



Escola Superior de Enfermagem Santa Maria

**Tornar-se especialista em Enfermagem
Perioperatória:**

**“Da formação à capacitação da pessoa submetida a
cirurgia proctológica em regime de ambulatório.”**

Andreia Manuela Pereira Barbosa

Relatório de Estágio apresentado á Escola Superior de Saúde Santa Maria com vista à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Perioperatória.

Porto, 2024



Escola Superior de Enfermagem Santa Maria

**Tornar-se especialista em Enfermagem
Perioperatória:
“Da formação à capacitação da pessoa submetida a
cirurgia proctológica em regime de ambulatório.”**

Andreia Manuela Pereira Barbosa

Orientadora: Professora Doutora Maria Luísa Santos

Relatório de Estágio apresentado á Escola Superior de Saúde Santa Maria com vista à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Perioperatória.

Porto, 2024

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório resulta de um trabalho individual que foi facilitado e melhorado por contribuições diversas a quem expresso o meu Agradecimento.

À Professora Doutora Luísa Santos, pelos ensinamentos, orientação, competência, paciência, acompanhamento e empenho.

Aos Professores, Beatriz Edra e Daniel Cunha, pelo acompanhamento prestado ao longo do curso, pela presença, apoio e disponibilidade.

Aos meus tutores, Enfermeira Fátima e Enfermeiro Filipe, pela orientação nos campos de estágio, pelas oportunidades, dedicação e apoio.

À Enfermeira Chefe Paula Guimarães por toda a cooperação, compreensão e apoio ao longo deste caminho.

A toda a equipa multidisciplinar das Unidades de Cirurgia de Ambulatório, onde realizei os estágios, pelo apoio e disponibilidade em todos os momentos.

Aos colegas do curso, pela partilha de experiências e crescimento mútuo.

À minha grande Amiga Xana, por me ter acompanhado neste percurso tão difícil para ambas, pelo seu apoio, presença e amizade pura e verdadeira.

À Carmo, por tratar de tanto por mim e para a minha família.

Ao meu marido, ao meu irmão, aos meus pais, familiares e amigos que me acompanharam neste percurso, pela paciência, por compreenderem as minhas ausências, pelo apoio, encorajamento nas horas difíceis e por acreditarem.

Às minhas filhas, SOFIA E CAROLINA, pela compreensão, apoio, carinho e pelo Amor Puro que me sustenta.

A todos a minha profunda GRATIDÃO!

RESUMO

Este relatório foi elaborado no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde Santa Maria em consorcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, na Unidade Curricular “Estágio com Relatório”, durante o ano letivo de 2022/2023, e fundamentará a discussão pública para a obtenção do grau de Mestre.

Intitulado “Tornar-se Especialista em Enfermagem Perioperatória: Da formação à capacitação da pessoa submetida a cirurgia proctológica em regime de ambulatório”, os objetivos deste relatório são: 1) Evidenciar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória; e 2) Ilustrar o desenvolvimento de competências de análise, raciocínio crítico-reflexivo e tomada de decisão, características essenciais de um Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Metodologicamente, este relatório inscreve-se num relato descritivo, crítico e reflexivo do percurso formativo, desenvolvido ao longo dos estágios clínicos, conforme definido no plano de estudos do curso de mestrado e revela um especial foco na capacitação da pessoa submetida a cirurgia proctológica em regime de ambulatório.

Estruturado em três capítulos, o primeiro reporta uma revisão narrativa da literatura, justificando a pertinência do tema e enfatizando a necessidade de atualização de conhecimento e os ganhos em saúde resultantes da intervenção do enfermeiro especialista face à capacitação da pessoa com contexto perioperatório.

O segundo capítulo aborda o percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas especializadas efetuado, dando especial revelo aos contextos formativos. É feita referência à experiência profissional em enfermagem perioperatória, que possibilitou a creditação do Ensino Clínico I – “Cuidar na Sala Operatória”, ao abrigo do Regulamento nº435/2022, e também é descrito e contextualizado o processo de ensino aprendizagem desenvolvido nos ensinamentos Clínicos II e III, realizados no âmbito da UC Estágio com Relatório, cuja análise crítico-reflexiva da ação e sobre a ação, à luz dos Regulamentos 140/2019 e 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, enfatiza o perfil alcançado.

O terceiro capítulo, mostra uma reflexão sobre o modo como o percurso formativo realizado contribuiu para o meu empoderamento pessoal e profissional, conferindo-me

habilidades para um diferente olhar para a Enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Neste sentido, sob o pretexto da capacitação da pessoa submetida a cirurgia proctológica em regime de ambulatório e sua família, o relatório revela o modo como os conhecimentos adquiridos e consolidados foram mobilizados para estimular e influenciar positivamente a mudança na prática da enfermagem perioperatória dos meus pares, enfatizando assim o desenvolvimento das competências de mestre, concomitantemente, com as competências de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à pessoa em situação perioperatória almejadas neste percurso.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-cirúrgica; Enfermagem Perioperatória, Capacitação, Cirurgia Proctológica.

ABSTRACT

This report was prepared within the scope of the 2nd Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Saúde Santa Maria in consortium with the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, in the “Internship with Report” curricular unit, during the 2022/2023 academic year, and will support the public discussion for obtaining the Master’s degree.

Entitled “Becoming a Specialist in Perioperative Nursing: From Training to Empowering the Person Undergoing Proctologic Surgery on an Outpatient Basis,” the objectives of this report are: 1) To highlight the development of common and specific competencies of the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing for the Person in a Perioperative Situation; and 2) To illustrate the development of analysis, critical-reflective reasoning, and decision-making skills, essential characteristics of a Specialist Nurse and Master in Medical-Surgical Nursing.

Methodologically, this report is a descriptive, critical, and reflective account of the training journey, developed throughout the clinical internships, as defined in the master's course curriculum, and reveals a special focus on empowering the person undergoing proctologic surgery on an outpatient basis.

Structured in three chapters, the first chapter presents a narrative literature review, justifying the relevance of the topic and emphasizing the need for knowledge updating and the health gains resulting from the nurse specialist's intervention regarding the empowerment of the person in a perioperative context

The second chapter addresses the journey of developing common and specialized specific competencies, with particular emphasis on the training contexts. It references the professional experience in perioperative nursing, which enabled the accreditation of Clinical Teaching I – “Caring in the Operating Room,” under Regulation No. 435/2022, and also describes and contextualizes the teaching-learning process developed in Clinical Teachings II and III, carried out within the scope of the “Internship with Report” curricular unit, whose critical-reflective analysis of action and on action, in light of Regulations No. 140/2019 and 429/2018 of the Order of Nurses, emphasizes the profile achieved.

The third chapter reflects on how the completed training journey contributed to my personal and professional empowerment, providing me with skills for a different perspective on Nursing for the person in a perioperative situation.

In this sense, under the pretext of empowering the person undergoing proctologic surgery on an outpatient basis and their family, the report reveals how the acquired and consolidated knowledge was mobilized to stimulate and positively influence the change in perioperative nursing practice and my peers, thus emphasizing the development of master's competencies, concomitantly with the competencies of a specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the person in a perioperative situation aimed for in this journey.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Perioperative Nursing, Empowerment, Proctologic Surgery.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AIFCPC - Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica

AORN - Association of PeriOperative Registered Nurses

BO - Bloco Operatório

CA - Cirurgia de Ambulatório

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPC - Contexto Prática Clínica

CPOE - Consulta Pré-operatória de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ERAS - Enhanced Recovery After Surgery

ESSSM - Escola Superior Saúde Santa Maria

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

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

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSD - Plano Nacional de Segurança da pessoa

UC - Unidade Curricular

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – CAPACITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA PROCTOLÓGICA EM REGIME DE AMBULATÓRIO	16
1. CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	17
2. CAPACITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA PROCTOLÓGICA	20
CAPÍTULO II – TORNAR-SE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	36
1. CUIDAR NA SALA OPERATÓRIA: UM PERCURSO PROFISSIONAL.....	37
2. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	44
3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	53
3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	53
3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	55
3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	57
3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	60
4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA	62
4.1. CUIDA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPECTIVA FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	63
4.1.1. Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica.....	63
4.1.2. Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória, em diferentes especialidades.....	65
4.1.3. Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional	69
4.2. MAXIMIZA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA PLURIDISCIPLINAR, CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA	73
4.2.1. Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório	74

4.2.2. Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios.....	75
4.2.3. Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório	78
CAPÍTULO III – A ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA SOB UM OLHAR DE MESTRE	80
CONCLUSÃO.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

INTRODUÇÃO

Este relatório representa uma análise crítica e reflexiva do percurso formativo iniciado em 2022, com o ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM). Enquadra-se na Unidade Curricular de Estágio com Relatório e visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

O principal desafio de um enfermeiro deverá ser a prestação de cuidados de enfermagem de excelência sendo o alcance deste propósito proporcional à arte de saber cuidar. A formação inicial dotou-nos de conhecimentos, instrumentos, conceitos, referenciais e competências gerais, sendo da responsabilidade de cada um, construir o seu caminho de desenvolvimento profissional. Neste contexto o presente curso, surge como uma oportunidade e um desafio para tornar-me especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, tendo subjacente o desenvolvimento da minha formação base e experiência profissional na área, a vontade de crescer e alargar conhecimentos, desenvolvendo competências especializadas e de mestre.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), os cuidados de enfermagem perioperatórios à pessoa e família/pessoa significativa garantem a prestação de cuidados seguros e de qualidade, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico. Oferecem proteção à pessoa que se encontra particularmente vulnerável e capacitam-na, promovendo a sua autonomia, consciência crítica e o desenvolvimento de comportamentos de saúde ajustados à sua situação específica (OE, 2017).

Segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto no seu artigo 20º, que define a estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, e propõe para a obtenção deste grau a realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final...” (p. 4151).

A enfermagem perioperatória engloba diferentes áreas e saberes muito específicos associados ao cuidar da pessoa no pré, intra e pós-operatório. Assim, considerei pertinente durante os estágios realizados, aprofundar e desenvolver competências específicas no período pré e pós-operatório, uma vez que são áreas que ainda não desenvolvi na cirurgia de ambulatório. O meu investimento ao longo de 13 anos de trabalho no bloco operatório, foi maioritariamente, no desenvolvimento de competências no intraoperatório na função de enfermeira de anestesia, circulante e instrumentista nas diferentes especialidades

cirúrgicas. Como futura enfermeira especialista, em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, acredito que o percurso pelos diversos contextos perioperatórios, fortalecem o exercício de uma enfermagem perioperatória mais integrada e consciente com a experiência cirúrgica daqueles que necessitam dos meus cuidados, maximizando a sua segurança, capacitando-os para a gestão positiva da sua experiência cirúrgica.

O Regulamento n.º 658/2016, de 13 de julho, entende por relatório de estágio “um trabalho de descrição e análise científica e crítica sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de um estágio profissional efetuado numa instituição” (p. 21549).

Assim, este relatório, intitulado “Tornar-se Especialista em Enfermagem Perioperatória: Da formação à capacitação da pessoa submetida a cirurgia proctológica em regime de ambulatório”, tem como objetivos:

- Evidenciar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória;
- Ilustrar o desenvolvimento de competências de análise e de raciocínio crítico-reflexivo e tomada de decisão que caracterizam o Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório traduz um especial interesse pela pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória, bem como, pela sua capacitação ao longo deste período, em especial, a pessoa submetida a cirurgia proctológica em regime de ambulatório. A importância da capacitação perioperatória constitui uma área de interesse pessoal, mas também uma necessidade profissional percecionada. Pois, diariamente me deparo com pessoas que carecem de informação relativa ao percurso que irão realizar na unidade de cirurgia de ambulatório, de informação inerente ao procedimento cirúrgico, aos cuidados pré e pós-operatórios, necessários para que a experiência cirúrgica decorra com o máximo conforto, qualidade e segurança, assegurando também uma recuperação eficaz após a alta hospitalar.

Metodologicamente, trata-se de um relato descritivo, crítico e reflexivo do percurso formativo, desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos, definidos no plano de estudos do curso de mestrado, complementado com a análise do meu percurso profissional. A reflexão crítica sobre a ação da enfermagem implementada, será

conduzida pelo regulamento 429/2018, referente às competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, bem como, o propósito de uma prática baseada na evidência, contemplará, as competências de mestre adquiridas e desenvolvidas. O desenvolvimento do saber ser, estar e fazer, numa perspectiva de intervenção especializada, revelará uma forma distinta de cuidar da pessoa/família submetida a cirurgia proctológica e afirmará uma influência para os meus pares, em particular sobre a capacitação da pessoa e família/pessoa significativa, que corroborará a qualidade dos cuidados congruente com a experiência cirúrgica de ambulatório.

Este documento inicia-se com uma revisão narrativa de literatura que irá justificar a pertinência do tema, perspetivando a necessidade de conhecimento e dos ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro, que advêm com o desenvolvimento da temática. As competências específicas desenvolvidas e/ou aprimoradas, na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, relativas à problemática, constituíram questões fundamentais que nortearam os objetivos e as estratégias definidas para o estágio.

No segundo capítulo, realizou-se um relato do percurso profissional enquanto enfermeira do perioperatório, que me possibilitou a creditação ao Ensino Clínico I, “Cuidar na Sala Operatória”. De seguida a contextualização do campo de estágio, o delineamento dos objetivos específicos e explanado o percurso efetuado. Posteriormente realizou-se a análise crítico-reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito do cuidado especializado à pessoa em situação perioperatória, através das atividades desenvolvidas.

O último capítulo, reflete acerca do percurso formativo realizado, e como este abriu caminho para o meu empoderamento pessoal e profissional, encorajando-me a mobilizar os conhecimentos adquiridos e a tornar-me mais confiante e criativa, para além de promover a capacitação da pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória, estimular e influenciar positivamente os meus pares, suportando assim, a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre.

A prática baseada na evidência é condição para a excelência e segurança dos cuidados, neste sentido, o conteúdo exposto ao longo do relatório teve por base a pesquisa em bases de dados científicas, a pesquisa bibliográfica em livros e revistas científicas,

resultando na referenciação de vários autores que deram contributos essenciais para a temática em estudo. Deste modo, a elaboração deste relatório contribuirá para a mobilização de saberes especializados que servirão de orientação para uma prática mais consciente, sólida, ética e profissional, levando à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

*Tornar-se especialista em Enfermagem Perioperatória:
“Da formação à capacitação da pessoa submetida a cirurgia proctológica em regime de ambulatório.”*

CAPÍTULO I – CAPACITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA PROCTOLÓGICA EM REGIME DE AMBULATÓRIO

Este capítulo destina-se a abordar o tema que foi alvo da minha reflexão ao longo do curso de mestrado. A “capacitação da pessoa submetida a cirurgia proctológica em regime de ambulatório” foi uma preocupação que determinou todo o trabalho efetuado ao longo dos ensinamentos clínicos. Assim será realizado um enquadramento teórico para alcançar o estado atual do conhecimento acerca da temática, permitindo aprofundar os conceitos chave, assim como, as relações entre eles. Como refere Vilelas, (2022) “A revisão narrativa utiliza-se na aquisição e atualização de conhecimentos sobre um determinado tema, num curto período, para descrever o estado de arte de um assunto específico, sob ponto de vista teórico ou contextual” (p. 100).

Assim serão explanados os conteúdos mais pertinentes e relevantes para a compreensão do mesmo, inserido no contexto da enfermagem perioperatória, numa unidade de cirurgia de ambulatório, de acordo com a melhor e mais atual evidência científica.

1. CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

A Cirurgia de Ambulatório (CA), surge na década de 90 em Portugal sendo considerada um modelo organizativo de prestação de cuidados cirúrgicos, centrado no utente, sendo relevante pela melhoria da eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados de saúde e organização hospitalar (Despacho n.º 1380,2018; Pinto & Sarnadas, 2020).

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

A cirurgia de ambulatório tem tido um crescente aperfeiçoamento dos conceitos e das práticas, além do desenvolvimento das técnicas anestésicas e cirúrgicas, a integração de diversos protocolos de atuação na prevenção da dor, náusea e vômito, a melhoria da qualidade dos sistemas de saúde e a redução dos custos de internamento (Sørensen et al., 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (Portaria n.º 132/2009 de 30 de janeiro, artigo 3º), designa-se Cirurgia de Ambulatório:

a uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais legis artis, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas (p.660).

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

A cirurgia de ambulatório está ainda associada a menores taxas de complicações pós-operatórias relacionadas à assistência, à saúde e a nível social tem um impacto muito positivo na pessoa, pois esta pode recuperar em ambiente familiar, bem como, ter uma integração socioprofissional mais rápida (Despacho n.º 1380/2018; Pinto et al 2020).

Assim, o sucesso da cirurgia de ambulatório depende da avaliação cuidadosa dos critérios de seleção, bem como, de procedimentos adequados quer do ponto de vista cirúrgico, quer do ponto de vista anestésico. A Direção Geral de Saúde (DGS) recomenda critérios sociais e critérios clínicos mínimos, os quais devem ser tidos em conta, na seleção dos utentes. Os critérios sociais mínimos são: “aceitação de ser operado nas condições oferecidas, transporte assegurado em veículo automóvel, área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital, condições de adequada habitabilidade do local de pernoita, acesso a comunicações (telefone), assegurada a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas”. Já os critérios clínicos mínimos são: “idealmente ASA I ou ASA II (American Society of Anesthesiologists), estabilidade clínica e psíquica, intervenção que se prevê de curta duração (cerca de 60 minutos), desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação por via oral” (DGS, 2000).

Em 1998, surge a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) (Diário da República: III Série, nº 243 de 1999), sem fins rentáveis, com propósito na formação e promoção da CA, assim como promover a expansão de programas de elevada qualidade no âmbito da cirurgia neste regime, tanto nos hospitais públicos, como nos hospitais privados a nível nacional.

Nos últimos anos, a CA cresceu de modo extraordinário, sendo realizadas atualmente cerca 80% de cirurgias neste regime a nível nacional (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017; Despacho nº1380/2018).

Perspetiva-se a sua expansão, sendo uma estratégia essencial para o aumento da qualidade, eficácia e eficiência na gestão hospitalar, com impacto bastante positivo para a pessoa e sua família/pessoa significativa. A primazia de cuidados prestados em ambulatório, deve-se aos avanços das técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, ao progresso de procedimentos anestésicos e de controlo da dor, com a garantia de segurança para a pessoa.

Na CA, as cirurgias são programadas com tempo para que a pessoa se prepare adequadamente para o procedimento, não necessita de realização imediata nem apresenta caráter de urgência. O principal objetivo é melhorar a qualidade de vida da pessoa e evitar agravamento do seu estado de saúde. Assim a decisão de fazê-la ou não, é discutida com o cirurgião. Para o seu agendamento é necessário que todos os exames solicitados pelo médico sejam realizados e os resultados estejam dentro dos parâmetros preconizados, para que tudo decorra em segurança.

No âmbito dos cuidados de saúde, a Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações (AESOP), diz-nos que a evolução da cirurgia de ambulatório conduz a ganhos em saúde para os utentes que carecem de uma cirurgia, sem abdicar dos padrões de qualidade exigidos no processo cirúrgico (AESOP, 2012).

A visão inovadora da cirurgia de ambulatório, atualmente destacada como um modelo organizativo, apresenta uma multiplicidade de vantagens para todos os intervenientes nomeadamente para os utentes (intervenção cirúrgica com alta no próprio dia), para os familiares e cuidadores (que auxiliam no acompanhamento pós-operatório), para os profissionais de saúde e instituições de saúde (eficácia e qualidade) (Sarmento et al., 2013).

As intervenções da enfermagem perioperatória englobam todas as ações autónomas e interdependentes realizadas nos vários contextos do percurso da pessoa pela unidade de cirurgia de ambulatório. Espera-se que os utentes possam gerir o autocuidado pré e pós-operatório necessários. Isso implica desafios ao sistema de saúde para fornecer informações adequadas aos utentes de forma segura e eficiente (Granath A. et al., 2022).

Partindo desta premissa, torna-se essencial destacar o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica à pessoa em situação perioperatória na capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da sua experiência cirúrgica. A estes são exigidas elevadas competências de juízo crítico, planeamento e tomada de decisão de uma amplitude que permitem prestar cuidados de excelência, sustentados numa prática fundamentada na melhor evidência.

É nesta articulação entre o exercício profissional de tomadas de decisão, a valorização do enfermeiro perioperatório e a motivação pessoal nesta área da capacitação do utente e família que surge o tema deste relatório, no sentido de encontrar contributos que favoreçam a melhoria da qualidade dos cuidados e otimização dos ganhos em saúde em CA.

2. CAPACITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA PROCTOLÓGICA

Capacitar, implica tornar capaz, desenvolver habilidades, tornar-se apto, ou seja, promover a autonomia e a responsabilização da pessoa.

A capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica e recuperação pós-operatória, detém uma forte influência no sucesso de todo o processo assistencial. Deste modo importa analisar alguns conceitos relacionados com “capacitação” como o “empoderamento”, desde logo abordado o início deste mestrado, e que tanto sentido trouxe à minha prática profissional. Este tema fez ressoar a necessidade de um olhar mais profundo sobre este assunto, pois, atualmente encontro-me a desempenhar funções numa unidade de cirurgia de ambulatório e verifico a grande proximidade e relação que existe entre os profissionais, a pessoa e sua família/pessoa significativa. Ou seja, a possibilidade de se criar um ambiente facilitador para ambas as partes. Dado a inexistência da Consulta Pré-operatória de Enfermagem (CPOE), denoto uma enorme carência de informação, principalmente ao nível dos cuidados pré-operatórios, mas também nos pós-operatórios, o que reduz substancialmente a capacitação da pessoa na gestão de toda a experiência cirúrgica e sua recuperação. Deste modo, considero que os enfermeiros especialistas nesta área, devem intervir de modo a encontrar contributos que favoreçam a melhoria da qualidade dos cuidados e otimização dos ganhos em saúde em CA.

Assim ao escolher a temática: “capacitar a pessoa e família/pessoa significativa,

submetida a cirurgia proctológica”, procurei perceber de que forma poderia melhorar a experiência perioperatória a estes utentes e família.

Para promover a capacitação da pessoa, o enfermeiro especialista em perioperatório deve ter presente a necessidade de realizar educação para a saúde, ensinar sobre autocuidado, instruir e treinar, estimulando o empoderamento pessoal. Este processo envolve também a capacitação dos próprios profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros, para otimizar e personalizar a qualidade dos cuidados prestados, de modo que a pessoa e família/pessoa significativa, possam vivenciar todo o percurso no perioperatório e recuperação no domicílio com o máximo de segurança e conforto.

A ação do enfermeiro perioperatório é “o conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar” (AESOP, 2012, p. 108). Assumo a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória sobre “capacitar a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018), como guia orientadora desta minha reflexão.

A Consulta Pré-operatória de Enfermagem na capacitação da Pessoa e Família

Estudos apontam que a consulta pré-operatória de enfermagem (CPOE), em cirurgia de ambulatório traz benefícios à população e oferece diretrizes com dimensões favoráveis que visam uma abordagem apropriada às necessidades individuais dos utentes (Bento & Brofman, 2009).

A CPOE é definida pela OE, como uma ferramenta importante no planeamento de cuidados de enfermagem promotores de qualidade, dado que possibilita registos de enfermagem de acordo com as necessidades das pessoas e sua família/pessoa significativa, intervenções adequadas e ganhos nos resultados. Sendo, uma das áreas de atuação do enfermeiro especialista em Médico Cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, conforme se encontra descrito no Regulamento nº. 429/2018 sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A AESOP (2012), recomenda a realização da CPOE, com o intuito de avaliar as necessidades físicas e psicológicas da pessoa submetida a cirurgia e sua família/pessoa

significativa, avaliar as expectativas e conhecimentos da pessoa face à cirurgia, possibilitar ao enfermeiro conhecer a história clínica da pessoa e as necessidades afetadas, de forma a planear cuidados individualizados. E desta forma, proporcionar uma continuidade de cuidados seguros e de qualidade e, consequentemente, uma rápida recuperação da pessoa e redução de complicações pós-operatórias. Por outro lado, a CPOE permite reduzir a angústia e a ansiedade da pessoa e sua família/pessoa significativa relacionadas com a intervenção cirúrgica, proporcionando um maior bem-estar e participação do mesmo ao longo do perioperatório, ao clarificar informações e fornecer indicações escritas relativas à preparação pré-operatória.

A revisão da literatura aponta para a importância da consulta de enfermagem, considerada uma atividade autónoma de enfermagem e uma das competências do enfermeiro perioperatório, com benefícios para a pessoa e sua família/pessoa significativa, e também para o desempenho dos profissionais em termos de planeamento dos cuidados e continuidade dos mesmos. Esta revisão permite inferir que a CPOE é de facto uma excelente oportunidade de realizar os ensinamentos e trabalhar a capacitação da pessoa e família/pessoa significativa.

O Empoderamento na capacitação da Pessoa e Família

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define empoderamento como "um processo através do qual as pessoas obtêm maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde" (OMS, 1998).

As constantes mudanças na área da saúde, condicionam alterações nos contextos de trabalho e, consequentemente, exigem dos profissionais de saúde competências acrescidas no âmbito da prestação de cuidados e na procura pela qualidade em saúde. No caso particular do empoderamento em saúde, de acordo com OMS, dimensões como acesso, segurança, focalização no utente, satisfação, melhoria da saúde e continuidade dos cuidados, assumem particular relevância.

O empoderamento da pessoa, permite a expansão das suas capacidades e conhecimentos, de forma que este se sinta capaz de controlar tudo o que diz respeito à sua vida. É um processo essencialmente educativo, visa desenvolver a autonomia da pessoa para que assuma efetivamente a sua responsabilidade na questão da saúde, através de conhecimentos, atitudes e habilidades (Nobre et al., 2020).

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, de 1997, em Jacarta, promovida pela OMS, foi um marco para um novo paradigma, com o um reforço das políticas de promoção de saúde centradas na promoção da responsabilidade social da saúde e empoderamento dos indivíduos e comunidade (OMS, 1997). Assim o empoderamento surge como uma preocupação na governação em saúde, tendo vindo a adquirir uma importância crescente nos últimos anos no nosso país. Deste modo ações como a promoção de uma cultura de cidadania que vise fomentar a literacia e a capacitação dos cidadãos, com vista à autonomia e responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende, a realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, a promoção da participação ativa das organizações representativas dos interesses dos cidadãos, o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde orientadas para ações de cidadania em saúde, o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença e o desenvolvimento de programas de utilização racional e adequada dos serviços de saúde são propostas pela DGS em 2015.

No contexto clínico, Ouschan et al. (2000), apresenta o empoderamento como um processo que inclui três dimensões:

- Perceção de controle sobre a situação de saúde, por parte da pessoa;
- Participação no processo de decisão;
- Perceção da educação por parte da pessoa.

Estas dimensões indicam, a necessidade de os profissionais de saúde promoverem uma eficaz e assertiva comunicação com as pessoas, de forma a encorajar a participação, aprendizagem e desenvolvimento do sentido de controle da sua doença/problema de saúde (Ouschan, 2000).

A partir de 2001, inicia-se uma mudança no modelo de ação da enfermagem em Portugal. Na procura pela excelência dos cuidados em cada área de especialização, definiram-se os padrões de qualidade para prática especializada. Na especialidade de enfermagem perioperatória definiram-se seis enunciados descritivos com o propósito de servirem de referenciais para esta prática especializada: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a segurança da pessoa (OE, 2018). Nesta reformulação encontra-se bem presente a importância do papel

social da enfermagem atual. Ennis-O'Connor (2018) refere sete componentes essenciais: a informação, a alfabetização em saúde, a alfabetização digital, a autoeficácia, o respeito mútuo, a tomada de decisão partilhada e o ambiente facilitado.

O empoderamento surge na relação terapêutica como fruto de uma parceria estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, que enaltece as capacidades desta última. No que se refere à gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros são responsáveis por promover a aprendizagem como forma de aumentar os recursos pessoais, familiares e comunitários do doente para lidar com os desafios em saúde (OE, 2012). Assim, a pessoa torna-se um recurso essencial, e não um interveniente passivo no planeamento dos cuidados e na melhoria do seu estado de saúde (Gibson, 1991).

A criação de uma relação terapêutica enfermeiro-pessoa é um processo comum que vai permitir a criação de um ambiente de confiança, que aliado ao respeito mútuo, propiciará uma relação frutífera onde o planeamento dos cuidados é feito em conjunto (Lindwall & Von Post, 2009).

Já Gibson (1991) descreve o empoderamento em cuidados de saúde como um processo que envolve padrões de comportamento individuais e interrelacionais, decorrentes tanto do enfermeiro como da pessoa. Segundo ele o conceito de empoderamento no contexto de enfermagem, é multidimensional e complexo, podendo ser conceptualizado com a combinação de três dimensões:

- Domínio do cliente: Engloba os atributos relacionados com cliente (motivação, capacidade de aprendizagem, crescimento, autodeterminação, autoeficácia, sensação de controlo, desenvolvimento, mestria, conexão, melhoria da qualidade de vida, melhor saúde, senso de justiça social);

- Domínio da interação cliente-enfermeiro: Contempla atributos originados na relação de parceria estabelecida entre o doente e o enfermeiro (confiança, empatia, colaboração, tomada de decisão partilhada, definição de metas conjunta, cooperação, negociação, ultrapassar barreiras organizacionais, organização);

- Domínio do enfermeiro: Abrange os atributos focados no enfermeiro, nas crenças que possui e exerce (conselheiro, educador, consultor e mobilizador de recursos, agente facilitador, advogado, elemento que ajuda e apoia).

Os atributos anteriormente expostos, remetem para o pressuposto de que a saúde individual pertence a cada pessoa e os profissionais de saúde podem apenas ajudar na

promoção da saúde. A decisão da pessoa, deve ser respeitada, mesmo quando contrária ao conselho do profissional de saúde, pois esta deve ser livre nas suas escolhas (Gibson, 1991; Abelsson, 2020).

Observando estes pressupostos, facilmente se estabelece a ligação com a premissa defendida por Gibson (1991) e Ouschan (2000), de que a pessoa deve ter participação ativa no seu empoderamento, partindo da consciencialização de capacidades e comportamentos, fortalecidos ou aprendidos, como resultado de experiências vividas. O objetivo é que cada pessoa consiga decidir perante a ocorrência de eventos importantes na sua vida, sendo responsável por mobilizar os recursos necessários para controlar a situação. A capacidade de desenvolvimento e crescimento individual deve ser respeitada, a pessoa deve poder tomar as suas próprias resoluções, baseadas em informação/conhecimento fornecido pelo profissional de saúde, que deve apoiar a pessoa na utilização dos seus próprios recursos para a tomada de decisão (Gibson, 1991).

Assim também o empoderamento dos enfermeiros do perioperatório assume particular importância visto que, um enfermeiro “empoderado” é um enfermeiro consciente das suas capacidades e competências, sendo capaz de desenvolver com a pessoa e família uma relação terapêutica de interajuda e de respeito pela sua individualidade. O empoderamento do enfermeiro produz resultados positivos na satisfação profissional e na sua autonomia, no processo de tomada de decisão, no nível de stress, na qualidade dos cuidados e no comprometimento organizacional e profissional. Além do conhecimento, as interfaces das condições de trabalho e da visibilidade exercem poder sobre a prática autónoma do enfermeiro (Soares et al., 2020). O empoderamento pode surgir como agente potenciador ao levar conhecimento, por meio dos processos educativos promotor da autonomia do indivíduo, ou assumir um componente essencial no perfil do enfermeiro, principalmente se este ocupa cargos de gestão no contexto hospitalar (Machado et al., 2021). Deste modo, o conceito de empoderamento é fundamental nas organizações, pois resulta em inúmeros ganhos, para o enfermeiro, para a enfermagem, para o indivíduo e para a instituição (Teixeira et al., 2016). Uma maior satisfação profissional favorece a melhoria dos cuidados prestados (Moura et al., 2020). A criação de ambientes organizacionais em que o enfermeiro se sinta empoderado, proporciona sentimentos de satisfação profissional e comprometimento organizacional, conduzindo a elevados níveis de desempenho, nomeadamente, assistencial.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, surge como o elemento que mobiliza conhecimentos e habilidades fomentando a compreensão do processo, capacitando a pessoa para a reintegração familiar, social e para o autocuidado. Torna-se assim impossível dissociar o conceito de empoderamento com os padrões de qualidade e as competências específicas, pelo que intervenções como: criar uma relação de ajuda com a pessoa e família/pessoa significativa; recorrer a estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções, promotoras de esperança realista e do alívio da ansiedade e do medo; certificar que a pessoa compreende a informação que lhe permitirá exercer a autodeterminação e tomada de decisão; assegurar o cumprimento das recomendações éticas e legais inerentes ao consentimento informado; preparar a pessoa para potenciais alterações da imagem e redução de capacidades, como consequência do processo cirúrgico; estruturar um plano de instrução, ensino e treino promotor da capacitação, autogestão e recuperação; e providenciar mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade (OE, 2018), são a linguagem atual que define a importância do enfermeiro perioperatório no empoderamento e capacitação da pessoa e família em situação perioperatória.

Na prestação do cuidar perioperatório, sente-se a necessidade de recorrer a um referencial teórico que permita orientar a linha de pensamento crítico. Para tal, a Teoria das Transições, de Afaf Meleis, é bastante elucidativa no processo de transição saúde-doença, no qual o enfermeiro especialista tem o papel fulcral na capacitação da pessoa e família, numa transição saudável pela preparação/adaptação/capacitação da pessoa e família para potenciais alterações e diminuição de capacidades, subsequentes do processo cirúrgico.

A Informação e Comunicação na capacitação da Pessoa e Família

Para promover a capacitação da pessoa e família, é preciso criar condições para que seja possível a transmissão da informação e treino necessário e adequado a cada pessoa e situação. Para a autora Mendes et al., (2020) a CPOE é considerada uma intervenção relevante tanto para a pessoa e família/pessoa significativa como para os enfermeiros, pode ser entendida como o ponto de partida para a construção de uma relação

de confiança entre a pessoa e o enfermeiro, fundamentando a abordagem dos cuidados centrados no utente.

Esta informação pode ser transmitida de diferentes formas, por exemplo, em folhetos entregues antes da cirurgia, com recurso a vídeos, através de websites ou através de uma abordagem pessoal e estruturada. A informação transmitida no pré-operatório pode influenciar significativamente os outcomes dos clientes, especialmente se for estruturada e personalizada de acordo com as necessidades e expectativas destes.

A informação transmitida antes da cirurgia pode diminuir substancialmente a dor percecionada no período pós-operatório, bem como, ajudar os utentes a tomar decisões e fazer escolhas informadas em relação à sua recuperação. Considera-se que o ensino pré-operatório pode ser entendido como uma forma de a pessoa adquirir conhecimento e habilidade para participar na sua recuperação de forma responsável.

A AESOP (2012) propõe que seja realizada a CPOE com o objetivo informar a pessoa acerca de todos os procedimentos desde a admissão até à alta (garantindo o envolvimento da família ou de um adulto idóneo e responsável), oferecer informação escrita com as indicações pré-operatórias e iniciar o ensino sobre os cuidados a ter após a alta, devendo estes ser validados posteriormente no follow-up após a cirurgia.

Há evidência de que “manter um contato prévio com a pessoa que se submeterá a uma cirurgia representa um momento muito importante, uma vez que a explicação sobre os procedimentos a que a pessoa será submetida será de grande ajuda para diminuir os seus receios, a sua insegurança e a apreensão por ela sentida” (Jorgetto, Noronha & Araújo, 2004, p.274).

Num estudo sobre “a informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: perceção da pessoa” em que o objetivo seria identificar a importância da informação transmitida na consulta e identificar o contributo da informação para a colaboração da pessoa na sua recuperação, conclui que estas consideraram muito importante a informação transmitida. Os resultados sugerem que utentes mais informados percebem melhor a sua responsabilidade na recuperação e colaboram mais nos cuidados pós-operatórios, o que favorece o processo cirúrgico e a melhoria dos outcomes (Mendes, et al., 2020).

Considerando a comunicação como a base do processo educacional da pessoa em situação perioperatória, uma comunicação eficaz torna-se fundamental, para promover a

autonomia e capacitação da pessoa e família/pessoa significativa, bem como, promover a segurança e a prevenção de ocorrência de situações desagradáveis e/ou erros.

A comunicação é um processo intrínseco do ser humano, imprescindível para a sua evolução cultural, intelectual e humana, uma vez que através dela as pessoas desenvolvem a interação entre si e o ambiente em que se encontram (Mendes D. et al., 2020 as cited in Paes & Maftum, 2013). Sendo uma parte fundamental da formação do ser humano, a comunicação sobressai e apresenta-se como elemento essencial na realização de cuidados de enfermagem.

Esta é uma ferramenta básica na avaliação inicial do utente, uma das etapas essenciais do processo de enfermagem, pois, permite a colheita sistematizada de informações referentes à condição de saúde atual e antecedentes do utente, de forma a possibilitar um adequado planeamento de cuidados numa abordagem holística. (Mendes D. et al., 2020 as cited in Potter et al, 2018).

A comunicação também apresenta caminhos para um atendimento humanizado através de atitudes positivas desenvolvidas na relação interpessoal, que reduzem a impessoalidade e aumentam a proximidade do profissional de enfermagem com os seus utentes (Mendes D. et al., 2020).

A segurança do doente constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do séc. XXI. O reconhecimento da ocorrência de erros ou incidentes adversos com consequências graves para os doentes e para as instituições de saúde, levou a OMS a nomear comissões centradas na identificação de situações de risco e na elaboração de soluções que possam servir de recurso para a prevenção dessas situações. O resultado dos trabalhos destas comissões tornou evidente a importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados (Santos, et al., 2010). Integrada no Plano Nacional de Segurança dos Doentes (PNSD 2021-2026), que se encontra estruturado em cinco pilares, a comunicação corresponde ao terceiro pilar e é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Diário da República, 2021).

Entre os objetivos estratégicos: otimizar a comunicação intra e interinstitucional, melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados e adequar a

comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador. Este último objetivo, está intimamente ligado com a questão da perceção do doente sobre a comunicação com os profissionais e informação transmitida, se efetivamente vai de encontro às reais necessidades do utente, família/pessoa significativa, de forma a possibilitar a capacitação do utente.

Segundo o artigo “Comunicação em saúde e a segurança do doente, problemas e desafios”, as autoras, (Santos et al., 2010), identificam os principais problemas relacionados com a comunicação e algumas formas de prevenção. São especificamente referidos, problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes e a comunicação entre e intra equipas de saúde. Realçam por um lado a necessidade da comunicação descentrada do profissional e centrada no doente, respeitando-o como um elemento ativo no seu processo de saúde, doença e tratamento e, por outro lado, a importância da comunicação consistente e efetiva entre os profissionais de saúde (intra e inter equipas), quer em situações especialmente críticas, como são os handover, quer no seu funcionamento diário. As falhas na comunicação podem ser causa de diminuição da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento e de danos potenciais para os doentes.

Entre os obstáculos transversais à qualidade da comunicação foi referida a falta de formação e treino dos profissionais de saúde. Realçam que a adequação da informação às necessidades de cada utente contribui para aumentar a satisfação deste, aumentar a adesão, reduzir sintomas psicológicos como a ansiedade e diminuir o tempo de recuperação após cirurgia. Segundo as conclusões de vários estudos as competências comunicacionais deverão ser entendidas como parte integrante da formação dos profissionais de saúde e, tal como acontece com outras competências de ordem técnica e clínica, deverão ser sistematicamente avaliadas e atualizadas (Santos M. et al., 2010).

Num outro estudo sobre “A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: perceção do cliente” que consistiu na avaliação da CPOE na ótica do cliente em relação à informação transmitida e à influência da mesma na colaboração do cliente nos cuidados pós-operatórios, integrados num programa de cuidados perioperatórios multidisciplinares que visa melhorar a recuperação pós-operatória, (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS). Segundo as autoras do artigo (Mendes et al., 2020), os clientes submetidos a cirurgia colorretal, apresentam um conjunto de necessidades de informação específicas, pelo que se considerou importante adequar a

estrutura da consulta e os conteúdos ao tipo de intervenção cirúrgica proposta para cada cliente. O período pré-operatório é uma fase em que os clientes experienciam níveis de ansiedade significativos, pelo que a existência de um programa estruturado de transmissão de informação acerca do processo cirúrgico pode contribuir significativamente para a diminuição da ansiedade e medo do cliente. Vários estudos confirmam que as intervenções de enfermagem de ensino pré-operatório reduzem a ansiedade e são efetivas no controlo do medo em utentes que são submetidos a cirurgia.

Referem que a comunicação e a informação transmitidas pelos profissionais de saúde têm sido mencionadas em inquéritos de satisfação como pontos muito valorizados pelo utente. Pelo contrário, a transmissão de informação nos momentos que antecedem a cirurgia, enfrenta muitas barreiras já descritas na literatura, como a falta de concentração dos utentes ou as suas expectativas e fantasias em relação ao que vai acontecer, pode originar dificuldade em reter a maior parte da informação. Também o envolvimento da família em todo o processo cirúrgico tem sido relatado como um aspeto positivo para que o utente se sinta mais seguro e mais participativo nos cuidados. Desta forma, os resultados sugerem que um maior nível de informação contribuiu para uma postura mais ativa por parte do utente na sua recuperação.

Outros estudos revelaram que alguns utentes, depois da cirurgia, apresentaram dificuldade em recordar-se da informação que lhes foi transmitida durante a consulta, por já ter passado algum tempo, o que alerta para a necessidade de manter a intervenção de ensino durante o internamento cirúrgico. Conhecer a perceção do utente em relação à informação que lhe é transmitida no período pré-operatório é crucial para que esta informação seja de acordo com as reais necessidades do utente. Um estudo alertou para a lacuna entre o que os profissionais de saúde consideraram ser a informação importante a transmitir e o que realmente são as suas necessidades de informação. Considerar estas necessidades de informação específicas permitirá adequar o conteúdo por forma a esclarecer as dúvidas dos utentes, bem como, antecipar possíveis experiências ao longo do processo cirúrgico.

Atendendo ao programa ERAS, a transmissão de informação pretende captar o envolvimento ativo do cliente na sua recuperação e, desta forma, acelerar o seu processo, pelo que aspetos como: estratégias de gestão da dor, mobilização precoce, reintrodução alimentar precoce, remoção de drenos e preparação para a alta são considerados temas

cruciais. Um outro estudo, referenciado pelas autoras, realizado no âmbito do programa ERAS no Reino Unido revelou que os utentes apreciaram receber informação que lhes permitiu gerir a sua própria recuperação e estabeleceu uma relação direta entre as ações educativas no pré-operatório e a parceria instituída no pós-operatório entre o utente e os enfermeiros. A consulta de enfermagem centrada no ensino pré-operatório, de acordo com o programa ERAS, torna os utentes cada vez mais cientes da sua responsabilidade no processo de recuperação, o que promove a sua participação ativa.

Como limitações do estudo, referem a técnica de amostragem, que permite inferir algumas considerações, mas não permite generalizar os conhecimentos da temática do estudo. Propõem a necessidade de continuidade de estudos que permitam avaliar a pertinência da informação transmitida no pré-operatório em outras áreas cirúrgicas para perceber que temas deveriam ser incluídos nos ensinamentos de acordo com a perspetiva do utente. Este estudo concluiu que os clientes consideraram muito importante a informação transmitida durante a consulta de enfermagem pré-operatória, quanto mais informados, melhor percebem a sua responsabilidade na recuperação e mais colaboram nos cuidados pós-operatórios, favorecendo assim o processo cirúrgico e a melhoria dos *outcomes*.

Paralelamente a comunicação em todo seu contexto, seja ela verbal ou não verbal, é indispensável para a atuação de enfermagem, influenciando a elaboração dos cuidados e a sua humanização, a troca de informações efetivas entre a equipe e profissional/utente e família, a competência dos líderes de enfermagem, podendo promover cuidados e mudanças mais eficientes, contribuindo também para a redução de erros e danos tanto para a equipe quanto para o utente. Foram apontadas algumas dificuldades relacionadas à comunicação verbal/ não verbal, sejam na atenção da equipe ao transmiti-la durante as passagens de turno ou na realização de procedimentos e ações de enfermagem, ou por deficiência do profissional ao se comunicar adequadamente. Também diferenças culturais, de linguagem (verbal ou não verbal), problemas de interpretação do utilizador, a objetividade da mensagem transmitida, as interrupções geradas pelo ambiente, entre outros, são alguns fatores que dificultam a comunicação (Mendes, et al., 2020).

Considera-se que através do conhecimento das reais necessidades de informação, características e expectativas dos utentes, pode ser possível desenhar uma intervenção de enfermagem centrada no utente para a obtenção de melhores resultados em saúde e maior nível de satisfação. No que respeita aos principais contributos para a enfermagem,

salienta-se que ao avaliar a consulta pré-operatória pela perspetiva do utente, identificando a importância da informação transmitida na consulta e o contributo que a mesma pode ter na participação do utente nos cuidados, promove-se uma cultura de melhoria contínua. (Mendes D. et al., 2020).

A análise destes artigos, permite inferir sobre a consistência quanto à necessidade de estabelecer uma adequada comunicação entre e intra equipas de saúde e entre os profissionais de saúde e o utente. Para que o utente possa ter uma atitude ativa no seu processo de recuperação, o profissional de saúde deve garantir uma comunicação centrada no utente, respeitando-o como um elemento ativo no seu processo de saúde, doença e tratamento. Posto isto, considero que existe uma forte ligação entre todos os conceitos abordados, pois, para que haja uma comunicação eficaz, é necessário que o profissional de saúde, possua competências de comunicação, identifique e reconheça as reais necessidades de informação da pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a sua capacitação, contribuindo assim para a segurança de todos e para a melhoria contínua dos cuidados.

A Cirurgia Proctológica em regime de ambulatório e a capacitação da Pessoa e Família

Dado que me encontro a desempenhar funções numa unidade de cirurgia de ambulatório onde ainda não se realiza a CPOE, desenvolvi o especial interesse pela capacitação da pessoa submetida a cirurgia proctológica com o objetivo de “capacitar a pessoa e família/pessoa significativa para a melhor gestão da experiência cirúrgica”.

Assim procurei perceber de que forma poderia melhorar a informação pré e pós-operatória, os ensinamentos, a comunicação, pois verifico que estes utentes maioritariamente jovens, se encontram ansiosos e desconfortáveis, por diversas razões, nomeadamente, o local anatómico a intervencionar, o posicionamento cirúrgico (posição de litotomia – com exposição dos órgãos pélvicos e região anal), défice de informação, por vezes presença de dor e desconforto perianal. Também a preparação pré-operatória à chegada ao serviço, com a aplicação de clister (para esvaziar a ampola rectal), são aspetos que geram desconforto e diminuem a sua privacidade.

A cirurgia Proctológica é uma área médica que se dedica às doenças do reto e do ânus, que é partilhada pela especialidade médica de cirurgia geral e gastroenterologia. Em

muitos casos, tanto um cirurgião geral como um gastroenterologista podem fazer a abordagem destas doenças, embora existam tratamentos específicos da gastroenterologia e tratamentos específicos da cirurgia geral.

Nas doenças do reto e ânus, os principais sintomas que levam os doentes a consultar o proctologista são: dor, saída de sangue pelo ânus, tumefações (inchaços) locais, modificação dos hábitos intestinais. Estes sintomas podem ser sinais de diversas doenças benignas muito comuns como: hemorroidas, abscessos, fístulas e fissuras anais, sendo que as hemorroidas são a doença mais frequente da área da proctologia. Podem não ter sintomas, mas em cerca de 50% dos casos pode haver queixas que interferem com a qualidade de vida. As hemorroidas são dilatações de vasos sanguíneos, salientes no canal anal e podem ser: externas, quando se localizam em redor do ânus, ou internas, que, dependendo da sua gravidade, podem ou não ser visíveis. As queixas mais frequentes relacionadas com hemorroidas são: perda de sangue vivo pelo ânus, geralmente após a evacuação; presença de uma tumefação e dor que habitualmente se apresenta como um desconforto.

O tratamento começa geralmente pela adoção de hábitos de vida saudável, com exercício físico e modificações da dieta aumentando a quantidade de líquidos e fibras. É também importante modificar hábitos intestinais, corrigindo a obstipação, seja pela alimentação ou, em alguns casos, com recurso a laxantes. Para alívio de sintomas podem-se usar ainda os banhos de assento e medicamentos. No caso de não existirem melhorias, podem estar indicadas opções cirúrgicas. As fístulas perianais, são pequenos canais que se formam entre o intestino e a pele. Muitas fístulas perianais devem-se à obstrução de canais de drenagem de glândulas da parede do canal anal que estão junto aos esfíncteres anais. Esta obstrução provoca uma inflamação e induz a formação de uma fístula trajeto fistuloso. Normalmente, esse trajeto vai em direção à superfície corporal e abre ao nível da pele drenando o conteúdo. No entanto, muitas vezes é necessário intervir, fazer uma incisão e drenagem adequada e um tratamento com antibióticos. As fissuras anais, são muitas vezes uma lesão única e localizam-se na linha média posterior do ânus. Podem ser agudas, quando aparecem subitamente ou crónicas, quando estão presentes há algum tempo ou aparecem e desaparecem com frequência. As fissuras anais surgem com frequência em doentes com obstipação e devem-se ao traumatismo provocado pelo esforço durante a defecação e à emissão de fezes duras e volumosas. Muitas vezes, as

fissuras anais cicatrizam espontaneamente. Em outros casos, é necessário um tratamento médico e, por vezes, um tratamento cirúrgico.

Quando a cirurgia é necessária, existem diversas opções nestas doenças, desde a cirurgia mais clássica, em que, no caso das hemorroidas e das fístulas perianais se faz a sua remoção, até outras, menos invasivas, como o tratamento das hemorroidas por laqueação ou coagulação ou, mais recentemente, por cirurgia a laser. A cirurgia a laser é feita quase sem incisão ou remoção de tecidos, esta tecnologia permite tratar de uma forma praticamente não invasiva e, portanto, com menos dor, sobretudo no pós-operatório. A evolução tecnológica tem vindo a disponibilizar novas soluções para o tratamento das doenças do reto e ânus e que já não obrigam aos processos de recuperação prolongados, com inatividade e impacto importante na qualidade de vida (Costa, 2020).

Num estudo sobre “Cirurgia Ambulatorial em Proctologia: análise retrospectiva de 437 casos clínicos de patologias anorretais” os autores Saad-Hossne, Prado, e Bakonyi-Neto, (2005), ao verificarem que o número de cirurgias ambulatoriais cresce a cada dia, verificaram a distribuição por faixa etária, sexo, patologias e complicações pós-operatórias. Como resultados, obtiveram predomínio de pacientes com idade inferior a 45 anos (62,8%), prevalência do sexo feminino (56%), sendo a doença hemorroidária (45,1%) a principal patologia e a dor e sangramento as complicações mais frequentes (9,8% e 7,3%). As principais conclusões indicaram resultados satisfatórios, pois demonstram a possibilidade de realização em ambulatório de diversos procedimentos simples em patologias anorretais frequentes, a baixo custo com poucas complicações, sendo estas não eram superiores às observadas em cirurgia hospitalar.

Num estudo publicado em 2021, por Carrilho, Pontífice-Sousa, Marques, sobre “Programa ERAS® - Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia colorretal”. Realizou-se uma Scoping Review de publicações no período entre 2009 e 2019, segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute, com base na questão de pesquisa: “Quais os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia colorretal. Foram selecionados 13 artigos que evidenciam uma adaptação e uma complementaridade nos cuidados de Enfermagem assegurados pelo Enfermeiro coordenador do programa e Enfermeiro Estomaterapeuta. No pré-operatório destaca-se como intervenção o ensino e otimização da pessoa, no intra-operatório, uma abordagem minimamente invasiva com gestão multimodal da dor e no período pós-operatório, um retorno precoce da alimentação,

reabilitação e acompanhamento telefônico aquando da alta. Conclui-se, portanto, que os enfermeiros desempenham um papel crucial na adoção e sustentação das práticas clínicas sugeridas pelo programa verificando um impacto positivo na experiência cirúrgica dos pacientes de colorretal. Este programa surge como uma abordagem multimodal, baseado na evidência científica, que contempla um conjunto de orientações referentes ao período perioperatório. Os primeiros protocolos surgiram na área da cirurgia colorretal, e expandiram-se rapidamente às outras especialidades cirúrgicas por apresentar vantagens significativas para o paciente e para as organizações, das quais se enumeram: diminuição da taxa de complicações, redução do tempo de internamento e redução dos custos em saúde.

Posto isto, a análise dos estudos reforça a vantagem de se efetuarem cirurgias anorretais em regime de ambulatório, bem como, a importância da informação pré-operatória e dos ensinamentos realizados pelos enfermeiros ao longo do perioperatório, na capacitação da pessoa e sua família/pessoa significativa, para o favorecimento de todo o processo cirúrgico, assim como na sua recuperação. Deste modo, torna-se evidente que capacitar a pessoa e família/pessoa significativa submetida a cirurgia proctológica exige uma conduta baseada na evidência científica, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem mais seguros e de qualidade.

*Tornar-se especialista em Enfermagem Perioperatória:
“Da formação à capacitação da pessoa submetida a cirurgia proctológica em regime de ambulatório.”*

CAPÍTULO II – TORNAR-SE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

1. CUIDAR NA SALA OPERATÓRIA: UM PERCURSO PROFISSIONAL

Comecei a desempenhar funções em 2005, num serviço de Medicina Interna e iniciei a minha atividade profissional no Bloco Operatório (BO) em 2010 após ter realizado uma Pós-Graduação de “Enfermagem em Instrumentação Cirúrgica” em 2009, que proporcionou a minha transferência de serviço. Na minha formação de base, o contacto com o BO foi muito curto, no entanto, suficiente para me despertar curiosidade e interesse, daí ter frequentado a pós-graduação que me possibilitou aquisição de conhecimentos específicos nesta área. Durante cerca de dez anos mantive a minha atividade profissional no BO, entre 2010 e 2021, sendo concedida a minha transferência para a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) em abril de 2021, local onde exerço funções atualmente há cerca de três anos.

Considero ambos os serviços, locais de excelência para desenvolver a minha atividade profissional, pois são áreas muito estimulantes, na medida em que a novidade é uma constante o que implica uma grande capacidade de adaptação e aquisição de novos conhecimentos. Abrange diversas especialidades cirúrgicas, conhecimentos de anestesiologia, bem como, a execução de diferentes funções, nomeadamente, enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). Este local exige também o domínio de competências técnicas e científicas, versatilidade, curiosidade, capacidade de trabalho em equipa, de manter uma comunicação eficaz quer com a equipa multidisciplinar quer com a pessoa em situação perioperatória. Também envolve a articulação com diversos serviços do hospital, nomeadamente, imagiologia, esterilização, imunohemoterapia, farmácia, aprovisionamento, serviço de instalação e equipamentos, para que tudo decorra com a máxima coordenação e segurança.

Não obstante, a componente humana é fundamental, a pessoa a vivenciar uma experiência cirúrgica e sua família/pessoa significativa encontram-se vulneráveis, pelo que devemos manter uma atitude empática, atenta e sensível, permitir o esclarecimento de dúvidas e receios de modo a reduzir estes sentimentos, melhorando assim a sua experiência cirúrgica. Cuidamos de utentes ao longo de todo o ciclo vital, o que torna esta área bastante interessante e enriquecedora. Posto isto, trabalhar na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória é para mim muito gratificante e desafiador, por isso, o ingresso neste curso detém um enorme significado na procura de atualização de

conhecimentos, após treze anos de experiência nesta área. O caminho que pretendo seguir é o da melhoria contínua, no sentido de me aproximar da excelência dos cuidados propostos pela OE, tornando-me um elemento completo, que além dos conhecimentos práticos da experiência clínica, sustenta a sua atividade na melhor evidência científica.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO BO

O BO é um serviço muito específico que possui um conjunto de saberes muito distintos pelo que o enfermeiro deve estar preparado quer a nível técnico, quer científico para prestar cuidados de excelência à pessoa que a ele recorre.

Cabe ao enfermeiro/a do perioperatório, desenvolver capacidades de prestar cuidados de qualidade à pessoa na sua globalidade, em qualquer das funções que execute, trabalhar numa equipa multiprofissional, participar na humanização do bloco operatório e colaborar na organização e gestão do mesmo. Este assume várias funções: enfermeiro de anestesia, circulante, instrumentista e enfermeiro da UCPA. Estas quatro funções embora diferentes são complementares e devem ser adquiridas competências específicas para o desempenho de cada uma delas (AESOP, 2006).

Foram inúmeras as aprendizagens adquiridas ao longo destes anos de atividade em enfermagem perioperatória, tendo iniciado o meu percurso pela UCPA. O primeiro contacto foi a prestação de cuidados pós-operatórios imediatos, sendo alvo da minha atenção, diferentes tipos de doentes cirúrgicos, desde crianças (especialidade de otorrinolaringologia e ortopedia), puérperas, adultos e idosos.

Função de Enfermeiro da UCPA

Este enfermeiro tem como função proporcionar uma avaliação crítica e permanente do pós-operatório dos utentes, antecipar e prevenir complicações anestésicas e cirúrgicas e possibilitar uma atuação imediata, se estas complicações surgirem (AESOP, 2006).

Para cumprir com estes propósitos, tive preocupação em conhecer protocolos existentes, tipos de anestesia, as várias especialidades cirúrgicas, consultar antecipadamente o plano cirúrgico com o intuito de me preparar o melhor possível para os cuidados a prestar. Sempre executei a monitorização de todos os doentes segundo o protocolo/norma existente no serviço, documentando os cuidados de enfermagem no

sistema informático existente (PACU - post operator care unit), mantendo uma vigilância/observação atenta dos vários parâmetros hemodinâmicos, estado de consciência, controlo da dor, náuseas e vômitos, diurese, drenagens, penso cirúrgico, função motora e perfusões.

A pessoa nesta fase encontra-se particularmente vulnerável, pelo atendo diariamente às suas necessidades individuais (nomeadamente, controlo da dor, melhorar o posicionamento, esclarecer dúvidas) de modo a promover o máximo de conforto e bem-estar. No momento da alta, cumprio os critérios de alta instituídos, nomeadamente, preenchimento da escala de Aldrete (utilizada para avaliar a recuperação pós-anestésica da pessoa submetida a anestesia), a escala de coma de Glasgow, reavaliação da dor, escala de Braden e escala de Morse, além de transmitir toda a informação relevante no sentido de assegurar uma eficaz continuidade dos cuidados.

Nesta unidade, é função do enfermeiro de UCPA, a execução de várias atividades diárias relacionadas com a organização e gestão do trabalho como: a verificação de cada unidade (relativamente ao funcionamento de material de monitorização, material de aspiração se necessário, verificação diária do carro de emergência, registo da temperatura do frigorífico que contém fármacos, reposição do stock de medicação e carro de apoio à execução de pensos e de colheitas de sangue. De referir que o enfermeiro da UCPA deve apresentar um domínio de conhecimentos e experiência capazes de prevenir e controlar complicações, bem como, efetuar uma eficaz gestão de vagas na unidade para que o trabalho decorra com a máxima segurança e qualidade.

Função de Enfermeiro de Anestesia

Nesta função iniciei o primeiro contacto com a sala operatória, e toda a dinâmica implícita ao seu bom funcionamento. O enfermeiro do bloco operatório funciona como advogado do doente que além de possuir conhecimentos técnicos, deve ser responsável pela criação de um ambiente seguro, caloroso, tranquilo e eficiente, em que a equipa cirúrgica possa trabalhar de modo a dar o melhor resultado a cada utente (Phipps, et al.,1995).

O enfermeiro de anestesia verifica os dados relativos ao “utente certo, procedimento certo e local certo”. Após efetuar a minha identificação perante o doente, este é questionado quanto ao seu nome e data de nascimento, comparando a sua resposta

com a informação que consta na vinheta (nome, data de nascimento e número de processo) na pulseira identificativa. De seguida, preenche-se a lista de verificação pré-operatória (antecedentes pessoais, patologias, medicação habitual, presença de alergias) e verifica-se a validade consentimento informado livre e esclarecido para o ato cirúrgico e anestésico, esclarecendo alguma dúvida que possa surgir. Explico o percurso a fazer até a sala de indução e tempos de espera, conduzindo a pessoa em segurança, assegurando o conforto e privacidade. Nem sempre existiu no serviço o enfermeiro do acolhimento, pelo que esta função era assegurada pelo enfermeiro de anestesia.

No decorrer da minha atividade como enfermeira de anestesia, verifico o plano operatório e equipa, confirmo a identidade do doente, o tipo de cirurgia e necessidades especiais para a cirurgia. Questiono sobre a técnica anestésica junto do anestesiológista, preparando todo o material necessário para o ato anestésico, confirmo as condições ambientais e de higiene da sala para a receção do doente, providencio a chegada da pessoa ao bloco operatório em tempo útil e faço o acolhimento. Nesta fase do acolhimento torna-se imprescindível atender a pessoa com as suas particularidades e considerar todos esses aspetos no planeamento dos cuidados de enfermagem durante o período intraoperatório, assegurando assim que a pessoa sinta confiança na equipa cirúrgica.

Na sala operatória, realizo a confirmação diária da checklist implementada relativa ao material de anestesia, verifico o carro de anestesia material e fármacos e executo a verificação diária e teste do ventilador. Colaboro com o anestesiológista em todos os procedimentos, na preparação e administração de fármacos anestésicos e outros (usando a dupla confirmação), na confirmação de reserva de hemoderivados e sua administração caso a situação o indique, na monitorização e posicionamento do doente, na colocação de equipamento para manutenção da normotermia intraoperatória, na execução de procedimentos de monitorização invasiva como: colocação de cateter epidural, arterial ou acesso venoso central. Coopero na execução das diferentes técnicas anestésicas utilizadas (anestesia geral, anestesia geral intravenosa, loco-regional, epidural, bloqueio de plexos e nervos periféricos, sedação e local), colaboro nas fases da indução, manutenção e reversão da anestesia, fazendo uma observação e vigilância intensiva dos parâmetros vitais, atuando no controlo da dor e na deteção e prevenção de complicações.

Efetuo os registos de enfermagem, colaboro no transporte e transferência da pessoa para a UCPA ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), transmitindo todas as informações relevantes para a continuidade dos cuidados. Providencio a chamada do próximo doente e verifico todo o equipamento anestésico necessário para o ato anestésico, repetindo todo o procedimento, realizo a reposição de stock de fármacos e material consumível gasto durante e no fim do programa cirúrgico.

Assumo funções de anestesia em todas as especialidades existentes (cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, ginecologia e obstetrícia, otorrinolaringologia, urologia e ortopedia), também nas cirurgias de urgência e em situações emergentes, que exigem elevado domínio e controlo do stress, rapidez de ação e máxima concentração, de forma a prestar os melhores cuidados à pessoa e prevenir a ocorrência de erros. Dada a necessidade de me sentir segura, confiante e eficiente, sempre fiz atualizações de conhecimentos nesta área realizando as ações de formação do serviço de Anestesiologia, bem como, atualização do Curso de Suporte Avançado de Vida de Adulto e Neonatal. Percebi desde logo que esta área é sem dúvida bastante exigente e requer do profissional, competência, dedicação e muita atenção, dado o elevado risco de erro.

Função de Enfermeiro Circulante

O enfermeiro circulante cuida da pessoa de uma forma holística, dando resposta às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança, e atende a equipa cirúrgica organizando, gerindo e controlando todo o trabalho da sala de operações, de modo, a que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para a pessoa e equipa cirúrgica (AESOP, 2006).

Como enfermeira circulante, sou responsável por verificar as condições ambientais da sala e higienização, a funcionalidade dos equipamentos (focos, equipamento de eletrocirurgia, marquesa...), todo o material necessário à intervenção (instrumental cirúrgico e consumíveis), adaptação da sala operatória a cada tipo de cirurgia e às necessidades da pessoa e da equipa cirúrgica. Realizo a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC). Colaboro no posicionamento e aplico a placa de eletrodo neutro, algália (se necessário), auxílio a equipa cirúrgica a vestir a roupa estéril, na desinfeção da pele e colocação de campos cirúrgicos. Executo a abertura de material estritamente necessário de forma a evitar desperdícios, conecto os diferentes materiais

estéreis a unidades não estéreis, otimizó os focos de luz operatórios e mantenho o recipiente de sujos acessível à equipa. Mantenho a sala limpa e organizada durante todo o procedimento e as portas fechadas, estou atenta a manutenção da assepsia e antecipo a necessidade de compressas, suturas, soro quente entre outros materiais necessários ao procedimento. Realizo os registos intraoperatórios, executo a contagem de compressas, recolho peças operatórias e outros produtos biológicos, acondiciono-os e procedo aos devidos registos, cumprindo o protocolo. Colaboro na realização do penso cirúrgico e no despertar do doente, acompanhando-o até a UCPA ou UCI. Faço o encaminhamento do instrumental utilizado para a esterilização e entro em contacto com a mesma caso haja prioridade de material, alguma avaria ou inconformidade do mesmo. Verifico a limpeza da sala, e reorganizo a mesma para que fique pronta a receber o próximo doente, reponho o stock da sala durante e no final do turno.

Exerço a função de enfermeira circulante na especialidade de cirurgia geral (cirurgia da tiroide e da mama; gastroesofágica; colorretal e hepatobiliar), na ginecologia e obstetrícia, na cirurgia plástica e em otorrino. Também nas cirurgias de urgência relativas às especialidades mencionadas.

Função de Enfermeiro Instrumentista

Este elemento tem como função, prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra sem interferências (AESOP 2006). Ele deve possuir conhecimento da técnica asséptica, aptidão e destreza manual, resistência física e capacidade de trabalhar sob pressão, ser rigoroso e responsável na realização de cuidados ótimos à pessoa (Phipps, et. al, 1995).

Como enfermeira instrumentista, sou responsável pela desinfeção cirúrgica das mãos, preparar todo o material cirúrgico, manter o campo operatório estéril, preparar as mesas operatórias, manter e vigiar a técnica asséptica cirúrgica, responsabilizar-me pelos dispositivos médicos utilizados (instrumentos, compressas, suturas, máquinas de sutura, entre outros). Assisto a equipa cirúrgica, colaboro na desinfeção do campo operatório e na colocação dos campos, transfiro instrumentos em posição funcional, procuro antecipar tempos cirúrgicos, respeito a especificidade de cada tempo cirúrgico, preparo próteses, drenos ou outros materiais necessários. Confirmo a contagem de compressas em colaboração com a enfermeira circulante e comunico em voz alta para toda a equipa,

realizo ou colaboro na realização do penso cirúrgico. Recolho e verifico todo o material utilizado acondicionando-o devidamente, transmito a necessidade de algum arranjo ou substituição.

As especialidades cirúrgicas em que exerço a função de enfermeira instrumentista, foram todas as inumeradas no ponto anterior. Comecei pela função de enfermeira circulante e posteriormente assumi de modo gradual a função de instrumentação. Depois de consolidado o treino e conhecimento de circulante e também o conhecimento do procedimento cirúrgico. Iniciei pelos procedimentos mais simples até aos mais complexos. Estes últimos, exigem do profissional muita dedicação, preparação, treino, competência, rigor, destreza manual, capacidade de concentração, foco e resistência. São também realizadas em menor número, pelo que representam um entrave no processo de aprendizagem, ao mesmo tempo, são extremamente estimulantes, pois colocam à prova a minha capacidade de superação.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA UCA

A minha experiência profissional na UCA, embora recente, conta com a bagagem acumulada no BO, que me permite estar apta a desempenhar várias funções do enfermeiro do perioperatório. Nas especialidades de cirurgia geral, otorrino, ginecologia e cirurgia plástica, executo todas as funções (anestesia, circulante e instrumentista), estando igualmente apta para assumir a UCPA.

Fui integrada nas funções de anestesia e circulante na especialidade de oftalmologia e estomatologia pois não tinha contacto prévio.

Recentemente encontro-me em integração na especialidade de ortopedia, na função de enfermeira instrumentista após ter concluído a integração na função de enfermeira circulante. Realizamos diversas cirurgias ortopédicas: cirurgia da mão, pé, ombro, joelho, cirurgia artroscópica, cirurgia endoscópica da coluna, discectomia lombar e cervical, pelo que me encontro em processo de aprendizagem e evolução.

Considero a UCA um serviço bastante interessante pois, o avanço das técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, bem como, a evolução dos procedimentos anestésicos, propiciam o desenvolvimento destas unidades que muito beneficiam a pessoa e suas famílias. A pessoa é operada e regressa ao domicílio no próprio dia ou 24 horas após, terminando a sua recuperação em casa junto da família. Este serviço permite uma relação

mais próxima entre o profissional, a pessoa e a sua família. Para que tudo decorra com a máxima segurança e eficácia seria muito importante a existência da CPOE, que embora ainda não seja realizada no serviço onde trabalho, prevê-se a sua operacionalização para breve e na qual pretendo dar o meu contributo.

Assim direcionei os estágios e trabalhos desenvolvidos para a informação, capacitação e empoderamento da pessoa e família/pessoa significativa, pois considero que a este nível muito se poderá fazer para melhorar a qualidade dos cuidados, além de preencher uma lacuna percecionada desde que iniciei a minha atividade profissional na UCA.

2. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

O plano de estudos do Curso de Mestrado engloba a realização de dois Ensinos Clínicos, o Ensino Clínico I - “Cuidar na Sala Operatória” ao qual obtive creditação mediante a realização de um relatório, no qual descrevi a minha experiência profissional e onde demonstrei apresentar várias competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória.

O Ensino Clínico II - “Estágio com Relatório”, composto por três Módulos: módulo I - Cirurgia de Ambulatório e o módulo II - Estágio de Opção, que decorreram numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal. O Módulo III culmina com a realização do presente relatório. Os ensinos clínicos decorreram entre 25 de novembro de 2022 e 6 de junho de 2023, num total de 810 horas, das quais 540 horas correspondem a horas de contacto em contexto clínico, sob tutoria de um Enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e sob orientação da Professora Doutora Luísa Santos.

O estágio é certamente um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais, implicando a articulação de processos de reflexão (para, na e sobre a ação). Durante o período de estágio, adotei uma postura profissional caracterizada pela transformação do conhecimento com recurso a métodos e estratégias dinâmicas e interativas como a observação, a reflexão e análise crítico-reflexiva baseada nas evidências científicas mais atuais como forma de desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes profissionais avançadas na área de especialização à pessoa em situação perioperatória.

A seleção dos campos de estágio teve por base o reconhecimento destes serviços, como referências em termos de atualização e implementação de boas práticas de cuidados de saúde, indicados para o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. Deste modo proceder-se-á à sua apresentação e caracterização.

Os estágios decorreram numa unidade hospitalar que pertence à região norte do país e integra duas unidades hospitalares distintas, abrange doze concelhos de quatro distritos, prestando cuidados de saúde a uma população residente de aproximadamente 520 000 habitantes, representando cerca de 14,2% da população da região norte de Portugal. Esta unidade hospitalar, integra duas unidades de cirurgia de ambulatório desde 2010, sob orientação de um diretor de serviço e uma enfermeira gestora.

Ambas as unidades são estruturalmente semelhantes, uma das unidades é constituída por duas salas operatórias e a outra com três salas operatórias devidamente equipadas com marquesa operatória com material de apoio para as diversas tipologias cirúrgicas, ventilador, monitor, sistemas de aspiração, bisturi elétrico, adufas de apoio com material cirúrgico, um carro de anestesia com diverso material anestésico de apoio, um carro de circulante; uma torre de laparoscopia, uma torre de urologia, um microscópio de oftalmologia, quatro cadeiras de oftalmologia, um microscópio de otorrino, um carro de emergência, todo o tipo de material cirúrgico das várias especialidades.

Numa das unidades, o recobro imediato tem: seis camas e seis cadeirões com monitores de sinais vitais e no recobro tardio tem 12 camas, 12 cadeirões, oito monitores com monitorização central. Na outra unidade o recobro imediato tem: seis camas e seis monitores com monitorização central, no recobro tardio, tem 16 camas, dez cadeirões, oito monitores com monitorização central. Ambas possuem, aquecedores para os utentes, bombas e seringas perfusoras, carro com material de realização de pensos e carro com material de preparação cirúrgica.

A estrutura de ambas apresenta: receção/secretariado, sala de espera para utentes e familiares/acompanhantes; vestiários de utentes individualizados; vestiários do pessoal; copa; armazém para consumo clínico e esterilizados; farmácia; armazém de equipamentos; sala de limpos e sala de sujos; sala de registos; gabinete da enfermeira gestora e do diretor de serviço.

A equipa de enfermagem, é constituída por 35 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma: uma enfermeira gestora; quatro enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), sendo um especialista em EMC à pessoa em situação perioperatória; dois enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária; um enfermeiro especialista em Enfermagem Reabilitação; e 27 enfermeiros de cuidados gerais.

É cumprido pela equipa o método individual com funções específicas que assenta numa filosofia de partilha e espírito de equipa. O horário da equipa de enfermagem do Contexto de Prática Clínica (CPC) é elaborado mensalmente pela enfermeira gestora, segundo orientações para elaboração da escala de trabalho. A UCA tem unidade de pernoita de adultos, de 2ª a 5ª feira.

A UCA presta cuidados aos utentes do foro cirúrgico das especialidades de cirurgia geral, ortopedia, urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, ginecologia, cirurgia vascular e estomatologia, onde se realizam intervenções cirúrgicas programadas realizadas sob anestesia geral, loco-regional ou local, efetuada em regime de admissão e alta no mesmo dia ou em regime de “one day surgery”, em que a pessoa tem alta até 24 horas de permanência na instituição com segurança e de acordo com as atuais recomendações.

É importante destacar, que este CPC se encontra em processo de candidatura à Acreditação e Idoneidade Formativa pela Ordem dos Enfermeiros. Tem implementado a consulta de *follow-up* não presencial através do contacto telefónico do dia seguinte, como se encontra em fase de aprovação a implementação da consulta de enfermagem pré-operatória e a consulta de enfermagem ao fim dos 30 dias de pós-operatório.

Os enfermeiros especialistas asseguram as cinco áreas de responsabilidade no Processo da Idoneidade Formativa, Padrões de Qualidade, Gestão de Risco, Controlo de Infecção e Resistência aos Microbianos, Sistemas de Informação em Enfermagem, e Formação Contínua.

O percurso da pessoa em situação perioperatória inicia-se com a admissão pelo secretariado e de seguida é chamada da sala de espera pelo assistente operacional que encaminha a pessoa para os vestiários onde são orientados relativamente à colocação da indumentária cirúrgica e utilização dos cacifos para colocação de pertences. Depois é recebida pelo enfermeiro de acolhimento, que realiza a colheita de dados (à pessoa e

família) e executa a preparação pré-operatória segundo o protocolo definido por cada especialidade, preenche a check-list pré-operatória e regista informaticamente no programa informático “Pacient Care”, ficando alocado a uma unidade. Daqui aguarda a chamada para o bloco operatório, sala operatória, recobro imediato, recobro tardio e alta para o domicílio. O seguinte fluxograma, permite compreender de uma forma simples o circuito da pessoa na UCA.

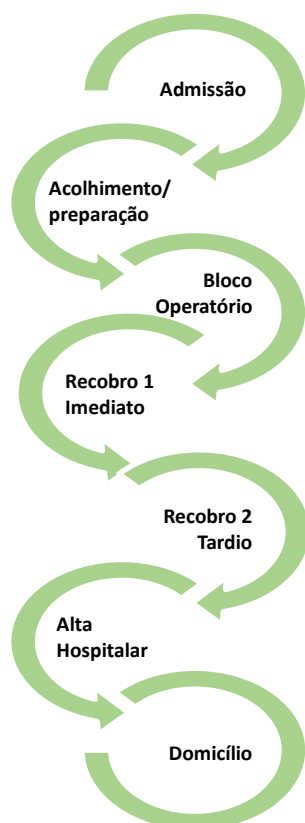


Figura 1

Fluxograma da UCA

A equipa de enfermagem é diversificada relativamente ao desempenho de funções. Assim praticamente todos os enfermeiros realizam a função de anestesia e de recobro de todas as especialidades, alguns elementos trabalham maioritariamente na admissão e acolhimento, recobro imediato e recobro tardio. Nas funções de enfermeiro circulante e de instrumentista, os enfermeiros encontram-se divididos por especialidades, pois existem muitas particularidades inerentes a cada uma das especialidades que exigem de cada enfermeiro um conhecimento minucioso, de forma a proporcionar os melhores cuidados à pessoa em situação perioperatória com a máxima qualidade e segurança.

O cuidar da pessoa em situação perioperatória e sua família requer um conjunto de conhecimentos e habilidades, pelo que é esperado que o enfermeiro especialista em seja detentor de competências específicas que lhe permita prestar um cuidado diferenciado, humanizado, contínuo e de qualidade, visando o bem-estar das pessoas em situação perioperatória.

Em ambos os estágios procurei definir objetivos que me permitissem desenvolver competências até ao momento pouco exploradas. Assim foi meu objetivo desenvolver e aprofundar competências na admissão e no acolhimento ao utente/família, no recobro imediato e recobro tardio, realizando os ensinamentos e a preparação da alta do utente/família para o domicílio, assim como, a consulta de follow-up não presencial através do contacto telefónico do dia seguinte. Estas são também as áreas onde se realiza uma maior comunicação e interação com a pessoa e sua família.

O estágio, enquanto processo de aprendizagem e aplicação de conhecimentos, deve iniciar-se com a definição de objetivos. Dos objetivos gerais advêm os objetivos específicos que se pretendem que sejam mensuráveis, atingíveis, relevantes e concretizáveis no tempo preconizado para o estágio. Assim, partindo dos objetivos gerais propostos pela unidade curricular, foram traçados os objetivos específicos a desenvolver ao longo dos estágios, tendo em conta os meus objetivos pessoais e profissionais, que vão de encontro ao tema escolhido para desenvolver ao longo da unidade curricular de estágio com relatório. De modo intencional, tentei ir ao encontro das necessidades formativas diagnosticadas no serviço resultando claramente no enriquecimento mútuo.

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

1. Promover cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória em diferentes especialidades;

- a) Desenvolver e treinar competências na admissão e acolhimento, UCPA (recobro imediato) e recobro tardio, preparação da alta e telefonema do dia seguinte da pessoa em situação perioperatória;
- b) Capacitar a pessoa e família/prestador de cuidados para a gestão da experiência cirúrgica, (em particular na pessoa submetida a cirurgia proctológica);
- c) Desenvolver planos de ensino, instrução e treino conjuntamente com a pessoa promovendo a capacitação, autogestão e recuperação;

d) Dinamizar e divulgar a informação à pessoa submetida a CA, visando o aumento da sua capacitação.

2. Desenvolver a intervenção de enfermagem numa perspetiva interprofissional;

a) Implementar estratégias facilitadoras da comunicação, contribuindo para o aumento da segurança e qualidade dos cuidados.

3. Advogar a prevenção e controlo de infeção nos cuidados perioperatórios;

a) Promover uma cultura de consciência cirúrgica em benefício da pessoa;

b) Garantir condições do ambiente de trabalho promotoras da saúde e da segurança dos profissionais;

c) Aprofundar conhecimentos que permitam reconhecer e atuar precocemente em situações de falhas de segurança, visando a otimização da experiência cirúrgica, segurança e eficiência dos cuidados.

4. Promover o processo de enfermagem, baseado na evidência científica;

a) Elencar os focos de enfermagem mais frequentes na pessoa submetida a cirurgia proctológica;

b) Identificar os principais diagnósticos de enfermagem;

c) Definir intervenções para dar resposta aos resultados esperados na pessoa.

Assim norteados, ao longo dos estágios realizados na UCA, o foco do meu trabalho e atenção incidiu sobretudo no período pré e pós-operatório, como já havia referido anteriormente. Para dar cumprimento aos objetivos traçados, assumi particularmente a função de enfermeiro de acolhimento à pessoa e sua família, as funções de enfermeiro de UCPA (recobro imediato) e recobro tardio, na manutenção e recuperação do ato anestésico-cirúrgico, na preparação da alta para o domicílio, realizando ensinamentos específicos de acordo com a cirurgia realizada e no telefonema do dia seguinte. Sinto que pude não só desenvolver como aprimorar competências relacionais, de comunicação e de ensino/instrução ao utente/família. Este estágio permitiu-me também uma olhar mais atento, crítico e reflexivo, uma vez que na qualidade de aluna pude perceber os factos, com maior disponibilidade, não estando sujeita a fatores limitantes como o tempo e o cumprimento do programa cirúrgico, permitindo reflexão na e sobre a ação.

A função do Enfermeiro de acolhimento é preconizada pela AESOP e recomendada no regulamento nº743/2019 das dotações seguras em enfermagem. Este enfermeiro garante a recolha das informações pertinentes para que tudo decorra em segurança e para a transferência e continuidade dos cuidados no intraoperatório além de validar a lista de verificação de segurança pré-operatória.

No dia da cirurgia, os utentes vindos do domicílio são admitidos/acolhidos pelo enfermeiro de acolhimento, que recebe e confirma a identificação da pessoa (através da identificação inequívoca dos doentes – nome, data de nascimento e número do processo), através de pulseira de identificação e recolhe toda a informação relevante de modo a garantir a cirurgia no local certo, com o procedimento certo e na pessoa certo. É da responsabilidade do enfermeiro de acolhimento, a verificação pré-operatória dos seguintes itens, com registo no aplicativo informático PatientCare: - Identificação completa da pessoa (verbal e verificação da pulseira) - Confirmação de Jejum – Confirmar Cirurgia a realizar – Tricotomia se necessária – Higiene adequada – bata, touca, cueca descartável e chinelos – Retirados adornos e próteses – Acesso venoso periférico – Alergias - Medicação pré-operatória – Avaliação de escalas (Glasgow, Dor, Morse e Braden).

Neste sentido, o acolhimento da pessoa é um dos pilares importantes na humanização dos cuidados no perioperatório, bem como, na segurança e qualidade dos cuidados prestados, representando uma intervenção de enfermagem imprescindível de forma a fornecer informações e desmistificar o ambiente envolvente no ato cirúrgico. Sempre me preocupei em manter um ambiente calmo e tranquilo, demonstrei disponibilidade, empatia, mantive diálogo e escuta atenta, efetuando levantamento das necessidades do utente/família e a preparação pré-operatória segundo protocolo de cada especialidade. Expliquei à pessoa e família o circuito a realizar no serviço e o período estimado de permanência no serviço, forneci informação acerca dos procedimentos a realizar e esclareci dúvidas.

Na função de Enfermeiro do recobro imediato, foi possível desenvolver competências avançadas de cuidados pós-cirúrgicos e pós-anestésicos. Este período, é tido como crítico e de grande vulnerabilidade para a pessoa, na medida em que existem a conjugação dos riscos associados à cirurgia e à anestesia e a suscetibilidade para o aparecimento de complicações (AESOP, 2006).

Cerca de 50% dos acidentes anestésicos mais graves ocorrem na 1ª hora de recobro, assim os cuidados de enfermagem, assumem particular relevância para responder positivamente aos desafios deste período. O enfermeiro desenvolve os seus cuidados em três níveis de prevenção: na prevenção de complicações anestésico-cirúrgicas, detecção precoce e tratamento daquelas que não forem evitáveis e na preparação da pessoa para a reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico e capacidades funcionais, num ambiente seguro e confortável (AESOP, 2006).

Deste modo, o enfermeiro da UCPA é aquele que cuida a pessoa atendendo à sua individualidade, prepara a unidade para a acolher, realiza a sua avaliação inicial, estabelece os diagnósticos de enfermagem, elabora o plano de cuidados, implementa e avalia. Foram realizados registos de enfermagem usando a linguagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Realizada a vigilância da função cardio-circulatória, vigilância da função renal e equilíbrio hidroeletrólítico; vigilância e detecção precoce de alterações do estado de consciência; avaliação, prevenção e tratamento da dor; promoção e manutenção do bem-estar físico, psicológico e espiritual; vigilância de alterações da função motora e da integridade de pele e mucosas; vigilância de náuseas e/ou de vômitos. O plano de cuidados pode ser dinâmico em concordância com a resposta da pessoa e deve prever sempre a preparação do momento da alta do recobro (AESOP, 2006).

A permanência da pessoa no recobro depende de fatores que podem acelerar ou retardar a recuperação pós-anestésica e cirúrgica. Deverá ser o tempo necessário para recuperar a consciência total, com sinais vitais estáveis e com a dor controlada, utiliza-se a escala modificada de Aldrete para avaliar a recuperação pós-anestésica. A necessidade de se criarem unidades específicas para as pessoas submetidas a um procedimento anestésico e/ou cirúrgico, teve a sua origem com Florence Nightingale, em 1859, de modo que estas pessoas pudessem ser vigiadas até recuperarem dos efeitos da anestesia (AESOP, 2006).

Como *Enfermeiro do recobro tardio*, momento que precede a alta, a pessoa deverá apresentar sinais vitais estáveis, estar orientado no tempo e espaço, ser capaz de ingerir líquidos, de urinar, de deambular, vestir-se, ausência de náuseas e/ou vômitos, de hemorragia e dor controlada com analgésicos administrados por via oral (AESOP, 2006).

Durante o estágio, tive sempre em consideração todos os aspetos anteriormente referidos realizando a alta, apenas quando estivessem reunidas todas as condições acima referidas, além do acompanhamento da pessoa por um adulto responsável. Procurei sempre ajustar a informação ao nível de compreensão da pessoa e cuidador, ficando atenta a sinais incompreensão e adaptei o discurso de forma a otimizar a comunicação. O enfermeiro que prepara a alta informa/ensina sobre: reações normais, complicações e atitudes a tomar, a importância do repouso, da alimentação adequada, cuidados pós-operatórios no domicílio, cuidados especiais, exercícios que pode e deve realizar, limitações impostas pela cirurgia/anestesia e o retorno às atividades habituais. Também entrega receita com terapêutica medicamentosa e instrói sobre como realizar no domicílio, fornece o número de contacto do hospital e serviço a contactar em caso de complicação, entrega a nota de alta com (descrição do ato anestésico e cirúrgico), e explica a importância de se fazer acompanhar deste documento, no caso necessitar de recorrer a uma unidade de saúde. Entrega da marcação da próxima consulta e data de realização do tratamento á ferida cirúrgica e explica sobre a importância de se manter contactável para o telefonema do dia seguinte/ telefonema das 24 horas.

No telefonema das 24 horas, questiona a pessoa sobre como correu o regresso ao domicílio, se está a seguir as recomendações que foram transmitidas e a cumprir a adesão ao regime terapêutico. Faz-se uma avaliação do pós-operatório, inquirindo a pessoa sobre a situação atual o que favorece a continuidade dos cuidados e a avaliação dos mesmos além de reforçar a relação estabelecida desde o acolhimento. Neste momento é possível realizar o reforço de ensinios, esclarecer dúvidas, dar orientações específicas de acordo com cada situação, avaliar a eficácia dos protocolos de analgesia pós-operatória e o grau de satisfação com os cuidados recebidos. Toda a informação colhida fica registada no processo, a avaliação do grau de satisfação, é um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo do estágio, efetuei treino e melhoria nos registos na plataforma de registo “Patient Care”, através da reflexão e partilha com enfermeiros do serviço, melhorando deste modo o processo de enfermagem. Efetuei a transição dos cuidados, através da utilização da técnica de ISBAR.

No decorrer do estágio, também me deparei com situações de falhas de comunicação e informação por parte de algumas pessoas e família. Estas situações

originam muitas vezes, atraso do programa cirúrgico ou ocorrência de incidentes como: ausência do jejum adequado ao procedimento, toma inadequada de medicação, que por vezes culminam no cancelamento da cirurgia, para além de casos de não comparência sem aviso prévio, com todos os constrangimentos associados, bem como, o desperdício de tempo e recursos.

Deste modo, considero que investir na capacitação da pessoa em situação perioperatória e sua família, traz grandes vantagens para todos os intervenientes, além da consequente humanização dos cuidados perioperatórios.

3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de enfermagem paralelamente aos cuidados de saúde, assumem atualmente uma crescente importância e exigência técnica e científica, motivo pelo qual os profissionais de saúde sentem necessidade de diferenciação e especialização (Regulamento nº140/2019).

As competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

Neste seguimento, torna-se pertinente a abordagem dos quatro domínios do Enfermeiro Especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Assim de seguida irei documentar a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista nos vários domínios.

3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

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

Efetivamente, o trabalho desenvolvido ao longo do estágio pautou-se pelo exercício da prática de enfermagem com responsabilidade profissional, procurei manter sempre disponibilidade para aprender, aproveitei todas as oportunidades que surgiram para desenvolver o meu processo de aprendizagem.

O bloco operatório é um local onde a pessoa se encontra num momento de grande vulnerabilidade, que muitas vezes interfere com a capacidade de realizar escolhas, sendo imperativo o exercício de uma prática profissional que potencie a autonomia da pessoa, prestando informações adequadas, de modo a reduzir a ansiedade e o medo presentes, e proporcionar um ambiente seguro que favoreça uma experiência positiva e uma recuperação cirúrgica adaptada a cada situação.

Assim na prestação de cuidados junto da pessoa e família, procurei guiar as minhas decisões, o processo de tomada de decisão no código deontológico, nos princípios éticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), nas normas da prática profissional, sempre com respeito pelos valores e crenças da pessoa/família, sem discriminação económica, social, política, étnica ou religiosa, avaliando sistematicamente as melhores práticas, tendo em conta as preferências da pessoa. Foi minha preocupação constante o respeito pela autonomia e liberdade, pelo que sempre me apresentei e prestei informações sobre cuidados a realizar, além de manter uma permanente preocupação na aquisição do consentimento informado (anestésico e cirúrgico), esclarecido e assinado pela pessoa. O consentimento informado deve representar não só um direito da pessoa, como um dever dos profissionais de saúde. De acordo com o Código Deontológico, artigo 105º: “o enfermeiro assume o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, bem como deve “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (p. 8). Além da observação, da monitorização e vigilância contínua, dei ênfase à comunicação, pautando os cuidados a prestar pelo respeito, igualdade e equidade, assim como pela dignidade, privacidade e intimidade da pessoa. A comunicação assumiu um papel preponderante através de uma atitude empática estando disponível ao diálogo e esclarecimento da pessoa, bem como, em manter uma comunicação adequada com a equipa profissional. Mantive o sentido de responsabilidade procurando ser metódica e justifiquei as minhas ações e os juízos profissionais, de acordo com conhecimentos

científicos, promovendo assim o desenvolvimento profissional e a qualidade dos cuidados.

3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

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

A qualidade dos cuidados de saúde são uma das prioridades da DGS, e devido ao aumento da complexidade e de exigência nos contextos da prática, o enfermeiro especialista deve garantir uma prestação atempada, segura e eficaz dos cuidados de saúde, sustentando-os em evidência. Esta necessidade, exige ao enfermeiro especialista uma atualização constante de conhecimentos, saberes e habilidades e o seu envolvimento em programas de melhoria contínua.

Em cirurgia de ambulatório (CA), a preocupação pela qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa/família e profissionais, são igualmente uma realidade sendo o ponto chave num processo de melhoria contínua. De destacar, a existência de protocolos de atuação bem definidos, atualizados e sustentados em evidência científica. Como também é relevante a uniformização e divulgação de procedimentos, indo de encontro ao cumprimento de políticas institucionais que sustentam a qualidade da prestação de cuidados.

Em 2007, foi criada a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória (CNADCA), com o objetivo de estudar e propor uma estratégia e as respetivas medidas para o desenvolvimento da cirurgia ambulatória no serviço nacional de saúde (Despacho 25832, 2007, de 13 de novembro). Também a APCA divulgou uma sequência de guidelines que surgem como recomendações de boas práticas e, cujo objetivo é a promoção da qualidade dos cuidados e segurança dos utentes.

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

dos medicamentos, a redução do risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, a prevenção de úlceras de pressão e a prevenção de quedas.

Sendo o ambiente perioperatório caracterizado pela sua sofisticação, onde circulam vários profissionais em simultâneo com elevado fluxo de trabalho, alta tecnologia e especificidade de cuidados cirúrgicos e anestésicos, este é propício à ocorrência de erros e eventos adversos. Desta forma, torna-se essencial o desenvolvimento de estratégias de prevenção e gestão de risco que minimizem o erro, o incentivo para a notificação dos incidentes, avaliação da consequências e investigação das causas, sem atribuição punitiva.

A evidência aponta que até 70% dos eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados. As falhas mais comuns decorrentes da transferência de informações estão relacionadas: omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e de priorização das atividades (DGS, 2017).

Neste sentido, o enfermeiro especialista deverá estar atento e consciente dos momentos críticos de transferência de cuidados e promover a implementação de ferramentas existentes, como a metodologia I.S.B.A.R. (Identificação. Situação atual. Antecedentes. Avaliação e Recomendações). Segundo a mesma norma da DGS, a ferramenta ISBAR para além de contribuir para a uniformização da comunicação entre os intervenientes, contribui ainda para a tomada de decisão, promoção do pensamento crítico, diminuição do tempo de transferência e rápida integração dos profissionais.

Neste sentido, ao longo do estágio, foram estabelecidos vários momentos de reflexão acerca das normas e procedimentos já existentes no serviço de forma a identificar práticas de qualidade. Dada a preocupação pela melhoria dos cuidados prestados e, atendendo a uma necessidade identificada do serviço, foi definido como objetivo específico melhorar a comunicação através de formação em serviço sobre a técnica de ISBAR, afixação de poster com a Mnemónica nos locais de transferências de comunicação no sentido de alertar a equipa para a importância, foi criado um documento facilitador de passagem de informação, assim como, foram efetuadas auditorias.

A minimização dos riscos e excelência da qualidade e segurança prestada nos cuidados é da responsabilidade de toda a equipa, que deve mobilizar competências individuais e melhorar a gestão dos riscos da prestação de cuidados. Estudos revelam que

a implementação de uma cultura organizacional nas instituições de saúde permite a diminuição de eventos adversos na garantia de um ambiente seguro e custos associados a estes, bem como, o aumento da produtividade e satisfação profissional.

Considero que tenho uma participação ativa no que diz respeito à melhoria contínua da qualidade, mobilizando conhecimentos e assumindo uma atitude responsável e de interesse perante as funções que assumo. Relativamente aos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, existem grupos de trabalho que são os elos dinamizadores e desenvolvem ações de formação no seio da equipa com vista á melhoria dos cuidados. Assim estou integrada no grupo de “Gestão do Risco”, realizando formação em serviço e promovendo a atualização de conhecimentos no seio da equipa, com o intuito colaborar de forma ativa na promoção de cuidados de qualidade. A gestão de um ambiente seguro centrado na pessoa, garantindo o bem-estar e gerindo o risco é uma constante.

3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O enfermeiro especialista, neste domínio deve ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, de forma otimizar a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e, adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140, 2019).

A OE reconhece que os enfermeiros gestores, são agentes de mudança que acrescentam valor à profissão e organizações, adotando estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional, sendo ainda responsáveis “em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem” (Regulamento nº76, 2018, p. 3478).

Ao longo do meu percurso profissional no BO, assumi por diversas vezes a função de enfermeira “responsável de turno”, tendo desenvolvido competências relativamente à gestão do risco, gestão de conflitos, organização e gestão de recursos humanos e materiais, tendo sempre em vista a manutenção da qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa. Nesta função assumi a responsabilidade pela equipa de enfermagem de urgência, o que me permitiu desenvolver competências de liderança, além de assumir a articulação com restante equipa de urgência, anestesistas e cirurgiões das diversas especialidades cirúrgicas, quer na organização e gestão do preenchimento do bloco de urgência. O responsável desempenha várias atividades, tais como: a distribuição dos

elementos da equipa por funções (anestesia, circulante, instrumentista e UCPA); confirmação das salas de urgência relativamente a verificações diárias de equipamentos e reposição dos diversos materiais necessários, tornado as salas operacionais e seguras aquando a sua utilização numa cirurgia de urgência; alocação dos elementos se ocorrência de duas salas em simultâneo, substituição de colegas nas salas (sempre que necessário) e a preparação dos materiais necessários para as cirurgias do dia seguinte. Este método de trabalho instituído tanto no BO como na UCA, permite o planeamento atempado, a deteção de falhas e o suprimento das mesmas. O responsável de turno, verifica e regista a temperatura dos frigoríficos e atua em caso de não conformidade, receciona e confirma os estupefacientes, agiliza alguma avaria existente com o serviço de instalações e equipamentos. Estas atividades têm a colaboração dos restantes elementos da equipa. No fim do turno, o responsável efetua o registo em livro de ocorrência dos aspetos importantes relativos ao turno, quer atividade cirúrgica, quer alguma avaria ou outra situação considerada relevante.

Muitas vezes a gestão de recursos humanos no BO é uma tarefa árdua, principalmente em cirurgias emergentes que ocorrem em simultâneo, pois obriga a uma mobilização rápida dos enfermeiros disponíveis, de forma a garantir a segurança cirúrgica. Nesta situação, o conhecimento das competências e capacidades de cada elemento da equipa, o reconhecimento da situação, a capacidade de gestão e liderança são fatores decisivos nas tomadas de decisão. É necessária uma rápida articulação entre os membros da equipa da função a desempenhar e, sem dúvida, que nestas situações todos coordenam esforços para que tudo decorra com o máximo de controlo e segurança. Ter conhecimento das opções a tomar é fundamental, por existem, exceções que devem ser consideradas nestes casos, como recorrer ao apoio de elementos externos ao serviço.

Também a gestão de material, principalmente de instrumental cirúrgico, é uma tarefa difícil e exige dos profissionais, conhecimento, controlo e gestão dos poucos recursos disponíveis. Existe um grande desgaste de material e o seu arranjo ou substituição é um processo moroso, de modo que, obriga uma boa articulação com o serviço de esterilização, para que os instrumentais estejam disponíveis para dar cumprimento ao programa cirúrgico, e evitar o cancelamento de cirurgias.

Ainda no domínio da gestão dos cuidados, desempenhei funções de responsável no contexto da prática clínica na especialidade de anestesia do BO, onde fiz a supervisão

e controlo de dispositivos anestésicos, uniformização de procedimentos, criação de protocolos, e formação pertinente à equipa de enfermagem relativamente ao material de anestesia, nomeadamente à introdução de novos materiais.

Durante o percurso de aprendizagem nesta área, foi importante acompanhar o enfermeiro coordenador de equipa no desempenho das suas funções, de forma a compreender a dinâmica na UCA, a sua organização e gestão e, assim desenvolver competências neste domínio. A função do enfermeiro coordenador, neste contexto de estágio é atribuída a um enfermeiro especialista por cada turno, que desempenha as funções de gestão adequadas com destreza e fundamento científico. De acordo com as particularidades do serviço e perante as necessidades dos utentes, este enfermeiro especialista garante assessoria aos enfermeiros e à equipa, colabora nas decisões da equipa, melhora a informação para a tomada de decisão, de forma a assegurar um ambiente seguro. Além destas funções, o enfermeiro coordenador também se ocupa com a organização logística de materiais e equipamentos em articulação com outros serviços (aprovisionamento, farmácia, esterilização, serviço de compras e serviço de instalações e equipamento), reportando avarias e a sua manutenção. Na ausência do enfermeiro especialista, o responsável de turno é um enfermeiro perito da área de competência.

Foram também visíveis, as tarefas desempenhadas pelo enfermeiro gestor da UCA, que reconhece as competências da equipa que lidera, permitindo-lhe implementar métodos de organização do trabalho adequados, coordenar a equipa de enfermagem, supervisionar o trabalho desenvolvido quer por enfermeiros quer por assistentes operacionais e utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade e segurança dos cuidados. De salientar, as capacidades de liderança através de ferramentas de comunicação e motivação atuando como modelo a seguir, com capacidades interpessoais baseadas na compreensão. A elaboração do plano de trabalho semanal e o horário mensal, são desafios para a gestão devido às distintas competências dos enfermeiros da equipa, por especialidades cirúrgicas e também devido aos longos processos de integração. A qualidade dos cuidados prestados, a segurança dos profissionais e dos utentes, assim como a rentabilização dos recursos são fatores fundamentais na realização das escalas de trabalho. O modelo de elaboração do horário mensal tem por base os rácios por cada turno aprovados pelo enfermeiro diretor/conselho

de administração, baseados em dotações seguras da OE e numa instrução de trabalho da instituição.

Foi possível verificar que o cumprimento das dotações seguras dos cuidados de enfermagem na UCA preconizadas no Regulamento nº743/2019, estão asseguradas nas cirurgias programadas (enfermeiro na função de acolhimento, recobro I e II, anestesia, circulação e instrumentação). Este regulamento é um instrumento de apoio na gestão de recursos humanos com vista à obtenção de ganhos efetivos na segurança e qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, e contribui para ambientes favoráveis à prática clínica.

3.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Este domínio, envolve aquisição e desenvolvimento pelo enfermeiro especialista do autoconhecimento e a assertividade, reconhecendo a sua influência pessoal no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, e suporta a sua prática clínica em evidência científica, válida, atual e pertinente, tendo um papel dinamizador e facilitador nos processos de aprendizagem e no campo da investigação (Regulamento nº140, 2019).

No processo de construção de aprendizagem e aquisição de competências, como no desenvolvimento da prática clínica, é fundamental que o enfermeiro especialista detenha consciência de si próprio como pessoa e como profissional, ambicionando sempre o crescimento profissional. Este processo, assenta numa reflexão sobre si, numa prática diária reflexiva e num pensamento crítico acerca de experiências vivenciadas e aprendizagens desenvolvidas. Isto, permite muitas vezes gerir respostas em contextos de pressão e exigência, identificação antecipada de situações de conflito e capacidade de resolução dos mesmos de forma adequada e assertiva.

Assim, ao longo do estágio procurei ter sempre uma atitude reflexiva em todas as fases de atuação no perioperatório, agindo de forma pertinente através da mobilização de saberes teóricos e práticos, desenvolvendo competências pessoais como assertividade, autopercepção, autoconhecimento e competências relacionais. Neste sentido, o enfermeiro especialista torna-se num elemento capacitado para o levantamento das necessidades formativas, para o planeamento de projetos de formação e elo dinamizador

em estudos de investigação, que visem identificar lacunas do conhecimento e atualizar novas evidências que contribuam para a visibilidade da enfermagem.

Segundo o REPE (OE, 2015), o enfermeiro tem o dever de manter atualização contínua dos seus conhecimentos, como a formação permanente e aprofundada das ciências humanas.

As experiências vividas em contexto de trabalho, partilhadas com a equipa multidisciplinar e a constante atualização dos conhecimentos na sua área específica permitem um desenvolvimento profissional (Souza & Paula, 2020).

A formação em serviço ganha uma importância considerável, uma vez que permite uma atualização de conhecimentos e reflexão sobre a prática, bem como, a reflexão sobre oportunidades de melhoria. No contexto do estágio clínico, o plano de formação é da responsabilidade de um enfermeiro especialista, elaborado anualmente, de acordo com as necessidades diagnósticas de formação individual, sendo planeadas e organizadas tendo em consideração os objetivos da instituição e do plano de atividades do serviço. A elaboração deste plano formativo, é também parte crucial da política de formação contínua dos enfermeiros, definida pela OE em 2010, e vai de encontro a um dos requisitos da Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica (AIFCPC). De salientar que esta unidade se encontra em processo de candidatura à AIFCPC, nas especialidades de Médico-cirúrgica e Saúde Comunitária.

No decorrer da aprendizagem neste domínio, um dos objetivos específicos passou pela formação em serviço sobre a técnica de ISBAR. As atividades desenvolvidas foram maioritariamente dirigidas à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório em particular à pessoa submetida a cirurgia proctológica, relativas à sua capacitação através da elaboração de folhetos informativos, a elaboração de um poster a dar a conhecer as funções dos enfermeiros do perioperatório e realização de um vídeo informativo a dar a conhecer à pessoa e sua família/convivente significativo o funcionamento da UCA e o circuito a realizar, bem como, informações relevantes.

Com o intuito de dar resposta à multiplicidade de responsabilidades no cuidado à pessoa em situação perioperatória, tive sempre a preocupação de atualizar os meus conhecimentos, participando em formações em contexto de trabalho e em congressos cujas temáticas considerei pertinentes para o meu enriquecimento. Consulto bibliografia atual, publicações recentes que orientam a minha prestação e tomada de decisão enquanto

enfermeira. Procuro ativamente soluções para problemas, exposição à equipa e promovo a reflexão conjunta. Procuro ser um agente ativo nos processos de aprendizagem, não só colaborando na integração de novos colegas, nas diferentes funções, como também promovendo a melhoria de conhecimentos da equipa, desenvolvendo atualização de fichas cirúrgicas perante a introdução de novas técnicas cirúrgicas, e atuo como formadora em contexto de formação em serviço. Mais recentemente colaborei com os colegas responsáveis pela orientação de alunos, no âmbito dos ensinamentos clínicos de alunos do 3º e 4º ano de licenciatura de enfermagem. Neste contexto, de desenvolvimento de aprendizagens profissionais, participei no Congresso “Humanize Healthcare II”, no XIII Congresso Nacional de Cirurgia de Ambulatório e no Congresso de Enfermagem Perioperatória - Tecnologia, Humanização, Cuidados de Excelência.

4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOERATÓRIA

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

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

O enfermeiro perioperatório deve ser capaz de trabalhar no seio da equipa multiprofissional, colaborar e cooperar na organização e gestão e ser elemento ativo e participativo na humanização dos cuidados.

A aquisição de competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória encontra-se contemplada no Regulamento n.º 429/2018 publicado em Diário da República (2018, p.19360), que se enquadram na homologação:

"Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa" e "Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica."

De acordo com estas competências, encontram-se as unidades de competência correspondentes, bem como, as atividades desenvolvidas ou critérios de avaliação. As atividades desenvolvidas durante o estágio tiveram como principal foco promover a capacitação da pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória e a humanização dos cuidados. Com base nas atividades desenvolvidas, segue-se uma reflexão relativa à prática de cuidados quer em contexto profissional quer no decorrer do estágio, apoiada na evidência científica.

4.1 CUIDA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPETIVA FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA

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

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

Desenvolve planos de instrução, ensino e treino promovendo a capacitação, autogestão e recuperação. As informações, os ensinamentos e as instruções fornecidas de forma eficaz recorrendo a uma comunicação clara, positiva, empática e assertiva, contribuem para o sucesso da gestão do regime terapêutico no pós-operatório, nomeadamente no domicílio. Também reduzem a ansiedade e o stress, impactando positivamente em todo o percurso da pessoa e na sua recuperação, por sua vez também contribui para aumentar a sua satisfação. Os ensinamentos para a alta devem ser iniciados no dia em que a pessoa é proposta para cirurgia, sendo o momento de eleição a CPOE. São várias as informações necessárias e fundamentais no momento da alta, tais como: o repouso/mobilização, alimentação, cuidados com a ferida cirúrgica/penso, encaminhamento pós-alta, marcação

de consulta/tratamento e o retorno às atividades de vida diárias. Importa referir que todas as informações e ensinamentos devem ser reforçados junto do acompanhante ou cuidador.

Deste modo, foram realizados vários trabalhos: a execução de um poster com o tema “Quem são os Enfermeiros do Perioperatório?”; um folheto informativo à pessoa submetida a Cirurgia de Ambulatório; folheto informativo à pessoa submetida a Cirurgia de Hemorroidas e um folheto informativo à pessoa submetida a Cirurgia de Fístula Anal e Fissura Anal. Também realizei ensinamentos no momento da alta à pessoa submetida a cirurgia e prestador de cuidados, realizei o contacto telefónico do dia seguinte a fim de avaliar o cumprimento dos cuidados pós-operatórios recomendados, a aquisição de conhecimentos e a gestão do regime terapêutico. Em colaboração com duas colegas, realizamos um vídeo informativo com apresentação da UCA e o percurso que a pessoa efetua na unidade desde a admissão até à alta para o domicílio.

Estas atividades foram desenvolvidas com o intuito de aumentar a informação à pessoa em situação perioperatória e sua família. O poster foi desenvolvido para colocar na sala de espera da UCA para dar a conhecer aos utentes e família o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros do perioperatório e as suas funções, o folheto informativo à pessoa submetida a cirurgia em regime de ambulatório, fornece informação geral, para qualquer utente que seja intervencionado na UCA. Os folhetos informativos, apresentam uma melhoria para o serviço, pois existia apenas um folheto geral para todas as cirurgias realizadas na especialidade de proctologia. Estes folhetos, apresentam informação mais detalhada da patologia, e os cuidados pré-operatórios e pós-operatórios, fazendo algumas recomendações e educação para a saúde. Poderão ser entregues na consulta pré-operatória com uma breve explicação, informando a pessoa antecipadamente e promovendo a sua capacitação, o que facilitará também o ensino no momento da alta, tornando esse mesmo ensino mais eficaz e proveitoso para ambas as partes. O vídeo poderá ser colocado na sala de espera da UCA, na rede social do hospital, assim como, poderá ser enviado na consulta de enfermagem pré-operatória.

O enfermeiro perioperatório deve assegurar que a pessoa compreende a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão. Deste modo, durante todo o estágio estive mais alerta para a verificação da realização de consentimento informado, garantido o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com este procedimento. É também nossa função validar se a pessoa compreendeu a informação

que lhe foi transmitida, no sentido de assegurar o exercício pleno da sua autodeterminação e tomada de decisão. No consentimento informado subentende-se a compreensão e livre consentimento, estes “dois conceitos, quando assumidos pelo doente, são a garantia de que qualquer decisão assenta nos pressupostos de autorresponsabilização, conhecimento e liberdade de escolha” (Entidade Reguladora da Saúde, 2009, p.3). De salientar, o défice de literacia em saúde por parte da pessoa em situação perioperatória identificando-se aqui, uma necessidade de um maior investimento nesta área. É fundamental assegurar o empoderamento da pessoa para a tomada de decisão no que se refere ao ato cirúrgico e anestésico a que vai ser submetido. “O Empoderamento na saúde viabiliza o engajamento, corresponsabilização e a participação social das pessoas, sendo um processo pelo qual adquirem domínio sobre suas vidas, apreendendo conhecimento e habilidades para tomarem decisões acerca de sua saúde” (Cesarino, Sciarra, 2017, p.1). Também a OMS definiu o empoderamento como um processo pelo qual as pessoas obtêm maior controle sobre decisões e ações que afetam a sua saúde, que pode ser obtido por meio do desenvolvimento de habilidades, acesso a informações e recursos e influenciando os fatores que afetam a sua saúde e bem-estar (OMS, 2020).

4.12. Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória, em diferentes especialidades

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória é complexa e exige um pensamento reflexivo e formação atualizada, articulada com a prática, sustentada em evidências e geradora de novas formas de saber. O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória desenvolve as suas intervenções em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos.

Este período comporta as fases pré, intra e pós-operatória. A atuação nestas áreas (exceto consulta perioperatória) possibilitou-me o saber agir com pertinência nas diferentes funções contribuindo para o desenvolvimento de habilidades com base no conhecimento especializado, evidência científica e partilha profissional dos colegas. Na fase intraoperatória, como padrão de boas práticas e de segurança cirúrgica foi garantida a realização da verificação da lista de procedimentos como ferramenta de gestão de risco e cultura de segurança. Em 2011, é publicada uma orientação da DGS que recomenda e

incentiva a utilização da LVSC de forma sistemática em todos os procedimentos invasivos, incluindo procedimentos realizados sob anestesia local. Em 2013, a DGS emite uma norma, na qual a aplicação da LVSC surge como obrigatória em todos os BO do serviço nacional de saúde e nas entidades por ele contratadas, sendo considerada um padrão mínimo de qualidade. Na UCA é o enfermeiro circulante que faz a LVSC em nome de toda a equipa cirúrgica multidisciplinar sendo o responsável pela verificação adequada e segura, o que teve a oportunidade de realizar e registar informaticamente no SClinico. A utilização da LVSC, para além de promover a comunicação entre os diferentes grupos profissionais, preconiza a promoção da comunicação e o envolvimento da pessoa na garantia da sua própria segurança, nomeadamente na participação ativa na confirmação da sua identidade, local a operar, lateralidade, consentimento informado para o ato cirúrgico, anestésico, despiste de alergias e marcação do local cirúrgico contribuindo assim para cuidados centrados na pessoa, que estimulem a participação ativa e capacitação da pessoa no seu processo de adaptação.

Uma das intervenções importantes do enfermeiro perioperatório é o posicionamento cirúrgico que tem como principal finalidade promover o acesso ao local cirúrgico e deve ser realizado de forma correta para garantir a segurança da pessoa e prevenir complicações, como o risco de lesões nervosas, vasculares e cutâneas, cujas consequências podem influenciar o equilíbrio hemodinâmico e ventilatório (AESOP, 2012). Para um correto posicionamento, é exigido ao enfermeiro especialista em perioperatório conhecimentos de anatomia e fisiologia, conhecimento sobre o funcionamento do equipamento de apoio ao posicionamento, conhecimento da técnica cirúrgica, abordagem cirúrgica e vias de acesso necessárias à anestesia, além de se ajustar o posicionamento em função da idade, patologias associadas, peso e estatura. Assim foram cumpridas as medidas de segurança inerentes ao correto posicionamento cirúrgico, com equipamento ajustado ao tipo de posicionamento, sendo utilizado com segurança, de forma a evitar lesão e dano à pessoa e expondo adequadamente a zona do corpo a intervir para os diversos procedimentos cirúrgicos.

Na prestação de cuidados de enfermagem pós-operatória no recobro, a gestão da dor associada aos procedimentos cirúrgicos continua a ser um grande desafio. A dor é considerada como o 5.º sinal vital, devendo ser avaliada e registada de forma quantificada para se poder monitorizar a eficácia do seu controlo. A dor é subjetiva e individual, e

quem melhor avalia a dor é a própria pessoa pelo que se deve valorizar sempre a sua percepção. Devido à sua subjetividade, a avaliação da dor deve ser efetuada com recurso a um instrumento de avaliação, entre elas, a escala visual analógica, escala numérica, escala de faces e escala qualitativa que são as mais utilizadas. A escolha do instrumento de avaliação deve atender: a idade da pessoa, situação clínica, critérios de interpretação e a experiência do enfermeiro que aplica, as escalas escolhidas devem ser validadas internacionalmente e usar sempre a mesma. Ao alívio da dor tem sido dada elevada importância pelos profissionais e pelas autoridades de saúde, sendo a analgesia perioperatória um dos principais focos de melhoria. Atualmente a utilização de técnicas anestésicas loco-regionais tem vindo a ganhar relevância devido aos excelentes resultados conseguidos. Avaliar a dor é o início do processo para a gestão diferenciada da dor, este sintoma é o foco de enfermagem mais registado no pós-operatório. Existe nesta unidade hospitalar, a Unidade de Dor Aguda (UDA) composta por anestesiológicos e enfermeiros, muito proativos que realizam protocolos para a gestão da dor pós-operatória e formações internas anuais para atualização de conhecimentos, as quais realizo com frequência. Conforme citado pela DGS na Circular Normativa N°09/DGCG emitida a 14 de junho de 2003 - adaptando a dor como 5º sinal vital (American pain Society), o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para melhoria contínua, humanização dos cuidados de saúde e um indicador da qualidade.

O processo de enfermagem é a base que sustenta as ações de enfermagem, sendo considerado uma forma organizada e sistemática do agir do enfermeiro para identificar os problemas existentes e traçar um plano de ação no sentido de os resolver ou melhorar. Desenvolve-se em cinco etapas interligadas entre si: a avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação. É um processo contínuo e dinâmico e promove cuidados de enfermagem individualizados e ajuda o enfermeiro a dar respostas às necessidades da pessoa de forma atempada e consciente, para melhorar ou manter o nível de saúde do mesmo. No sentido de promover cuidados seguros à pessoa em situação perioperatória, considere relevante a utilização de estratégias de comunicação adequadas para assegurar documentação precisa e continuidades de cuidados através da recolha de dados e elaboração do plano de cuidados à pessoa da especialidade de Proctologia. O sistema informático utilizado na UCA é o aplicativo

Patient Care, através da utilização da taxonomia CIPE. Os registos de enfermagem são essenciais para uma prática segura, ética e efetiva e permitem a transmissão de informação necessária, além de garantir a continuidade dos cuidados.

Apesar do plano de cuidados resultar dos dados colhidos e ser individualizado para cada pessoa, existem diagnósticos de enfermagem transversais à pessoa submetida a cirurgia proctológica, e as respetivas intervenções de enfermagem associadas. Este plano foi apresentado no último relatório com mais pormenor, no entanto, destacam-se como principais diagnósticos no período pré-operatório: ansiedade, medo e conhecimento, sendo que as intervenções de enfermagem foram direcionadas para incentivar a pessoa a comunicar, esclarecer as suas dúvidas, incentivar o suporte familiar, ensinar técnica respiratória e gerir ambiente físico (atender à privacidade, conforto), explicar o que vai acontecer, o circuito a realizar e responder a questões sobre o procedimento cirúrgico.

Relativamente à natureza dos diagnósticos identificados no intraoperatório, estes são diagnósticos de risco, o que demonstra a ação preventiva das intervenções do enfermeiro que antecipam a ocorrência de eventos adversos e procuram garantir a máxima segurança. Assim foram identificados o risco de retenção de corpo estranho, o risco de queda (associado a alteração do estado de consciência, provocado pela medicação anestésica), o risco de hemorragia (associado à intervenção cirúrgica), o risco de hipotermia (associado à exposição do corpo e a baixa temperatura da sala operatória), o risco de lesão perioperatória por posicionamento (lesões nervosas transitórias ou permanentes), o risco de queimadura (associado à utilização de eletrocirurgia durante o procedimento cirúrgico ou fluidos de lavagem excessivamente quentes) e o risco de infeção (associado a qualquer procedimento invasivo, exposição ambiental, defesa secundária inadequada ou doença crónica). Como referido inicialmente, as intervenções de enfermagem realizadas foram no sentido de prevenir estes incidentes.

No pós-operatório, os principais diagnósticos destacados foram a dor (associada ao procedimento cirúrgico), pelo que atuamos de modo a monitorizar e vigiar a dor, gerir analgesia e reavaliar a dor após administração de terapêutica. Também como diagnóstico se avalia o conhecimento sobre a dor, e como intervenção se realiza o ensino sobre autocontrolo da dor, técnicas não farmacológicas como: posição antiálgica, técnica de relaxamento, aplicação de frio. Outro diagnóstico é a ferida cirúrgica e como intervenção: executar tratamento da ferida cirúrgica, vigiar a ferida cirúrgica e penso da ferida

cirúrgica. Também a adesão ao regime terapêutico é um diagnóstico muito identificado, intervindo de modo a reforçar as crenças em saúde, incentivar a tomada de decisão, fornecendo os conhecimentos necessários e informar sobre serviços de saúde.

A ordem dos enfermeiros, salienta a importância de que os registos de enfermagem incorporem sistematicamente, a avaliação das necessidades de cuidados da pessoa, as intervenções realizadas e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pela pessoa, bem como, a necessidade da utilização da linguagem classificada e comum, tendo em vista aumentar a visibilidade dos cuidados prestados e a produção de indicadores de qualidade. Esta tomada de consciência permitiu uma reflexão sobre a importância de o processo de enfermagem transmitir adequadamente todo o trabalho realizado “na pessoa em situação perioperatória” e os resultados obtidos.

Permitiu também uma reflexão sobre o que está a ser registado, uma vez que “apenas o que é registado e escrito” tem validade e é considerado em termos de indicadores de qualidade. Posto isto, considero que na minha prática profissional, os registos realizados à pessoa em situação perioperatória, requerem melhoria para tornar visível todo o trabalho e empenho das equipas na assistência à pessoa em situação perioperatória, capazes de traduzir a realidade e produzir mais indicadores de qualidade. O aplicativo “Pacient Care” vai sendo constantemente atualizado e melhorado, com apoio dos elos dinamizadores responsáveis pelos “Sistemas de Informação em Enfermagem” que auscultam e refletem em equipa e periodicamente fazem formação de modo a melhorar os registos de todos.

4.1.3. Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional

Na UCA é primordial o trabalho em equipa, pois este possibilita uma maior fluidez, um aumento do rendimento, otimizando a comunicação interpessoal e interdisciplinar. Os briefings são um meio utilizado de forma crescente, pois permitem reunir e sintonizar formalmente toda a equipa, fomentado e cimentando a adoção de procedimentos cirúrgicos de segurança que permitem a perceção antecipada de possíveis cenários emergentes (Fragata, 2012). O debriefing, por sua vez, é o momento no final do procedimento cirúrgico que favorece a aprendizagem no seio da equipa, num contexto crítico-reflexivo, livre de críticas e de não culpabilização, na qual o principal objetivo é implementar medidas corretivas, que promovam e favoreçam a segurança e a qualidade

dos cuidados. Trabalhar em equipa é fundamental, no entanto, só é possível se a comunicação for eficaz, houver coordenação, cooperação e partilha na realização das atividades, onde cada um, tem um papel essencial para uma prestação de cuidados de excelência. Durante o estágio considero ter desenvolvido esta competência, fomentando a existência e participando nos momentos de reunião e partilha de conhecimentos, mantendo um comportamento assertivo. A comunicação é uma ferramenta básica na avaliação inicial do utente, pois permite a colheita sistematizada de informações relevantes referentes à condição de saúde atual e antecedentes do utente, de forma a realizar um planeamento de cuidados holístico (Mendes et al., 2020, as cited in Potter et al., 2018). A comunicação eficaz proporciona um atendimento mais humanizado através de atitudes positivas desenvolvidas na relação interpessoal, que aumentam a proximidade do enfermeiro com os seus utentes (Mendes D. et al., 2020).

Devido ao reconhecimento da importância da comunicação, como um dos pilares da segurança dos doentes descrita no PNSD (2021-2026), esta apresenta-se como essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Diário da República, 2021). Entre os objetivos estratégicos encontram-se a otimização da comunicação intra e interinstitucional, melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados, com atualização dos normativos sobre comunicação na transição de cuidados de saúde e o desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados seguros, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde. Também o desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados. Pretendem ainda monitorizar e realizar auditorias internas ao processo de comunicação na transição da prestação de cuidados de saúde.

Esta medida já se encontra implementada na UCA onde desempenho funções, na qual atuo em colaboração com o enfermeiro especialista responsável pela área da Gestão de Risco como elo dinamizador, efetuando formação em serviço e colaborando na realização de auditorias.

De acordo com Chaboyer, McMurray e Wallis (2010), uma boa comunicação entre os profissionais de saúde é preponderante para garantir uma prática dos cuidados de qualidade, sendo nas organizações a matriz onde assentam todas as atividades humanas. A comunicação entre os vários membros da equipa multidisciplinar é muito importante, de forma a partilhar o mesmo modelo mental, enfatizando a cultura de segurança, com vista à excelência dos cuidados. Garantir que a continuidade de cuidados de saúde seja segura e eficaz, depende totalmente da existência de eficientes mecanismos de comunicação entre a equipa (Sousa et al., 2019).

No contexto prático de BO, a comunicação eficaz entre enfermeiro de anestesia e anesthesiologista, torna-se fundamental. Para minimizar a ocorrência de erros recorre-se à dupla verificação (double-check), comunicação proativa, a etiquetagem dos medicamentos e diluições standardizadas, também considerados aspetos comunicativos. Ao assegurar a função de enfermeira de anestesia, desenvolvi uma prática baseada na evidência, tendo em consideração os aspetos acima mencionados, adequando as estratégias facilitadoras da comunicação que contribuem para o aumento da segurança no perioperatório.

As falhas de comunicação podem ocorrer na UCA a diferentes níveis e em diferentes momentos. São várias as problemáticas que influenciam um processo comunicacional eficiente, tais como: o perioperatório como uma situação de stress, os ruídos, o caudal de informação, as diferentes atividades, o número de pessoas, entre outros. Também a DGS (2017), refere que as falhas na comunicação são uma das principais causas de eventos adversos na área da saúde, a nível internacional, existindo evidência de que até 70% destes eventos, devem-se a falhas de comunicação entre a equipa de saúde, nos momentos de transição de cuidados dos clientes, como é o caso da passagem de turno. A transição de cuidados define-se como “(...) qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017, p.4), sendo um processo que decorre entre profissionais de saúde e/ou instituições prestadoras de cuidados, acerca da identificação e informações do estado de saúde do doente, desde que exista transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade da prestação de cuidados (DGS, 2017). Todavia, existe igualmente evidência de que os enfermeiros reconhecem e estão sensibilizados para a importância da

partilha de informação na passagem de turno (identificação do cliente, situação atual, antecedentes de saúde, informações pertinentes, cuidados que foram prestados e plano de cuidados), sendo que esta poderá sempre ser melhorada substancialmente (Sousa et al., 2019).

A técnica de ISBAR já referenciada anteriormente, facilita a comunicação eficaz na transição de cuidados, pois, possibilita relatar informações verbais concisas, pertinentes e completas durante a passagem de informação. Existe evidência de que o recurso a estruturas padronizadas e estruturadas, melhora a transferência de informações e os outcomes dos clientes (Foster & Manser, 2012). A utilização do ISBAR como ferramenta estruturada, concomitantemente com mudanças organizacionais, pode melhorar a transferência do cliente e, deste modo, melhorar também a segurança do cliente (Kaltoft, Jacobsen, Tangsgaard & Jensen, 2022). Por sua vez, no que concerne à comunicação entre profissional e a pessoa, deve-se estabelecer uma comunicação clara, utilizando uma linguagem adequada a cada pessoa. Todo o comportamento pode ser considerado comunicação, mesmo o silêncio, é um comportamento que suscita efeitos, logo é comunicação. Almeida (2019, p.19), enfatiza que “a comunicação é a base estruturante em que a literacia em saúde assenta e que permite estabelecer relações entre as pessoas”, permitindo que estas possam apreender as informações necessárias para tomarem as melhores decisões sobre as questões relacionadas com a sua saúde. A baixa literacia em saúde é um dos fatores que compromete a segurança da comunicação e por sua vez a segurança dos cuidados.

Neste seguimento, foram desenvolvidas atividades para melhorar a comunicação com a pessoa em situação perioperatória. Realizou-se a recolha de evidência científica que suporta a importância da comunicação como promotor da segurança cirúrgica, através de formação em serviço, no sentido de sensibilizar os enfermeiros para a importância da aplicação da técnica de ISBAR e desenvolveu-se uma tabela que facilita a aplicação da técnica, até que esta se torne efetiva e assimilada por toda a equipa.

4.2. MAXIMIZA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA PLURIDISCIPLINAR, CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA

A OMS estima que a atividade cirúrgica pode ser responsável anualmente por 7 milhões de complicações significativas e 1 milhão de mortes (OMS, 2009), o que fez emergir a segurança cirúrgica como uma prioridade de saúde pública. A Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) toma posição sobre a segurança da pessoa e defende que a principal responsabilidade dos enfermeiros perioperatórios é garantir a segurança da pessoa (AORN, 2017), indo ao encontro do Regulamento nº 429/2018, que reconhece a maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória, da equipa pluridisciplinar e do ambiente, como uma competência específica dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação perioperatória.

Considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, especificamente na ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista nesta área mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional (OE, 2018, pg. 19367).

Constituem áreas de intervenção do enfermeiro especialista no âmbito da segurança do doente: a promoção de um ambiente seguro para a pessoa e profissionais, a gestão do risco, a inerente implementação de medidas corretivas e preventivas, a análise epidemiológica de eventos adversos, os programas de vigilância epidemiológica de monitorização da capacidade, volume cirúrgico e resultados, a garantia de dotações seguras, a prevenção de danos decorrentes da administração de terapêutica, a prevenção de complicações associadas à mobilização e ao posicionamento cirúrgico, a prevenção da retenção inadvertida de itens no local cirúrgico, a gestão de tecidos e fluidos para análise, colheita, transplante e eliminação, a prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico e a gestão de dispositivos médicos, no âmbito da sua aquisição, disponibilidade, integridade, funcionalidade, utilização de acordo com as normas do fabricante, rastreabilidade, reprocessamento e eliminação (Regulamento nº 429/2018, p.19367, 19368).

4.2.1. Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório

A consciência cirúrgica trata-se de um sistema de valores internos que levam a uma prática correta do profissional a qualquer altura do seu desempenho (AESOP, 2012). Sendo definida como um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado e consiste em:

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

Durante o estágio considero ter cumprido com os princípios de um ambiente seguro no perioperatório promovendo uma cultura de consciência cirúrgica ao prestar cuidados de enfermagem no sentido de: manter as portas fechadas, limitar o número de pessoas na sala, controlar a movimentação em volta da equipa estéril, promover o silêncio e um ambiente calmo, detetar e corrigir falhas no vestuário.

O posicionamento seguro do doente é fundamental, dependendo da especificidade cirúrgica, de forma a permitir a melhor exposição cirúrgica com o mínimo de desconforto para o doente. Segundo a AESOP (2006, p.72) “um pequeno erro de posicionamento pode deixar sequelas permanentes num doente.” Devem ser implementadas medidas de segurança: providenciar recursos humanos e materiais necessários para o posicionamento, proteger zonas de pressão com materiais apropriados, adaptar o posicionamento às características e idade do doente, proteger possíveis zonas de contacto com metais e líquidos, prevenindo queimaduras, prevenir o comprometimento das funções respiratórias, circulatória e compressão nervosa e muscular.

A utilização segura de eletrocirurgia é uma função importante do enfermeiro circulante sendo uma técnica utilizada na maioria dos procedimentos cirúrgicos, o manuseamento correto deste aparelho garante a segurança do doente, daí a importância

da formação do enfermeiro circulante na sua utilização. Este deve seguir as práticas recomendadas pela AESOP (2013) “utilização de eletrocirurgia”, minimizando o risco de queimadura: após posicionamento verifica se a pele da pessoa está protegida de quaisquer superfícies molhadas ou contacto com metais, aplica o eléctrodo neutro que é autoadesivo de utilização única respeitando os prazos de validade, coloca-o numa zona musculada e o mais próximo possível do local de incisão cirúrgica, em pele integra, limpa, seca e sem pêlos.

A contagem de compressas, instrumentos e materiais cortoperfurantes é um procedimento conjunto que envolve dois profissionais, o enfermeiro circulante e o instrumentista, comunicado a toda a equipa e efetuado o devido registo. A ocorrência de eventos adversos relacionados com o inadequado controlo destes materiais pode causar lesões gravíssimas à pessoa e conduzir a um novo procedimento cirúrgico. Por outro lado, o risco de acidentes relacionados com o seu uso inadequado, controlo e acondicionamento, pode provocar danos em profissionais não diretamente implicados na sua utilização. A segurança da pessoa em situação perioperatória e de todos os intervenientes, constitui um aspeto fundamental na minha atividade profissional, pelo que, o envolvimento de toda a equipa multiprofissional é essencial para uma prática segura. Assim procuro influenciar positivamente a equipa a alcançar níveis elevados de desempenho, bem como, promover uma transformação positiva no ambiente de prática clínica, que reflita uma maior segurança e qualidade dos cuidados prestados.

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

A AESOP (2006) defende que o enfermeiro circulante tem atribuições específicas de responsabilidade no que se refere à segurança da pessoa e da equipa cirúrgica, segurança do ambiente (limpeza e temperatura adequada, funcionamento dos equipamentos, disponibilidade de consumíveis clínicos, verificação do procedimento e local cirúrgico), controlo de infeção e gestão de riscos inerentes a um BO.

No que respeita ao processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios é importante assegurar o cumprimento dos princípios de assepsia e do controlo da contaminação tendo por base as práticas recomendadas pela AESOP (2013) no que concerne à “Técnica Asséptica Cirúrgica”, “Utilização de Campos

Cirúrgicos no Bloco Operatório” e “Manipulação e Armazenamento de Material Estéril no Bloco Operatório”, minimizando o risco de infecção cirúrgica, promovendo medidas corretivas caso ocorra quebra de assepsia com “consciência cirúrgica”.

Cabe ao enfermeiro circulante colaborar com o enfermeiro instrumentista garantindo uma barreira entre áreas não estéreis e estéreis, manusear o material e equipamento estéril o mais próximo possível da sua utilização, garantir que a equipa estéril se movimente apenas entre áreas estéreis sem voltar as costas aos campos esterilizados, assegurar que não sejam executados movimentos que impliquem a passagem de mãos e braços de elementos da equipa não estéril sobre campos estéreis, garantir a esterilidade, integridade e validade de todo o material aberto para o campo estéril, o material esterilizado é aberto e entregue na mão do enfermeiro instrumentista, garantir que frascos de soluções fornecidos para o campo estéril sejam de abertura de rosca e sejam abertos no momento da sua utilização, evitar salpicos acidentais para a mesa de instrumentos quando da transferência de solutos. Estes são aspetos que parecem básicos, mas de extrema importância, na prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados, que não pode de forma nenhuma ser descurada, pelo que procuro manter sempre essa consciência cirúrgica.

Existe na UCA, uma enfermeira responsável por estabelecer a ponte entre o serviço e o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), este elemento, faz a observação da higienização das mãos e da implementação mais recente pelo grupo de PPCIRA, da norma 020/2015 da DGS ““Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, ao qual todos somos chamados a intervir, realizando a monitorização e os registos apropriados. A infecção do local cirúrgico (ILC) é considerada uma das infeções hospitalares mais frequentes, sendo responsável pelo aumento da morbilidade, do tempo de internamento e dos custos hospitalares (DGS,2004).

A OMS (2016) refere que as ILC são certamente evitáveis em cerca de um terço das infeções, através de práticas seguras durante o período perioperatório. Considerando o elevado risco de ocorrência de eventos adversos, a vulnerabilidade da pessoa, os procedimentos realizados e a complexidade do ambiente perioperatório, a ILC assume um desafio para o enfermeiro perioperatório que necessita de mobilizar conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente

(AESOP, 2013). Neste sentido, os enfermeiros perioperatórios estão numa posição privilegiada para a perceção e gestão de uma conduta de consciência cirúrgica, promovendo um ambiente seguro para todos os intervenientes. Existem princípios importantes na prevenção da infeção do local cirúrgico, assegurados pelo enfermeiro perioperatório, que devem ser implementados de forma integrada conforme a norma 020/2015, atualizada a 17/11/2022 da DGS “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico. As auditorias e o feedback de todos os agentes envolvidos revelam-se estratégias benéficas e eficazes, para o crescimento profissional da equipa, uma vez que permite identificar áreas de melhoria. No processo de prevenção e controlo de infeção, é da competência do enfermeiro gerir a manutenção da normotermia da pessoa, no período perioperatório. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA, 2017), a hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação frequente, que pode ser prevenida. A hipotermia é definida por uma temperatura central inferior a 36°C. Segundo a literatura, 26% a 90% dos utentes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia. Esta complicação pode ocorrer em qualquer fase do período perioperatório. Fatores como a inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras associada à anestesia, a diminuição do metabolismo basal, os fatores associados ao procedimento cirúrgico e a exposição da pessoa às baixas temperaturas do bloco operatório, assumem um papel preponderante no desenvolvimento desta complicação. A associação entre a hipotermia inadvertida no perioperatório e o aumento da morbimortalidade do cliente cirúrgico é evidente. Os mecanismos fisiopatológicos associados à hipotermia são responsáveis pela ocorrência de várias complicações, nomeadamente: o aumento da incidência de infeção da ferida operatória (pelo efeito direto na resposta imunitária e indireto, pela diminuição da perfusão tecidual), eventos cardíacos adversos (hipertensão arterial, taquicardia, consumo aumentado de oxigénio e propensão para eventos isquémicos), alterações da coagulação, disfunção endócrino-metabólica (supressão da secreção de corticoides, redução da libertação de insulina com maior resistência à sua atividade nos tecidos, produção aumentada de TSH e tiroxina) e shivering (SPA, 2017).

No decorrer do estágio considerei importante ter conhecimento dos protocolos existentes no serviço e na instituição, de forma a contribuir significativamente para a qualidade do serviço, também o compromisso com a atualização, adequados à missão da

instituição, valorizando a pesquisa científica contínua. Neste contexto realizei uma formação em serviço sobre: “Manutenção da Normotermia no Perioperatório”, participei numa formação sobre “Atualização em Prevenção e Controlo de Infecção.” e um Webinar sobre “Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico”.

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

Na UCA existem inúmeros materiais e equipamentos (dispositivos médicos, instrumentais cirúrgicos) necessários para o procedimento anestésico-cirúrgico, que devem estar em conformidade, pois, podem colocar em risco a segurança da pessoa e dos profissionais. Os enfermeiros perioperatórios são intervenientes importantes na gestão e controlo dos dispositivos médicos. A aquisição de informações úteis para tomada de decisão sobre os procedimentos de controlo de risco destes materiais é fundamental, bem como, a supervisão da manutenção preventiva dos equipamentos e o delineamento programado de aquisição dos mesmos. Também a gestão dos gastos e o controlo dos dispositivos médicos é uma função dos enfermeiros em contexto perioperatório, além da criação de circuitos para pedido de reparação ou substituição de equipamentos. Relativamente a este ponto e falando da minha realidade profissional, considero que seria necessário dar mais autonomia aos enfermeiros que diariamente, organizam e gerem o material necessário à realização das cirurgias, quanto à aquisição de instrumentos e equipamentos que apresentam grande desgaste. Por vezes torna-se difícil essa gestão, dado o moroso processo de apreciação e autorização por parte da direção. O enfermeiro do perioperatório deve ainda gerir a utilização dos dispositivos médicos implantáveis de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos, assegurando a documentação e a rastreabilidade, assim como, normas de segurança na sua utilização. Neste contexto, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Assegurar o controlo das medidas de higiene e reprocessamento de instrumentais cirúrgicos;
- Colaborar na documentação e rastreio da funcionalidade dos instrumentais cirúrgicos e outros dispositivos médicos;
- Assegurar que os dispositivos médicos estão disponíveis, íntegros e funcionais e são utilizados de acordo com as instruções do fabricante;

- Prevenir retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico;
- Acondicionar e registar as peças para anatomia patológica, citologia e microbiologia, procedendo segundo protocolo instituído.

Existe uma relação muito próxima entre a UCA e o serviço de esterilização, pelo que já tive oportunidade de visitar. A gestão do instrumental cirúrgico é uma tarefa difícil e exige dos profissionais, conhecimento, controlo e gestão dos poucos recursos disponíveis. Existe um enorme desgaste do material disponível e o seu arranjo ou substituição é um processo moroso, o que implica uma boa articulação entre ambos. Neste âmbito, conhecer o serviço de esterilização e perceber os circuitos dos materiais, bem como, o seu processamento (lavagem, desinfeção, acondicionamento, embalamento e esterilização), é essencial para providenciar atempadamente as necessidades, estabelecer prioridades, dar cumprimento ao programa cirúrgico, evitando o adiamento de cirurgias, por indisponibilidade de material.

*Tornar-se especialista em Enfermagem Perioperatória:
“Da formação à capacitação da pessoa submetida a cirurgia proctológica em regime de ambulatório.”*

CAPÍTULO III – A ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA SOB UM OLHAR DE MESTRE

Este capítulo destina-se a refletir como a frequência neste curso me transformou enquanto enfermeira do perioperatório, pois possibilitou-me um novo olhar sobre “o cuidar a pessoa em situação perioperatória”, assente no pensamento critico-reflexivo e na procura de evidência científica.

No decurso deste relatório, apresentei o caminho efetuado na aquisição e desenvolvimento das competências especializadas, comuns e específicas, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e que convergiram para a obtenção das competências de Mestre. Este curso proporcionou-me grandes oportunidades de aprendizagem que se encontram documentados ao longo do relatório, tendo-se revelado um período bastante construtivo e enriquecedor, contribuindo também para a consciencialização das minhas capacidades.

Enveredar pela atualização de conhecimentos, após 17 anos de experiência profissional, foi um enorme desafio, pois muitas vezes deixamos que a rotina se instale no nosso dia-a-dia, sem nos questionarmos. No entanto, assim que surgiu esta especialização, senti uma imensa vontade de me colocar à prova. Esta é a minha área de eleição, pois, a pessoa a vivenciar uma situação perioperatória, entrega-se em total vulnerabilidade nas “mãos de profissionais” com vista à melhoria do seu estado de saúde. Ora cabe a cada profissional, dotar-se dos conhecimentos e competências adequadas para garantir o seu melhor desempenho e assistir com qualidade a pessoa e sua família/pessoa significativa nos cuidados prestados, durante o período de transição a que será sujeita.

De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, no artigo 15º, o grau académico de mestre é atribuído aos que possuem um nível de conhecimento e capacidades de compreensão que possibilitem o desenvolvimento e aprofundamento das competências adquiridas no 1º ciclo de estudos. Representa um alargamento de saberes, exigindo-se a um mestre competências científicas, com a aplicação de conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ter a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos a especialistas e não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades, ter competências que permitam aprendizagem ao longo da vida, de um modo autónomo.

Considero ter adquirido estas aptidões, na medida em que desenvolvi competências científicas, técnicas e humanas, que foram e serão o suporte para a conceção, prestação e gestão dos cuidados prestados. Promovi a melhoria da qualidade dos cuidados através do recurso a pesquisas que levaram à realização de atividades importantes para a melhoria contínua, bem como, proporcionei momentos de reflexão, cimentados em evidência, que fomentaram as aprendizagens profissionais. Realizei formações em serviço, que de forma proativa contribuíram para a capacitação dos enfermeiros, dinamizando não só a formação em serviço, como a identificação da necessidade da realização e implementação de novos projetos, nomeadamente no âmbito da informação e capacitação da pessoa e família/pessoa significativa. O envolvimento da pessoa e família nos cuidados de saúde refletem o aumento da sua satisfação, motivação e adesão ao tratamento, que muito contribuem para ganhos em saúde e maior segurança e qualidade nos cuidados, sensíveis aos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Arriaga, (2019) afirma que:

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

Implícito ao grau de Mestre, encontra-se não só o domínio do “saber-saber” e “saber-fazer”, mas também o “saber-ser” e o “saber-estar”, pois além do conhecimento técnico e científico, o enfermeiro especialista com competências de Mestre, deve saber aplicar, mas também ser detentor de competências relacionais a nível social e afetivo, visíveis nas atitudes, comportamentos, na capacidade de estabelecer relações interpessoais, entre pares e com a pessoa e família alvo dos nossos cuidados.

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

No final da realização do presente relatório denota-se a preocupação, o investimento e o gosto pessoal e profissional pela temática da informação e capacitação da pessoa e família/pessoa significativa, dotando-o de ferramentas que possam impactar positivamente a sua experiência cirúrgica e a satisfação com os cuidados prestados.

Tal verificou-se através das ações desenvolvidas que foram ao encontro dos objetivos estratégicos que constam no PNSD 2021-2026 pois trabalharam-se os objetivos estratégicos relativos à comunicação, através da ação de formação acerca da implementação da técnica de ISBAR e o documento realizado para facilitar a sua aplicação, foi apresentada, discutida e refletida com a equipa de enfermagem do serviço, confluindo para a aquisição da competência de Mestre, que compreende a capacidade de comunicar as minhas conclusões a especialistas e não especialistas de forma clara e sem ambiguidades.

Também a realização de um Poster a dar a conhecer as funções do enfermeiro perioperatório, que se encontra afixado na UCA, a realização de folhetos informativos para entregar à pessoa submetida a cirurgia proctológica (na consulta pré-operatória e aquando da alta) e por fim, a realização de um vídeo informativo para a pessoa e família incluindo informações pertinentes além de dar a conhecer o circuito que irão realizar durante a permanência na UCA. Pretende-se que este último, seja exposto na comunicação interna do hospital (salas de espera) e que seja difundido através da página oficial do hospital onde foi realizado o estágio.

O meu desenvolvimento pessoal e profissional conta com os conhecimentos obtidos desde o curso de Licenciatura em Enfermagem, da Pós-graduação em “Enfermagem em Instrumentação Cirúrgica”, das unidades curriculares lecionadas no presente Curso de Mestrado, das formações realizadas e do percurso profissional realizado ao longo de 17 anos, 13 anos dos quais enquanto enfermeira do perioperatório. No BO realizo todas as funções de enfermagem desde: acolhimento, anestesia, circulação, instrumentação e UCPA. Este percurso, permitiu-me aprofundar conceitos, explorar novos domínios e áreas de interesse, nomeadamente, na admissão e preparação da alta do utente, realização de ensinamentos, bem como, consulta telefónica de follow-up, com o intuito de melhorar a minha prestação em áreas até ao momento menos exploradas.

A UC de investigação contribuiu para aprofundar conhecimentos sobre a importância da investigação na enfermagem e sobre a prática baseada na evidência,

munindo-me, similarmente, de ferramentas indispensáveis à aquisição de conhecimentos, através da pesquisa e seleção da evidência científica credível e atual. Nesta UC foi realizado um trabalho de grupo, de análise detalhada de um artigo científico. Outras atividades concretizadas ao longo do processo formativo (ações de formação, trabalhos académicos, planeamento dos ensinamentos clínicos, nomeadamente, planos de estágios, a realização de reflexão crítica segundo a metodologia do Ciclo de Gibbs, a conceção do projeto de autoformação e respetivo relatório) habilitaram-me a fortalecer um conjunto de competências que confluíram no desenvolvimento autónomo da autoformação e autoaprendizagem.

Ao longo dos ensinamentos clínicos e já com considerável experiência laboral, como explanado anteriormente, foi-me possível desenvolver competências especializadas no cuidado da pessoa em situação perioperatória. As situações/experiências que vivenciei cooperaram para o aprofundamento de conhecimentos técnico-científicos, especialmente, na informação e capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica. Também aprofundei saberes na promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória, no desenvolvimento da minha intervenção numa perspetiva interprofissional, na demonstração de consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório, no processo de prevenção e controlo de infeção, associado aos cuidados perioperatórios e na promoção da gestão, e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.

No cuidado à pessoa foi aplicado a metodologia do processo de enfermagem em que, após a colheita/avaliação inicial de dados, identifiquei pontos de atenção, formulei diagnósticos de enfermagem, planeei e implementei intervenções de enfermagem individualizadas, de acordo com os diagnósticos, efetuando a avaliação dos resultados. Para Adamya et al. (2020), o processo de enfermagem constitui-se por um saber científico necessário para a consolidação da profissão e identidade profissional e suporta a tomada de decisão através de conhecimentos fundamentados. A mobilização de conhecimentos foram uma constante, sempre orientada pelos princípios éticos e pelo código deontológico do enfermeiro, conduzindo à tomada de decisões objetivas e assertivas, adequadas às necessidades da pessoa em situação perioperatória. Demonstrei capacidade de aprender com a construção de conhecimentos específicos e de os aplicar na resolução de

problemas, em situações novas, o que se compatibiliza com as competências do grau de mestre.

Considero, assim, que este percurso de aprendizagem aprimorou o meu pensamento crítico e reflexivo, fomentando ainda o meu autoconhecimento e firmeza na tomada de decisão e possibilitou a gestão de situações complexas nos diferentes contextos clínicos. Aprendizagem esta que me permitiu e continuará a possibilitar, ao longo da minha vida profissional, prestar cuidados com maior segurança e mais qualidade, sustentados numa atual prova científica. Junta-se o facto de toda a evidência corroborar com os ganhos em saúde que se pode obter através do aumento da informação na capacitação da pessoa/família, permitindo maior envolvimento dos mesmos no processo cirúrgico como fatores impulsionadores da segurança no perioperatório.

Em suma, o percurso efetuado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, expõe a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas e a construção de conhecimentos/competências congruentes com a exigência do grau de mestre, nesta área do saber, abrindo-se novos horizontes do conhecimento, empoderamento e capacidade de acrescentar valor numa prática profissional mais consciente, autónoma e sustentada.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório proporcionou grandes momentos de reflexão, permitindo adquirir e aprofundar conhecimentos através da melhor evidência disponível. Foi fundamental para o desenvolvimento da prática crítico-reflexiva e no desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e de mestre.

O processo de aquisição de competências é progressivo, uma vez que depois de compreendidas e interiorizadas, só com a experiência prática é que vão sendo cimentadas, aperfeiçoadas e melhoradas. Considero ter desenvolvido competências relacionais, de comunicação, de ensino e treino quer na admissão e acolhimento à pessoa e família quer no recobro imediato e tardio e na preparação da alta para o domicílio promovendo a continuidade dos cuidados pós-operatórios com qualidade. Na admissão e acolhimento à pessoa em situação perioperatória e família, é importante que o enfermeiro mantenha uma atitude empática, de disponibilidade e esclarecimento de modo a reduzir o stress e ansiedade associados ao momento e marcar positivamente toda a experiência posterior.

A CA é uma unidade orgânico-funcional complexa, um ponto de ligação de inúmeras atividades que exige competências e habilidades específicas e complexas. Esta unidade oferece ao enfermeiro um vasto campo de intervenção, com atividades muito exigentes, uma soma de conhecimentos e habilidades de natureza diversa, para o desempenho dos diversos papéis. O enfermeiro do perioperatório encontra-se em diversas áreas complementares entre si: na admissão e acolhimento à pessoa e família, como enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista, enfermeiro da UCPA (no recobro imediato), no recobro tardio (local que antecede a alta para o domicílio), no telefonema das 24 horas e nas consultas perioperatórias.

Com base no exposto, considero que o conhecimento no perioperatório, não é estanque, mas sim dinâmico e em constante evolução e atualização, o que exige, um continuum de aprendizagens, sendo um processo inacabado. Sem dúvida que este curso foi muito enriquecedor, pude desenvolver conhecimentos, habilidades e competências fundamentais para o exercício da minha atividade na CA, mais consistente e responsável.

Apenas experienciando todas as áreas do perioperatório, me será possível compreender o “todo” e me tornar num elemento mais completo e consciente da importância de compreender melhor todas as funções do enfermeiro perioperatório, pois todas são de extrema importância e imprescindíveis para a qualidade e sucesso dos

cuidados perioperatórios de uma UCA. Considero a autocrítica um meio necessário para o crescimento e enriquecimento profissional e pessoal, pois é através do reconhecimento das minhas limitações e dificuldades que poderei desenvolver as competências necessárias para melhorar continuamente. Foi possível ao longo do curso adquirir, aperfeiçoar e aprofundar novos conhecimentos e desenvolver competências relacionais e comunicacionais com a pessoa em situação perioperatória, família e restante equipa multidisciplinar. Considero que este curso despertou em mim um olhar mais crítico e eficiente, percebendo que apenas através da melhor evidencia científica e da vontade de querer mais e melhor se poderá evoluir e proporcionar melhores cuidados aqueles de quem somos chamados a cuidar.

Ao longo deste documento procurei expor de forma clara e objetiva as atividades desenvolvidas, tendo em vista os objetivos inicialmente definidos, assim como refletir sobre a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Tendo por base tudo o que foi exposto neste documento, entendo a aprendizagem como um processo inacabado, no entanto, considero ter alcançado os objetivos a que me propus, tendo em vista a aprovação nesta unidade curricular.

Termino este relatório consciente de que investir na capacitação da pessoa submetida a cirurgia proctológica em regime de ambulatório e sua família, traz benefícios para ambas as partes. A pessoa sente-se acolhida e valorizada, desenvolve a sua autonomia e participa de forma mais ativa na sua recuperação, aumentando a sua satisfação e segurança. Por sua vez os profissionais envolvidos, melhoram os seus conhecimentos e a qualidade da informação transmitida, fomentando a humanização dos cuidados.

Este relatório revela o modo como os conhecimentos adquiridos e consolidados foram mobilizados para estimular e influenciar positivamente a minha mudança na prática da enfermagem perioperatória e a dos meus pares, evidenciando assim o desenvolvimento das competências de especialista e de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à pessoa em situação perioperatória pretendidas neste percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelsson, A., Falk, P., Sundberg, B., & Nygårdh, A. (2021). *Empowerment in the perioperative dialog*. *Nursing Open*, 8(1), 96–103. <https://doi.org/10.1002/nop2.607>
- Adamy, E., Zocche, D. & Almeida, M. (2020). *Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Atividade cirúrgica do SNS atinge o valor mais elevado de sempre em 2016*. Recuperado de <http://www.acss.min-saude.pt/2017/08/29/atividade-cirurgica-do-sns-atinge-o-valor-mais-elevado-de-sempre-em-2016/>
- AESOP (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- AESOP (2012) *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados* (1ª reimpressão). Estúdio Lusociência. ISBN 978-972-8930-16-5.
- AESOP (2013) – *Frequently asked questions*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/deep2013-faqs-pdf.aspx>
- Almeida, C. V. (2019). *Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática*. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Edições ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/7662>
- Arriaga, M. T. (2019). Prefácio. *Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão*. In Lopes, C. & Almeida, C. V. (2019). *Literacia em saúde na prática*, (11-15). Edições ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/7658>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2010). *Referencial de competências do enfermeiro gestor*. Retrieved from <http://www.apegel.org/documentos.aspx>

- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) (2017). *Position statement on patient safety*. AORN Journal, 105 (5), 501-502.
- Bento, V. F., & Brofman, P. R. (2009). *Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba - Paraná*. SciELO, 92 (6), pp. 1-7. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009000600013>
- Cardante, S. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: a perspectiva dos enfermeiros*. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Carrilho MP, Pontífice-Sousa P, Marques RM. (2021). *Programa ERAS® - Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia colorretal*. Acta Paulista Enfermagem, 34. <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AR02105>
- Cesarino, C.B., Sciarra, A.M.P. (2017). *Empoderamento na Saúde*. Arq. Ciênc. Saúde. 24(3); 01-02. https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-24-3/empoderamento-na-saude.pdf
- Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). *Bedside nursing handover: a case study*. International journal of nursing practice, 16(1), 27–34. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01809.x>
- Comissão Nacional de Portugal para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA, 2008). *Relatório final – cirurgia de ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*. Ministério da Saúde de Portugal, Lisboa.
- Costa, V. (2020). *Doenças do Reto e do Ânus. Quem é que trata?* <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/saude-e-bem-estar/doencas-reto-anus-quem-trata>
- Decreto-Lei n.º 74/2006, Diário da República: Série I-A, n.º 60, de 24 de março de 2006. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). *Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal. <https://dre.tretas.org/dre/3435133/decreto-lei-65-2018-de-16-de-agosto>
- Despacho n.º 25832/2007. *Diário da República 2ª Série*. 218 (13/11/2007). Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho>

Despacho n.º 1380/2018. *Diário da República 2.ª Série. N.º 28* (08/02/2018). Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho>

DGS. (2017). *Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde*. Norma n.º 001/201. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0012017-de08022017-pdf.asp>

Diário da República, III Série - N.º 243 – De 18 de outubro de 1999.

Direção Geral de Saúde (2000). *Conceito de Cirurgia de Ambulatório*.

Direção Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa N.º 09/DGC* emitida a 14 de junho de 2003 - adaptando a dor como 5.º sinal vital. Lisboa: Ministério da Saúde.

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

Direção-Geral de Saúde. (2013). Norma 02/2013: *Cirurgia Segura, Salva-Vidas*. DGS.
<https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>

Direção Geral da Saúde (DGS) (2015). Norma n.º 020/2015 de 15/12/2015 - “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Norma n.º 020/2015 de 15/12/2015.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017a). *Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2017*. Lisboa.

Diário da República, 2.ª série (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes* (2021 -2026) Despacho n.º 9390/202. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/>

Ennis-O’Connor, M. (2018). *What does it mean to be an empowered patient? Patient Empowerment Network*. <https://powerfulpatients.org/2018/05/22/what-does-it-mean-to-be-an-empowered-patient/>

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

- Foster, S., & Manser, T. (2012). *The effects of patient handoff characteristics on subsequent care: a systematic review and areas for future research*. Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 87(8), 1105–1124. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31825cfa69>
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos Doentes – Uma Abordagem Prática*. Lidel. ISBN: 978-972-757- 797-2.
- Gibson, C. H. (1991). *A concept analysis of empowerment*. Journal of Advanced Nursing, 16(3), 354–361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- Granath, A. Eriksson, K. & Wikström L. (2022). *Healthcare workers perceptions of how eHealth applications can support self-care to patients undergoing planned major surgery*. Pesquisa de Serviços de Saúde BMC. 22 (844). doi: 10.1186/s12913-022-08219-4. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08219-4>
- ICN - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão Beta 2*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002.
- International Council of Nurses (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-wedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-brows>
- Jorgetto, G., Noronha, R., Araújo, I. (2004). *Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centro-cirúrgico de um hospital universitário*. Revista eletrônica de enfermagem, 6 (2), 213-222
- Kaltoft, A., Jacobsen, Y., Tangsgaard, M., Jensen, H. (2022). *ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery*. Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses, 37(1), 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>
- Lindwall, L., Post, I. (2009). *Continuity created by nurses in the perioperative dialogue - A literature review*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23(2), 395–401. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00609.x>
- Machado, L., Camponogara, S., Moreira, D. (2021). *O empoderamento como componente do trabalho do enfermeiro: tendência de teses e dissertações / Empowerment as a*

- component of nurses work: trend of theses and dissertations*. Brazilian Journal of Development, 7(8), 83103–83117. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-493>
- Mendes, D., Ferrito, C., Gonçalves, M. (2020). *A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente*. Cadernos De Saúde, 12(1), 47-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Mendes, J., Cardoso, S., Hott, A., Souza, F. (2020). *Importância da Comunicação para uma Assistência de Qualidade: Uma revisão Integrativa*. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research BJSCR, 32(2), 169-174. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201004_093012.pdf
- Moura, L., Camponogara, S., Santos, J., Gasparino, R., Silva, R., Freitas, E. (2020). *Structural empowerment of nurses in the hospital setting*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 28 (4): e3373. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3915.3373>
- Nobre, F. A. P., Rodrigues, M. K. S., Costa, R. M. A., Albuquerque, E. V. S., Romão, C. M. S. B., Nascimento, C. C. C., Tavares, M. O. Q. L., & Collaço, L. P. B. (2020). *Empoderamento e promoção à saúde: uma reflexão emergente / Empowerment and health promotion: an emerging reflection*. Brazilian Journal of Health Review, 3(5), 14584–14588. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-253>
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Enunciado_Posicao_7Set2004.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico dos enfermeiros*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Codigo_Deontologico.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento nº 558/2017 – *Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28060/referencial-de-avalia%C3%A7%C3%A3o-da-idoneidade-formativa-raif-1.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*. 26–32. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Diário Da República, 2ª Série, nº135, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário Da República, 2ª Série, nº26, 4744–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (1998). *Health promotion glossary* (2nd ed.) Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/who-hpr-hep-98.1>
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 - Cirurgia Segura Salva Vidas*. Lisboa: DGS - Ministério da Saúde
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *A Declaração de Jacarta: sobre como liderar a promoção da saúde no século XXI*. <https://www.who.int/publications/i/item/who-hpr-hep-4ichp-br-97.4>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*.
- Ouschan, R., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2000). *Dimensions of Patient Empowerment*. *Health Marketing Quarterly*, 18(1–2), 99–114. https://doi.org/10.1300/j026v18n01_08

- Paes R, Maftum A. (2013). *Comunicação Entre Equipe de Enfermagem e Pacientes com Transtorno Mental em um Serviço de Emergência*. Cienc. Cuid. Saúde. 12 (1), 55-62.
- Phipps, Long, Woods, Cassmeyer. (1995) *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*, (2ª ed). Lisboa: Lusodidacta.
- Pinto, J.R., Matias, A.C., Sarnadas, L. L. (2020). *Avaliação da Cultura de Segurança do doente em cirurgia de ambulatória pelos enfermeiros: protocolo de Scoping Review*. Revista de Enfermagem Referência, 5(4), e20059.
<https://doi.org/10.12707/RV20059>
- Portaria nº 132/2009 de 30 de janeiro (2009). *Regulamento das tabelas de preços das instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, I série, nº21 (30/01/2009) (660-758).
- Potter A, Patricia S, Amy H. (2018). *Fundamentos de Enfermagem*. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 313- 27.
- Regulamento nº 658/2016. *Diário da República n.º 133/2016, Série II* de 2016-07-13, páginas 21549-21553 Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/658-2016-74931900>
- Regulamento nº 76/2018 de Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão*. (30 de janeiro de 2018). Diário da República, 2º série - Nº 21.
- Regulamento n.º 366/2018 de 14 de junho (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*. Diário da República II série, n.º 113 (14-06-2018) (16656-16663).
<https://files.dre.pt/2s/2018/06/113000000/1665616663.pdf>
- Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Diário da República: II série, n.º 135* (16 de julho).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.
- Regulamento n.º 140/2019 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. (6 de fevereiro de 2019). Diário da República, 2.ª série — N.º 26.

- 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, n.º 184 (25-09-2019) (128-155). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Regulamento nº705/2021 de 27 de julho (2021). *Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem*.
- Saad-Hoosne R, Prado RG, Bakonyi-Neto A. (2005). *Cirurgia ambulatorial em proctologia: análise retrospectiva de 437 casos*. Arq Gastroenterol. v. 42 – no.3 – jul./set.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). *Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, (10), 47-57. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/3120>
- Sarmiento, P., Fonseca, C., Marcos, A., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). *Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatório em Cirurgia Ambulatória*. Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia, 22(2), 35–43.
- Soares, S., Camponogara, S., Vargas, M. (2020). *What is said and unspoken about the autonomy of a nurse: (dis) continuity in discourses*. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(6), e20190401. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0401>
- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017). *Recomendações da SPA para a manutenção da normotermia no período perioperatório*. Guidelines de conduta clínica. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., & Brand, H. (2015). *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. European Journal of Public Health, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F. & Mota, L. (2019). *Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço*

*Tornar-se especialista em Enfermagem Perioperatória:
“Da formação à capacitação da pessoa submetida a cirurgia proctológica em regime de ambulatório.”*

de urgência. Revista de Enfermagem Referência, IV (21), 151-158.
<https://doi.org/10.12707/RIV19014>

Souza, G., & Paula, M. (2020). *Identidade Profissional de enfermeiros que atuaram em outras categorias da Enfermagem*, Diálogos Interdisciplinares, 9(2), pp. 116-135.
<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/>

Tannure, M. C., & Pinheiro, A. M. (2014). *O que é a sistematização da assistência de enfermagem (SAE)?* - Guia Prático. São Paulo: Guanabara Koogan

Teixeira, A., Nogueira, M., Alves, P. (2016). *Empoderamento estrutural em enfermagem: tradução, adaptação e validação do Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II*. Revista de Enfermagem Referência, 4(10), 39-47.
<http://search.ebscohost.com/login.aspxdirect=true&db=ccm&an=118427520&lang=es&site=ehost-live>

Vilelas, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-989-561-097-6.