoção do final do cólon transverso e do cólon esquerdo;
- Sigmoidectomia – remoção do cólon esquerdo e do sigmoideu;
- Amputação abdominoperineal: é composta por dois tempos - abdominal e perineal, resultando sempre num estoma definitivo. O tempo abdominal consiste na excisão do cólon sigmóide e o perineal permite retirar o canal anal.
- Ressecção anterior do reto: também composta por tempo abdominal para ressecção do cólon sigmóide e tempo perineal para excisão parcial do reto,

permitindo realizar a anastomose do reto restante ao cólon. Pode ser necessário proceder a colostomia ou ileostomia temporária.



Indicações cirúrgicas: sendo variáveis, atingem diferentes porções do cólon, mas são aplicáveis a toda a extensão do mesmo. De entre elas, destacamos: Cancro do cólon; diverticulite, abscesso, oclusão, volvo (torção), doença inflamatória (como a doença de Crohn, Colite ulcerosa ou Retocolite Ulcerativa).

HEMICOLECTOMIA DIREITA (LAPAROSCÓPICA)

Posicionamento:

- DD ou eventualmente Litotomia (ver secção posicionamentos)
- Membros superiores em apoio de braços (ou membro superior direito ao longo do corpo)

Equipamentos:

- UEC
- Gerador Ligasure/Ultracision
- Trolley de laparoscopia

Material cirúrgico:

- Trougha universal (ou abdomino perineal)
- Caixa média cirurgia
- Lente 30°
- Cabo luz
- Tubo de CO₂
- Agulha de Veresse
- Seringa 20cc

- Trocarte de 12mm x 2
- Trocarte de 5mm x 2
- Proteção de câmara
- Grasper x3
- Dissector
- Tesoura
- Porta-agulhas laparoscopia
- Pinça Hem-o-lok L (Roxa) + pente de Hem-o-lok ou Pinça M (verde)
- Gancho + Cabo monopolar
- Sleeve (proteção de parede)
- Clampe intestinal de laparoscopia (SOS)
- Pinça Selagem e Corte
- Aspirador/Irrigador
- Compressas laparoscopia
- Signia + capa (carga bege e roxa)
- Cearify SOS
- Fio sutura V-lock/stratafix 3/0; vicryl 3/ agulha redonda
- Agrafos

HEMICOLECTOMIA ESQUERDA (LAPAROSCÓPICA)

Posicionamento:

- Litotomia (ver secção posicionamentos)
- Membros superior esquerdo em apoio de braços e direito ao longo do corpo

Equipamentos:

- UEC
- Gerador Ligasure/Ultracision
- Trolley de laparoscopia

Material cirúrgico:

- Trougha abdomino perineal
- Caixa média cirurgia
- Lente 30º
- Cabo luz
- Tubo de CO₂
- Agulha de Veresse
- Seringa 20cc
- Trocarte de 12mm x 2 (ou 3)
- Trocarte de 5mm x 3
- Proteção de câmara
- Grasper x3
- Dissector
- Dissector de ângulo reto
- Tesoura
- Porta-agulhas laparoscopia

- Pinça Hem-o-lok L (Roxa) + pente de Hem-o-lok ou Pinça M (verde)
- Gancho + Cabo monopolar
- Sleeve (proteção de parede)
- Clampe intestinal de laparoscopia (SOS)
- Pinça Selagem e Corte
- Aspirador/Irrigador
- Compressas laparoscopia
- Dreno multicapilar + saco dreno SOS
- Sonda vesical grande calibre (teste da anastomose)
- Signia + capa (carga bege e roxa)
- Ou EndoGia
- Pinça da cabeça da máquina SOS
- EEA
- Gel
- Seringa 50cc de lavagem+taça+soro+betadine
- Cearify SOS
- Monofilamento 2/0 agulha redonda
- Monofilamento 1 loop
- Agrafos

SIGMOIDECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)

Posicionamento:

- Litotomia (ver secção posicionamentos)
- Membros superiores em apoio de braços ou membro superior direito ao longo do corpo

Equipamentos:

- UEC
- Gerador Ligasure/Ultracision
- Trolley de laparoscopia

Material cirúrgico:

- Trougha abdomino perineal
- Caixa média cirurgia
- Lente 30°
- Cabo luz
- Tubo de CO₂
- Agulha de Veresse
- Seringa 20cc
- Trocarte de 12mm x 2 (ou 3)
- Trocarte de 5mm x 3
- Proteção de câmara
- Grasper x3
- Dissector
- Dissector de ângulo reto

- Tesoura
- Porta-agulhas laparoscopia
- Pinça bipolar + cabo bipolar
- Pinça Hem-o-lok L (Roxa) + pente de Hem-o-lok ou Pinça M (verde)
- Gancho + Cabo monopolar
- Sleeve (proteção de parede)
- Clampe intestinal de laparoscopia (SOS)
- Pinça Selagem e Corte
- Aspirador/Irrigador
- Compressas laparoscopia
- Dreno Jackson-Pratt SOS + Granada
- Sonda vesical grande calibre (teste da anastomose)
- Signia + capa (carga bege e roxa)
- Ou EndoGia
- Pinça da cabeça da máquina SOS
- EEA
- Gel
- Seringa 50cc de lavagem+taça+soro+betadine
- Cearify SOS
- Monofilamento 2/0 agulha redonda
- Monofilamento 1 loop
- Agrafos

AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL (LAPAROSCÓPICA)

Posicionamento:

- Litotomia (ver secção posicionamentos)
- Membros superior esquerdo em apoio de braços e membro superior direito ao longo do corpo ou ambos ao longo do corpo

Equipamentos:

- UEC
- Gerador Ligasure/Ultracision
- Trolley de laparoscopia

Material cirúrgico:

- Trougha abdomino perineal
- Caixa média cirurgia + caixa proctologia
- Lente 30º
- Cabo luz
- Tubo de CO₂
- Agulha de Veresse
- Seringa 20cc
- Trocarte de 12mm x 2 (ou 3)
- Trocarte de 5mm x 3
- Proteção de câmara

- Grasper x3
- Dissector
- Dissector de ângulo reto
- Porta-agulhas laparoscopia
- Tesoura
- Pinça Hem-o-lok L (Roxa) + pente de Hem-o-lok ou Pinça M (verde)
- Gancho + Cabo monopolar
- Pinça Selagem e Corte
- Aspirador/Irrigador
- Compressas laparoscopia
- Dreno multicapilar + saco dreno SOS
- Saco para colostomia
- Signia + capa (carga bege ou roxa)
- Cearify SOS
- Gel lubrificante
- Vicryl 3/0 agulha redonda
- Agrafos

RESSECÇÃO ANTERIOR DO RETO (LAPAROSCÓPICA)

Posicionamento:

- Litotomia (ver secção posicionamentos)
- Membros superior esquerdo em apoio de braços e membro superior direito ao longo do corpo ou ambos ao longo do corpo

Equipamentos:

- UEC
- Gerador Ligasure/Ultracision
- Trolley de laparoscopia x 2 (uma à esquerda do doente e a outra à cabeceira)
- Insuflador air seal

Material cirúrgico:

- Trougha abdomino perineal
- Caixa média cirurgia + caixa proctologia
- Lente 30°
- Cabo luz
- Tubo de CO₂
- Agulha de Veresse
- Seringa 20cc
- Trocarte de 12mm x 2 (ou 1)
- Trocarte de 5mm x 3 (ou 4)
- Proteção de câmara
- Grasper x3
- Dissector
- Dissector de ângulo reto
- Tesoura

- Pinça Hem-o-lok L (Roxa) + pente de Hem-o-lok ou Pinça M (verde)
- Gancho + Cabo monopolar
- Pinça Selagem e Corte
- Aspirador/Irrigador
- Compressas laparoscopia
- Dreno Jackson-Pratt + granada
- Signia + capa (várias cargas beges)
- PDS 2/0 agulha redonda
- Cearify SOS
- Elástico vascular
- Air seal
- Gel point
- Seda 2/0 lanceolada
- Prolene 2/0 agulha recta
- Prolene 0 agulha redonda
- Porta-agulhas laparoscopia
- Afastador lone star
- Afastador de St Marks SOS
- EEA 33 3,5mm (para hemorroidectomias)
- Gel lubrificante
- Vicryl 3/0 agulha redonda
- Agrafos

APENDICECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)

A apendicite aguda resulta da inflamação do apêndice vermiforme, sendo a principal causa de abdómen agudo e de intervenção cirúrgica de urgência, no mundo

Descrita primeiramente, em 1886, por Reginald Fitz, a apendicite é uma inflamação do apêndice vermiforme - órgão vestigial - incluída entre principais causas de abdome agudo, bem como entre as mais frequentes indicações de cirurgias de emergência no mundo^{1, 2, 3}. Sua alta incidência é observada pelo risco de acometimento de 7% ao longo da vida adulta e, entre homens e mulheres, respetivamente, de 8,6% e 6,7%^{4,5}. Além disso, observa-se uma maior incidência em pacientes de 10 a 30 anos de idade^{4,5, 6}. A (Silva, Menezes, Aguiar, Moura & Gontijo, 2021)

Indicações cirúrgicas: apendicite aguda, tumor.

Posicionamento:

- DD (ver secção de posicionamentos)
- Membros superiores em apoio de braços ou membro superior esquerdo ao longo do corpo

Equipamentos:

- UEC
- Trolley de laparoscopia (**posicionado lateralmente à direita**)

Material cirúrgico:

- Troupa universal
- Caixa média cirurgia
- Lente 30°
- Cabo luz
- Tubo de CO2
- Agulha de Veresse
- Seringa 20cc
- Trocarte de 12mm x 2
- Trocarte de 5mm
- Proteção de câmara
- Grasper
- Dissector
- Tesoura
- Pinça Hem-o-lok L ou XL (Roxa/Dourada) + pente de Hem-o-lok ou
- Clipes ou
- Endo-loop
- Gancho
- Cabo monopolar
- Saco de órgãos
- Aspirador/Irrigador (SOS)
- Compressas laparoscopia
- Dreno multicapilar + saco de dreno SOS
- Clarify SOS

CIRURGIA BARIÁTRICA

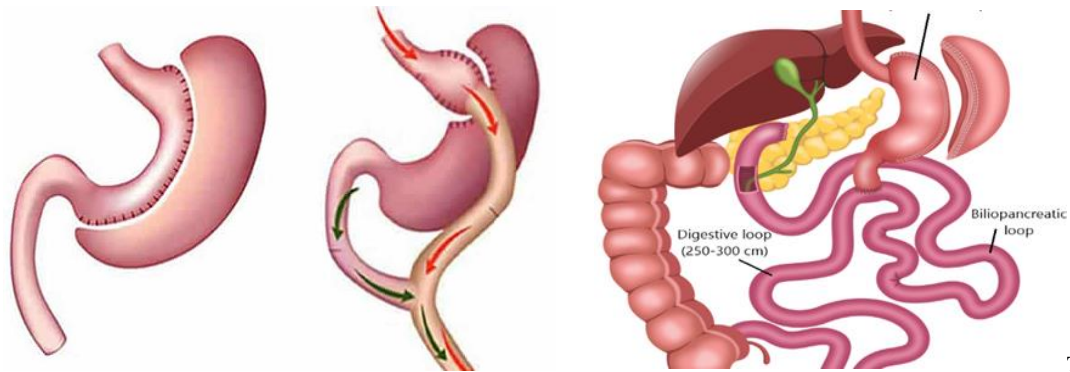
A cirurgia bariátrica é cirurgia de redução de peso, sendo considerado o método mais eficaz de controlo de obesidade mórbida e doenças associadas (Zorron, 2023). As cirurgias mais comuns são o Sleeve gástrico, o Bypass e o SADI-S (*Single anastomosis duodeno–ileal bypass with sleeve gastrectomy*).

Sleeve Gástrico (Gastrectomia vertical) - uma grande parte do estômago é removida. Fica remanescente um tubo ao longo da pequena curva do estômago ligando o esófago ao intestino. Reduz-se a ingestão de calorias e aumenta a rapidez na saciedade, pela redução da capacidade do estômago e redução na produção de hormonas como a grelina.

Bypass - é reduzido o estômago produzindo um menor – *pouch*, e provoca-se o desvio do intestino em forma de Y. Este procedimento reduz do volume do estômago, diminui a absorção de calorias e promove o aumento de hormonas associadas à saciedade.

SADI-S – remoção de grande parte do estômago por meio de um *Sleeve*, combinado com uma ligação com o intestino a nível distal, com secção, somente, do duodeno.

A restrição é associada a hipo-absorção, sendo esta a opção mais efetiva para a superobesidade ou diabetes grave.



saúde

SLEEVE / BYPASS / SADI-S (LAPAROSCÓPICO)

Todas as cirurgias se realizam com o mesmo posicionamento e necessitam dos mesmos equipamentos e materiais. As particularidades são apresentadas isoladamente, abaixo.

Posicionamento:

- DD (ver secção de posicionamentos)
- Membros superiores em apoio de braços
- Membros inferiores afastados (almofadas e dispositivos de contenção)

Equipamentos:

- UEC
- Trolley de laparoscopia (**posicionado à cabeceira, à esquerda**)

Material cirúrgico:

- Trougha universal/abdomino-perineal
- Caixa média cirurgia
- Lente 30°
- Cabo luz
- Tubo de CO2
- Agulha de Veresse
- Seringa 20cc
- Trocarte de 12mm x 3
- Trocarte de 5mm x 2
- Proteção de câmara
- Grasper x 3
- Dissector
- Tesoura
- Gancho
- Cabo monopolar
- Porta-agulhas laparoscopia
- Afastador de fígado
- Pinça de selagem e corte

- Aspirador/Irrigador (SOS)
- Compressas laparoscopia
- Sígnia + capa
- Dreno multicapilar + saco de dreno
- Clearify SOS
- Agrafos

SLEEVE

Equipamentos

- Aplicador de cola de fibrina
- Aquecedor para preparação de cola de fibrina

Materiais

- Cola de fibrina
- Sistema de aplicação de cola de fibrina
- Clipes
- Carga signia: roxa 60 + bege várias

BYPASS

Materiais

- Carga de signia: roxa 45 + bege 30 + bege 60 várias + bege 45 +

SADI-S

Materiais

- Carga signia: roxa 60

CIRURGIA ESOFAGOGÁSTRICA

Funduplicatura de NISSEN (LAPAROSCÓPICA)

É a técnica cirúrgica mais utilizada para o tratamento da doença de refluxo gastroesofágico, consistindo no envolvimento do esófago distal pelo fundo do estômago.

Indicações cirúrgicas: falência do tratamento médico, por inadequação do controlo de sintomas (ou efeitos adversos da medicação), complicações da doença de refluxo, preferência do doente, pelo incómodo de tomar medicação permanentemente e custos associados, manifestações como tosse ou rouquidão (Franco, 2012).

OBSERVAÇÃO: Usa-se o mesmo posicionamento, equipamentos e matérias na Esofagotomia.

ESOFAGOTOMIA

Posicionamento:

- DD (ver secção de posicionamentos)
- Membros superiores em apoio de braços
- Membros inferiores afastados (almofadas e dispositivos de contenção)

Equipamentos:

- UEC
- Trolley de laparoscopia (**posicionado à cabeceira, à esquerda**)

Material cirúrgico:

- Trougha universal/abdomino-perineal
- Caixa média cirurgia
- Lente 30º
- Cabo luz
- Tubo de CO2
- Agulha de Veresse
- Seringa 20cc
- Trocarte de 12mm x 2
- Trocarte de 5mm x 3
- Proteção de câmara
- Grasper x 3
- Dissector
- Tesoura
- Gancho
- Cabo monopolar
- Pinça de selagem e corte
- Porta-agulhas laparoscopia
- Afastador de figado
- Aspirador/Irrigador (SOS)
- Compressas laparoscopia
- Seda 2/0 agulha redonda
- Clarify SOS
- Agrafos/ ou monofilamento não absorvível com agulha lanceolada

GASTRECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)

Cirurgia que consiste na remoção total ou parcial do estômago (parcial ou subtotal, com linfadenectomia). Irá ser realizada anastomose do esófago ao intestino, preservando o trânsito (Carneiro, 2021).

Indicações cirúrgicas: as principais indicações são doença oncológica, úlcera péptica,

Posicionamento:

- DD (ver secção de posicionamentos)
- Membros superiores em apoio de braços
- Membros inferiores afastados (almofadas e dispositivos de contenção)

Equipamentos:

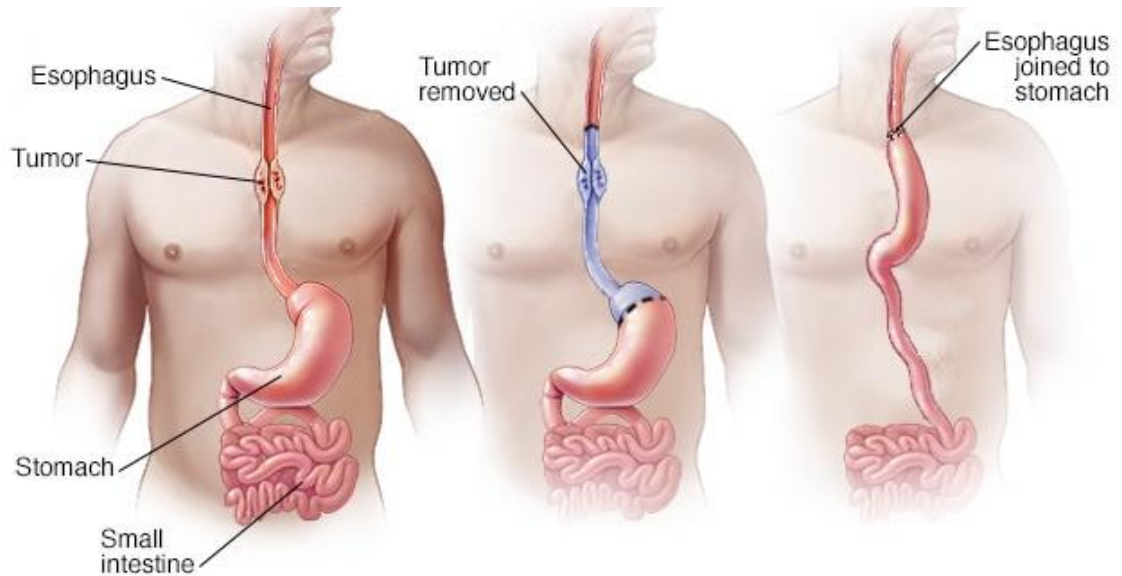
- UEC
- Trolley de laparoscopia (**posicionado à cabeceira, à esquerda**)

Material cirúrgico:

- Troupa universal/abdomino-perineal
- Caixa média cirurgia
- Eléctrodo ativo (bisturi eléctrico)
- Lente 30º
- Cabo luz
- Tubo de CO2
- Agulha de Veresse
- Seringa 20cc
- Trocarte de 12mm x 3
- Trocarte de 5mm x 2
- Protecção de câmara
- Grasper x 3
- Dissector
- Tesoura
- Gancho
- Cabo monopolar
- Pinça de selagem e corte
- Porta-agulhas laparoscopia
- Afastador de fígado
- Pinça Hem-o-lok dourada + pente de hem-o-lok
- Signia + capa de signia + (cargas roxas e beges variáveis)
- Surgisleeve (protetor de parede)
- EEA XL 25mm + Orvil 25mm
- Pinça da cabeça da máquina
- Aspirador/Irrigador (SOS)
- Compressas laparoscopia
- Seda 2/0 agulha redonda + ethibond 2/0 agulha redonda + monofilamento 0 ou 1 não absorvível loop
- Clarify SOS
- Agrafos/ ou monofilamento não absorvível com agulha lanceolada

ESOFAGECTOMIA (LAPAROSCÓPICA)

Consiste na remoção do esôfago, total ou parcial. É construído um novo tubo gástrico com o estômago, que substitui o esôfago, ocorrendo uma anastomose a nível cervical ou transhiatal (Carneiro, 2021)



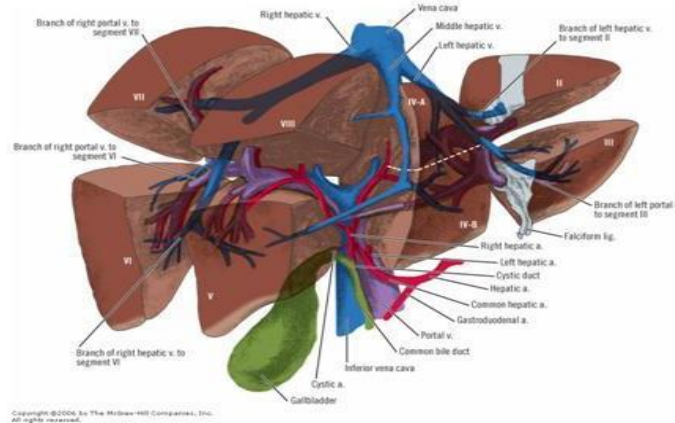
Indicações cirúrgicas: as indicações podem ser por patologia oncológica – Carcinoma, adenocarcinoma, carcinoma células escamosas, carcinoma adenoescamoso, linfoma, entre outros; e patologia não oncológica – estenose, esôfago de Barrett, acalásia, esclerodermia, refluxo gastroesofágico, hérnia do hiato recorrente, perfuração e outras causas.

Posicionamento Tempo Torácico	Posicionamento Tempo Abdominal
<ul style="list-style-type: none"> • DLE (ver secção de posicionamentos) • Acessórios de posicionamento DL (perneira, apoio de braço, apoios laterais 2, faixa, almofadas) • Rolo de gel 	<ul style="list-style-type: none"> • DD (ver secção de posicionamentos) • Membros superiores em apoio de braços • Membros inferiores afastados (almofadas e dispositivos de contenção) • Lateralização da cabeça para a direita (anastomose cervical)
<p>Equipamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UEC • Trolley de laparoscopia (posicionado lateralmente à esquerda) 	<p>Equipamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UEC • Trolley de laparoscopia (posicionado à cabeceira, à esquerda)
<p>Material cirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trocarte de 12mm x 2 (1º aberto) • Trocarte de 5mm x 2 	<p>Material cirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trocarte de 12mm x 3 • Trocarte de 5mm x 2 • Agulha de Veresse • Seringa de 20cc
<p>Material cirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trougha universal • Caixa média cirurgia • Caixa de esófago cervical (se anastomose cervical) • Eléctrodo ativo (bisturi eléctrico) • Lente 30º • Cabo luz • Tubo de CO2 • Protecção de câmara • Grasper x 3 • Dissector • Tesoura • Gancho • Cabo monopolar • Pinça de selagem e corte • Nastro • Porta-agulhas laparoscopia • Afastador de fígado • Pinça Hem-o-lok dourada + pente de hem-o-lok • Signia + capa de signia + (cargas roxas e beges variáveis) • Surgisleeve (protetor de parede) • EEA XL 25mm + Orvil 25mm • Pinça da cabeça da máquina • Aspirador/Irrigador (SOS) • Compressas laparoscopia • Seda 2/0 agulha redonda + ethibond 2/0 agulha redonda + vucryl 3/0 agulha redonda + vicryl 2/0 agulha redonda + monofilamento 0 ou 1 não absorvível loop • Clearify SOS • Dreno multicapilar + saco de dreno • Agrafos/ ou monofilamento não absorvível com agulha lanceolada 	

CIRURGIA HEPATOBILIOPANCREÁTICA

HEPATECTOMIA/SEGMENTECTOMIA HEPÁTICA

A hepatectomia/segmentectomia hepática consiste na remoção de um ou mais segmentos hepáticos. Atualmente a intervenção laparoscópica está em expansão.



Skandalakis' Surgical Anatomy Textbook, 2006. McGraw-Hill.

Indicações cirúrgicas: doença oncológica, primária ou metástases, remoção de nódulos, lesão da via biliar intra-hepática e outras (Carneiro, 2021).

Posicionamento:

- DD
- Membros superiores apoiados em apoios de braços

Equipamentos:

- UEC
- Ecógrafo
- Dissector ultrassónico
- Gerador bipolar com radiofrequência (Aquamantys)

Material cirúrgico:

- Trougha universal
- Caixa vascular e fígado ou caixa de transplantes nº 3 ou nº 2
- Caixa dissector ultrassónico ponta reta
- Afastador Thompson
- Kit dissector ultrassónico short 2,6
- Saco de fluidos loban
- Eléctrodo ativo – bisturi eléctrico
- Pinças bipolares com irrigação (baioneta e espatulada)
- Tapete magnético
- Pinça de selagem e corte
- Pinça Aquamantys (SOS)
- Protecção de sonda de ecógrafo
- Elásticos vasculares
- Torniquete vascular
- Protecções de pinças

- Silastic (SOS)
- Pinças Hem-o-lok S, M, L e XL (SOS) azul x 2; verde x 2; roxa e dourada (pentes de hem.o.lok)
- Hemostáticos: celulose oxidada (Fibillar e Surgicel); gelatina e trombina (Flo seal) SOS
- Clipes M e L (SOS)
- Fios de sutura de laqueação absorvíveis 2/0 + 3/0
- Fios de sutura monofilamento não absorvível (Prolene) 4/0; 5/0; 6/0
- Sistema de soros
- Aspirador + cânula grossa + cânula fina
- Echelon Flex 45 + cargas vasculares x2/3 (SOS)
- Dreno Jackson-Pratt + granada (SOS)

HEPATECTOMIA/SEGMENTECTOMIA HEPÁTICA (LAPAROSCÓPICA)

Posicionamento:

- DD
- Membros inferiores afastados (almofadas e dispositivos de conexão)

Equipamentos:

- UEC
- Trolley laparoscopia (à cabeceira do lado esquerdo)
- Ecógrafo
- Dissector ultrassónico
- Gerador bipolar com radiofrequência (Aquamantys)

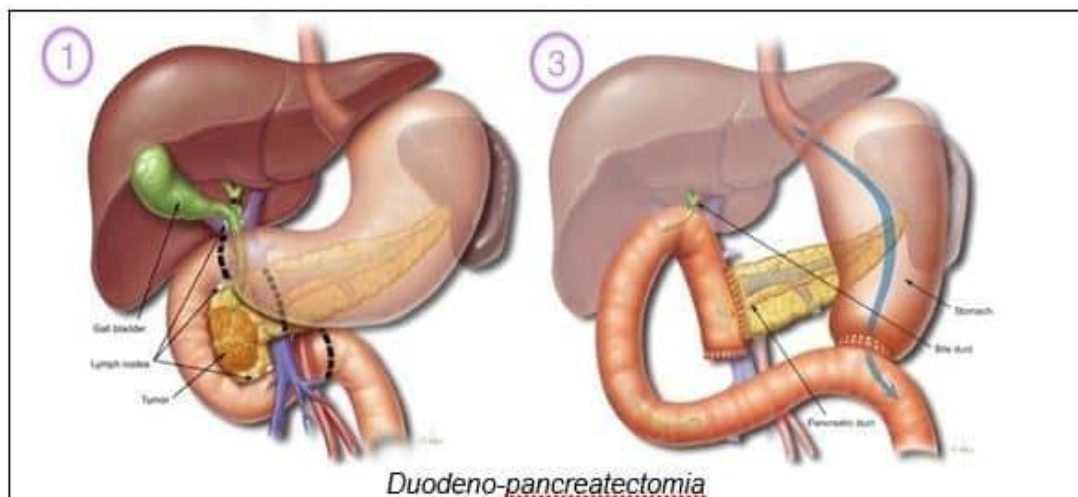
Material cirúrgico:

- Trouxa universal/abdomino-perineal
- Caixa média cirurgia
- Caixa dissector ultrassónico ponta reta (ponta de laparoscopia)
- Kit dissector ultrassónico laparoscopia
- Eléctrodo ativo (bisturi eléctrico)
- Lente 30º
- Cabo luz
- Tubo de CO2
- Agulha de Veresse
- Seringa 20cc
- Trocarte de 12mm x 3
- Trocarte de 5mm x 3
- Protecção de câmara
- Grasper x 3
- Dissector
- Tesoura
- Gancho
- Cabo monopolar
- Pinça bipolar + cabo bipolar

- Pinça de selagem e corte
- Porta-agulhas laparoscopia
- Afastador de fígado
- Pinça Hem-o-lok verde x 2 + roxa + dourada (SOS) + pentes de hem-o-lok
- Echelon Flex 45 + cargas vasculares x 2/3 (SOS)
- Surgisleeve (protetor de parede) ou saco de órgãos
- Aspirador/Irrigador
- Compressas laparoscopia
- Seda 2/0 agulha redonda + Prolene 5/0 + monofilamento 0 ou 1 não absorvível loop ou stratafix 1 ou vicryl 1
- Clarify SOS
- Dreno torácico Ch 24 + nastro fino longo (torniquete vascular)
- Agrafos/ ou monofilamento não absorvível com agulha lanceolada
- Dreno Jackson-Pratt + granada (SOS)

DUODENOPANCREATECTOMIA (DPC)

Consiste na remoção da cabeça do pâncreas e do duodeno, abordando o estômago e a vesícula biliar, que também é excisada.



Supera oncologia

Indicações cirúrgicas: tumores da cabeça do pâncreas, da papila duodenal ou, mais raramente, do duodeno (Carneiro, 2021)

Posicionamento:

- DD
- Membros superiores apoiados em apoios de braços

Equipamentos:

- UEC

Material cirúrgico:

- Trougha universal

- Caixa vascular e fígado ou caixa de transplantes nº 3 ou nº 2
- Caixa dissector ultrassónico ponta reta
- Afastador Thompson
- Kit dissector ultrassónico short 2,6
- Saco de fluidos loban
- Eléctrodo ativo – bisturi eléctrico
- Pinças bipolares com irrigação (baioneta e espatulada)
- Tapete magnético
- Pinça de selagem e corte
- Elásticos vasculares
- Torniquete vascular (SOS)
- Silastic fino
- Proteções de pinças
- Pinças Hem-o-lok S, M, L e XL (SOS) azul x 2; verde x 2; roxa e dourada (pentes de hem.o.lok)
- Hemostáticos: celulose oxidada (Fibillar e Surgicel); gelatina e trombina (Flo seal) SOS
- Clipes M e L (SOS)
- Fios de sutura de laqueação absorvíveis 2/0 + 3/0
- Fios de sutura monofilamento não absorvível (Prolene) 4/0; 5/0; 6/0; Optilene 4/0; PDS 5/0 (SOS); PDS 4/0 ou Vycril 3/0
- Sistema de soros
- Aspirador + cânula grossa + cânula fina
- Echelon Flex 60 + cargas: verde (estômago; azul: duodeno; branca: pâncreas) OU
- GIA 100 agrafos 4,8mm + GIA 60 agrafos 3,5mm
- Dreno Jackson-Pratt + granada

3 – COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA E DE RIM

A transplantação é a área da medicina que se dedica à alocação de órgãos células ou tecidos de um dador para um recetor. Em algumas circunstâncias, esta é a única forma de sobrevivência ou de aumentar a qualidade de vida de doentes.

A maior transformação na área da colheita de órgãos e transplantação, em Portugal, decorre da Lei nº 12/93 de 22 de abril. Nela inscreve-se o sistema de *opting out*, ou seja, consentimento presumido, que assume que todos os cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes no país são dadores de órgãos e tecidos *post mortem*, a não ser que procedam ao registo de não dador no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) (crianças e incapazes, como designado na Lei, serão inscritos pelos seus representantes legais. O RENDDA está normalizado pelo Despacho Normativo nº 700/94 de 1 de outubro. Através desta lei, aumentou significativamente a disponibilidade de órgãos para transplante, salvando e melhorando muitas vidas. Este sistema permitiu um desenvolvimento cultural, no sentido da transplantação, e permitiu que Portugal se destaque como um dos países onde mais ocorre a colheita e transplantação de órgãos sólidos. As alterações legislativas conduziram à Lei nº 99/2017 de 25 de agosto que regulamenta esta área da saúde.

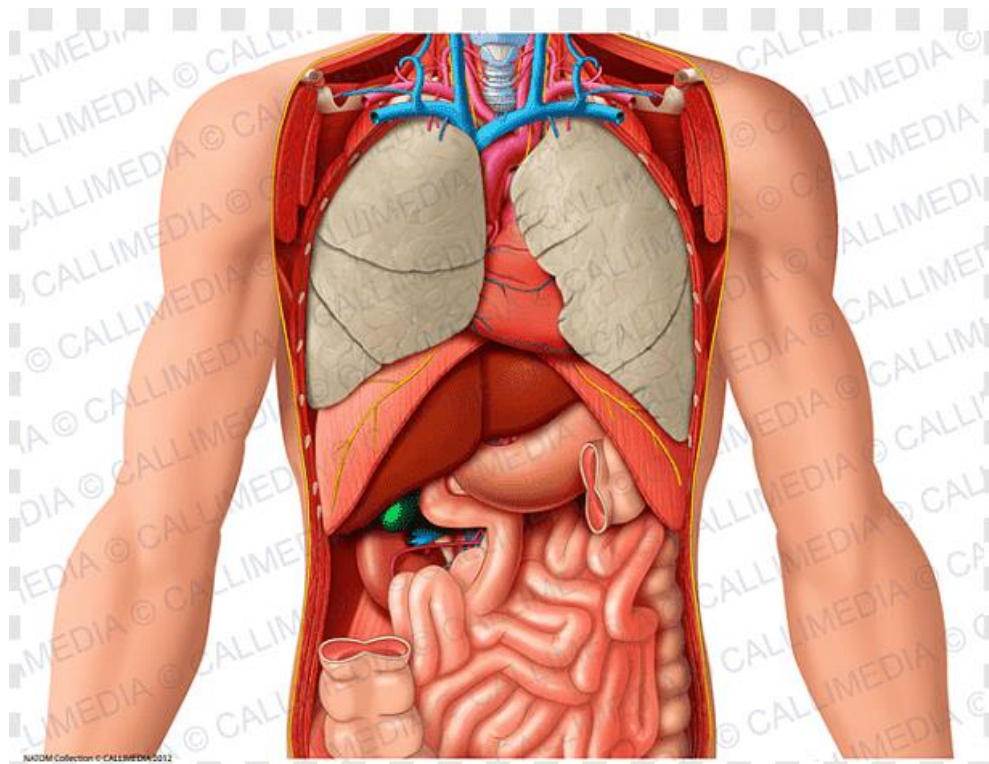
A doação de órgãos é possível, após a certificação de morte cerebral (provas realizadas em dois tempos), em situação de paragem cardiocirculatória refratária (não controlada), ou com dador vivo. Em Portugal, os órgãos que podem ser doados após a morte são rins, fígado, coração, pâncreas e pulmões. Podem também ser doados tecidos osteotendinosos, córneas, segmentos vasculares, válvulas cardíacas e pele. O dador vivo pode doar um dos rins, parte do fígado ou parte dos pulmões. A doação com dador vivo é uma das áreas na qual o país necessita fazer um investimento para aumentar a literacia em saúde das populações, a par da revisão legislativa para alargar colheitas em paragem cardiocirculatória (IPST, 2022).

Segundo dados do Instituto Português do Sangue e Transplantação (IPST) Portugal tem sido consistentemente um país com grande atividade na área da colheita e transplantação. Em 2022, o país registou 30,8 dadores/milhão de habitantes, com uma subida de 5,3% em relação ao ano anterior, sendo o terceiro país do mundo com maior atividade. No ano de 2022 transplantaram-se em Portugal 835 órgãos, o que representa uma subida de 4,5% (IPST, 2023).

No BOC ocorrem colheitas multiorgânicas realizadas com as equipas do próprio hospital e colheitas multiorgânicas realizadas pelas equipas do próprio hospital em conjunto com equipas externas de outros centros de transplantação nacionais ou espanholas ao abrigo do memorando de entendimento Portugal-Espanha. A equipa

do centro de transplantação do Centro realiza colheitas de órgãos no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Centro Hospitalar de Leiria, Unidade Local de Saúde da Guarda, Centro Hospitalar da Cova da Beira, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e Região Autónoma dos Açores.

Um dos maiores problemas com que a medicina de transplantação se depara é a escassez de órgãos, o que tem motivado o aumento de doadores vivos, por um lado, mas também da utilização de órgãos com critérios expandidos, e mais recentemente, com o tratamento do órgão a transplantar. Estes órgãos que não seriam transplantáveis noutras circunstâncias, se submetidos a perfusão hipotérmica oxigenada, permitem a sua recuperação parcial e melhores resultados após transplante, nomeadamente diminuição de necessidade de re-transplante nos primeiros 7 dias e menores complicações biliares (IPST, 2022).



COLHEITA DE ÓRGÃOS

Posicionamento:

- DD
- Membros superiores apoiados em apoios de braços

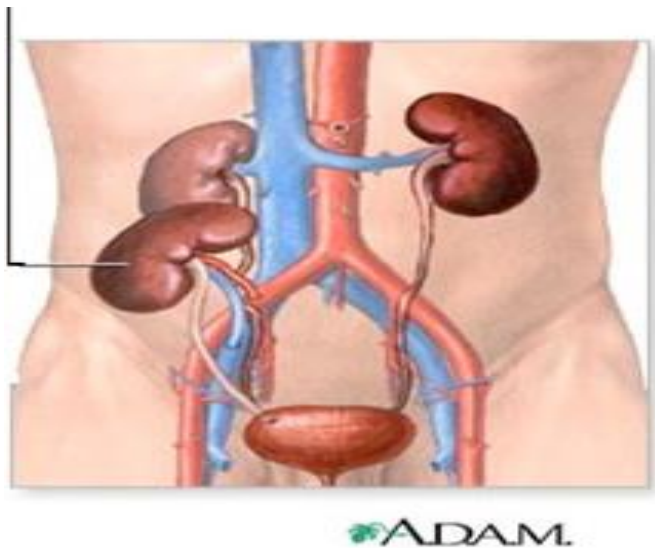
Equipamentos:

- UEC

Material cirúrgico:

- Trougha colheita (ou universal)
- Caixa colheita de órgãos
- Afastador – valva de correntes
- Serra de esterno
- Afastador Finochietto
- Saco de fluidos loban
- Eléctrodo ativo – bisturi eléctrico
- Pinça de selagem e corte (SOS)
- Fios de sutura de laqueação não absorvíveis 2/0 + 2 + 4
- Fios de sutura SOS monofilamento não absorvível (Prolene) 4/0; Seda 2/0
- Sistema de irrigação
- Aspirador + cânula grossa x 2
- Gia 60 ou 80 carga 3.5
- Fluido de irrigação Celsior
- Seringa 20cc + catéter venoso periférico 20G
- Catéter vesical silastic + urímetro
- Gelo
- Cânulas aramadas (Ch 12, 14, 16, 18)

TRANSPLANTE DE RIM



Indicação cirúrgica: doença renal crónica em alternativa a diálise peritoneal ou hemodiálise

Posicionamento:

- DD
- Membros superiores apoiados em apoios de braços

Equipamentos:

- UEC

Material cirúrgico:

- Troupa universal
- Caixa Transplante renal nº1 ou nº2
- Afastador Bookwalter (SOS)
- Eléctrodo ativo – bisturi eléctrico
- Elásticos vasculares
- Protecções de pinças
- Hemostáticos: celulose oxidada (Fibillar e Surgicel); gelatina e trombina (Flo Seal) SOS
- Fio de sutura de laqueação absorvível 3/0
- Fios de sutura monofilamento não absorvível (Prolene) 5/0; 6/0 (SOS)
- Fios de sutura Vycril 3/0; 2/0; 1
- Aspirador + cânula grossa
- Dreno multicapilar + saco de dreno OU Jackson-Pratt + granada

PREPARAÇÃO E TRATAMENTO DO ÓRGÃO (FÍGADO)



Bridge to life

Equipamentos:

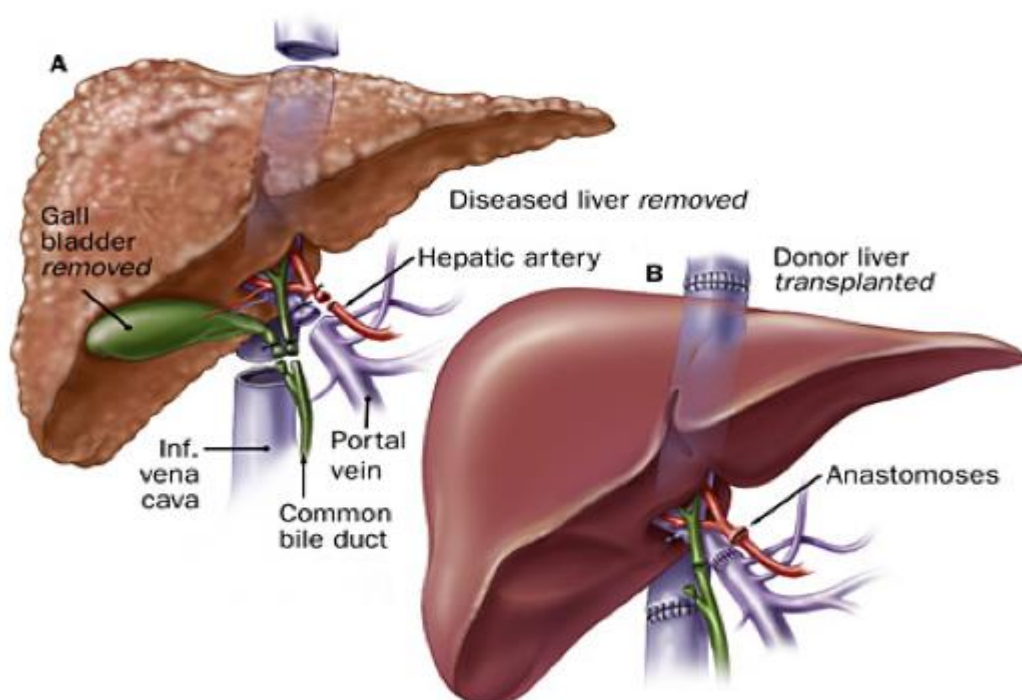
- Equipamento de Perfusão Hipotérmica Oxigenada

Material cirúrgico:

- Cobertura de mesa x 4
- Caixa de Dissecção Hepática
- Kit de perfusão hipotérmica oxigenada

- Sistema soros
- Fluido de irrigação (Belzer ou Celsior)
- Lactado de Ringer refrigerado
- Gelo
- Proteção de pinças
- Fio de laqueação 4/0
- Fio de sutura Vycril 2/0; Prolene 5/0
- Clipes S e M
- Cânula arterial

TRANSPLANTE HEPÁTICO



IVES

Indicações cirúrgicas: doença hepática em fase terminal, mais comum, a cirrose, carcinoma hepatocelular, insuficiência hepática aguda (hepatite) (Associação Europeia para o Estudo do Fígado, 2016).

Posicionamento:

- DD
- Membro superior esquerdo apoiado em apoio de braços
- Membro superior direito ao longo do corpo (proteção com pano e película autocolante (SteriDrape))

Equipamentos:

- UEC x 3 (monopolar + bipolar x 2)
- Ecógrafo (SOS)

- Dissector ultrassónico (SOS)
- Gerador bipolar com radiofrequência (Aquamantys)
- Unidade de aspiração de fumos

Material cirúrgico:

- Trougha universal
- Caixa Transplante nº1 ou nº 2
- Caixa de Clampes nº1 ou nº2
- Caixa de Implante
- Caixa de Microcirurgia Transplantes nº1 ou nº2
- Caixa de Bipolares nº1 ou nº2
- Caixa dissector ultrassónico ponta reta (SOS)
- Afastador Thompson Transplante Hepático
- Kit dissector ultrassónico short 2,6 (SOS)
- Saco de fluidos loban
- Eléctrodo ativo – bisturi eléctrico (com aspiração de fumos e ponta telescópica)
- Pinças bipolares com irrigação (Caixa de)
- Sistema de soros + prolongador longo + torneira (X 2)
- Prolongador curto
- Tapete magnético
- Pinça Aquamantys (SOS)
- Protecção de sonda de ecógrafo (SOS)
- Elásticos vasculares
- Torniquete vascular
- Protecções de pinças
- Silastic
- Seringas 20cc (x4) + 10cc
- Pinças Hem-o-lok S, M, L e XL (SOS) azul x 2; verde x 2; roxa e dourada (pentes de hem.o.lok)
- Hemostáticos: celulose oxidada (Fibillar e Surgicel); gelatina e trombina (Flo seal) SOS; Hemopatch (SOS)
- Clipes M e L
- Fios de sutura de laqueação absorvíveis 2/0 + 3/0
- Fios de sutura monofilamento não absorvível (Prolene) 4/0; 5/0 (2 tamanhos de agulha); 6/0 (2 tamanhos de agulha); 7/0; 8/0
- Aspirador + cânula grossa (x2) + cânula fina
- Echelon Flex 45 + cargas vasculares x2/3 (SOS)
- Dreno Blake+ granada

NOTA FINAL

O ambiente perioperatório é complexo e desafiante, pelo que o enfermeiro perioperatório tem de estar preparado para a imprevisibilidade, mas a melhor resposta advém do conhecimento e da Prática Baseada na Evidência.

Os cuidados de enfermagem devem ser holísticos, integrais, éticos e focados na pessoa em situação perioperatória.

O enfermeiro que atua no Bloco operatório deve manter constante atualização dos seus conhecimentos para oferecer o melhor cuidado!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2018). Valores laboratoriais de referência (adultos). Disponível em: [tabela.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- AESOP. (2020). Fumo cirúrgico: um risco profissional. Disponível em: Fumo Cirúrgico - Um risco profissional - YouTube
- AORN. (2020). Guideline quick view: electrosurgical safety. *AORN Journal*, 112(4), 430-434. doi: doi.org/10.1002/aorn13221
- AORN. (2019). Guideline for surgical attire. Disponível em: https://pdihc.com/wp-content/uploads/2019/10/AORN-Guideline-for-Surgical-Attire.pdf19-00579_I-29_Attire-20_050919.indd (pdihc.com)
- Alkatout, I., Schollmeyer, T., Hawaldar, N. A., Sharma, N., & Mettler, L. (2012). Principles and safety measures of electrosurgery in laparoscopy. *JSL: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 16(1), 130–139. <https://doi.org/10.4293/108680812X13291597716348>.
- Almeida, F. & Pacheco, C. (2014a). Posicionamentos em cirurgia. In Duarte, A. & Martins, O. *Enfermagem em bloco operatório*. (pp. 93-101). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Almeida, F. & Pacheco, C. (2014b). Posicionamentos em cirurgia. In Duarte, A. & Martins, O. *Enfermagem em bloco operatório*. (pp. 103-105). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Almeida, F. & Pacheco, C. (2014c). Eletrocirurgia. In A. Duarte & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório*. (pp. 103-105). Lisboa: Lidel.
- Associação Europeia para o Estudo do Fígado. (2016). Recomendações de Orientação Clínica da EASL: Transplantação do fígado. https://easl.eu/wp-content/uploads/2018/10/2015-Liver_Transplant._PT.pdf
- Azenha, M., Rocha, C., Oliveira E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A. L. & Gomes, M. (2017). *Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.
- Barros, M., Gorgal, R., Machado, A. P., Correia, A. & Montenegro, N. (2011). Princípios básicos em cirurgia: fios de sutura. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S4), 1051-1056.
- Bilbao, M. (2006). O bloco operatório/departamento cirúrgico. In AESOP, *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática de Cuidados*. (pp. 15-58). Lisboa: Lusodidacta.
- Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). Gestão do Bloco Operatório. In Fragata, J., *Risco Clínico - complexidade e performance* (pp. 277-296). Coimbra: Edições Almedina.

- CDC. (2017). Health and safety practices survey of healthcare workers: Surgical Smoke. Disponível em: [Surgical Smoke | NIOSH | CDC](#)
- Cambotas, C. & Rola, P. (2006). Suturas manuais e suturas automáticas. In AESOP., *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática de Cuidados*. (pp. 91-104). Lisboa: Lusodidacta.
- Carneiro, L. (2023). *Esofagectomia*. Disponível em: [ESOFAGECTOMIA \(profluizcarneiro.com.br\)](#).
- Carvalho, A. S. C. L. (2017). Esplenectomia na trombocitopenia imune primária do adulto: resultados de um centro hospitalar do centro de Portugal. (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra
- Castilho, A. F. O. M., Parreira, P. D., & Martins, M. M. R. P. S. (2016). Cuidados de enfermagem e eventos adversos em doentes internados: Análise dos fatores intervenientes. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(2), 605-623. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(2\).600](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(2).600)
- Charoenkwan, K., Ihezor-Ejiofor, Z., Rerkasem, K., & Matovinovic, E. (2017). Scalpel versus electrosurgery for surgical operations on the abdomen. Disponível em [Scalpel versus electrosurgery for surgical operations on the abdomen | Cochrane](#)
- Gabinete Editorial Climepsi. (2012). *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi.
- Das, S. (2020). Hiperidrose. Disponível em: [Hiperidrose - Distúrbios dermatológicos - Manuais MSD edição para profissionais \(msdmanuals.com\)](#)
- Despacho Normativo nº 700/94 de 1 de outubro (1994). RENND. Diário da República I série B, nº 228 (1-10-1994) (6049)
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma 008/2019 de 09/12/2019 Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2015). Norma 020/2015 de 15/12/2015 Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico. DGS
- ECRI. (2020). Capacitive electrosurgical return electrodes – megadyne, mega soft universal and mega soft universal plus. Disponível em [Mega-Soft-compatible-with-patient-warming-devices-ECRI-Article-164530-210114.pdf \(jnjmedtech.com\)](#)
- Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In A. Duarte & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório*. (pp. 3-9). Lisboa: Lidel.
- Franco, S. (2012). *Comparação de diferentes técnicas cirúrgicas antirrefluxo no tratamento da Doença do Refluxo Gastroesofágico*. Dissertação Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Fuller, J. R. (2000). *Tecnologia cirúrgica: princípios e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Harken, A. H. & Moore, E. E. (2007). *Segredos de cirurgia de Albernathy*. Porto Alegre: Artmed.

IPST (2023). Doação e transplantação de órgãos, tecidos e células. Atividade nacional anual 2022. https://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/DadosAnuaiAtividadeDoacaotransplantacao_2022.pdf

IPST (2022). Equipamento VitaSmart permite a Perfusão Hipotérmica Oxigenada de fígado e rim pela primeira vez em Portugal, no CHUC, EPE. <https://ipst.pt/index.php/pt/sangue-faqs/49-ipst-newsletter/214-equipamento->

Lei nº 99/2017 de 25 de agosto (2017). Qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita e análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana, e transpõe as Diretivas 2015/565/UE e 2015/566/UE, da Comissão, de 8 de abril de 2015. Diário da República I série, nº 94 (25-08-2017) (5050-5062)

Lei nº 12/93 de 22 de abril (1993). Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Diário da República I série A, nº 94 (22-04-1993) (1961 – 1963)

Link, T. (2021). Guidelines in practice: electrosurgical safety. *AORN Journal*, 114(1), 61-72. doi: doi.org/10.1002/aorn.13221

McIntyre, R. (2007a). Nódulos da tireoide e câncer. In Harken, A. H. & Moore, E. E., *Segredos de cirurgia de Albernathy*. (pp. 300-304). Porto Alegre: Artmed.

McIntyre, R. (2007b). Hipertireoidismo. In Harken, A. H. & Moore, E. E., *Segredos de cirurgia de Albernathy*. (pp. 296-299). Porto Alegre: Artmed.

MEDTRONIC. (2022). RapidVac Smoke evacuator. Disponível em: [RapidVac™ Smoke Evacuator Product Support | Medtronic](#)

Netto, S. G., Giongo, S. M. & Pagliarini, G. (2019). *Manual de técnica operatória da escola de medicina de PUCRS*. Porto Alegre: Editora Universitária da PUCRS.

Ogo, N. & Foran, P. (2020). The effectiveness and compliance of surgical face mask wearing in the operating suite environment: An integrated review. *Journal of Perioperative Nursing*, 33 (4), 10-18. doi.org/10.26550/2209-1092.1105

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf (ordemenfermeiros.pt)

- Ordem dos Enfermeiros. (2004). Enfermagem em bloco operatório. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Avaliando e tratando danos aos pacientes: um guia metodológico para hospitais carentes de dados*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente: Relatório técnico final*. (Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, Trad.). Lisboa: OMS(Obra original publicada em 2009).
- Regulamento 429/2018 de 16 de Julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República II série, nº 135 (16-07-2018) 19359-19368
- RNEHR. (2015). Rede nacional de especialidade hospitalar e referênciação: Cirurgia geral. Disponível em: [Cirurgia_Geral_2015.pdf](#) (min-saude.pt)
- Rey, J. F., Beilenhoff, U., Neumann, C. S. & Dumonceau, J. M. (2010). European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline: the use of electrosurgical units. Disponível em: [European Society of Gastrointestinal Endoscopy \(ESGE\) guideline: the use of electrosurgical units](#)
- Ribeiro A. F., Pereira E., Matias F., Azenha M., Macedo A. L. & Órfão, M. R. (2017). Manutenção da normotermia perioperatória em Portugal: resultados de um inquérito de avaliação. *Rev Soc Port Anesthesiol*, 26(1), 10-17.
- Serrano, I. (2014). Instrumentos cirúrgicos. In A. Duarte & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório*. (pp. 151-182). Lisboa: Lidel.
- Silva, C. L. O., Menezes, J. P. S., Aguiar, R. C., Moura, A. C. L. & Gontijo, D. D. (2021). O desafio do diagnóstico de apendicite na mulher: relato de caso e revisão da literatura. *Brasília Med*, 58, 1-4. doi: 10.5935/2236-5117.2021v58a65
- Surmano, M. N. F. (2019, Novembro). Cuidados de enfermagem a pacientes no uso de eletrocirurgia: uma revisão integrativa. Comunicação apresentada no 19º Congresso de iniciação Científica, SEMESP. São Paulo.
- Valente, V. (2013). Indicação Cirúrgica. In Costa, J. P. & Rocha, V. (eds.), *Capítulo de cirurgia endócrina*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cirurgia.
- Valério, M. J. & Pinheiro, M. J. D. (2004). Posicionamentos. In AESOP, *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. (pp. 69-89). Loures: Lusodidacta.

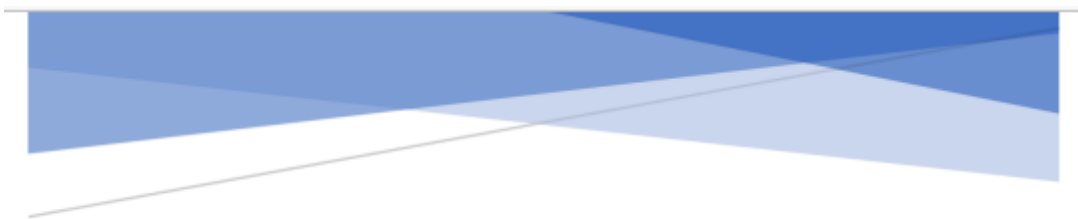
Veck, S. (2020). Surgical plume handbook. Gotemburgo: Molnlycke

WorkSafe Victoria. (2020). Managing surgical plume exposure in healthcare: Information for employers on controlling the risk of exposure to surgical plume in healthcare. Disponível em: [Managing surgical plume exposure in healthcare - WorkSafe](#)

Zorron, R. (2023). Cirurgia metabólica: as diferentes técnicas da cirurgia da obesidade e diabetes. Disponível em: [As diferentes técnicas da cirurgia da obesidade e diabetes | CUF](#)

Zurawin, R. K.; Pickron, T. B. & Blackstone, R. P. (2013). Intelligent ultrasonic energy. Disponível em: [HARMONIC ACE 7 Bulletin V4.indd \(jnimedtech.com\)](#)
[19-00579_I-29_Attire-20_050919.indd \(pdihc.com\)](#)

ANEXO III: Procedimento de Trabalho



SISTEMA DE GESTÃO DO RISCO

Procedimento de Trabalho

Síntese

Sistema de gestão do risco é um conjunto de elementos interrelacionados usados para estabelecer a política de gestão de risco, os objetivos e os procedimentos para atingir esses objetivos

BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

[Endereço de correio eletrónico]

A gestão do risco clínico desempenha um papel fundamental na melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente.

A cultura geradora é a “...forma mais aperfeiçoada de cultura de segurança”, em que a “...gestão do risco é parte integral de tudo o que fazemos” (Fragata, 2011, pp. 165, 166). Este tipo de cultura que incorpora a gestão do risco em todas as atividades pressupõe melhorias contínuas, contemplando indicadores de qualidade e de segurança mesmo na ausência de incidentes.

A identificação de situações de risco ou que possam causar dano aos doentes, suas causas e implementação de medidas de prevenção ou controlo são etapas fundamentais no processo de gestão do risco. A sua operacionalização depende das políticas de segurança e qualidade institucionais.

A gestão dos riscos relacionados à prestação de cuidados de saúde é um processo coletivo, de garantia de segurança, e individual, pois todos estão implicados (Despacho 9390/ 2021). A obtenção dos melhores resultados em saúde, implica o compromisso de todos os profissionais envolvidos.

O processo de gestão do risco deve ser integrado na prática individual como parte da sua filosofia de trabalho e deve ser aplicado em todas as atividades desenvolvidas com o “...intuito de disseminar uma prática estruturada e sistematizada com vista a eliminar, a controlar, ou a minimizar o risco até a um nível considerado como aceitável” (Fragata, 2011, p. 243).

O Código Deontológico dos Enfermeiros, publicado na Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, impõe uma permanente atualização da cultura científica e da preparação técnica dos profissionais, com o propósito de promover melhor qualidade dos cuidados no pleno respeito pela dignidade da pessoa.

A qualidade dos cuidados de saúde impõe-se por inúmeras razões. Conforme o Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho, há razões de ordem social, pela exigência dos cidadãos; de ordem ética, pela exigência de formação individual e profissional, com o desígnio de melhorar o desempenho no cumprimento das *leges artis*; e as razões de ordem económica, pela necessidade de racionalização dos recursos disponíveis.

A complexidade das organizações e os critérios multifatoriais relacionados com a segurança e a qualidade impõem abordagens sistémicas e integradas. Os conceitos segurança do doente e qualidade são indissociáveis, pois a qualidade otimiza a eficácia dos cuidados e a segurança minimiza os riscos (Sousa et al., 2009), podendo afirmar-se “...que mais segurança promove sempre qualidade superior e ainda menores custos (Fragata, 2011, p. 19).

Referências Bibliográficas

Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. Diário da República II série, nº 187 (24-09-2021) (96-103)

Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho. *Diário da República nº 120/2009 - II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa, Portugal: Lidel.

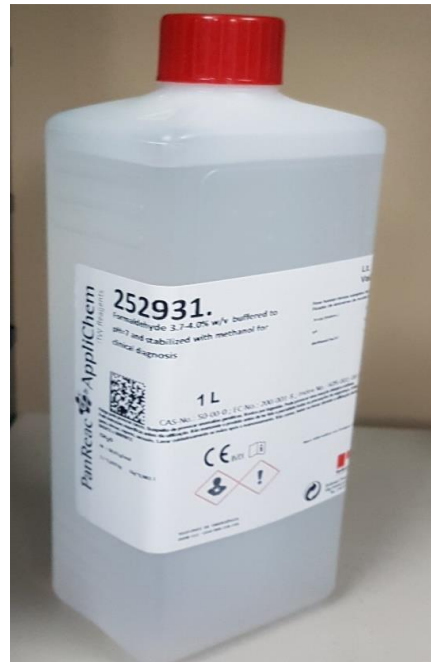
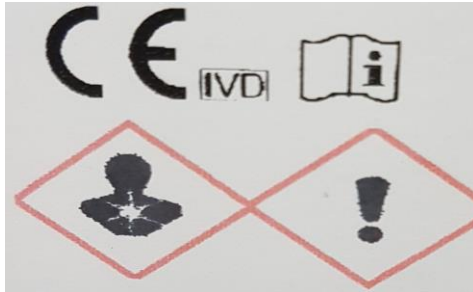
Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República nº 181/2015 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Instituto Português da Qualidade. (2008). Norma Portuguesa 4397: Sistemas de gestão da segurança e saúde no trabalho – requisitos. Disponível em: [Microsoft Word - NP004397 2008.doc \(oet.pt\)](#)

Sousa, P.; Uva, A. S.; Serranheira, F.; Pinto, F.; Øvretveit, R.; Klazinga, N.; Suñol, R.; & Terris, D. D. (2009). The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Número Especial 25 anos, 91-106.

Vale, J. M. (2021). *Toxicidade da exposição profissional a formaldeído e a xilol nos laboratórios de anatomia patológica e patologia forense: utilização de reagentes alternativos*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

FORMOL



No âmbito da Gestão do Risco, alertamos para o risco da exposição ao formol no Bloco Operatório. O Bloco Operatório não tem sistemas de exaustão apropriados e as condições de manipulação do formol não são as adequadas para controle da contaminação do ar (ambiental). O formol é uma solução aquosa saturada de formaldeído e metanol utilizado na preservação de amostras biológicas para análise histopatológica e durante a sua manipulação há libertação de vapores de formaldeído (Vale, 2021).

O formaldeído, também conhecido como metanal, aldeído fórmico, formalina, entre outros, é considerado um agente cancerígeno e sensibilizante/irritante da pele e sistema respiratório superior. Há cada vez mais evidências científicas sobre os efeitos do formaldeído na saúde dos profissionais, o que faz com que surjam constantes atualizações dos valores “limite de exposição” recomendados. Assim, a redução da exposição profissional ao formaldeído começa na formação e sensibilização de todos os profissionais envolvidos, de forma a terem a perceção do risco para a saúde e a adotar medidas de proteção individual.

No sentido de reduzir a exposição ao formaldeído, foram adquiridos dispositivos de circuito fechado que podem ser utilizados para pequenos fragmentos. Estes dispositivos de circuito

fechado, não expõem os profissionais aos vapores de formaldeído e esperamos que em breve tenhamos dispositivos para amostras de dimensão superior.



Enquanto não existirem dispositivos de maior dimensão no Bloco Operatório os profissionais devem ter as seguintes precauções:

- O formol não deve permanecer dentro das salas operatórias;
- O formol não deve estar próximo de fontes de calor;

NA SALA DE OPERAÇÕES (Obrigatório em todas as circunstâncias)

1. Verificar identificação da peça com etiqueta de Peças Anatômicas, conforme Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
2. Verificar Requisição para laboratório

a. Identificação com etiqueta certa



b. Registo de Risco

Risco biológico para a manipulação da amostra (preenchimento obrigatório):
Não [] Sim [], qual _____

c. 2 requisições se Citologia e exame Histológico

ATÉ ÀS 13H DE DIAS ÚTEIS

1. Registrar pedido de exame anátomo-patológico no livro da sala “Circuito de Peças Anatômicas”
2. Solicitar a AO para encaminhar as peças + requisição + livro imediatamente após verificação do procedimento ou saída do doente
3. Disponibilizar o conjunto Peças+Requisição+Livro no carro próprio junto à S 4

APÓS 13H/ FINS DE SEMANA/ FERIADOS – SALA DE APOIO DA SALA 8

1. Encaminhar as peças anatômicas+requisição imediatamente após verificação do procedimento ou saída do doente
2. Registrar pedido de exame anátomo-patológico no livro da sala de apoio da S 8 “Circuito de Peças Anatômicas”
3. Colocar Requisição no cesto
4. Acondicionar a peça anatômica no frigorífico hospitalar com controlo de temperatura
5. No dia útil seguinte:
 - a. conciliação das informações contidas nas peças/requisições/livro de registo
 - b. encaminhamento para carro próprio situado junto à Sala 4

O processo de acondicionamento/registo/encaminhamento de peças anatômicas é um procedimento de Segurança do Doente

**ANEXO IV: Sessão de Formação: Enfermagem Avançada: Mais
Enfermagem na Enfermagem**



Tema: Enfermagem Avançada

Apresentação: Elisabete Martins (Estudante Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória)

Orientador: Professor Bráulio Sousa

Tutora: Enfermeira Especialista Ana Afonso

Entendeu-se que uma das formas de contribuir para o desenvolvimento da equipa de Enfermagem do BOC, seria divulgar o conceito de Enfermagem Avançada, pelo que se realiza reunião presencial

O Enfermeiro de Enfermagem Avançada é aquele que tem conhecimentos aprofundados e alargados, assentes em formação - especialização e mestrado, observação discriminada e investigação, que lhe permitem desenvolver metacompetências, capacidade de priorização, liderança, comunicação, supervisão e gestão da mudança, para dar resposta a situações complexas, através de processos de tomada de decisão, com perspicácia, antecipação, segurança e sistematização, desenvolvendo as suas ações com base na PBE. A tomada de decisão é a operacionalização do conhecimento de enfermagem, por meio de um processo cognitivo complexo desencadeando atitudes e comportamentos, em etapas sistemáticas, fundamentadas pelo conhecimento nas suas várias dimensões (Macedo et al., 2015).

Age reflexivamente, planeia e avalia consistentemente (Queirós, 2017). A Enfermagem Avançada contribui para a visibilidade e o *status* da profissão, porque conjuga formação, gestão, ensino, investigação e política.

A mudança de paradigma com o foco nas dimensões da saúde sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros, é o caminho a empreender. Esta mudança implica o conhecimento da Disciplina de Enfermagem, dos seus valores e domínio da Ontologia

Assim, pretende-se divulgar a Enfermagem Avançada à equipa de Enfermagem com o propósito de inquietar consciências, contribuindo para a capacitação dos enfermeiros do BOC.

Objetivos

- Divulgar o conceito de Enfermagem Avançada
- Refletir sobre a Enfermagem Avançada

Conteúdos

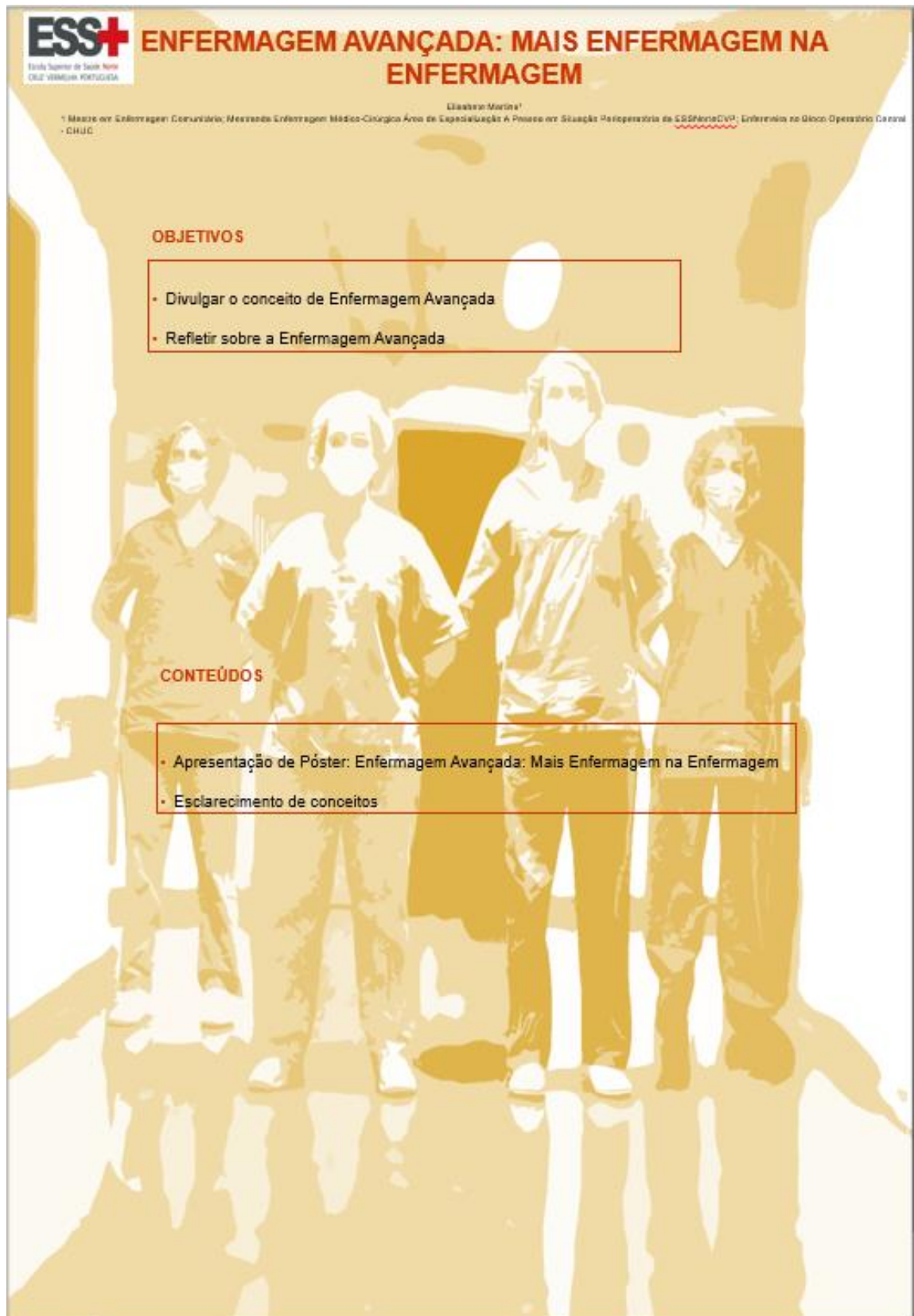
- Apresentação de Póster: Enfermagem Avançada: Mais Enfermagem na Enfermagem
- Esclarecimento de conceitos

Metodologia:

- Expositiva
- Participativa

Destinatários:

- Enfermeiros BOC



ESS+

ENFERMAGEM AVANÇADA: MAIS ENFERMAGEM NA ENFERMAGEM

Elisabete Martins*

* Mestre em Enfermagem Comunitária; Mestrando Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Especialização A Positiva em Situação Perioperatória do ESS/NovaDVP; Enfermeira no Bloco Operatório Central - CHUC

PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA (PBE) – Conceito

A PBE afirma-se pelo **uso criterioso dos resultados** das pesquisas científicas aplicadas à **tomada de decisão clínica** (em Enfermagem).

A tomada de decisão é a operacionalização do conhecimento de enfermagem, por meio de um processo cognitivo complexo desencadeando atitudes e comportamentos, em etapas sistemáticas, fundamentadas pelo conhecimento nas suas várias dimensões (Macedo et al., 2015).

O principal desafio à PBE é a sua implementação, porque significa **transladar o conhecimento em ação**, o que é um processo, por vezes, difícil e complexo, integrando igualmente as preferências da pessoa cuidada.

É uma metodologia segura e organizada para a prática profissional que, por regra, garante melhores resultados e, assim otimiza os recursos disponíveis, numa perspetiva de participação ativa dos Enfermeiros nos complexos processos de tomada de decisão.

Em resumo, é uma competência de Cuidar e uma estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados.

ONTOLOGIA DE ENFERMAGEM – Conceito

É uma descrição dos **conceitos centrais** da disciplina de Enfermagem e dos seus **relacionamentos** de acordo com a melhor evidência disponível.

No que se refere aos sistemas de informação na área da saúde, eles devem ser desenhados tendo em vista a interoperabilidade da informação sobre a saúde dos cidadãos entre os diferentes sistemas eletrónicos que processam a informação clínica. A aprovação de uma Ontologia de Enfermagem, e a sua manutenção pela OE, permitirá que todos os sistemas que a venham a usar no seu **backend** processem informação interoperável de um ponto de vista **semântico**.

A Ontologia de Enfermagem promove a **formalização do conhecimento** da disciplina e a **identificação de necessidades de investigação**, permite evoluir de sistemas exclusivamente de documentação, para sistemas que também ajudam na **conceção dos cuidados**, facilita a produção nacional de **indicadores** relativos ao exercício profissional dos enfermeiros.

Permite conhecer melhor o trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros
(OIE, 2009)

O que sustenta o nosso processo de tomada de decisão na conceção, prescrição e administração de cuidados de Enfermagem?

ANEXO V: Protocolo de Investigação PRISMA - ScR

Enfermagem Avançada em Perioperatório: Mais Enfermagem na Enfermagem – Scoping Review

1. Elisabete Martins; 2. Bráulio Sousa

Resumo

A Enfermagem Avançada é uma prática autónoma, especializada, expandida, relacional e do Cuidar, com uma relação simbiótica com a Disciplina e assente na Prática Baseada na Evidência, com domínio da Ontologia, na qual o Enfermeiro Avançado assume a tomada de decisão e liderança e traz contributos para o ensino, gestão, investigação e políticas públicas, traduzidos em visibilidade e desenvolvimento da Profissão.

Este estudo de *scoping review* tem os objetivos de mapear o estado da arte em Enfermagem Avançada em contexto perioperatório e identificar as mais-valias desta prática para as pessoas em situação perioperatória, famílias e nos sistemas de saúde, através das suas organizações.

Prevê-se compreender os ganhos obtidos com a sua prática, produzindo contributos para a clarificação do conceito de Enfermagem Avançada, a sua disseminação e implementação.

A *scoping review* desenvolve-se segundo a metodologia recomendada pela JBI *scoping review guide* 2020.

Introdução

O interesse crescente na Enfermagem Avançada (EA), insta a reflexão para a sua compreensão (Queirós, 2017).

É imperioso conhecer o contexto em que surge e os motivos da sua disseminação em países com contextos diversos, com o incentivo da Organização Mundial de Saúde e da Ordem dos Enfermeiros, em Portugal, não obstante este conceito não estar disseminado no nosso país, nem a sua prática formalizada (Alfaro, 2019; Olímpio, Araújo, Pitombeira, Enders, Sonenberg & Vitor, 2018, OE, 2018).

Importa encontrar consensos relativamente à terminologia que varia entre prática avançada de Enfermagem, Enfermagem de prática avançada.

O *International Council of Nurses* considera que o Enfermeiro de EA adquiriu conhecimentos especializados, habilidades complexas de tomada de decisão e competências clínicas para uma atuação ampliada e concordante com os contextos (ICN, 2008).

O Enfermeiro de EA é aquele que tem conhecimentos aprofundados e alargados, assentes em formação formal (especialização e mestrado), observação discriminada e investigação, que lhe permitem desenvolver meta-competências, capacidade de priorização, comunicação, supervisão e gestão da mudança para dar resposta a situações complexas, através de processos de tomada de decisão. Age reflexivamente, planeia e avalia consistentemente (Queirós, 2017). Em síntese, conjuga a prática clínica, a ciência e a Disciplina, ou seja, uma Prática Baseada na Evidência (PBE), incorporando o conhecimento científico, a expertise profissional e o significado para a pessoa, transpostos pela tomada de decisão, liderança e capacitação do próprio e da pessoa alvo de cuidados, ajudando-a nos seus processos de transição e de gestão de autocuidados.

Interessa conhecer o estágio de desenvolvimento e implementação da EA no mundo, as estratégias utilizadas para a sua implementação bem sucedida, assim como os contributos em contexto perioperatório, atendendo a que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, detém conhecimento e elevada consciência cirúrgica e atua como modelo de referência promovendo uma cultura de consciência cirúrgica em benefício da pessoa, gerindo o trabalho de equipa, estimulando a partilha e reflexão, e intervindo ativamente na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória.

Entende-se que a questão de investigação “Quais as evidências produzidas com a implementação da prática de enfermagem avançada, pelos enfermeiros da prestação de cuidados, à pessoa em situação perioperatória?” orienta o estudo de revisão *scoping* com os objetivos de mapear a evidência existente sobre a prática de enfermagem avançada, em contexto perioperatório e identificar as mais-valias da prática de enfermagem avançada em contexto perioperatório, produzindo contributos para a sua implementação e disseminação.

Questão de revisão

Quais as evidências produzidas com a prática de enfermagem avançada, pelos enfermeiros da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória?

Esta questão de revisão inclui a população - Enfermeiros da prestação de cuidados; o contexto de desenvolvimento da pesquisa - prática de enfermagem avançada; e o conceito - prestação

de cuidados à pessoa em situação perioperatória, interessando-nos compreender como esta prática impacta nas pessoas em situação perioperatória e famílias, nas comunidades, nas organizações prestadoras de cuidados e, assim nos sistemas de saúde.

População

Enfermeiros da prestação de cuidados

Conceito

Prática de enfermagem avançada

Contexto

Prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória

Palavras-chave

Enfermagem Avançada; Enfermagem Perioperatória; Prática Baseada na Evidência

Tipos de recursos

Na revisão *scoping* serão analisados todos os artigos publicados em bases de dados abertas e que correspondam aos critérios de inclusão.

Metodologia

Realiza-se uma revisão *scoping* segundo o protocolo recomendado pela JBI *scoping review guide* 2020, das publicações disponíveis em bases de dados abertas Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed, MEDLINE Complete e CINHALL Complete, BVSalud, RCAAP e BASE utilizando as palavras-chave Enfermagem Avançada; Advanced Practice Nursing e Perioperative Nursing. A revisão *scoping* é adequada quando o propósito do investigador é identificar lacunas no conhecimento e a evidência disponível, tomar conhecimento do corpo de publicações existentes, clarificar conceitos e identificar características determinantes de dado conceito (Munn; Peters; Stern; Tufunaru; McArthur & Aromataris, 2018), permitindo mapear o conhecimento num dado contexto (Peters, Godfrey, Khalil, McInerney, Parker & Soares, 2015).

Definem-se como critérios de inclusão estudos primários ou secundários – artigos científicos ou estudos académicos e publicados, editoriais, análises de relatórios/reflexões ou outros formatos disponíveis em texto integral, gratuitos, em base de dados aberta que contenham

dados da População, Conceito e Contexto. São critérios de exclusão: estudos que não evidenciam a prática de EA à pessoa em situação perioperatória, não contenham dados relativos ao PCC, projetos não implementados, não estejam disponíveis em texto integral, não tenham resumo disponível e não estejam escritos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Estratégia de pesquisa

Segundo a JBI scoping review guide 2020, as etapas a empreender durante a investigação e a divulgação de resultados, são a definição do título e da questão de investigação, a redação da introdução, a definição dos critérios de inclusão, a definição da estratégia de pesquisa, a seleção das fontes, a extração dos dados, a análise da evidência obtida e a apresentação de resultados. Sobre esta matéria, o protocolo recomendado é o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews PRISMA – ScR, cumprindo critérios de transparência. Estão incluídos o título, o resumo, a introdução, os métodos, os resultados, a discussão de resultados e o financiamento, quando ocorre (Munn; Peters; Stern; Tufunaru; McArthur & Aromataris, 2018).

Considerando os objetivos da revisão *scoping*, a frase booleana será organizada de forma a incluir o máximo de publicações disponíveis, pelo que incluirá Enfermagem Avançada AND Perioperatório. A questão de pesquisa Quais as evidências produzidas com a prática de enfermagem avançada, pelos enfermeiros da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória? obedece à estratégia PCC, População: Enfermeiros da prestação de cuidados; Conceito: prática de enfermagem avançada; Contexto: prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. Serão selecionados os descritores a partir do Medical Subject Headings Section (MeSH), Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e CINAHL Subject Heading. a frase booleana será organizada de forma a incluir o máximo de publicações disponíveis, incluindo nurse OR nurses OR nursing AND advanced practice nursing AND perioperative nursing OR perioperative care.

Serão incluídos estudos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola, excluindo-se outros publicados noutras línguas pela impossibilidade de os autores compreenderem essas línguas.

Não se estabelecem limites temporais, pelas características das scoping reviews.

Fontes de evidência

Após a pesquisa em bases de dados abertas, os artigos serão selecionados pela leitura dos resumos pelo investigador e posteriormente revistos pelo co-investigador, e incluídos ou excluídos de acordo com os critérios definidos. A leitura integral será realizada pelo investigador e revista pelo co-investigador. Todos os artigos sobre os quais não haja consenso serão revistos por ambos os investigadores.

Extração de dados

Os dados serão obtidos nas bases de dados mencionadas, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, e que se encontrem concordantes com a população, conceito e contexto e definidos.

Apresentação e análise de dados

No que concerne à extração e análise de dados, segue-se o protocolo da JBI, incluindo as particularidades acerca da População, Conceito e Contexto.

Os dados serão apresentados graficamente e suportados pela análise narrativa dos achados.

Reconhecimento

Este estudo desenvolve-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória ministrado pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, através do qual se pretende obter o grau de Mestre após prestação de provas públicas (E.M.)

Financiamento

Não existe financiamento externo.

Conflito de interesses

Não existem conflitos de interesses.

Referências

Alfaro, E. B. (2019). Enfermería de Práctica Avanzada para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en el contexto de Latinoamérica. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (37), 234-244. doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.34645

International Council of Nurses (2015). Nurses: a force for change: Care effective, cost effective: International nurses day 2015. Genebra: ICN

International Council of Nurses (2008). *The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse*. ICN Regulatory Series. Geneva: ICN

Munn, Z.; Peters, M. D. J.; Stern, C.; Tufunaru, 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 (143). doi.org/10.1186/s128

Ordem dos Enfermeiros (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Disponível em https://www.ordemdosenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf

Olímpio, J. A., Araújo, J. N. M., Pitombeira, D. O., Enders, B. C., Sonenberg, A., & Vitor, A. F. (2018). Prática Avançada de Enfermagem: uma análise conceitual. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(6), 674-680. doi.org/10.1590/1982-0194201800092

Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>

Peters, M. D. J.; Godfrey, C.; McInerney, P.; Munn, Z.; Tricco, A. C. & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In: E. Aromataris & Munn Z (eds), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Phillips, S. J. (2021). 33rd Annual APRN legislative update, *The Nurse Practitioner*, 46(1), 27-55. doi: 10.1097/01.NPR.0000724504.39836.69

Queirós, P. J. P. (2017). Enfermagem de Prática Avançada. Ir ao cerne da questão. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18(2), 7-9. Disponível em <https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE18.pdf>

Sousa, P. A. F. (2016). Do conceito de enfermagem de prática avançada à enfermagem avançada. In R. S. Silva, I. S. Bittencourt & G. P. N. Paixão, *Enfermagem avançada: um guia para a prática*. (pp. 29-41). Salvador: Sanar

ANEXO VI: Estudos Incluídos

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
<p>1 - Training of advanced practice nurses in oncology for the best care: a systematic review.</p> <p>TIPO ESTUDO: REVISÃO SISTEMÁTICA</p>	<p>Schneider, F., Kempfer, S. S., & Backes, V. M. S. (2021). Training of advanced practice nurses in oncology for the best care: a systematic review. <i>Revista da U S P</i>, 55, e03700. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019043403700</p>	<p>Procurar evidências da formação de enfermeiros de prática avançada, mediante a atuação clínica e os cuidados de enfermagem com doentes oncológicos</p>	<p>O texto identifica Enfermagem de Prática Avançada como uma solução para a inovação e a escassez de profissionais de saúde, assim, como forma prover cuidados de saúde de qualidade. Estudos têm demonstrado “impacto positivo do papel do enfermeiro de prática avançada na melhoria dos resultados de saúde com o paciente, bem como na qualidade da assistência e na resolutividade das adversidades dos sistemas de saúde” Principais desafios são a variabilidade e complexidade da prática e o surgimento de novos conhecimentos</p> <p>As principais intervenções identificadas nos estudos, realizadas pelos enfermeiros de prática avançada, foram: orientações educacionais 58,3%, aconselhamentos por telefone 41,7%, coordenação de cuidados 25%, manejo e controle de sintomas 25%, avaliação clínica 16,7% e auxílio nas tomadas de decisões clínicas 16,7%</p> <p>Principais resultados e conclusões: satisfação de doentes e famílias; melhoria no controle de dor ou outros sintomas relacionados a doença e/ou tratamento; melhoria na qualidade de vida; apoio em relação aos aspectos psicológicos, diminuindo as preocupações dos pacientes com a doença e/ou tratamento, amenizando sintomas como ansiedade e melhorando o humor; Dois estudos apresentaram melhoria na sobrevida. Outros dois estudos demonstraram realização de educação e desejos dos pacientes em fim de vida, respeitando as preferências e escolhas em relação ao local do seu óbito, assim como a possibilidade da decisão compartilhada, após orientações específicas.</p> <p>Os principais títulos são NP – nurse practitioner ou CNS – clinical nurse specialist</p> <p>Melhoria dos custos associados, da qualidade de vida, da assistência e dos outcomes. Atuação em educação, coordenação de cuidados, acompanhamento desde diagnóstico até fim de vida, em ações colaborativas com todos os profissionais, exigindo comunicação efetiva e boas relações interprofissionais. Esta atuação é em todas as áreas. ENFA veículo de inovação reformas na saúde, com recurso a modelos mais eficazes e sustentáveis de cuidados</p>	<p>Melhoria dos custos Melhoria da qualidade de vida, Melhoria da qualidade de cuidados Melhoria dos outcomes.</p>	<p>Educação, Coordenação Colaboração Inovação Políticas</p>
<p>PAÍS DE ORIGEM: BRASIL</p>					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
<p>2 - Prática Avançada de enfermagem em uropediatria: relato de experiência no Distrito Federal relato de experiência</p> <p>TIPO ESTUDO: DESCRIÇÃO DE INTERVENÇÃO DE MELHORIA CONTÍNUA (RELATO DE CASO)</p>	<p>Souza, B. M. L. de., Salviano, C. F., & Martins, G. (2018). Advanced Practice Nursing in Pediatric Urology: experience report in the Federal District. <i>Revista Brasileira De Enfermagem</i>, 71(1), 223–227. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0654</p>	<p>Relatar a criação e implementação de um projeto de extensão, intitulado Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria, desenvolvido em área de ambulatório de um hospital de ensino do Distrito Federal</p>	<p>A Enfermagem Avançada é um veículo para a melhoria da qualidade da assistência e melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde. As intervenções do EnFA em Uropediatria são assistir crianças com graves malformações congênitas urogenitais, que necessitam múltiplas intervenções cirúrgicas, manejo clínico de crianças e adolescentes com disfunções vesicais e intestinais, manobras de contenção, mudanças em estilos de vida da criança e família e treino de técnicas complexas como o cateterismo intermitente. Atuação em ensino – doentes e famílias, profissionais e estudantes e ainda investigação, assistência interna e externa e reabilitação. Agente potencializador de ações preventivas e terapêuticas.</p> <p>O cuidado prestado é baseado em quatro pilares essenciais: assistência qualificada, educação/ensino (paciente, família, profissionais), investigação e gestão Destaca-se sobretudo a qualidade dos cuidados baseados em evidência, a acessibilidade aos cuidados e a satisfação de doentes e famílias.</p>	<p>Melhoria qualidade dos cuidados Melhoria da acessibilidade Maior satisfação de doentes e famílias PBE</p>	
<p>PAÍS DE ORIGEM: BRASIL</p>					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
<p>3 - Nursing care for hematopoietic stem cell transplant recipients and their families</p> <p>TIPO ESTUDO: REVISÃO INTEGRATIVA</p>	<p>Azevedo, I. C. de, Nascimento, A. do, Jovanka, C., Carvalho, B. L. de & Júnior, M. A. F. (2017). Nursing care for hematopoietic stem cell transplant recipients and their families. <i>Rev Rene</i>. 18 (4): 559-66. DOI: 10.15253/2175-6783.201700040001975-6783.20170004000019</p>	<p>Identificar os cuidados de enfermagem aos receptores de transplante de células-tronco hematopoéticas e seus familiares.</p>	<p>Conclusão: a assistência prestada inclui ações de educação em saúde, terapias complementares para promoção do bem-estar e qualidade de vida, bem como a implantação da Prática Avançada de Enfermagem com vistas à qualificação da assistência.</p> <p>Cuidados muito centrados na educação ao doente/família e cuidadores para um processo de transição facilitador e melhor adaptação pós transplante e pós alta, ocorrendo estes ensinios, essencialmente, no período pós-operatório. Ainda, utilização de terapêuticas complementares, com efeitos comprovados pela evidência científica; apoio psicossocial, como técnicas de grupo que melhoram a interação familiar e social.</p> <p>A Prática Avançada de Enfermagem é utilizada como instrumento para a implementação de ações educativas, com seis competências essenciais: 1) Coaching e orientação especializada adaptando as intervenções educativas às necessidades do indivíduo e da família; 2) Consulta: recurso a cuidados multidisciplinares potenciando a intervenção educativa; 3) Competências de Pesquisa: prática de pesquisa em enfermagem, para uma PBE; 4) Liderança clínica e profissional: capacidade de interagir com a equipa e implementar ações planeada; 5) Colaboração: desenvolvendo parcerias com profissionais de outros serviços; e 6) Habilidades de tomada de decisão ética: respeito pelas considerações éticas em relação ao cuidado do paciente</p> <p>As intervenções nesta área, nomeadamente através da educação e da implementação da PBE visam a melhoria da qualidade de vida, a redução da morbilidade e mortalidade e a adaptação a cada indivíduo/família.</p>	<p>Melhoria da qualidade de vida Redução da morbilidade e mortalidade Cuidados centrados na pessoa e família PBE</p>	<p>Educação</p>
<p>PAÍS DE ORIGEM: BRASIL</p>					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
<p>4 - The association between advanced practice nursing roles and outcomes in adults following cardiac surgery: a systematic review of randomized controlled trials</p> <p>TIPO DE ESTUDO: REVISÃO SISTEMÁTICA</p>	<p>Audet, L. A., Paquette, L., Bordeleau, S., Lavoie-Tremblay, M., & Kilpatrick, K. (2021). The association between advanced practice nursing roles and outcomes in adults following cardiac surgery: A systematic review of randomized controlled trials. <i>International journal of nursing studies</i>, 122, 104028. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104028</p>	<p>Identificar os outcomes institucionais e nos doentes em pós-operatório de cirurgia cardíaca e sintetizar a evidência sobre as competências dos Enfa em pós-operatório de cirurgia cardíaca para a melhoria da qualidade dos cuidados</p>	<p>As funções dos Enfa são de gestão da condição de saúde, promoção do estilo de vida adequado à situação clínica facilitando a sua ultrapassagem. Nos estudos revistos, os Enfa desempenharam funções concordantes com o seu espectro de intervenção: avaliação da condição física e psicossocial, gestão de farmacoterapia, gestão e interpretação de exames laboratoriais e promoção e aconselhamento sobre saúde e estilo de vida, aumentando a literacia em saúde. As intervenções foram direcionadas a doentes com condições e problemas de saúde complexos. As funções são concordantes com a vasta experiência, conhecimentos avançados de enfermagem e gestão de conhecimentos de condições de saúde complexas. Observa-se maior satisfação dos doentes e melhor qualidade de vida, assim como menores custos associados aos cuidados, por meio de menor tempo de internamento e menos reinternamentos. Apesar dos aparentes ganhos visíveis, os resultados são inconsistentes e é difícil atribuí-los isoladamente à intervenção dos Enfa, dada a heterogeneidade dos ambientes estudados e o pequeno número de estudos por análise. Há ganhos na gestão de saúde, na promoção de estilos de vida saudáveis e satisfação dos doentes, tal como ocorre noutros estudos previamente publicados com amostras de maiores dimensões. Para aferir dos ganhos obtidos por Enfa é necessário garantir a continuidade dos seus cuidados na equipa multidisciplinar, assegurar a coordenação da equipa por Enfa e garantir o apoio do Enfa a outros profissionais envolvidos no cuidado. Os estudos observacionais retrospectivos demonstram que fatores como a alta adesão às diretrizes de melhores práticas e a alta continuidade dos cuidados de EA, contribuem para a eficácia dessas funções nos resultados do paciente e da organização</p>	<p>Maior satisfação Maior segurança de cuidados PBE Melhoria organizacional/sistemas</p>	<p>Coordenação</p>
<p>PAÍS DE ORIGEM: CANADÁ</p>					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
5 - Advanced practice providers in plastic surgery					
TIPO DE ESTUDO: REVISÃO DA LITERATURA	Seyidova, N., Chen, A. D., Lee, J., Alnaeem, H., Grover, R., & Lin, S. J. (2021). Advanced Practice Providers in Plastic Surgery. <i>Plastic and reconstructive surgery</i> , 147(5), 862e-871e. https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007877	Examinar as diferenças práticas entre médicos assistentes PA e enfermeiros NP; identificar custos e benefícios financeiros e determinar o impacto dos médicos extensores nas práticas de cirurgia plástica	Um physician assistant trabalha sob a supervisão de um médico. Um NP é um Enfa que partilha algumas intervenções com médicos e com PA. Ambos são considerados provedores de prática avançada. Os Profissionais de Prática Avançada obtêm bons resultados em redução dos tempos de espera, melhorias de produtividade e maior satisfação dos doentes e famílias.	Redução tempos de espera Maior satisfação de doentes e famílias Melhoria do desempenho organizacional	
PAÍS DE ORIGEM: EUA					
6 - Journey to zero central line-associated bloodstream infections: an intensive care unit's story of sustained success and quality improvement					
TIPO DE ESTUDO: DESCRIÇÃO DE INTERVENÇÃO DE MELHORIA CONTÍNUA	Jock, L. Emery, L. Jameson L. & Woods, P. A., (2016). Journey to Zero Central Line-Associated Bloodstream Infections: An Intensive Care Unit's Story of Sustained Success and Quality Improvement. <i>Journal of the Association for Vascular Access</i> 21 (2). 76-80. https://doi.org/10.1016/j.jva.2016.03.002	Diminuir a taxa de infeção associada ao CC até zero	As infeções associadas ao CC causas elevada morbilidade, mortalidade e aumento de custos ao sistema de saúde. Desenvolveu-se um projeto de melhoria contínua. O Enfa, mesmo não tendo desenvolvido este projeto foi fundamental para a formação da equipa multidisciplinar, colaborando ativamente no seu desenvolvimento, com pesquisa, incentivo e formação, mantendo uma PBE e incentivando a sua adoção. Acresce que o Enfa identifica os problemas existentes e procura soluções fundamentadas na evidência.	PBE	Inovação Educação Investigação
PAÍS DE ORIGEM: EUA					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
7 - Advanced practice provider clinics: expediting care for children undergoing tympanostomy tube placement					
TIPO DE ESTUDO: ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO	Belsky, M. A., Konanur, A., Sim, E., Yan, A., Shaffer, A. D., Williams, K., Martsolf, G. R., Chi, D., & Jabbour, N. (2021). Advanced Practice Provider Clinics: Expediting Care for Children Undergoing Tympanostomy Tube Placement. <i>The Laryngoscope</i> , 131(9), 2133–2140. https://doi.org/10.1002/lary.29477	Investigar se o acesso à miringotomia bilateral com colocação de tubo de timpanostomia (BMT) para otite média aguda recorrente (OMAR) diferia entre pacientes atendidos por ORL e clínicas lideradas por APP; e comparar as características clínicas dos pacientes relacionando com o provedor	As razões citadas para o emprego de APP - physician assistant; certified registered nurse anesthetists e nurse practitioners, são aumento do fluxo de pacientes, melhor acessibilidade aos cuidados, maior segurança e qualidade dos cuidados, melhor continuidade dos cuidados e redução do tempo de internamento hospitalar. Crianças atendidas por APP, tendem a esperar menos tempo por cuidados, o que corrobora a melhoria de acessibilidade aos cuidados, todavia as atendidas por ORL têm condições clínicas mais complexas.	Melhoria da acessibilidade	
PAÍS DE ORIGEM: EUA					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
<p>8 - Exploring the roles of advanced practice nurses in the care of patients following fragility hip fracture: a systematic review</p> <p>TIPO DE ESTUDO: REVISÃO SISTEMÁTICA</p>	<p>Allsop, S., Morphet, J., Lee, S., & Cook, O. (2021). Exploring the roles of advanced practice nurses in the care of patients following fragility hip fracture: A systematic review. <i>Journal of advanced nursing</i>, 77(5), 2166–2184. https://doi.org/10.1111/jan.14692</p>	<p>Explorar o papel e o impacto dos Enfa (APNs) no cuidado de doentes após fratura da bacia por fragilidade</p>	<p>O título de APN e os seus papéis não estão completamente definidos, as suas características são: promovem as melhores práticas no cuidado e têm um impacto positivo na mortalidade. Recomendam-se modelos inovadores de prestação de serviços com Enfa para abordar projeções futuras nos papéis dos Enfa que comprovam melhorar os resultados dos doentes nesta circunstância.</p> <p>Competências da prática de nível avançado, incluem; educação, investigação, gestão, atendimento clínico direto, trabalho autónomo e liderança.</p> <p>Nos estudos foram encontrados vários títulos para Enfa a atuar nesta área, com diversas competências, havendo consenso em coordenação - função chave envolvendo: gestão de caso; organização de equipas médicas para otimização perioperatória; gestão do percurso clínico; implementação de recursos e serviços essenciais após a alta; colaboração – função de ligação da equipa multidisciplinar e com o doente; educação; recomendações de avaliação, investigação e tratamento; planeamento de alta, suporte e acompanhamento, incluindo prevenção de fratura secundária; e documentação, onde se inclui o desenvolvimento de protocolos.</p> <p>Os principais ganhos identificados, são: diminuição da mortalidade (intra-hospitalar, a 30, 90 dias e 1 anos após a alta); diminuição da morbilidade e complicações; melhoria da qualidade de vida (também observada pelo planeamento da alta); diminuição do tempo de internamento (maior disponibilidade de leitos hospitalares e diminuição de custos); diminuição de reinternamentos; melhoria nas atividades de vida diária, mobilidade e independência; encurtamento do tempo de espera até cirurgia; melhor adesão terapêutica; diminuição de custos.</p>	<p>Redução da mortalidade</p> <p>Redução da morbilidade/complicações</p> <p>Melhoria da qualidade de vida</p> <p>Diminuição do tempo de internamento</p> <p>Diminuição de reinternamentos</p> <p>Diminuição dos tempos de espera</p> <p>Melhoria da adesão terapêutica;</p> <p>Diminuição de custos</p>	<p>Coordenação</p> <p>Gestão</p> <p>Colaboração</p> <p>Educação</p> <p>Consultoria</p> <p>Investigação</p> <p>Inovação</p>
<p>PAÍS DE ORIGEM: AUSTRÁLIA</p>					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
<p>9 - Advanced practice provider-led strategies to improve patient discharge timeliness</p> <p>TIPO DE ESTUDO: DESCRIÇÃO INTERVENÇÃO DE MELHORIA CONTÍNUA</p>	<p>Younger S. J. (2020). Advanced Practice Provider-Led Strategies to Improve Patient Discharge Timeliness. <i>Nursing administration quarterly</i>, 44(4), 347–356. https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000435</p>	<p>Descrever um programa liderado por APP para a alta segura e eficiente de doentes internados em serviço de cirurgia cardíaca</p>	<p>Os custos para doentes e organizações associados aos internamentos prolongados são incontornáveis. Melhoras o fluxo de doentes, é fundamental e os ENFA podem ter um papel crucial neste âmbito, coordenando o processo do doente e planeando a sua alta. Identificam-se 6 áreas principais que levaram a tempos de alta melhores numa unidade de cirurgia cardíaca, com a incorporação de processo eletrónico para melhorar a comunicação entre profissionais e as fases do internamento. Os APPs - physician assistant; certified registered nurse anesthetists e nurse practitioners foram identificados como os principais líderes de inovação em sistemas de saúde complexos que podem conduzir a melhores resultados para as organizações e para os doentes. A organização da alta implica boa comunicação entre equipas e com o doente. Sendo um processo complexo, deve atender a múltiplas disciplinas envolvidas; preferências do paciente, indicadores clínicos e fatores externos (como cuidados pós-agudos). A alta eficiente promove transições suaves do BO para as unidades de doentes críticos, destas para as enfermarias e daqui para unidades de convalescença ou domicílio, este processo é melhorado com a intervenção dos Enfa. Melhorar o processo de internamento/acompanhamento e programação da alta desde a admissão até à sua efetivação.</p>	<p>Melhoria da eficiência de transição de cuidados e alta/melhoria da qualidade de cuidados</p>	<p>Liderança Coordenação Gestão</p>
<p>PAÍS DE ORIGEM: EUA</p>					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
<p>10 - The evolution of advanced practice for nurses working in skin cancer care</p> <p>TIPO DE ESTUDO: DESCRITIVO</p>	<p>Machin C. (2020). The evolution of advanced practice for nurses working in skin cancer care. <i>British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)</i>, 29(3), 140–141. https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.3.140</p>	<p>Descrever a evolução da prática de Enfermagem numa unidade de dermatologia</p>	<p>Os cuidados liderados por Enfa no campo do cancro da pele envolvem predominantemente a triagem e deteção de lesões de pele e a amostragem cirúrgica e remoção cirúrgica de malignidades de pele (Lawrence, 2002). A atuação do Enfa nesta área demonstrou economia de custos, redução da lista de espera e melhoria geral da produtividade e continuidade do cuidado. Acresce que os enfermeiros geralmente são facilmente acessíveis, com excelentes competências de comunicação e adotam uma abordagem holística na prestação de cuidados. Dado que os resultados obtidos pelo Enfa são comparáveis com o <i>gold standard</i>, doentes e famílias beneficiam do cuidado com o Enfa pela acessibilidade, satisfação e tratamento holístico inerente aos princípios da Enfermagem, as organizações/sistemas de saúde beneficiam com a diminuição de custos, redução das listas de espera e melhoria da produtividade. É necessário padronizar as competências, âmbito de atuação e terminologia na designação destes profissionais.</p>	<p>Melhoria da acessibilidade Melhoria da satisfação Cuidado holístico/centrado na pessoa Diminuição de custos Melhoria dos tempos de espera Melhoria do desempenho organizacional</p>	
<p>PAÍS DE ORIGEM: REINO UNIDO</p>					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
<p>11 - Description of work processes used by clinical nurse specialists to improve patient outcomes</p> <p>TIPO DE ESTUDO: DESCRITIVO</p> <p>PAÍS DE ORIGEM: EUA</p>	<p>Fulton, J. S., Mayo, A., Walker, J., & Urden, L. D. (2019). Description of work processes used by clinical nurse specialists to improve patient outcomes. <i>Nursing outlook</i>, 67(5), 511–522. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.03.001</p>	<p>identificar processos comuns usados por especialistas em enfermagem (CNS) que trabalham em uma variedade de ambientes de prática e especialidades para promover a prática de enfermagem e alcançar melhores resultados clínicos</p>	<p>Os EnFA são chamados a contribuir para a obtenção de melhores resultados e sua mensuração, a desenhar e desenvolver projetos de melhoria, orientados para os resultados. Evidenciam-se 4 títulos principais de EnFA: clinical nurse specialists (CNS), nurse practitioners, nurse midwives e nurse anesthetists. Os CNS surgem nos anos 1950 com o objetivo de liderança clínica especializada para promover a prática da enfermagem e melhorar resultados na saúde. contribuições para a coordenação de cuidados e transições de cuidados, redução do tempo de hospitalização, de internamento e reinternamento, prevenção de complicações em ambientes de cuidados intensivos. Os melhores outcomes obtidos com a intervenção de CNS são funcionais, clínicos, financeiros e satisfação, que refletem os domínios da formação e da prática: doente/família, cuidados de enfermagem e sistemas/organizações. Trabalho ajustado ao contexto, PBE e gestão de equipas, processos, orientar o desenvolvimento da equipa e apoiá-la; manter o foco nos resultados; obter recursos; sustentar programas e projetos em evidências e dados; gerir tarefas e delegar; adaptar estratégias; liderar; enfrentar resistências; avaliar continuamente; identificar problemas, envolver os interessados e dar feedback; manter conexão com o sistemas, entre decisores e equipas multidisciplinares; disseminar resultados; conquistar a confiança e mantê-la.</p>	<p>Melhores outcomes funcionais e clínicos Diminuição de custos Melhoria da satisfação PBE</p>	<p>Educação Coordenação Colaboração Investigação</p>
<p>12 - A predictive model for fall risk in hospitalized adults: a case-control study.</p> <p>TIPO DE ESTUDO: CASO-CONTROLE</p> <p>PAÍS DE ORIGEM: BRASIL</p>	<p>Severo, I. M., Kuchenbecker, R., Vieira, D. F. V. B., Pinto, L. R. C., Hervé, M. E. W., Lucena, A. F., & Almeida, M. A. (2019). A predictive model for fall risk in hospitalized adults: A case-control study. <i>Journal of advanced nursing</i>, 75(3), 563–572. https://doi.org/10.1111/jan.13882</p>	<p>Desenvolver e validar um modelo preditivo de quedas em adultos hospitalizados e pacientes cirúrgicos, avaliando fatores intrínsecos e extrínsecos</p>	<p>O risco de queda constitui um problema importante dentro das organizações de saúde, que tem merecido atenção e preocupação acerca da segurança do doente. O EnFA pode empreender a aplicação de escalas de avaliação de risco e ainda, desenvolver investigação para o desenvolvimento de novas escalas ou validação das mesmas no contexto em que desenvolve atividade.</p>	<p>PBE</p>	<p>Investigação</p>

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
13 - Understanding the role of advanced practice providers in oncology in the United States					
TIPO DE ESTUDO: EXPLORATÓRIO	Bruinooge, S. S., Pickard, T. A., Vogel, W., Hanley, A., Schenkel, C., Garrett-Mayer, E., Tetzlaff, E., Rosenzweig, M., Hylton, H., Westin, S. N., Smith, N., Lynch, C., Kosty, M. P., & Williams, S. F. (2018). Understanding the Role of Advanced Practice Providers in Oncology in the United States. <i>Journal of oncology practice</i> , 14(9), e518–e532. https://doi.org/10.1200/JOP.18.00181	Identificar todas as APPs oncológicas e compreender as características pessoais e práticas (incluindo remuneração) dessas APPs	A atividade dos APP centra-se no atendimento direto ao doente: aconselhamento, prescrição, gestão de tratamento e acompanhamento/visitas aos doentes, independentes ou compartilhadas com outros profissionais. A intervenção destes profissionais permite melhoria da acessibilidade aos cuidados.	Melhoria da acessibilidade	
PAÍS DE ORIGEM: EUA					
14 - Pediatric penile surgery by a nurse practitioner in the operating room					
TIPO DE ESTUDO: INVESTIGAÇÃO-AÇÃO	Giramonti, K. M., & Kogan, B. A. (2018). Pediatric penile surgery by a nurse practitioner in the operating room. <i>Journal of pediatric urology</i> , 14(6), 573–576. https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.07.027	Mostrar que, com treino adequado, um APP pode realizar uma circuncisão com segurança na sala de cirurgia.	Foi demonstrado que, com treino adequado, um NP pode realizar com segurança pequenos procedimentos cirúrgicos penianos, o que permite que médicos possam concentrar-se em doentes e casos de maior complexidade. Todavia, destaca-se que o NP não pode atuar de forma autónoma em alguns estados, pelo que a responsabilidade médico-legal, é do médico. Demonstra-se melhoria na acessibilidade aos cuidados de saúde.	Melhoria da acessibilidade	
PAÍS DE ORIGEM: EUA					
15 - Improving patient experience through nursing satisfaction					
TIPO DE ESTUDO: DESCRIÇÃO INTERVENÇÃO DE MELHORIA CONTÍNUA	McNicholas, A., McCall, A., Werner, A., Wounderly, R., Marinchak, E., & Jones, P. (2017). Improving Patient Experience Through Nursing Satisfaction. <i>Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses</i> , 24(6), 371–375. https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000328	Verificar se uma equipa de enfermagem mais satisfeita, tem impacto na experiência e satisfação do doente	A introdução de melhorias com os APP em que a equipa de enfermagem vê as suas competências reconhecidas, os processos de comunicação são facilitados e há gestão de processo conduzem a maior satisfação. Relativamente aos doentes, houve um maior acompanhamento pós-alta. Mais satisfação da equipa de enfermagem conduziu a melhor atendimento; diminuição de custos e maior satisfação dos doentes.	Maior satisfação da equipa Maior satisfação de doentes Diminuição de custos	
PAÍS DE ORIGEM: EUA					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
<p>16 - Effectiveness of a nurse-led preadmission intervention for parents of children with profound multiple disabilities undergoing hip-joint surgery: a quasi-experimental pilot study.</p> <p>TIPO DE ESTUDO: QUASI-EXPERIMENTAL (Não randomizado)</p>	<p>Seliner, B., Latal, B., & Spirig, R. (2017). Effectiveness of a nurse-led preadmission intervention for parents of children with profound multiple disabilities undergoing hip-joint surgery: A quasi-experimental pilot study. <i>Journal for specialists in pediatric nursing: JSPN</i>, 22(3), 10.1111/jspn.12184. https://doi.org/10.1111/jspn.12184</p>	<p>Avaliar a eficácia de uma intervenção de cuidados centrados na família (FCC) fornecida por uma enfermeira de prática avançada (APN) para pais de crianças com deficiências profundas submetidas a cirurgia</p>	<p>O cuidado centrado na família tem vindo a mostrar que afeta positivamente. Caracteriza-se pelo apoio, respeito e transmissão de informação. Os EnFA já demonstraram que têm impacte positivo na qualidade de cuidados e saúde dos doentes. Os pais de crianças com múltiplas deficiências têm relatado a necessidade de melhor comunicação dentro da equipa multidisciplinar, a sua não preparação para lidar com as dificuldades impostas pela situação prévia e cirúrgica e as dificuldades do internamento. O projeto centra-se na preparação da família da criança que será submetida a cirurgia, antes do internamento, por meio de documentos impressos, de contacto telefónico, intervenção de formação da equipa multidisciplinar e contacto presencial durante o internamento. Os ganhos obtidos foram: os pais sentiram-se bem preparados para o internamento; aumentou a satisfação, mas também as suas expectativas, gerando queixas quando à participação no processo, às dificuldades após a primeira fase do internamento, à sobrecarga sentida. Revela-se fundamental construir uma relação de empatia e de confiança, conseguida através de enfermeiros experientes, comunicação oportuna, de apoio e a sensível às necessidades individuais dos pais.</p>	<p>Maior satisfação doentes/famílias</p>	
<p>PAÍS DE ORIGEM: SUIÇA</p>					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
17 - Advanced nurse practitioner-led abdominal therapeutic paracetesis					
TIPO DE ESTUDO: RELATO DE CASO	Aplin N. (2017). Advanced nurse practitioner-led abdominal therapeutic paracetesis. <i>Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association</i> , 24(10), 34–37. https://doi.org/10.7748/en.2017.e1648	Descrever uma estrutura de competências desenvolvida para que os Enfa realizem paracetese terapêutica numa unidade de atendimento ambulatorial	O ANP de atendimento ambulatorial do Hospital G W, País de Gales, é um profissional autónomo que avalia doentes encaminhados dos CSP e do serviço de urgência. As suas atividades são: anamnese, avaliação e exame clínico, diagnóstico, investigações instigantes, tratamento e tomada de decisão clínica eficaz, apoiada por médicos consultores. “As funções avançadas de prática de enfermagem são vitais para o desenvolvimento e a prestação de serviços de saúde” (p. 35), podendo melhorar o atendimento e aumentar a eficiência da prestação de cuidados e serviços. A paracetese terapêutica realizada por Enfa com treino para o efeito é segura e eficaz, económica e apreciada pelos doentes, dado que aumenta a acessibilidade e continuidade dos cuidados.	<p>Maior segurança de cuidados</p> <p>Diminuição de custos</p> <p>Satisfação dos doentes</p> <p>Melhor acessibilidade</p>	
PAÍS DE ORIGEM: REINO UNIDO					
18 - Meeting patients’ behavioral health needs on medical-surgical units.					
TIPO DE ESTUDO: RELATO DE CASO	Elliott D. (2016). Meeting patients’ behavioral health needs on medical-surgical units. <i>Nursing management</i> , 14–16. 47(8). https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000488862.84817.ff	Demonstrar a importância dos Enfa em saúde mental nas enfermarias não psiquiátricas	As necessidades crescentes ao nível da saúde mental, em unidades médico-cirúrgicas, conduziram à existência de EA especializada nessa área, cujas funções são baseadas e adequadas à população, apoiando o doente e a família, mas também a equipa de enfermagem durante o processo de pesquisa, oferecendo abordagens de tratamento baseadas em evidências para otimizar o nível de funcionalidade do paciente. É um cuidado centrado nas necessidades específicas da pessoa que inclui psicoterapia; terapia cognitiva comportamental; intervenções psicobiológicas; terapia individual, familiar e de grupo, e ações de prevenção. A prática é abrangente, individualizada e colaborativa para segurança do doente e da equipa. Os ganhos obtidos com as intervenções são uma relação terapêutica baseada na confiança e segurança, encorajamento e maior envolvimento no autocuidado, para a organização existe uma boa relação de custos e de custo-eficácia.	<p>Aumento da segurança dos doentes e equipas</p> <p>Melhoria na adesão terapêutica</p> <p>Diminuição de custos</p>	
PAÍS DE ORIGEM: EUA					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
19 - Advanced nurse practitioners may have general surgery role					
TIPO DE ESTUDO: ANÁLISE REFLEXIVA	Hunt L. (2016). Advanced nurse practitioners may have general surgery role. <i>Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association</i> , 24(2), 8-9. https://doi.org/10.7748/en.24.2.8.s8	Demonstrar a mais-valia de ter Enfa em ambientes cirúrgicos de urgência	A constatação de variações importantes de taxas de mortalidade em doentes submetidos a cirurgia de emergência entre centros hospitalares, conduz à afirmação da importância da introdução de Enfa em ambientes cirúrgicos como uma das soluções, uma vez que as evidências sugerem que o exercício de EA tem benefícios mais amplos para o trabalho em equipe e a qualidade do atendimento, uma vez que estão habilitados a realizar avaliações clínicas completas Os Enfa aliviam o trabalho das equipas e facilitam o percurso dos doentes cirúrgicos, permitindo que sejam submetidos a intervenção cirúrgica de urgência num tempo mais curto, permitindo maior continuidade de cuidados com um cuidado completo – holístico.	Diminuição tempos de espera Melhor segurança de cuidados Cuidado holístico/centrado na pessoa	Coordenação
PAÍS DE ORIGEM: REINO UNIDO					
ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
20 - Improving transitions of care with an advanced practice nurse: a pilot study					
TIPO DE ESTUDO: ESTUDO PILOTO	Hsueh, M., & Dorcy, K. (2016). Improving Transitions of Care with an Advanced Practice Nurse: A Pilot Study. <i>Clinical journal of oncology nursing</i> , 20(3), 240-243. https://doi.org/10.1188/16.CJON.240-243	Demonstrar a efetividade de um projeto piloto para reduzir o tempo de permanência, as taxas de reinternamento e atrasos e faltas no tratamento, durante as transições de internamentos para atendimento ambulatorial.	As lacunas na coordenação de cuidados oncológicos complexos entre os ambientes (internamento/ambulatório ou instituições) podem resultar em atrasos e/ omissões no tratamento e na monitorização, afetando negativamente os resultados dos pacientes, na qualidade e segurança. Os momentos de transição aportam a maior vulnerabilidade dos doentes dentro das instituições, sendo momentos de stress e ansiedade para doentes/famílias e riscos de responsabilidade para instituições, pelo que a gestão de casos se afigura como uma solução para obviar este problema. O Enfa – membro permanente da equipa multidisciplinar, faz a avaliação inicial – clínica, funcional e social e propõe o melhor plano de tratamento; reavalia as necessidades diariamente e ajusta o plano de cuidados; comunica com a equipa para programação da alta/transição. Existe diminuição do tempo de internamento; diminuição de infeções associadas a CC; aumento da informação disponibilizada aos doentes/famílias levam a diminuição da ansiedade e maior satisfação; diminuição de custos associados a menor tempo de internamento; maior apoio sentido pelos profissionais.	Diminuição tempo de internamento Diminuição das infeções associadas aos cuidados/complicações Melhoria da comunicação/segurança de cuidados Diminuição de custos Melhoria organizacional/sistemas	
PAÍS DE ORIGEM: EUA					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
21 - The role of advanced practice providers in interdisciplinary oncology care in the United States.					
TIPO DE ESTUDO: ANÁLISE REFLEXIVA	Reynolds, R. B., & McCoy, K. (2016). The role of Advanced Practice Providers in interdisciplinary oncology care in the United States. <i>Chinese clinical oncology</i> , 5(3), 44. https://doi.org/10.21037/cco.2016.05.01	Evidenciar os ganhos obtidos com os APP nos serviços de oncologia	Os APP, desempenham diversas funções em todos os níveis de cuidados oncológicos. Os EnFA são NP; Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNAs) e clinical nurse specialists (CNS) Maior eficiência, maior satisfação com os cuidados e para os profissionais, maior produtividade, menor tempo de internamento e de reinternamento; menos complicações; maior acessibilidade aos cuidados de saúde; exercício de PBE; melhor qualidade de vida emocional e mental.	Melhoria organizacional/sistemas de doentes e equipas Melhoria do desempenho organizacional Diminuição do tempo de internamento Diminuição reinternamentos Melhoria da acessibilidade PBE Melhoria da qualidade de vida	
PAÍS DE ORIGEM: EUA					
22 - The effectiveness of nurse-led preoperative assessment clinics for patients receiving elective orthopaedic surgery: a systematic review					
TIPO DE ESTUDO: REVISÃO SISTEMÁTICA	Sau-Man Conny, C., & Wan-Yim, I. (2016). The Effectiveness of Nurse-Led Preoperative Assessment Clinics for Patients Receiving Elective Orthopaedic Surgery: A Systematic Review. <i>Journal of periAnesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses</i> , 31(6), 465–474. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.08.147	Identificar a melhor evidência disponível para informar a prática clínica atual, orientar a tomada de decisões de cuidados de saúde e promover melhores cuidados	Em Hong-Kong, como em Portugal, tradicionalmente o doente é internado no dia anterior ao da cirurgia. Todavia como o hiato temporal entre a consulta de proposta e o internamento é grande, as condições clínicas do doente alteram-se e resultam em elevadas taxas de cancelamentos e de adiamentos. EnFA lideram clínicas de avaliação pré-operatória para avaliar e preparar os doentes antes das intervenções cirúrgicas, otimizando-os e incidindo a sua atuação no aumento da literacia em saúde, o que permite melhor preparação física, emocional e social para anestesia e cirurgia em todo o período perioperatório. Os EnFA exercem papéis de gestão, liderança, educação e pesquisa, baseando as suas intervenções na evidência. Demonstram maior eficiência na redução de taxas de cancelamento de cirurgias; redução na taxa de mortalidade pós-operatória; menor tempo de internamento; elevada satisfação com o atendimento e com o desempenho; diminuição do tempo de internamento; melhoria da recuperação pós-operatória; redução de custos, maior eficiência no desempenho organizacional.	Redução taxas de cancelamento cirúrgico/melhoria organizacional e de sistemas Redução da mortalidade Diminuição do tempo de internamento Melhoria da recuperação/outcomes Diminuição de custos	
PAÍS DE ORIGEM: CHINA (HONG KONG)					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
23 - Cost-effectiveness of a WOC advanced practice nurse in the acute care and outpatient setting					
TIPO DE ESTUDO: ANÁLISE REFLEXIVA	Medley J. A. (2014). Cost-effectiveness of a WOC advanced practice nurse in the acute care and outpatient setting. <i>Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society</i> , 41(4), 307–310. https://doi.org/10.1097/WON.000000000000039	Demonstrar a mais-valia de criar o lugar de WOC numa instituição	A literatura demonstra que elevado número de doentes ostomizados apresenta problemas com perdas pelas bolsas e na pele periestomal. O EnFA de Wound Ostomy Continence WOC, é o profissional com elevados conhecimentos para intervir precocemente, minimizando essas complicações e o risco de úlceras por pressão em doentes internados, que acarretam elevados custos para doentes e organizações. Os enfermeiros WOC produzem excelentes resultados para os pacientes, com aumento da satisfação e reduzem custos. Atuam como cuidadores diretos, educadores, consultores e pesquisadores, podendo implementar programas para minimizar ou eliminar úlceras por pressão, otimizar resultados e reduzir as taxas de readmissão de doentes com ostomia.	Diminuição de custos Aumento da satisfação Otimização de resultados/melhoria dos outcomes Diminuição de reinternamentos	Educação Consultoria Investigação Inovação
PAÍS DE ORIGEM: EUA					
24 - APN-led nursing rounds: an emphasis on evidence-based nursing care					
TIPO DE ESTUDO: DESCRIÇÃO INTERVENÇÃO DE MELHORIA CONTÍNUA	Mahanes, D., Quatrara, B. D., & Shaw, K. D. (2013). APN-led nursing rounds: an emphasis on evidence-based nursing care. <i>Intensive & critical care nursing</i> , 29(5), 256–260. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.03.004	Demonstrar a importância da PBE em cuidados básicos, como higiene, ligando-os aos resultados obtidos	As reuniões de enfermagem, conduzidas pela EA APN ajudam a equipa de enfermagem a integrar as melhores práticas e iniciativas institucionais face a um complexo ambiente de cuidados; ajudam na conexão entre os cuidados PBE e os resultados do paciente. O feedback da equipe e os dados de qualidade disponíveis podem conduzir à disseminação da prática e melhoria integral da instituição. As reuniões de enfermagem são um meio de educação da equipa e desenvolvimento do pensamento crítico. As reuniões de enfermagem contribuem para a prevenção de infeções da corrente sanguínea, do trato urinário associadas a catéteres, úlceras por pressão, pneumonia associada à ventilação mecânica e quedas, aumentam a eficácia das estratégias de educação e melhoria da prática, orientando a equipe no exercício da PBE, na investigação e na colaboração de pares.	Diminuição de complicações – diminuição de IACS, quedas, úlceras por pressão PBE Aumento da eficácia das estratégias de educação/melhoria da qualidade dos cuidados	Coordenação Investigação Colaboração
PAÍS DE ORIGEM: EUA					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
25 - Achieving tight glycemic control with new technology: the role of the advanced practice nurse					
TIPO DE ESTUDO: RELATO DE CASO	Howell S. J. (2012). Achieving tight glycemic control with new technology: the role of the advanced practice nurse. <i>Dimensions of critical care nursing: DCCN</i> , 31(6), 322–329. https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e31826bc6c1	Explicar o papel do EnfA na implementação de novas tecnologias para controlo glicémico de doentes em pós-operatório de cirurgia cardíaca	O controlo glicémico e a terapia intensiva com insulina revelaram-se cruciais para reduzir infeções, mortalidade e diminuir tempos de internamento em doentes submetidos a cirurgia cardíaca. Os EnfA podem e devem instituir novas tecnologias e protocolos e disseminar a sua utilização, demonstrando resultados obtidos, nomeadamente a diminuição de infeção e educando os colegas; aumentam a conformidade com as práticas recomendadas e usam sistematicamente a PBE; induzem a diminuição de complicações, dos tempos de internamento e redução de custos.	Diminuição das IACS/diminuição de complicações PBE Diminuição dos tempos de internamento Diminuição de custos	Inovação Investigação Educação
PAÍS DE ORIGEM: EUA					
26 - The perioperative dialogue - a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia.					
TIPO DE ESTUDO: QUALITATIVO (FENOMENOLÓGICO)	Pulkkinen, M., Junttila, K., & Lindwall, L. (2016). The perioperative dialogue-- a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 30(1), 145–153. https://doi.org/10.1111/ssc.12233	Descrever como os doentes submetidos a prótese da anca ou joelho, sob raqui anestesia, experienciaram fazer parte do diálogo, como modelo de cuidados	Quando um encontro de cuidado é estabelecido, o doente é envolvido no seu próprio cuidado, tornando-o mais significativo para a Enfermagem, seguro e satisfatório. O diálogo perioperatório é o diálogo pré, intra e pós-operatório da enfermeira perioperatória com o doente no momento de um procedimento cirúrgico visando aliviar o sofrimento, salvaguardar a dignidade, criar bem-estar e tornar-se um evento vital lembrado como bom. O diálogo perioperatório aporta individualização do cuidado e dignidade, maior qualidade, permite ainda continuidade de cuidados, maior segurança e satisfação.	Maior segurança de cuidados Individualização do cuidado/cuidado centrado na pessoa Melhoria da qualidade de cuidados Continuidade de cuidados Aumento da segurança Melhoria da satisfação	
PAÍS DE ORIGEM: FINLÂNDIA					
27 - The effectiveness and cost of passive warming in adult ambulatory surgery patients					
TIPO DE ESTUDO: EXPERIMENTAL RANDOMIZADO	Jardeleza, A., Fleig, D., Davis, N., & Spreen-Parker, R. (2011). The effectiveness and cost of passive warming in adult ambulatory surgery patients. <i>AORN Journal</i> , 94(4), 363–369. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.03.010	Determinar o melhor dispositivo de aquecimento passivo de doentes na UCPA	A hipotermia é um problema comum em doentes cirúrgicos, resultando em complicações (aumento de infeções, aumento de necessidade de ventilação mecânica pós-operatória, etc), sendo que uma diferença de 0,5°C está associada a complicações derivadas de hipotermia. O grupo de tratamento (uso de 1 lençol de algodão e 1 cobertor de algodão desdobrados e aquecidos) e necessitou de menos trocas de mecanismos de aquecimento passivo e apresentou maior temperatura 30 min após chegada a UCPA, em comparação com o grupo controle (2 cobertores de algodão dobrados). A PVE otimiza cuidados	PBE Diminuição de custos Diminuição de complicações	
PAÍS DE ORIGEM: EUA					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
28 - An advanced practice nurse-led delirium consultation service reduces delirium severity and length of stay in orthopedic patients: A nonrandomized posttest only evaluation study					
TIPO DE ESTUDO: QUASI-EXPERIMENTAL (Não randomizado)	Weber, C., Fierz, K., Katapodi, M., & Hasemann, W. (2020). An advanced practice nurse-led delirium consultation service reduces delirium severity and length of stay in orthopedic patients: A nonrandomized posttest only evaluation study. <i>Perspectives in psychiatric care</i> , 56(4), 804–810. https://doi.org/10.1111/ppc.12495	<p> Avaliar o valor de uma consulta de delirium nos resultados obtidos pelo doente </p>	<p> O delirium é um distúrbio neuropsiquiátrico agudo, sendo complicação grave e comum em doentes idosos internados. Esta é uma situação passível de prevenção. O serviço de consulta de delirium liderado por EnfA ajudou os enfermeiros e enfatizar as prioridades corretas em medidas não farmacológicas e apoio o tratamento das causas e controle dos sintomas, habitualmente iniciados pelos médicos. A consulta por EnfA revelou redução significativa da gravidade do delirium ao longo do tempo, menos episódios e menor tempo de internamento. A consulta deve ocorrer nos primeiros 3 dias após início de delirium. </p>	<p> Diminuição de complicações Diminuição dos tempos de internamento </p>	
PAÍS DE ORIGEM: SUÍÇA					
29 - Advance practice nursing in heart transplantation					
TIPO DE ESTUDO: ANÁLISE REFLEXIVA	Morse C. J. (2001). Advance practice nursing in heart transplantation. <i>Progress in cardiovascular nursing</i> , 16(1), 21–38. https://doi.org/10.1111/j.0889-7204.2001.00799.x	<p> Descrever os papéis desempenhados por EnfA em unidade de transplantação cardíaca: cuidado direto; educador; investigador; coordenador; e consultor </p>	<p> As equipas multidisciplinares prestam cuidados mais efetivos do que o trabalho desenvolvido isoladamente. O EnfA em transplantação desempenha os seguintes papéis: prestação direta de cuidados; investigador; educador; gestor de caso; perito; advogada do doente; flexibilidade, todos focados na prestação do cuidado direto. Quando doente e família chegam à área da transplantação, percorreram um longo caminho de doença, pelo que o EnfA deve acompanhar e encaminhar em todo o processo. A continuidade de cuidados durante todo o processo é favorável a doentes e família. </p>	<p> Maior segurança de cuidados </p>	<p> Investigação Educação Coordenação Advocacia do doente </p>
PAÍS DE ORIGEM: EUA					
30 - Advanced practice nurses globally: responding to health challenges, improving outcomes					
TIPO DE ESTUDO: EDITORIAL	Poghosyan, L., & Maier, C. B. (2022). Advanced practice nurses globally: Responding to health challenges, improving outcomes. <i>International journal of nursing studies</i> , 132, 104262. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104262	<p> Enfatizar a adaptabilidade e pertinência dos enfermeiros e particular sistemas de saúde, sobretudo quando novos desafios, como a COVID-19 </p>	<p> O desenvolvimento da EA no mundo fundamenta-se nos mesmos fatores que a fazem emergir, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde e como resposta às necessidades cada vez mais complexas das pessoas. A eficácia e contributos para resultados das intervenções dos EnfA, dependem muito de políticas favoráveis e ambientes de trabalho. Vários estudos têm demonstrado que a Prática de Enfermagem Avançada tem apontado resultados positivos nos doentes. Prestam cuidados eficazes e de qualidade. </p>	<p> Qualidade de cuidados Eficácia de cuidados/melhoria dos outcomes </p>	
PAÍS DE ORIGEM: EUA/ALEMANHA					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
31 - The rise and rise of advanced practice nursing					
TIPO DE ESTUDO: EDITORIAL	<p>Panek-Hudson, Y. and Ritchie, D. (2015). The rise and rise of advanced practice nursing. <i>Editorials. Intern Med J</i>, 45: 691-693. https://doi.org/10.1111/imj.12808</p>	<p>Partilhar o sucesso de desenvolvimento e implementação de modelo de cuidados</p>	<p>Hoje, o papel dos Enfa já não é suprir as necessidades de cuidados a populações geograficamente mais isoladas, mas passa por aperfeiçoar e ampliar o atendimento nos serviços existentes. Estudos nos EUA mostram a aceitação por parte dos doentes dos profissionais não médicos para avaliar e tratar, sobretudo se isso encurtar tempos de espera e for mais conveniente. O Enfa não é um substituto dos cuidados médicos, mas adjunto desse cuidado e um meio pelo qual as habilidades apropriadas podem ser distribuídas da melhor forma. Há uma melhoria na flexibilidade, profundidade e diversidade desse cuidado. Os ganhos obtidos com um Enfa na área da transplantação de medula óssea (aférese e cuidados com doadores, cuidados pré e peritransplante e cuidados pós-transplante, incluindo efeitos tardios) cuidados centrados no doente e aumento da resiliência/satisfação dos profissionais</p>	<p>Cuidados centrados no doente Aumento da resiliência/satisfação dos profissionais</p>	
PAÍS DE ORIGEM: AUSTRÁLIA					
32 - Clinical guideline for nurse-led early extubation after coronary artery bypass: an evaluation					
TIPO DE ESTUDO: MÉTODOS MISTOS	<p>Hawkes, C., Foxcroft, D. R., & Yerrill, P. (2010). Clinical guideline for nurse-led early extubation after coronary artery bypass: an evaluation. <i>Journal of advanced nursing</i>, 66(9), 2038–2049. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05337.x</p>	<p>Contribuir para o conhecimento de implementação de direttriz, avaliando a implementação de uma direttriz para extubação precoce liderada por enfermeira</p>	<p>A evidência demonstra a segurança e eficácia da extubação precoce (inferior a 12h pós-operatório) em doentes submetidos a cirurgia cardíaca, revelando diminuição de custos e diminuição do tempo de permanência em cuidados intensivos, sem aumento da morbi-mortalidade, todavia os resultados do estudo não revelam alterações ou ganhos. Muitas práticas avançadas da Enfermagem, são orientadas por protocolos, algoritmos, políticas ou diretrizes, o que ocorreu neste caso, criação de uma direttriz por enfermeiros para enfermeiros.</p>	<p>Diminuição dos tempos de internamento Diminuição de custos</p>	<p>Inovação</p>
PAÍS DE ORIGEM: REINO UNIDO					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
33 - Advanced practice nurses making a difference: implementation of a formal rounding process					
TIPO DE ESTUDO: RELATO DE CASO	Mower-Wade, D., & Pirrung, J. M. (2010). Advanced practice nurses making a difference: implementation of a formal rounding process. <i>Journal of Trauma Nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses</i> , 17(2), 69–73. https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181e73681	Demonstrar que um processo de rondas formais impacta positivamente nos resultados	Os Enfa APN gerem clinicamente doentes de trauma e cirúrgicos em internamento e ambulatório, depois de terem desenvolvido o programa de trauma, políticas e algoritmos, prevenção de lesões, educação, melhoria de desempenho e cuidados diretos. Ganhos obtidos com a implementação de processos de melhoria de comunicação e acompanhamento, refletidos em comunicação formal a toda a equipa e rondas/visitas diárias; melhoria da coordenação de cuidados; melhoria do tempo e da gestão de recursos; melhoria do fluxo de doentes; diminuição dos tempos de internamento; diminuição dos custos; melhoria da comunicação entre profissionais; melhoria da participação e conhecimento dos doentes e famílias; melhoria da satisfação de profissionais, doentes e familiares.	Melhoria na qualidade cuidados Melhoria organizacional Diminuição dos tempos de internamento Melhoria da comunicação/menor segurança de cuidados Melhoria da participação do doente centrado no doente Melhoria da satisfação de doentes Melhoria da satisfação de profissionais Diminuição de custos	
PAÍS DE ORIGEM: EUA					
34 - Implementing a research utilization plan for prevention of deep vein thrombosis					
TIPO DE ESTUDO: DESCRIÇÃO INTERVENÇÃO DE MELHORIA CONTÍNUA	Wicklin, S. A. V., Ward, K. S., Cantrell, S. W., (2006). Implementing a research utilization plan for prevention of deep vein thrombosis, <i>AORN Journal</i> , 83 (6) 1351-1362 https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60149-X .	Descrever as etapas de implementação de programa de prevenção de TVP	O Enfa tem os conhecimentos avançados para identificar situações-problema, investigar as melhores práticas para intervir sobre ele, e disseminar o conhecimento. A mudança de práticas para PBE requer do Enfa paciência e persistência, operacionalizando essas mudanças em educação, implementação e mudança de políticas Ganhos na melhoria das práticas, logo na qualidade dos cuidados; educação dos doentes, melhora o seu envolvimento no cuidado e a adesão terapêutica.	Melhoria da qualidade de cuidados Melhor participação/ Cuidados centrados no doente Melhoria da adesão terapêutica	
PAÍS DE ORIGEM: EUA					
35 - Translating evidence to practice for mechanical venous thromboembolism prophylaxis					
TIPO DE ESTUDO: DESCRIÇÃO PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA	Larkin, B. G., Mitchell, K. M., & Petrie, K. (2012). Translating evidence to practice for mechanical venous thromboembolism prophylaxis. <i>AORN Journal</i> , 96(5), 513–527. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.07.011	Demonstrar a eficácia da implementação de melhores práticas, após revisão sistemática	A Trombose Venosa Profunda e Embolia Pulmonar são duas complicações preveníveis em contexto perioperatório. Os Enfa podem e devem identificar situações problemáticas e emprender ações de melhoria fundamentadas na PBE. Estas trazem ganhos de melhoria da qualidade de cuidados e nos resultados obtidos pelos doentes; a liderança empoderará as equipas.	PBE Melhoria da qualidade de cuidados Melhoria dos outcomes Empoderamento das equipas/melhoria da satisfação	Educação Inovação Liderança
PAÍS DE ORIGEM: EUA					

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE	CONCEITOS	DOMÍNIOS
36 - Effect of rapid rehabilitation nursing on improvement of quality of life after super-miniPCNL and risk analysis for postoperative complications					
TIPO DE ESTUDO: COMPARATIVO	Yang, L., Liu, Q., Chi, Q., & Li, J. (2022). Effect of rapid rehabilitation nursing on improvement of quality of life after super-miniPCNL and risk analysis for postoperative complications. <i>American Journal of translational research, 14</i> (7), 5146–5154.	Investigar o efeito da enfermagem rápida na melhoria da qualidade de vida após super-miniPCNL (SMP) e a análise de risco de complicações operatórias	Explorar programas de intervenção eficazes na redução de incidência de complicações pós-operatórias (de extração de cálculos renais) e reação ao stress e melhorar a qualidade de vida dos doentes tomou-se o foco da pesquisa, recorrendo a dois grupos de doentes, um de controlo e um observacional, sendo que este foi submetido à intervenção da enfermagem de reabilitação rápida, que consiste numa abordagem científica, rápida e compreensiva, otimizando as intervenções de enfermagem na redução de stress e melhoria de resposta ao mesmo, tendo comprovado a sua eficácia em doentes oncológicos, urológicos, gastrintestinais e outros. A orientação profissional de enfermagem e reabilitação podem reduzir o stress traumático dos doentes, encurtar a duração da hospitalização e promover a recuperação precoce da função física dos doentes; Melhoria da qualidade de vida; diminuição/controlo da dor; recuperação pós-operatória mais rápida e menor tempo de internamento	Melhoria da qualidade de vida Melhoria no controlo da dor/melhoria nos outcomes Melhoria na recuperação/melhoria nos outcomes Diminuição dos tempos de internamento	
PAÍS DE ORIGEM: CHINA					

ANEXO VII: Estudos Excluídos

ARTIGO	AUTORES E LINK	OBJETIVO	ANÁLISE
<p>1 The current state of transplant advanced practice providers: results of the advanced practice provider survey</p>	<p>Muth, B. L., Krieger, D., Domingo, H., Yoo, J., Frank, A., Paolini, K., Mayfield, A., Borth, A., Siegfried, M., McDade, H., McCormick, N., & Hoy, H. (2023). The current state of transplant advanced practice providers: results of the advanced practice provider survey. <i>American journal of transplantation: official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons</i>, 23(3), 408–415. https://doi.org/10.1016/j.ajt.2022.12.010</p>		<p>Resultados de questionário sobre APP (advanced practice providers) – physician assistant ou NP (atuam em BO, SU, ou visitas de rotina) a atuar no âmbito da transplantação: aspetos demográficos, áreas de intervenção e atividades acadêmicas. Os locais de atuação dos respondentes são o BO; enfermarias, ambulatório e clínicas próprias. Cerca de ¼ considera que não atua em toda a extensão das suas competências; 29,7% têm funções de coordenação. Ao nível da investigação, envolveram-se na apresentação de palestras, publicação de artigos e ensino. Consideram que não têm maior envolvimento na investigação e ensino por falta de tempo, oportunidades e experiência e, volume de trabalho EXCLUIR SEM ACESSO LIVRE</p>
<p>2 - The management of delirium in the older adult in advanced nursing practice.</p>	<p>Carey, E., Furlong, E., & Smith, R. (2022). The management of delirium in the older adult in advanced nursing practice. <i>British journal of nursing (Mark Allen Publishing)</i>, 31(2), 76–84.</p>		<p>O delirium é uma condição adquirida por alterações no metabolismo cerebral, sub-diagnosticada e que conduz a atrasos na intervenção. Comum em doentes idosos internados, associada a elevada morbilidade e mortalidade, associadas a maior tempo de internamento. Estudo de caso de serviço liderado por Advanced Nurse Practitioner, demonstrando a atuação a um elevado nível de expertise e os processos de tomada de decisão. EXCLUIR SEM ACESSO LIVRE</p>

<p>3 - Training of advanced practice nurses in vascular medicine in France. Position in the care system.</p>	<p>https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.2.76 Boscaro, G., Danjou, A., Seinturier, C., & Blaise, S. (2021). Training of advanced practice nurses in vascular medicine in France. Position in the care system. <i>Journal de medecine vasculaire</i>, 46(5-6), 258–261. https://doi.org/10.1016/j.jdmv.2021.10.005</p>		<p>Delegação de funções em APN, como Doppler, o que ocorre após formação específica dos EA nesta área. Numa revisão da literatura levada a cabo pela Cochrane em 2018, afirma-se que é muito cedo para concluir que as consultas com NP em comparação com médicos ao nível dos CSP, conduzem a redução de custos e maior eficiência, todavia concluem que há maior satisfação dos doentes pela frequência das consultas e sua duração. EXCLUIR SEM TEXTO COMPLETO</p>
<p>4 - Workforce issues: the blurring of boundaries in surgical care</p>	<p>Russell, B., & Fletcher, N. (2021). Workforce issues: the blurring of boundaries in surgical care. <i>British journal of nursing (Mark Allen Publishing)</i>, 30(7), 426. https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.7.426</p>	<p>Discutir a necessidade de estabelecimento de limites de atuação para EA em especialidades cirúrgicas</p>	<p>O aparecimento da Enfermagem Avançada no RU permitiu controlar a saída de profissionais experientes do NHS e deu perspetivas de novas carreiras. Todavia, houve uma indefinição das linhas de fronteira para definir quem pode fazer o quê e quando. Em cirurgia, o escopo da prática tem-se desenvolvido a par com a tecnologia, surgindo por exemplo surgical first assistant (SFA) – EA ou surgical care practitioner (SCP) que podem ser EA ou não enfermeiros. O risco é não haver o reconhecimento das competências individuais e incorrer-se em abuso de funções, o que permite obviar falta de profissionais, mas com risco para os próprios, as organizações e os doentes. EXCLUIR PCC</p>
<p>5 - Advanced Practice Nurse-Led Initiative to Use Biopatch in High-Risk Pediatric Patients</p>	<p>Duffy, E. A., Leone, C., & Owens, T. (2021). Advanced Practice Nurse-Led Initiative to Use Biopatch in High-Risk Pediatric Patients. <i>AACN advanced critical care</i>,</p>		<p>Elevada taxa de infeções associadas aos catéteres centrais, implicando extensão do tempo de internamento, da morbilidade e da mortalidade, associando-se por isso aumento de custos. EXCLUIR SEM TEXTO COMPLETO</p>

<p>6 - Advanced practice nursing as a proposal to improve access and coverage in oncology for Latin America]. / Una propuesta para mejorar el acceso y cobertura en oncología para Latinoamérica: enfermería de práctica avanzada.</p>	<p>32(1), 105–109. https://doi.org/10.4037/aa-cnacc2021122</p>	<p>Apresentar o desenho de um programa académico de formação de EA em oncologia</p>	<p>As lacunas existentes no atendimento e diagnóstico precoce de doença oncológica e a mortes prematuras na América Latina, conduziu à criação de Mestrado em Enfermagem Avançada nesta área de especialização para obviar esse problema. A incorporação de APN – EA nos sistemas de saúde tem revelado impacto positivo nos outcomes clínicos, na acessibilidade aos cuidados, na satisfação dos doentes e na optimização da utilização de serviços de urgência Os programas académicos para a formação de EPA em oncologia devem contemplar pelo menos sete competências, sendo a matriz o cuidado clínico direto especializado avançado nas áreas de avaliação para deteção, tratamento e cuidado em pessoas com diagnóstico de cancro, em que estas estão no centro do cuidado, e acompanhamento em pacientes tratados no âmbito curativo ou paliativo EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>
<p>Márquez-Doren, F., Palmarivadeneira, S., Soto-Fuentes, P., Lucchini-Raies, C., Peña-Durán, J., Nervinattero, B., Suárez-Pierart, P., González-Rodríguez, R., Rojas-Silva, N., Bustamante-Troncoso, C., Alcayaga-Rojas, C., Catoni-Salamanca, M. I., & Arechabala-Mantuliz, M. C. (2021). Una propuesta para mejorar el acceso y cobertura en oncología para Latinoamérica: enfermería de práctica avanzada [Advanced practice nursing as a proposal to improve access and coverage in oncology for Latin America]. <i>Revista medica de Chile</i>, 149(4), 591–597. https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000400591</p>			

<p>7 - Cardiac Tamponade Following the Removal of Epicardial Pacing Wires: Critical Care APRN Toolkit</p>	<p>VanBlarcom, A. G., Wojack, C. A., & Casida, J. (2020). Cardiac Tamponade Following the Removal of Epicardial Pacing Wires: Critical Care APRN Toolkit. <i>AACN advanced critical care</i>, 31(4), 410–415. https://doi.org/10.4037/aaacnacc2020324</p>		<p>Artigo descreve a atuação dos ea - diagnóstico e gestão de doentes em pós-operatório de cirurgia cardíaca com implantação de pace temporário, na prevenção e atuação de tamponamento cardíaco EXCLUIR SEM ACESSO LIVRE</p>
<p>8 - Proper Placement of Tubes on Chest Radiographs</p>	<p>Ramponi, D. R., & Callahan, A. (2020). Proper Placement of Tubes on Chest Radiographs. <i>Advanced emergency nursing journal</i>, 42(3), 170–175. https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000308</p>		<p>Artigo apresenta referências anatómicas e procedimentos de segurança para a colocação correcta de tet, sng e drenos torácicos, por app EXCLUIR SEM ACESSO LIVRE</p>
<p>9 - Del cuidado intensivo al cuidado crítico, un cambio de nombre que refleja evolución / From intensive care to critical care, a name change that reflects evolution</p>	<p>Rodríguez-Duarte KJ, Cruz-Ortiz M, Pérez-Rodríguez MC. Del cuidado intensivo al cuidado crítico, un cambio de nombre que refleja evolución. <i>Rev Enferm IMSS</i>. 2020;28(2):134-143 https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/44eps</p>	<p>Descrever a transformação de cuidados intensivos em cuidados críticos e suas implicações para a enfermagem</p>	<p>Os avanços na cirurgia, implicaram avanços na medicina intensiva, que passa a substituir algumas das funções vitais comprometidas Hoje o enfermeiro que atua perante a pessoa em situação crítica é um EA, segundo o texto, pois as suas competências incluem “prestar cuidados integrais ao indivíduo, resolvendo situações críticas de saúde; cuidar dos doentes; diagnosticar, tratar e avaliar de forma eficaz e rápida as respostas humanas que se geram perante os problemas de saúde que ameaçam a vida; estabelecer uma relação efetiva com o paciente e sua família para facilitar o enfrentamento adequado; aconselhar e educar pacientes e familiares e desenvolver a base científica necessária para a prática de enfermagem intensiva”, acrescendo as suas competências em gestão, orientação, ensino e investigação.</p>

				EXCLUIR FALTA CONTEXTO
10 - El cuidado en la Enfermería de Práctica Avanzada / Care in Advanced Practice Nursing eim194h.pdf	Aranda-Ibarra, J R; Hernández-Vergara, C I; Rodríguez-Vega, A I; Acosta-Castañeda, G; El cuidado en la Enfermería de Práctica Avanzada. Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc; 27(4): 237-241, Oct-dic 2019 (medigraphic.com)	Demonstrar a importância do pensamento filosófico subjacente à Enfermagem	A evolução do cuidado e as filosofias que lhe são subjacentes EXCLUIR FALTA CONTEXTO	
11 - Avanzando na direção de cobertura universal de saúde: competências de enfermeiros de práticas avançadas	Honig, J., Doyle-Lindrud, S., & Dohrn, J.. (2019). Avanzando na direção de cobertura universal de saúde: competências de enfermeiros de práticas avançadas. <i>Revista Latino-americana De Enfermagem</i> , 27, e3132. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2901.3132	Descrever a primeira fase de um projeto com a finalidade de desenvolver um conjunto de competências de práticas avançadas de enfermagem a integrar nos currícula na América Latina	O conjunto de competências de EA concentra-se em quatro domínios: 1) atendimento clínico, 2) comunicação interprofissional e centrada no paciente, 3) contexto do cuidado, e 4) prática baseada em evidências. EXCLUIR FALTA CONTEXTO	
11 - Building a Transplantation Team with Advanced-Practice Providers	Pullen L. C. (2018). Building a Transplantation Team with Advanced-Practice Providers. <i>American Journal of transplantation: the official journal of the American Society of</i>	Explicitar a importância de ter APP nas equipas de transplantação	Os cuidados de saúde são cada vez mais colaborativos e desenvolvem-se em trabalho de equipa. A área da transplantação de órgão, provavelmente, estará na vanguarda desta atuação. Os APPs podem ser úteis na formação de equipas de transplante que procuram melhorar a qualidade e desenvolver as melhores práticas. Os APP funcionam como elo dentro da equipa, o que permite a identificação precoce de complicações, e assim maior segurança para os doentes EXCLUIR FALTA POPULAÇÃO (PARCIALMENTE)	

	<p><i>Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons</i>, 18(3), 531–532. https://doi.org/10.1111/ajt.14681</p>		
<p>12 - Residents' Impressions of the Impact of Advanced Practice Providers on Surgical Training</p>	<p>Kang, R., Columbo, J. A., Kunkel, S. T., Stucke, R. S., Sabatino, M. J., Tang, A., Goodney, P. P., & Rosenkranz, K. M. (2018). Residents' Impressions of the Impact of Advanced Practice Providers on Surgical Training. <i>Journal of the American College of Surgeons</i>, 226(6), 1036–1043. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.11.019</p>	<p>COMPREENDER COMO A PRESENÇA DE APP INPACTA NA APRENDIZAGEM DE INTERNOS DE CIRURGIA</p>	<p>Analisa-se a interação entre internos e APP, sendo reconhecido que os APP retiram trabalho burocrático aos internos, não diminuindo as suas oportunidades de aprendizagem EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>
<p>13 - Risks and Rewards of Advanced Practice Providers in Cardiothoracic Surgery Training: National Survey</p>	<p>Blitzer, D., Stephens, E. H., Tchantchaleishvili, V., Lou, X., Chen, P., Pattakos, G., & Vardas, P. N. (2019). Risks and Rewards of Advanced Practice Providers in Cardiothoracic Surgery Training: National Survey. <i>The Annals of thoracic surgery</i>, 107(2), 597–602.</p>	<p>Analisar a extensão do uso de APP na equipa de Cirurgia Córdio-torácica, seu papel dentro da hierarquia do atendimento clínico e o seu impacte no</p>	<p>Analisa-se a extensão de utilização de APP em contexto de cirurgia cárdio-torácica, o seu lugar na hierarquia e as perspetivas dos médicos internos EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>

<p>14 - Veterans Affairs Proposed Rule for Advanced Practice Registered Nurses in the Operating Room: A Step Forward or Overstepping?</p>	<p>https://doi.org/10.1016/j.jathoracsur.2018.08.035</p> <p>Massarweh, N. N., & Awad, S. S. (2017). Veterans Affairs Proposed Rule for Advanced Practice Registered Nurses in the Operating Room: A Step Forward or Overstepping?. <i>JAMA surgery, 152</i>(1), 5–6. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.3996</p>	<p>processo educativo de internos</p> <p>Propor a atuação de ENFA em toda a extensão da sua formação</p>	<p>A VA propõe que haja reconhecimento das competências dos EnFA para que possam atuar na total extensão da sua formação EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>
<p>15 - Preparing for Success on the APRN WOC Examination</p>	<p>Giles R. J. (2016). Preparing for Success on the APRN WOC Examination. <i>Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 43</i>(5), 545–546. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000268</p>	<p>Apresentar possibilidades de questões de exame para certificação de EnFA em feridas, ostomia e continência</p>	<p>As competências adquiridas pelo EA em Feridas, Ostomia e Continência, é certificada pela realização de exame, revelando conhecimentos em processos de doenças relevantes, apresentações clínicas, diagnósticos e farmacologia em enfermagem especializada em feridas, ostomia e/ ou continência, bem como uma compreensão prática do papel da prática profissional APRN. EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>
<p>16 - Satisfaction with Korean Oncology Advanced Practice Nurses' Role: A Study of Patients, Physicians, and Nurses</p>	<p>aon.2014.14.1.41</p>		<p>O estudo demonstra que o EA aporta grande satisfação nos doentes; satisfação dos médicos e menos apoio por outros enfermeiros. Exercem sobretudo ações de coordenação e cooperação. EXCLUIR ARTIGO EM COREANO (RESUMO EM INGLÊS)</p>

<p>17 - Additional information about advanced practice RN first assistant education requirements</p>	<p>AORN Position Statement on RN First Assistants AORN Position Statement on RN First Assistants DRAFT (aorn.org)</p>	<p>Esclarecer as funções de RNFA</p>	<p>Os RN first assistant (RNFA) são assistentes em cirurgia exercendo uma função de enfermagem perioperatória expandida. A sua atuação inclui: gestão pré-operatória, em colaboração com outros profissionais; atuação intraoperatória, como uso de dispositivos médicos e exposição do local cirúrgico; acompanhamento pós-operatório, em colaboração com outros profissionais EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>
<p>18 - The advanced practice wound ostomy continence nurse in homecare</p>	<p>Smith J. E. (2012). The advanced practice wound ostomy continence nurse in homecare. <i>Home healthcare nurse</i>, 30(10), 586–595. https://doi.org/10.1097/HH.0b013e3182705d1c</p>	<p>Descrever as competências do EA WOC</p>	<p>O EA WOC (feridas, ostomias e continência) é essencial no atendimento domiciliar para gerir o cuidado de doentes complexos. Os cuidados do EA WOC podem aumentar a satisfação do paciente e diminuir os custos. Há duas características distintivas do EA: a excelência da prática clínica direta e a autonomia. EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>
<p>19 - Leveraging the skills of APRNs to prevent HAIs</p>	<p>Ryan J. (2012). Leveraging the skills of APRNs to prevent HAIs. <i>Nursing management</i>, 43(9), 22–25. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000418774.23315.70</p>	<p>Descrever como as habilidades e conhecimentos do EA podem contribuir para diminuir as IAC</p>	<p>Os EA são elementos importantes da equipa multidisciplinar, liderando ações transformacionais, porque atuam com base na evidência PBE Os EA lideram a mudança e têm papel ativo e fundamental na prevenção da IAC EXCLUIR PORQUE É UM PROJETO</p>
<p>20 - Optimizing advanced practitioner charge capture in high-acuity surgical intensive care units</p>	<p>Butler, K. L., Calabrese, R., Tandon, M., & Kirton, O. C. (2011). Optimizing advanced practitioner charge capture in high-acuity surgical intensive care units. <i>Archives of surgery (Chicago, Ill.:</i></p>	<p>Determinar o impacto das ferramentas padronizadas de documentação de cuidados intensivos na captura de</p>	<p>Foco na implementação de padronização de documentação em SMI para obtenção de melhores pagamentos diretos à unidade. EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>

<p>21 - Healthcare utilization in women after abdominal surgery for ovarian cancer</p>	<p>1960), 146(5), 552–555. https://doi.org/10.1001/archsurg.2011.93</p> <p>McCorkle, R., Jeon, S., Ercolano, E., & Schwartz, P. (2011). Healthcare utilization in women after abdominal surgery for ovarian cancer. <i>Nursing research</i>, 60(1), 47–57. https://doi.org/10.1097/NR.0b013e3181ff77e4</p>	<p>profissionais avançados (APs) da unidade de terapia intensiva</p> <p>Avaliar a efetividade de uma intervenção fornecida por EA e uma consulta de enfermagem psiquiátrica com base no auto-relato das doentes sobre a utilização de cuidados de saúde em comparação com uma intervenção de controle de atenção em mulheres submetidas a cirurgia por suspeita de diagnóstico de cancro do ovário.</p>	<p>Mulheres diagnosticadas com cancro do ovário são grandes utilizadoras de cuidados de saúde, pelas terapias existentes e pelas complicações durante o tratamento da doença, mesmo em comparação com mulheres com outros câncros. As atividades da APN incluíam gestão de sintomas, aconselhamento, educação, cuidados diretos de enfermagem, coordenação de recursos e encaminhamentos, usando estratégias de intervenção adaptadas às necessidades e prioridades pessoais de cada doente, determinadas em conjunto pelo APN e pela doente. Houve ainda intervenções para o sofrimento emocional sentido. EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>
<p>22 - Advanced Nursing Practice in Great Britain - a personal report]. /</p>			<p>O artigo relata as intervenções de EA num serviço de cirurgia torácica no RU, identificando 7 domínios da prática: gestão do status de saúde; relação EA-doente; ensino e treino; papéis profissionais desempenhados; gestão e negociação de</p>

<p>Advanced Nursing Practice in Großbritannien - eine persönliche Schilderung</p>			<p>cuidados prestados, gestão da qualidade; e competência cultural. A estes foi posteriormente acrescentado o poder prescritivo. Os resultados demonstram que o EA tem um papel de coesão e dinamismo dentro da equipa multidisciplinar e promove a continuidade de cuidados para doentes e famílias em todo o continuum/serviços EXCLUIR SEM ACESSO LIVRE</p>
<p>23 - Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=51&sid=3a0e022f-2bb7-465d-ab47-a6776c8b9cee%40redis</p>	<p>Lankshear, A. J., Sheldon, T. A., & Maynard, A. (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. <i>ANS. Advances in nursing science</i>, 28(2), 163–174. https://doi.org/10.1097/00012272-200504000-00008</p>	<p>Avaliar as evidências entre os enfermeiros (nº e habilitações) e os resultados obtidos</p>	<p>Há evidências de uma relação entre a equipe de enfermagem, com uma combinação de habilidades mais alta, e os resultados dos pacientes. EXCLUIR FALTA CONCEITO</p>
<p>24 - Expanded role of nursing in ambulatory managed care. Part II: Impact on outcomes of costs, quality, provider and patient satisfaction.</p>	<p>Schroeder, C. A., Trehearne, B., & Ward, D. (2000). Expanded role of nursing in ambulatory managed care. Part II: Impact on outcomes of costs, quality, provider and patient satisfaction. <i>Nursing economic\$, 18</i>(2), 71–78 https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer</p>	<p>Interligar o papel dos EnFA com controlo de custos, satisfação e qualidade em cenários de controlo de custos (managed care)</p>	<p>Estudo faz a ligação entre o papel expandido da prática de NC (nurse clinician) e os custos, qualidade de cuidados e satisfação, concluindo que os custos das organizações ao empregar NC (mais diferenciados e com vencimentos mais elevados) é muito menor do que os ganhos obtidos) EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>

	<p>ewer?vid=62&sid=3a0e022f-2bb7-465d-ab47-a6776c8b9cee%40redis</p>		
<p>25 - Promoting perioperative advance care planning: a systematic review of advance care planning decision aids</p>	<p>Aslakson, R. A., Schuster, A. L., Reardon, J., Lynch, T., Suarez-Cuervo, C., Miller, J. A., Moldovan, R., Johnston, F., Anton, B., Weiss, M., & Bridges, J. F. (2015). Promoting perioperative advance care planning: a systematic review of advance care planning decision aids. <i>Journal of comparative effectiveness research</i>, 4(6), 615–650. https://doi.org/10.2217/ce.15.43</p>	<p>Identificar aspectos facilitadores da tomada de decisão para o planeamento de cuidados avançados perioperatórios</p>	<p>O risco associado a cirurgias maior é menor do que nunca, todavia existe e não deve ser ignorado. Os doentes submetidos a estas cirurgias (e outras) podem ficar com as suas capacidades de decisão comprometidas no pós-operatório, pelo que é desejável tomar decisões prévias, quanto ao planeamento de cuidados e pode-se recorrer a auxiliares de decisão perioperatórios - doentes esclarecem os seus objetivos de saúde, preocupações e desejos antecipando a perda potencial da capacidade de tomada de decisão futura, recorrendo a uma abordagem estruturada. EXCLUIR FALTA PCC</p>
<p>26 - The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic pragmatic study</p>	<p>Zambas, S. I., Smythe, E. A., & Koziol-McLain, J. (2016). The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic pragmatic study. <i>International journal of qualitative studies on health and well-being</i>, 11, 32090.</p>	<p>Explorar os resultados do uso de habilidades avançadas de avaliação por enfermeiros em enfermarias médicas e cirúrgicas</p>	<p>Uma avaliação correta e contínua dos doentes é determinante para a segurança dos cuidados. Habilidades de avaliação física avançadas incluem auscultação, palpação e percussão. Considera-se habilidade avançada aquela que resulta da interpretação do que é visto, ouvido e sentido pelo enfermeiro que presta cuidados, assim como a sua perseverança na procura de respostas através de contínuo pensamento crítico. O uso destas habilidades orienta aquilo que procura, o que vê, o que interpreta e a sua resposta. Os enfermeiros, através do exercício das suas habilidades avançadas, contribuem para o diagnóstico e tratamento dos doentes. A avaliação, interpretação e ações desenvolvidas pelo enfermeiro são meios que contribuem para alcançar o melhor resultado para os pacientes</p>

	<p>https://doi.org/10.3402/qh.v11.32090</p>		<p>EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>
<p>27 - Structural, Nursing, and Physician Characteristics and 30-Day Mortality for Patients Undergoing Cardiac Surgery in Pennsylvania</p>	<p>Lane-Fall, M. B., Ramaswamy, T. S., Brown, S. E. S., He, X., Gutsche, J. T., Fleisher, L. A., & Neuman, M. D. (2017). Structural, Nursing, and Physician Characteristics and 30-Day Mortality for Patients Undergoing Cardiac Surgery in Pennsylvania. <i>Critical care medicine</i>, 45(9), 1472–1480. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561002/pdf/nihms883223.pdf</p>	<p>Descrever as UCIs cardíacas da Pensilvânia e determinar se as características da UCI (e padrões de pessoal clínico) estão associadas à mortalidade nos 30 dias após a cirurgia</p>	<p>O estudo avaliou a estrutura da UCI, as práticas de atendimento e os padrões de pessoal clínico (médicos e enfermeiros), relacionando estes aspetos à mortalidade a 30 dias. EXCLUIR FALTA CONCEITO</p>
<p>28 - Clinical Nurse Specialist Impact on COVID-19 Preparation at a Military Treatment Facility</p>	<p>Lucciola, M. E., Nelson, N. M., Rea, J. M., Boudreaux, A. J., Feddersen, D. J., & Hodge, N. S. (2021). Clinical Nurse Specialist Impact on COVID-19 Preparation at a Military Treatment Facility. <i>Clinical nurse specialist CNS</i>, 35(3), 138–146. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000593</p>	<p>Descrever o impacto da prática da enfermeira especialista clínica EA na preparação para COVID-19 num hospital militar</p>	<p>Os especialistas em enfermagem clínica EA colaboraram no desenvolvimento de um plano de expansão da capacidade de atendimento e simplificação de testagem para SARS-CoV 2, e, simultaneamente instituíam áreas específicas de cuidados intensivos e médico-cirúrgicos para doentes com COVID-19. Os EA estabeleceram circuitos de movimentação de doentes, melhorou os métodos de atendimento e cultivou uma cultura de inovação. Os EA são líderes, agentes de mudança e inovam, mesmo em circunstâncias complexas e desconhecidas, aportando cuidados seguros e de qualidade, educando os colegas e disseminando o conhecimento adquirido EXCLUIR FALTA POPULAÇÃO</p>

<p>29 - Prescription for excellence: an ostomy clinic</p>	<p>Fliescher, I., & Bryant, D. (2005). Prescription for excellence: an ostomy clinic. <i>Ostomy/wound management</i>, 51(9), 32–38. https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/wmp/content/prescription-excellence-an-ostomy-clinic</p>	<p>Demonstrar a pertinência de clínica de ostomia com EA</p>	<p>Visitas pré-operatórias para educação e marcação do local do estoma, visitas pós-operatórias para acompanhamento e resolução de problemas, fornecimento de orientações e sugestões para doentes que convivem com uma ostomia há anos, são atividades do EA Certified Ostomy Care Nurse (COCN) ou Certified Wound, Ostomy and Continence Nurse (CWOCN) que ajudam a promover o cuidado holístico. A relação entre o EA tem influência positiva na qualidade de vida do doente e permite a aprendizagem gradual de habilidades e ferramentas para manusear adequadamente a ostomia, promovendo a autonomia no autocuidado e a transição para a nova situação. EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>
<p>30 - The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review</p>	<p>Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Kaasalainen, S., Marshall, D., Charbonneau-Smith, R., & DiCenso, A. (2015). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. <i>Journal of evaluation in clinical practice</i>, 21(5), 763–781. https://doi.org/10.1111/je.p.12401</p>	<p>Avaliar a eficácia clínica e o custo-efetividade da terapia de transição do CNS</p>	<p>Os cuidados de transição são definidos como um conjunto abrangente de serviços limitados no tempo, adaptados para atender às necessidades de cuidados de saúde, prevenir complicações e fornecer cuidados contínuos e coordenados para populações de risco em pontos-chave na trajetória de cuidados ou quando os pacientes são transferidos de um serviço de saúde para outro O cuidado do CNS permitiu uma redução da mortalidade em doentes após alta de cirurgia oncológica. Em doentes com insuficiência cardíaca, os cuidados do CNS atrasaram o tempo e reduziram a morte ou reinternamento, melhoraram a adesão ao tratamento e a satisfação do paciente e reduziram os custos e o tempo de internamento. Para pacientes idosos e cuidadores, o cuidado CNS melhorou a depressão do cuidador e reduziu reinternamentos, o tempo de internamento e os custos. Para grávidas de alto risco e bebês com muito baixo peso ao nascer, os cuidados do CNS melhoraram as taxas de imunização infantil e a satisfação materna com o atendimento e reduziram o tempo de internamento e os custos maternos e infantis Intervenções observadas nos estudos apresentados: Os resultados obtidos referem-se invariavelmente, em contexto perioperatório, ao período pós-alta. EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>

<p>31 - Risk factors for fall occurrence in hospitalized adult patients: a case-control study</p>	<p>Severo, I. M., Kuchenbecker, R. S., Vieira, D. F. V. B., Lucena, A. F., & Almeida, M. A. (2018). Risk factors for fall occurrence in hospitalized adult patients: a case-control study. <i>Revista latino-americana de enfermagem</i>, 26, e3016. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2460.3016</p>	<p>Identificar fatores de risco para quedas em doentes adultos hospitalizados</p>	<p>As quedas em ambiente hospitalar constituem dois em cada cinco eventos adversos. O risco para quedas é multifatorial (fatores intrínsecos e extrínsecos), todavia a compreensão desses fatores aponta subsídios para a tomada de decisão clínica e aumenta a segurança dos doentes. Os fatores de risco identificados são: desorientação/confusão; micção frequente; limitação da marcha; ausência de cuidador no momento da queda; período pós-operatório; e número de fármacos administrados nas últimas 72 horas (benzodiazepínicos, opioides, barbitúricos, antipsicóticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, laxantes, diuréticos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes e sedativos). O pós-operatório tem-se revelado um fator de risco, não confirmado neste estudo, pelo que é necessário considerar as comorbidades do doente internado que terão contribuído para maior incidência de quedas em doentes não cirúrgicos. EXCLUIR FALTA CONCEITO</p>
<p>32 - Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review</p>	<p>Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., Wilson, R. F., Fountain, L., Steinwachs, D. M., Heindel, L., & Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. <i>Nursing economic\$, 29</i>(5), 230–251. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22372080/</p>	<p>Comparar resultados em doentes com equipas com e sem APRN;</p>	<p>Os EA, em particular os APRN têm assumido um importante papel na acessibilidade a cuidados de saúde. Os outcomes dos doentes cuidados em equipas compostas por médicos e APRN são similares ou melhores nalguns casos. Nos cuidados agudos, a existência de CNS reduz o tempo de internamento e reduz custos. Outros estudos sistemáticos que consideraram todos os papéis de APRN, os contextos da prática e populações, demonstraram que os APRN prestam cuidados efetivos e de elevada qualidade; têm um papel crucial na melhoria da qualidade de cuidados nos EUA; e podem dar contributos para avaliar o aumento da acessibilidade de cuidados EXCLUIR SEM ACESSO LIVRE</p>
<p>33 - Patient-reported perceptions of care after the introduction of a</p>	<p>Westman, B., Ullgren, H., Olofsson, A., & Sharp, L. (2019). Patient-reported perceptions of care after</p>	<p>Comparar a perceção dos pacientes sobre o cuidado, antes e</p>	<p>Os cuidados prestados por EA têm impactado positivamente as experiências dos doentes, a segurança; a carga de sintomas; e a coordenação de cuidados, ao melhorar a comunicação. Além dos impactes diretos nos doentes, têm vindo a ser relatados esses impactes nas equipas, nomeadamente melhoria de habilidades e</p>

<p>new advanced cancer nursing role in Sweden</p>	<p>the introduction of a new advanced cancer nursing role in Sweden. <i>European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society</i>, 41, 41–48. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.05.009</p>	<p>depois da introdução de uma nova função avançada de enfermagem, a enfermeira de contato coordenadora (CCN)</p>	<p>competências de membros da equipa, melhorando a prática clínica e o cuidado centrado no doente. Estes resultados têm vindo a ser obtidos por meio da educação e da implementação de diretrizes que melhoram o percurso e acompanhamento do doente. São identificados ganhos nas informações relacionadas à saúde; disponibilidade de recursos de cuidados de suporte; planos de cuidados individuais escritos; melhorias relacionadas ao envolvimento do doente e coordenação dos cuidados, mas também espaço para novos desenvolvimentos EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>
<p>34 - Trauma advanced practice nursing: the centrifugal force of a trauma service.</p>	<p>Pirrung J. M. (2014). Trauma advanced practice nursing: the centrifugal force of a trauma service. <i>Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses</i>, 21(6), 261–262. https://doi.org/10.1097/JT.N.0000000000000084</p>	<p>Apresentar os EnFA em trauma</p>	<p>As equipas de trauma têm procurado incorporar EA para melhorar o planeamento de cuidados e aumentar a liderança, melhorar a colaboração com outros serviços, melhorar o acompanhamento ambulatorial e supervisionar as PBE. Diminuição dos tempos de internamento; disseminação do conhecimento; apoio à equipa multidisciplinar EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>
<p>35 - A systematic review of advance practice providers in acute care: options for a new model in a burn intensive care unit</p>	<p>Edkins, R. E., Cairns, B. A., & Hultman, C. S. (2014). A systematic review of advance practice providers in acute care: options for a new model in a burn intensive care unit. <i>Annals of plastic surgery</i>, 72(3), 285–288. https://doi.org/10.1097/SA.P.0000000000000106</p>	<p>Aferir a melhor forma de os diferentes profissionais a atuar em cuidados intensivos, suprirem a falta de médicos</p>	<p>A escassez de médicos, por limitação das horas de trabalho de internos, implicou a necessidade de introduzir APP em maior número, o que já se provou fornecerem cuidados seguros e de qualidade. Menos custos, associados a menores tempos de internamento; diminuição de infeções urinárias; diminuição dos dias de ventilação; diminuição de lesões da pele EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>

<p>36 - Expanding the role of the advanced practice registered nurse as an endoscopist</p>	<p>Hopchik J. (2013). Expanding the role of the advanced practice registered nurse as an endoscopist. <i>Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates</i>, 36(4), 289–290. https://doi.org/10.1097/SGA.0b013e3182a14e3f</p>	<p>Demonstrar a validade de ter EA a realizar procedimentos invasivos gastroenterológico s, para suprir falta de médicos em zonas rurais</p>	<p>A literatura já provou a capacidade do EA e do médico assistente (PA) para realizar colonoscopia em segurança, com eficiência, resultados de qualidade e satisfação do paciente; melhorar a triagem dos resultados de doentes com pólipos do cólon, diagnóstico precoce, encaminhamento por cancro colorretal e redução de custos associados EXCLUIR FALTA CONTEXTO</p>
<p>37 - Postoperative fever: a normal inflammatory response or cause for concern</p>	<p>Burke L. (2010). Postoperative fever: a normal inflammatory response or cause for concern. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i>, 22(4), 192–197. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00492.x</p>	<p>Elaborar uma estratégia diagnóstica sistemática (algoritmo) para auxiliar EA a distinguir febre pós-operatória como resposta inflamatória normal ou necessidade de aprofundar</p>	<p>Os cuidados perioperatórios do EA incluem a sua capacidade para distinguir a febre em contexto pós-operatório como resposta inflamatória normal ou de etiologia diversa, através de exame completo. O conhecimento das causas possíveis de febre, permite antecipar respostas e evitar complicações EXCLUIR É UM PROJETO</p>
<p>38 - Caring perioperative culture: its ethos and ethic</p>	<p>Lindwall, L., von Post, I, Eriksson, K. (2007). Caring perioperative culture: its ethos and ethic. <i>Journal of</i></p>	<p>Discutir a cultura, o ethos, a ética e atos de cuidado perioperatório e desenvolver um</p>	<p>As condições para a cultura de cuidado humanista prevalecer no ambiente perioperatório, são o enfermeiro perioperatório assumir-se como o responsável pelo carácter moral, dignidade humana e refletir na sua própria ética, e como esta deve ser o guia da sua prática de cuidados. É igualmente responsabilidade do</p>

	<p><i>Advanced Perioperative Care</i>, vol 3 No 1 M.y (PDF) <i>Caring perioperative culture: its ethos and ethic (researchgate.net)</i></p>	<p>pensamento humanístico de cuidado perioperatório</p>	<p>enfermeiro perioperatório, desenvolver-se continuamente para melhorar a sua compreensão pela situação do doente. EXCLUIR FALTA CONCEITO</p>
<p>39 - Implementation of advanced practice nursing for orthopedic patients in the emergency care context – a study protocol for outcome studies</p>	<p>Boman, E., Duvaland, E., Gaarde, K., Leary, A., & Fagerström, L. (2020). Implementation of advanced practice nursing for orthopaedic patients in the emergency care context - A study protocol for outcome studies. <i>Journal of advanced nursing</i>, 76(4), 1069–1076. https://doi.org/10.1111/jan.14299</p>	<p>Avaliar a implementação da prática avançada de enfermagem em atendimento de emergência na Noruega, em doentes ortopédicos: fratura cotovelo, joelho e anca</p>	<p>Em contexto de serviço de urgência, o atendimento pode ser melhorado, com a expansão da prática de EA. Vários estudos demonstram que os ganhos obtidos são menores tempos de espera; satisfação dos doentes; e qualidade dos cuidados. Tradicionalmente, os doentes consideram que os enfermeiros fornecem mais informação e usam linguagem mais compreensível do que os médicos. EXCLUIR É UM PROJETO</p>
<p>40 - The role of Advanced Practice Nurses in creating the Kidney Transplant candidate care map (APN-preKT): a convergent-parallel mixed methods research protocol</p>	<p>Pedreira-Robles, G., Morín-Fraile, V., Bach-Pascual, A., Redondo-Pachón, D., Pérez-Sáez, M. J., Crespo, M., Falcó-Pegueroles, A., & Garcimartín, P. (2023). The role of Advanced Practice Nurses in creating the Kidney Transplant candidate care map (APN-preKT): a convergent-parallel mixed methods</p>	<p>Analisar o papel do EA de ambulatório com os doentes em lista de espera para Transplante renal; identificar as necessidades destes doentes; e medir o impacto destas ações</p>	<p>O tempo de espera por um transplante renal é determinante para os outcomes obtidos. Apesar de os enfermeiros que pertencem às equipas de coordenação terem um papel determinante, assim como aqueles que atuam no contexto extra-hospitalar, os enfermeiros que atuam dentro das equipas de transplantação, raramente têm um papel de coordenação e gestão de cuidados dos candidatos a transplante renal. Há estudos que revelam os efeitos positivos da atuação dos EA com doentes com Insuficiência Renal Crónica, nomeadamente a perceção de melhor qualidade de vida e maior satisfação; redução das taxas de readmissão hospitalar; maior literacia dos doentes, maior promoção do autocuidado; melhores outcomes para os doentes; menor número de visitas presenciais e viagens; e redução de custos financeiros para o sistema de saúde. Todavia não há estudos que demonstrem esta mais-valia com</p>

		research protocol. <i>BMC nursing</i> , 22(1), 44. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01193-0		doentes em lista de espera para transplante, não obstante as directrizes internacionais referirem a necessidade de haver um enfermeiro com experiência na equipa de avaliação do candidato. O artigo descreve o empreendimento de um projeto de investigação, mas sem apresentar ainda os resultados do mesmo... EXCLUIR É UM PROJETO
41 - Comprehensive geriatric assessment: outcomes of an advanced nurse practitioner-led service for older people requiring emergency surgery	Irimia, A. M., Tennant, A., Waldron, A., & Bashir, N. (2022). Comprehensive geriatric assessment: outcomes of an advanced nurse practitioner-led service for older people requiring emergency surgery. <i>Nursing older people</i> , 34(2), 23–28. https://doi.org/10.7748/np.2022.e1381	Demonstrar a efetividade de um programa liderado por um EA obtendo bons resultados para os doentes	O programa Comprehensive geriatric assessment (CGA) é uma abordagem holística para pessoas idosas com fragilidades ou risco de fragilidades, que conduz a benefícios, nomeadamente identificar patologias ou sintomas e do qual podem ser extraídos benefícios nos outcomes dos doentes em pó-operatório. O artigo apresenta uma experiência de um CGA liderado por EA num serviço de urgência cirúrgica através do qual foram identificados fragilidade em 37% dos doentes e novos problemas em 89%. As suas intervenções passaram por intervenção de outras especialidades médicas, investigação de sintomas e acompanhamento para a alta, sugerindo que um EA pode liderar um CGA com melhores resultados. EXCLUIR SEM ACESSO LIVRE	
42 - Symptom burden in patients undergoing autologous stem-cell transplantation	Anderson, K. O., Giralt, S. A., Mendoza, T. R., Brown, J. O., Neumann, J. L., Mobley, G. M., Wang, X. S., & Cleeland, C. S. (2007). Symptom burden in patients undergoing autologous stem-cell transplantation. <i>Bone marrow transplantation</i> , 39(12), 759–766.	Descrever as experiências de doentes submetidos a transplante autólogo de células tronco e famílias no contacto com Enfa	Experiência de apoio contínuo dos conselheiros de enfermagem durante todo o período da terapia, apoio profissional, administrativo e emocional; obtiveram informação e aconselhamento com competências. Enfa de referência com o qual mantinham contato de fácil acesso e com quem desenvolveram uma relação afetiva. Recomenda-se a oferta de ANP para os doentes com linfoma submetidos a quimioterapia de altas doses e transplante autólogo, uma vez que o apoio contínuo de uma pessoa de referência, competente, compassiva, confiável e comprometida foi essencial. Os ANP neste contexto incluem: veiculação de informação, treino e aconselhamento de doentes e familiares, abordagem de questões eticamente problemáticas, garantia de cuidados PBE, coordenação da cooperação interprofissional, consultoria a outros especialistas a pedido e organização do atendimento aos doentes/famílias	

	https://doi.org/10.1038/sj.bmt.1705664		<p>Doentes e famílias valorizam a relação contínua com os Enfa, que consideram ser confiáveis, prestam apoio psicossocial e transmitem confiança. Sentimentos de encorajamento e fortalecimento, segurança e confiança. Os cuidados são holísticos e contínuos.</p> <p>EXCLUIR FALTA PCC</p>
--	---	--	---

