



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

Maria Goreti Teixeira de Andrade

**ENFERMAGEM EM CIRURGIA DE
AMBULATÓRIO: PAPEL DA
COMUNICAÇÃO NA QUALIDADE DOS
CUIDADOS**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

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

Enfermagem em Cirurgia de Ambulatório: Papel da Comunicação na Qualidade dos Cuidados

Relatório Final de Estágio

Maria Goreti Teixeira de Andrade

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

Oliveira de Azeméis, 2023

“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi resultado de uma combinação de curiosidade e desejo de aprender. Todas as conquistas, aprendizagens e competências adquiridas não teriam sido possível sem a sabedoria, companheirismo e generosidade de algumas pessoas que contribuíram para que a construção deste caminho fosse mais aprazível.

Começo por agradecer à Professora Doutora Fernanda Príncipe pela orientação, pela partilha de conhecimentos, e pelo apoio no decorrer de todo este trabalho.

À Enfermeira Especialista Fernanda Georgina, minha Tutora de estágio, pela supervisão clínica do estágio, acompanhamento e ensino de uma Enfermagem Especializada.

À Enfermeira Gestora e a todos os enfermeiros do local de estágio, promotores do processo de aprendizagem.

Aos colegas do mestrado, pela partilha de experiências e conhecimentos ao longo deste percurso académico.

Às minhas amigas Ana, Cristina e Liliana por todo apoio e motivação ao longo deste percurso.

À memória do meu pai e da minha mãe, que apesar de me terem deixado no decorrer deste percurso académico, continuam a ser uma presença constante em mim.

Aos meus filhos: Gonçalo, pela sua generosidade e ajuda nas dificuldades existentes ao longo deste percurso, um obrigado é pouco; Rafael, pelo apoio informático e toda a paciência; Pedro, pela força e motivação. E ao meu marido Zé, pelo companheirismo, apoio e dedicação incondicional. A todos por compreenderem o tempo de ausência e por acreditarem em mim, adoro-vos.

Àqueles que de alguma forma contribuíram no alcançar desta etapa.

A todos, muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSA- *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía*

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

APCA- Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

AORN- *Association Perioperative Registered Nurses*

BO – Bloco Operatório

CA- Cirurgia de Ambulatório

CIEL- Consentimento Informado Esclarecido e Livre

CNADCA- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral de Saúde

DMUM- Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo

EC- Enfermeiro Coordenador

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*

ERS- Entidade Reguladora da Saúde

GTADCA- Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

ISBAR – Identificação, Situação atual, Background/antecedentes, Avaliação e Recomendações

JBI - *The Joanna Briggs Institute*

JCI- *Joint Comission International*

LVSC- Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

MeSH – *Medical Subjet Headings*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS -Organização Mundial da Saúde

PCC – População, Conceito e Contexto

PRISMA-ScR – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: Extension for Scoping Reviews

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

RESUMO

A Enfermagem Perioperatória é uma área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica com conhecimento diferenciado, com o objetivo de garantir a qualidade e segurança nos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória. Essa especialização destaca o cuidado holístico ao longo do período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Na procura destas competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, neste relatório final de estágio é descrito a experiência de estágio clínico e de pesquisa literária.

A cirurgia de ambulatório é um modelo organizacional de cuidados cirúrgicos que visa a alta hospitalar em menos de 24 horas desde a entrada da pessoa na instituição hospitalar. Neste contexto é importante que a equipa de enfermagem seja capaz de comunicar de forma clara e precisa. Isso envolve transmitir informações relevantes sobre a pessoa em situação perioperatória, coordenar os cuidados entre os diferentes profissionais envolvidos, partilhar atualizações e garantir que as necessidades da pessoa em situação perioperatória sejam atendidas de forma eficaz.

As competências comuns desenvolvidas foram orientadas pelo empoderamento da pessoa em situação perioperatória e de pares através de ensinamentos e formação, pela gestão de cuidados, pela liderança, pela elaboração de projetos de melhoria da qualidade e aquisição de conhecimento capaz de promover um progresso efetivo e eficiente nas práticas de enfermagem. As competências específicas adquiridas na área de enfermagem perioperatória incluem habilidades especializadas na coordenação e gestão dos recursos, humanos e materiais de uma unidade de cirurgia de ambulatório, bem como no desenvolvimento de competências relacionadas ao pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

A componente de investigação é contextualizada com o enquadramento teórico, que inclui uma abordagem sobre a Enfermagem Perioperatória, definição de cirurgia de ambulatório, e estudo da comunicação em enfermagem. Foi realizada uma *scoping review* seguindo as recomendações de Joanna Briggs Institute, nomeadamente enquadramento metodológico, exposição do desenho, análise de resultados, discussão dos resultados e respetiva conclusão. O desenvolvimento das competências, quer comuns quer específicas, e o contributo da investigação permite uma tomada de decisão baseada em evidência e aprimorar os cuidados ao nível de excelência.

ABSTRACT

Perioperative Nursing is an area of specialization in Medical-Surgical Nursing with differentiated knowledge, aiming to ensure quality and safety in the care provided to the person in perioperative situation. This specialization highlights holistic care throughout the preoperative, intraoperative and postoperative periods. In the search for these competencies within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the specialization area of nursing care to perioperative patients, this report describes the experience of clinical internship and literature search.

Outpatient surgery is an organizational model of surgical care that aims at hospital discharge in less than 24 hours from the time the person is admitted to the hospital. In this context it is important that the nursing team is able to communicate clearly and accurately. This involves conveying relevant information about the perioperative person, coordinating care among the different professionals involved, sharing updates, and ensuring that the perioperative person's needs are met effectively.

The common competencies developed were guided by the empowerment of the perioperative patient and peers through teaching and training, care management, leadership, development of quality improvement projects and acquisition of knowledge capable of promoting effective and efficient progress in nursing practices. The specific competencies acquired in the area of perioperative nursing include specialized skills in the coordination and management of the resources, human and material, of an ambulatory surgery unit, as well as the development of competencies related to the preoperative, intraoperative and postoperative periods.

The research component is contextualized with the theoretical framework, which includes an approach on Perioperative Nursing, definition of ambulatory surgery, and study of communication in nursing. A scoping review was conducted following the recommendations of Joanna Briggs Institute, namely the methodological framework, the design, the analysis of results, the discussion of results and the respective conclusion. The development of both common and specific skills and the contribution of research allow for evidence-based decision-making and the improvement of care at the level of excellence.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Mnemónica “PCC”, de acordo com as recomendações do JBI, para definição dos critérios de elegibilidade.....	76
Tabela 2: Estratégia de pesquisa nas diferentes bases de dados.....	77
Tabela 3: Extração dos Dados.....	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Perioperative Patient Focused Model e seus domínios.....	27
Figura 2: Organograma de seleção da Pessoa em Situação Perioperatória para a UCA	29
Figura 3: Circuito da Pessoa em Situação Perioperatória na UCA no dia da cirurgia.....	30
Figura 4: Critérios de uma UCA	69
Figura 5: Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção de artigos.....	81

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	25
1. Enquadramento do contexto de estágio	27
1.1. Estágio em contexto de Cirurgia de Ambulatório	28
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	33
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	33
2.2. Domínio da Melhoria Continua da Qualidade	35
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	39
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	42
3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	45
4. Considerações finais.....	57
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	61
1. Resumo	63
2. Abstract.....	65
3. Enquadramento teórico	67
1. Finalidade e objetivos	73
2. Metodologia	75
2.1. Desenho do estudo.....	75
2.2. Considerações éticas	78
3. Resultados	81
4. Discussão	85
5. Conclusão.....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	105
ANEXO I: “Cultura de Segurança e Consciência Cirúrgica no Perioperatório”, 1º Seminário de Enfermagem Perioperatória, 2023.....	107
ANEXO II: “Segurança no Bloco Operatório”1º Webinar NEMC, 2023.....	111
ANEXO III: 1º Ciclo de Encontros dos Enfermeiros do Perioperatório	115
ANEXO IV: ePoster-XIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória, 2023.....	119
ANEXO V: “VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração”, 2023	125
ANEXO VI: “Protocolo de Scoping Review”, Workshop, 2023	129
APÊNDICES	133
APÊNDICES I: Cronograma de Estágio.....	135
APÊNDICE II: Apresentação de projeto à direção da UCA	139
APÊNDICE III: Memorandos da Técnica ISBAR.....	143
APÊNDICE IV: Formação em serviço – Técnica ISBAR.....	155
APÊNDICE V: Procedimento Técnica ISBAR na UCA.....	161
APÊNDICE VI: Instrumento de Auditoria da Técnica ISBAR	167
APÊNDICE VII: Folha de Registo de Enfermagem	171
APÊNDICE VIII: Instrução de Trabalho - Estupefacientes UCA.....	175
APÊNDICE IX: Folha de Registo de Estupefacientes no Bloco Operatório	181
APÊNDICE X: Folha de Controlo de Estupefacientes.....	185
APÊNDICE XI: Procedimento de Sistemas de Controlo de Temperatura- Vigie® na UCA....	189
APÊNDICE XII: Manual de Integração de Novos Enfermeiros.....	195
APÊNDICE XIII: Instrução de Trabalho- Contagem de Compressas, Instrumentos e Corto-Perfurantes em Procedimentos Cirúrgicos	221
APÊNDICE XIV: Fichas Técnicas	225
Fichas técnicas: Cirurgia Geral.....	227

Fichas técnicas: Cirurgia Vascular	235
Fichas técnicas: Ginecologia	239
Fichas técnicas: Ortopedia	243
Fichas técnicas: Otorrino	259
Fichas técnicas: Urologia.....	265
APÊNDICE XV: Formação em Serviço – Técnicas Anestésicas	275

INTRODUÇÃO

Ao longo do percurso profissional, as questões centradas no papel do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação perioperatória, o seu impacto positivo na qualidade e excelência dos cuidados prestados, devem ser uma preocupação do mesmo. O reconhecimento pela Ordem dos Enfermeiros desta área específica através da criação da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, abre caminho para o investimento em formação diferenciada e aquisição de competências importantes para demonstrar a singularidade do conhecimento abrangente desta especialidade. Galvão et al. (2002), ressaltam que aprofundar conhecimentos baseados em evidência científica, contribui para aprimorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória e para uma redução de custos.

Segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, pessoa em situação perioperatória é qualquer pessoa que, em diferentes fases de sua vida, precisa, opta ou concorda em passar por procedimentos cirúrgicos e anestésicos (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A enfermagem perioperatória evidencia o cuidado holístico durante o período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, priorizando a segurança e a qualidade dos mesmos centrados na pessoa em situação perioperatória, e reconhecendo que a prestação de cuidados seguros requer formação contínua e reflexão baseada em evidências.

Os cuidados perioperatórios têm associado um elevado risco de ocorrência de eventos adversos que decorre como resultado dos procedimentos, da complexidade do ambiente, dos recursos, da atuação individual de profissionais e do trabalho em equipa (Gutierrez et al., 2018). Para garantir a segurança e minimizar riscos em contexto de cirurgia de ambulatório (CA), sistemas de controle de qualidade devem ser adotados.

Na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), o enfermeiro perioperatório pode exercer funções nos três períodos existentes: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Esta pluralidade de funções do enfermeiro perioperatório e a rotatividade existente de pessoas em situação perioperatória numa UCA salienta a necessidade de uma comunicação eficiente e eficaz, que é fundamental para o setor da saúde (Vermeir et al., 2015).

A CA é uma área em constante evolução. O desenvolvimento de novas técnicas anestésicas e cirúrgicas, contribui tanto para o aumento da complexidade cirúrgica como para o número de pessoas em situação perioperatória com diferentes comorbidades.

Em 2018, a *Association Perioperative Registered Nurses (AORN)* publicou um guia com recomendações sobre *Teams communications*, com o objetivo de abordar problemas de segurança existentes em ambiente perioperatório, sendo a falta de comunicação entre os profissionais de saúde responsável por setenta por cento dos eventos adversos em ambiente perioperatório, Link (2018).

Ferramentas de comunicação e programas de treinamento de equipa são fundamentais para que as informações sejam transmitidas e recebidas de forma eficaz. Torna-se assim útil a padronização dessa componente de transmissão de informação. A padronização deve partir da identificação das estratégias de comunicação aplicadas atualmente, e procurar o melhor plano de implementação de novas estratégias que mostrem melhorias em relação ao *status quo*.

O presente relatório procura responder às questões salientadas anteriormente em relação à comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório. Para isso, é adquirido conhecimento académico através de uma *scoping review*, que permite mapear a evidência científica sobre a comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório.

A motivação para iniciar este percurso desafiante prende-se com a aquisição de conhecimento para complementar a experiência prática em cirurgia de ambulatório resultante de um longo percurso profissional, bem como o reconhecimento da importância e contribuição para o desenvolvimento de competências especializadas para o desempenho na prática clínica. Esta oportunidade contribui ainda para o empoderamento, reconhecimento e demonstração do papel diferenciado do enfermeiro na equipa multidisciplinar. O presente relatório final de estágio enquadra-se na unidade curricular do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, com o objetivo de finalização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, ministrado pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis (ESSNorteCVP).

A apresentação deste relatório está estruturada em duas partes, mas que se complementam.

A Parte I corresponde à componente de estágio que designamos como “Enfermagem em contexto de cirurgia de Ambulatório”, na qual fazemos o enquadramento do contexto de

estágio e a análise e reflexão da nossa construção e aquisição das competências comuns e específicas como Enfermeiros Especialistas e as atividades desenvolvidas.

A Parte II corresponde à componente de investigação onde é mencionado o problema que levou à pesquisa, objetivos e questão associada, bem como a finalidade da investigação. É referenciada a opção metodológica onde se incluiu o desenho do estudo, a apresentação e discussão dos resultados. Apresenta-se depois as conclusões referindo as limitações e as sugestões que o estudo acrescenta para o contexto de cirurgia de ambulatório.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Enfermagem em Contexto de Cirurgia de Ambulatório

1. Enquadramento do contexto de estágio

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) os estágios da componente clínica visam aprofundar os conhecimentos e competências em enfermagem principalmente na área de especialização do ciclo de estudos (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Foi selecionado, para contexto de estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, no âmbito do 2º ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, a UCA de um Hospital Central do Norte do país.

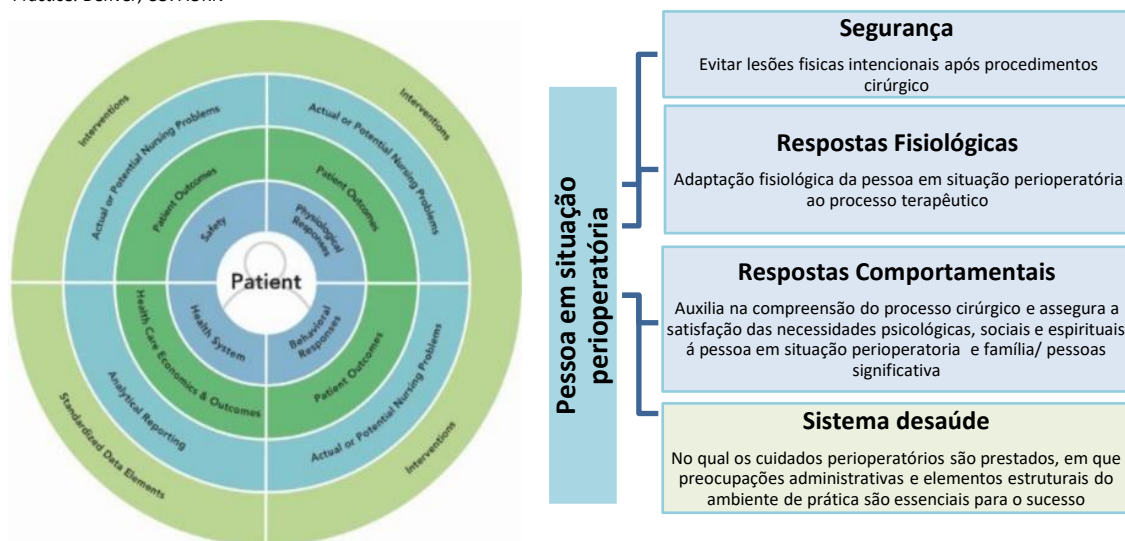
A escolha de uma UCA, como único contexto de estágio foi motivada pela amplitude do conhecimento e autonomia do enfermeiro perioperatório em todas as etapas envolvidas no processo, pré-operatório intraoperatório e pós-operatório, pela recente evolução da CA em Portugal e pelo aumento da complexidade dos procedimentos cirúrgicos realizados nesse ambiente. Isso torna a intervenção de enfermagem especializada mais desafiadora e facilita o processo de consolidação de conhecimentos e aquisição de novas competências.

A vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatório reflete a complexidade e os riscos inerentes aos cuidados prestados. Deste modo, adotou-se o *Perioperative Patient Focused Model* como base conceitual para a prática assistencial, onde a pessoa em situação perioperatória é o centro dos cuidados. O *Perioperative Patient Focused Model* tem como objetivo principal a obtenção de resultados de alta qualidade para a pessoa em situação perioperatória. Este modelo é dividido em quatro quadrantes; três dos quais representam domínios centrados na pessoa em situação perioperatória (Figura 1) (Wicklin, 2020).

Figura 1

Perioperative Patient Focused Model e seus domínios

Fonte: AORN. (2018). Introduction to the AORN guidelines for perioperative practice. Guidelines for Perioperative Practice. Denver, CO: AORN



1.1. *Estágio em contexto de Cirurgia de Ambulatório*

O estágio decorreu numa UCA de num Centro Hospitalar da região Norte do país que pertence ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). É um centro hospitalar polivalente de referência na prestação de cuidados de saúde devidamente certificado pela *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)*, *Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS)*, e o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS).

A UCA deste centro hospitalar é certificada pela ACSA com “Nível Bom”, e em março de 2023, novamente certificada, agora com o “Nível Ótimo”. Autónoma em relação à unidade central, é considerada uma unidade satélite, e tem como um dos seus objetivos ser reconhecida como um serviço inovador e atualizado, que proporciona serviços clínicos de excelência (CHVNG/E. 2022).

A UCA dispõe de três salas operatórias; um espaço de Recobro I destinado à fase de recuperação de pós-operatório imediato com capacidade instalada de quatro camas; um espaço de Recobro II, com capacidade de vinte e uma camas, que inclui um espaço preparado para pernoita hospitalar (9 camas); área de admissão que inclui secretariado, sala de admissão, sala de espera, vestiários e área de preparação da pessoa em situação perioperatória; um gabinete para consulta de anestesiologia e um gabinete para consulta de enfermagem.

Tratando-se de um espaço físico destinado exclusivamente à CA, tem a vantagem de dispor de equipa de enfermagem, assistentes técnicos, assistentes operacionais e direção clínica exclusivos. Este princípio de alocação exclusiva dos recursos humanos facilita a humanização dos cuidados, assim como a melhoria dos resultados obtidos, pois a constituição de equipas fixas permite um conhecimento mais pormenorizado das diferentes fases do processo, desde a abordagem da pessoa em situação perioperatória quando chega à UCA até ao contacto no domicílio do mesmo. Os recursos médicos (Anestesiologistas e Cirurgiões) não são exclusivos da unidade, sendo a marcação dos mesmos da responsabilidade dos respetivos serviços. A equipa de enfermagem divide-se em duas equipas distintas. A equipa do Recobro II, é constituída por 15 enfermeiros, dos quais três especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC), três especialistas em Pediatria e um especialista em Saúde Comunitária. A equipa do Bloco Operatório (BO) é constituída por 16 enfermeiros dos quais três são especialistas em EMC, um em Saúde Comunitária e um em Saúde Mental e Psiquiatria.

As especialidades cirúrgicas que desenvolvem atividade na UCA são: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vasculuar, Estomatologia, Ginecologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia, tornando a carteira de serviços vasta. Acresce ainda a especialidade de Anestesiologia, que desenvolve atividade pré-operatória, atividade

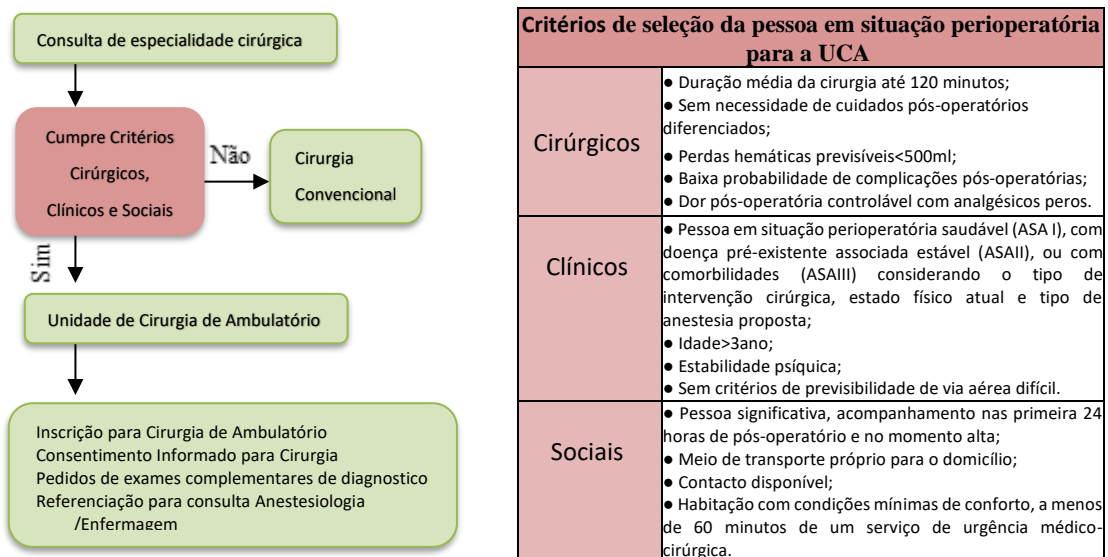
anestésica no BO e atividade no pós-operatório. De acordo com as recomendações da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA), a UCA funciona de segunda a sexta-feira, das 8 horas às 20 horas. Nos dias em que está definida a realização de cirurgia com pernoita, funciona 24 horas. Ao sábado funciona em regime de cirurgia adicional.

O êxito do programa de uma UCA depende da criteriosa seleção da pessoa em situação perioperatória do ponto de vista clínico, cirúrgico e social (Figura 2), que permite garantir segurança nos cuidados prestados, minimizar possíveis complicações perioperatórias e evitar cancelamentos de cirurgias.

Figura 2

Organograma de seleção da Pessoa em Situação Perioperatória para a UCA

Fonte: Manual de Qualidade CHVNG/E (2022)



A consulta pré-operatória é realizada pelo anestesiológico e posteriormente pelo enfermeiro e tem como objetivo a avaliação dos critérios de seleção da pessoa em situação perioperatória, o estado clínico e os exames complementares de diagnóstico. A pessoa em situação perioperatória e família/ pessoa significativa, recebem informação sobre o tipo de anestesia provável, o funcionamento da UCA e cuidados que antecedem a intervenção. Por fim, também é apresentado o circuito que fará no dia da cirurgia (Figura 3) e entregue a informação escrita relativa ao procedimento cirúrgico. No sentido de minimizar os cancelamentos cirúrgicos, a equipa de enfermagem realiza um contacto telefónico pré-cirúrgico 48 horas antes do dia da cirurgia, de forma a confirmar a presença da pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa no dia da cirurgia ou a reportar alterações do estado clínico posterior à consulta pré-operatória. O contacto telefónico

também apresenta utilidade para lembrar o jejum e confirmação da hora de chegada à unidade no dia da cirurgia.

Figura 3

Circuito da Pessoa em Situação Perioperatória na UCA no dia da cirurgia



Os cuidados de enfermagem na fase intraoperatória do regime de CA são comuns aos da cirurgia convencional (AESOP, 2012). No BO da UCA a equipa de enfermagem desempenha tarefas nas demais áreas, como instrumentação, anestesia e circulação. No pós-operatório, após a verificação de cumprimento de critérios clínicos pré-definidos, a pessoa em situação perioperatória tem alta clínica. Estes critérios incluem a presença de família/pessoa significativa; validação dos ensinamentos realizados e reforço dos mesmos, bem como do conhecimento relativo aos sintomas, complicações que possam surgir, e as atitudes a tomar perante as mesmas (AESOP, 2012). É entregue documentação necessária para a alta clínica, carta de alta de Enfermagem, marcação da Consulta de *follow-up* da especialidade cirúrgica e medicação de cedência. No apoio pós-operatório é efetuada uma consulta não presencial às 24 horas: a pessoa em situação perioperatória é contactada telefonicamente por um enfermeiro do serviço para avaliar a sua situação clínica, proporcionando a continuidade dos cuidados. Nas 72h após a alta é realizado um contacto telefónico pelo enfermeiro, no caso de intercorrência verificada no telefonema das 24h. Aos 30 dias após a cirurgia, é enviado via email um Inquérito de Satisfação.

A UCA fornece, ainda, cuidados à Cirurgia Pediátrica, iniciando com uma consulta de enfermagem pediátrica telefónica, na qual se realiza o preenchimento de um inquérito, o Inquérito pré-cirúrgico de crianças saudáveis (CHVNG/E. 2022). Após a consulta são enviados

folhetos informativos sobre a anestesia e a cirurgia, consentimento informado anestésico e um *link* com acesso a um vídeo informativo para os tutores da criança, por email.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Competências são conjuntos de atributos individuais, incluindo conhecimento, habilidades e atitudes pessoais e profissionais necessários para efetuar o papel atribuído (WHO, 2020). No contexto de enfermagem, estas competências especializadas são desenvolvidas a partir da ampliação dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, sendo compostas por competências comuns, aplicáveis a todas as especialidades, e competências específicas, que se aplicam somente à sua área de atuação (Regulamento nº140/2019).

As Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, regulamentadas de acordo com as disposições do estatuto vigente, abrangem diversas dimensões, incluindo a educação da pessoa em situação perioperatória e pares; de orientação, aconselhamento e liderança, bem como a responsabilidade de descodificar, disseminar e realizar pesquisas relevantes e pertinentes, que permitam avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem ((Regulamento nº140/2019).

Nesse sentido, é elaborada uma análise descritiva e reflexiva das competências desenvolvidas durante o estágio clínico, resultando na aquisição de um conhecimento especializado consistente com o título de Enfermeiro Especialista.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O Enfermeiro Especialista é um profissional qualificado, com habilidades de tomada de decisão baseadas em conhecimento e nas melhores práticas, que respeita os direitos humanos e é capaz de avaliar e lidar com situações de cuidados especializados de forma segura e profissional para garantir a proteção da pessoa em situação perioperatória. Em cuidados perioperatórios, a exigência e riscos requerem uma atitude responsável, com decisões baseadas em princípios éticos para garantir cuidados de qualidade (Araújo et al., 2022). Segundo Gutiérrez-Rodríguez et al. (2019), o Enfermeiro Especialista deve prestar cuidados na perspectiva de uma enfermagem avançada com base na melhor evidência científica. Em termos de responsabilidades, estes aspetos são evidenciados nas tomadas de decisões, partilha de informação e direito à privacidade, entre outros.

O processo de tomada de decisão é algo inerente à prática de cuidados de enfermagem. Situações complexas são recorrentes, necessitando de tomadas de decisões fundamentadas (Farčić et al., 2020). Neste sentido, durante o estágio clínico e em conjunto com o enfermeiro tutor, surgiram oportunidades de participação ativa em tomadas de decisão durante o processo clínico da pessoa em situação perioperatória e em prol da sua segurança. A consulta

pré-operatória, o contacto prévio das 48h antes da cirurgia, o momento da alta clínica e o contacto telefónico nas 24h pós cirurgia são exemplos de momentos em que as tomadas de decisão do enfermeiro são cruciais. Na consulta pré-operatória, é avaliada cuidadosamente a condição clínica da pessoa em situação perioperatória e identificadas questões que podem afetar a sua segurança durante o procedimento cirúrgico. O telefonema das 48h antes da cirurgia é efetuado com o objetivo de detetar possíveis condicionantes, e assim evitar cancelamentos cirúrgicos no dia da cirurgia. No decorrer deste contacto telefónico também são esclarecidas quaisquer dúvidas instaladas, ajudando a reduzir o nível de ansiedade, o que pode levar a uma melhor recuperação no pós-operatório. Já no contacto telefónico das 24h pós-operatório, é avaliado o estado clínico da pessoa em situação perioperatória, segundo as suas informações, e tomadas as medidas necessárias para a continuação de cuidados.

É fundamental garantir o acesso à informação para assegurar o respeito pelos direitos da pessoa em situação perioperatória. Na consulta pré-operatória, é fornecida toda a informação, em forma de folhetos informativos e verbalmente, sobre a cirurgia e a técnica anestésica planeada. Isto permite que a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa estejam cientes do procedimento a que vai ser submetido e quais os cuidados a ter no pré e pós-operatório. No momento de alta, são fornecidos também folhetos informativos detalhados sobre os cuidados a ter no pós-operatório e os contactos necessários para eventuais esclarecimentos. O acesso à informação é uma medida essencial para garantir o empoderamento da pessoa em situação perioperatória e família / pessoa significativa em relação ao processo clínico, aumentando a sua segurança e confiança.

Segundo o Código Deontológico de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015) o respeito pela privacidade e intimidade é uma questão ética fundamental no cuidado de saúde. Durante o estágio clínico, houve possibilidade de observar que a confidencialidade e a segurança da informação são tratadas com o máximo respeito e cuidado por toda a equipa de profissionais da UCA, como por exemplo, através de processos clínicos em papel sem identificação visível exterior e destruição de documentos não necessários. As consultas são realizadas em gabinetes próprios, proporcionando um ambiente privado para discutir as informações pessoais da pessoa em situação perioperatória. No BO, o acolhimento é realizado de forma individual e em local próprio, existindo zelo pela privacidade na transmissão de informação. Durante o período intraoperatório, é preocupação manter a intimidade da pessoa em situação perioperatória, limitando o número de profissionais na sala operatória, considerando o contexto de ser uma unidade escola. A exposição corporal é regulada conforme as necessidades do procedimento, sendo limitada durante a fase da indução anestésica e adaptada posteriormente a cada procedimento cirúrgico. No pós-operatório, é considerada a promoção da privacidade da pessoa em situação perioperatória

com a utilização de barreiras físicas, como o uso de cortinas. Todas estas estratégias contribuem para um ambiente de confiança e, conseqüentemente, para uma maior satisfação da pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa para com os cuidados prestados, sendo esta um indicador de qualidade essencial para obtenção de ganhos em saúde. Na UCA a privacidade e a confidencialidade, sendo direitos da pessoa em situação perioperatória, são promovidos em todas as fases do seu processo cirúrgico de forma a garantir conforto e segurança para a mesma.

O respeito à escolha e à autodeterminação é um princípio fundamental nos cuidados de saúde. A fim de garantir que a pessoa em situação perioperatória esteja informada sobre as opções de tratamento disponíveis e possa tomar decisões informadas sobre seu próprio cuidado, é essencial que o Consentimento Informado Esclarecido e Livre (CIEL) seja obtido. Assim, os profissionais de saúde garantem que a pessoa em situação perioperatória entendeu os riscos e benefícios associados ao tratamento, servindo também como proteção legal para os profissionais de saúde. Quando esta é plenamente informada e capaz de tomar decisões informadas sobre seu próprio cuidado, os resultados de saúde e a satisfação da pessoa em situação perioperatória são aprimorados.

O respeito pelos valores individuais é um princípio fundamental da ética em enfermagem, competindo aos enfermeiros a responsabilidade de garantir que esses valores e práticas específicas sejam respeitados. Na UCA, esse respeito é evidente na consideração das preferências, seja por motivos religiosos, culturais ou pessoais e na atenção individualizada dada a cada pessoa.

No desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista, a humanização dos cuidados foi promovida através de uma cultura de trabalho promotora de um ambiente perioperatório calmo e acolhedor, bem como da análise constante das decisões tomadas em equipa. O cumprimento das leis vigentes, valores humanos, éticos e deontológicos, juntamente com a prestação de cuidados de alta qualidade adaptados às necessidades individuais, com base em evidências científicas e conhecimentos tecnológicos atualizados, é essencial para o exercício profissional de excelência.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Os profissionais de saúde visam proporcionar cuidados de saúde de alta qualidade, com o intuito de assegurar cuidados mais eficazes e seguros. A constante atualização de conhecimentos e o acompanhamento das inovações no contexto do perioperatório tornam essa prática um desafio contínuo.

O Enfermeiro Especialista desempenha um papel fundamental na concepção e implementação de iniciativas institucionais na área de governação clínica de qualidade e promove a disseminação desses projetos para garantir sua apropriação. Além disso, é responsável por desenvolver práticas de qualidade através de avaliação contínua das práticas atuais, revisões e adoção de protocolos de melhoria contínua ((Regulamento nº140/2019).

Como referido anteriormente, a prática de enfermagem baseada em evidências é essencial para promover um processo de melhoria contínua. Das estratégias utilizadas para contribuir para essa melhoria de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem na UCA, destaca-se a colaboração em processos formativos, participação em auditorias, elaboração de instruções de trabalho e procedimentos, e implementação de projetos de melhoria contínua de qualidade.

É importante ressaltar que a implementação de práticas de segurança eficazes exige um esforço contínuo por parte dos profissionais, tendo-se verificado no decorrer do estágio clínico, na UCA a procura da qualidade nos cuidados prestados é uma prática constante dos profissionais. A atualização dos conhecimentos e o acompanhamento das inovações fazem desta prática um desafio. O Enfermeiro Especialista desempenha um papel fundamental no avanço das práticas baseadas na evidência com atualização científica e foco na melhoria contínua da qualidade na sua praxis clínica (Pereira & Moriya, 2022).

Segundo Sousa et al. (2020), a comunicação eficaz para garantir cuidados seguros ocorre em todas as etapas da assistência, sendo reconhecida como uma das melhores estratégias para gerir o risco. Em contexto de CA, onde existe uma série de dinâmicas inter-relacionadas entre diferentes profissionais, em diferentes momentos, e onde a pessoa em situação perioperatória é sujeita a inúmeras transições de cuidados, envolvendo transferências no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é imprescindível para a qualidade e segurança dos cuidados. Com o objetivo de garantir a continuidade de informação entre enfermeiros na transição de cuidados, operacionalizou-se a implementação da técnica ISBAR (Identificação, Situação Atual/Causa, Antecedentes/Anamnese, Avaliação e Recomendações), (DGS, 2017). ISBAR é uma ferramenta de comunicação para profissionais de saúde que ajuda a transmitir informações importantes de forma clara, concisa e objetiva. Segundo Figueiredo et al. (2019) a adoção do ISBAR como método de comunicação melhorou significativamente a troca de informações sobre o motivo da transferência e a condição da pessoa em situação perioperatória, tornando o processo mais simples, claro e seguro.

Para concretização do objetivo de melhoria de qualidade na UCA e da implementação da técnica ISBAR, as atividades realizadas passaram pela apresentação do projeto à direção da UCA (Apêndice II), onde se destaca a problematização, pertinência do projeto, e objetivos a

cumprir, bem como as atividades a desenvolver. Em seguida foram elaborados memorandos, com o apoio do gabinete de imagem, para serem impressos e posteriormente afixados em pontos estratégicos onde a transmissão de informação é realizada. Estes memorandos foram elaborados após discussão com a Equipa de Enfermagem, Enfermeiro Tutor e Enfermeira Gestora da unidade. A elaboração dos memorandos foi de encontro a cada momento de transição de cuidados existentes na UCA. Ordenados da seguinte forma: *Checklist* - Sala de Preparação; Sala de Preparação- BO; BO - Recobro I; Recobro I - Recobro II; Recobro II – Recobro II (Pernoita) (Apêndice III). Posteriormente, ocorreu formação à equipa de enfermagem da UCA sobre a utilização da técnica (Apêndice IV), de modo a sensibilizar estes profissionais sobre a importância da sua utilização, e elaborado o procedimento sobre a técnica ISBAR na UCA (Apêndice V), e por fim concebido instrumento para a realização de auditorias internas (Apêndice VI). Estas, após decisão com a direção da UCA e gabinete da qualidade, serão realizadas de 6 em 6 meses.

Após reflexão com os pares, foi sugerida a elaboração de uma folha de registos de enfermagem (Apêndice VII), que incluía toda a informação relevante para os cuidados de enfermagem no decorrer do circuito da pessoa em situação perioperatória na UCA. Esta folha foi originalmente elaborada de acordo com a norma ISBAR e submetida a testes para avaliação da sua eficácia com base em sugestões, até atingir o consenso final. Outra perspetiva adotada para melhorar a qualidade de serviços foi através de um controlo permanente do consumo e reposição de estupefacientes. Este controlo foi alcançado através da uniformização dos procedimentos, elaborando uma instrução de trabalho sobre estupefacientes na UCA (Apêndice VIII). Os estupefacientes são fármacos que, pelas suas características legais, requerem um controlo por parte da Farmácia Hospitalar (Ordem dos Farmacêuticos, 2019). Devido a esse fator, optou-se por uma reposição assente na requisição individualizada, fármaco/ pessoa em situação perioperatória. Os estupefacientes administrados são registados em livro próprio. Para confirmação do número de estupefacientes usado no BO foi elaborada uma folha de registo diário (Apêndice IX) e uma folha para registo de livros enviados/recebidos para a farmácia Hospitalar (Apêndice X), de modo a existir por parte do serviço um maior controlo na reposição.

A conservação dos produtos termolábeis é um fator importante para assegurar a sua qualidade, eficácia e segurança. A fim de garantir que estas condições estão asseguradas, os equipamentos de refrigeração da UCA encontram-se equipados com um sistema contínuo de controlo e registo da temperatura, através de uma plataforma de saúde que combina sensores especializados e inteligência artificial (Vigie®). Neste sistema estão estabelecidos parâmetros de aviso e parâmetros críticos que, quando ultrapassados, provocam a emissão de um alarme de advertência. Para normalização do procedimento foi realizado um

procedimento “Sistema de Controlo de temperatura Vigie®” na UCA (Apêndice XI), permitindo que toda a equipa tenha conhecimentos para supervisionar o controlo da temperatura e humidade na área de armazenamento de fármacos e de material de consumo clínico.

A UCA tem como prática de gestão de riscos e qualidade, auditorias internas, com o objetivo de identificar áreas de melhoria e prevenir eventos adversos. Baseada nas “Orientações para a cirurgia segura” emanadas pela WHO (2009), a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) é de implementação obrigatória em todos os BO do SNS assim como nas entidades contratadas, sendo um padrão mínimo de qualidade clínica que é monitorizado e avaliado centralmente através de indicadores de processo e resultado (DGS, 2010). Neste sentido, no BO da UCA, a LVSC está implementada, sendo realizadas auditorias internas de acompanhamento e avaliação. Durante o estágio clínico, surgiu a oportunidade de colaboração nas auditorias, sendo a Enfermeira Tutora responsável pelas mesmas. Atendendo à rotatividade de pessoas em situação perioperatória no mesmo dia e na mesma sala operatória, a LVSC, que inclui itens para verificação antes, durante e após o procedimento cirúrgico, requer confirmação oral na presença de toda a equipa (enfermeiros, anestesistas e cirurgiões), tornando-se um momento crucial para que o processo cirúrgico decorra com segurança.

Numa UCA é fundamental que se apliquem estratégias que promovam um ambiente terapêutico seguro. Aspetos como a preparação e administração de fármacos na vertente das perfusões, diluições e incompatibilidades entre eles estiveram sempre na linha da frente do foco, no decorrer do estágio clínico, a fim de evitar possíveis erros e eventos adversos. É da responsabilidade do enfermeiro a confirmação de prescrição, preparação, administração, monitorização e vigilância da pessoa em situação perioperatória após a administração terapêutica.

A integração num novo serviço é um momento importante na vida profissional e pessoal do enfermeiro. De forma a facilitar o processo de integração e orientação, tanto para o novo elemento, como para quem o integra, a elaboração do guia de integração mostra-se relevante. Segundo Flores et al. (2022), o planeamento e desenvolvimento de estratégias e programas abrangentes são necessários para o processo de integração nos cuidados de saúde. Além da simulação de práticas e *feedback* fornecido por um Enfermeiro Tutor, tudo isso é essencial para adquirir competências fundamentais para o cuidado de excelência. Na UCA a não existência de um manual de acolhimento levou a uma reflexão sobre a necessidade da elaboração deste. Atualmente, como parte do estágio clínico em Enfermagem Especializada, ocorre a elaboração do manual de integração para a UCA. Esse processo requer atenção e dedicação, uma vez que o manual deve contemplar todos os

aspectos relevantes para a integração de um novo membro da equipa em todas as fases perioperatórias existentes na UCA. É importante que o manual seja completo, mas também claro e objetivo, para que seja fácil de compreender e aplicar na prática. A elaboração desse manual é um processo contínuo e, mesmo após sua conclusão, deve ser constantemente revisado e atualizado. Dessa forma, é garantido que o guia de integração seja eficiente e atualizado, contribuindo para o sucesso da integração de novos enfermeiros na equipa da UCA. (Apêndice XII).

2.3. *Domínio da Gestão dos Cuidados*

Segundo o (Regulamento nº140/2019), o Enfermeiro Especialista gere cuidados para otimizar respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo segurança e qualidade. Isso envolve adequar recursos às necessidades de cuidados e identificar o estilo de liderança adequado para garantir a qualidade dos cuidados. Para liderar eficientemente os cuidados perioperatórios, é essencial ter um amplo conhecimento da dinâmica funcional da UCA em todas as suas fases e com todos os intervenientes. A gestão de pessoas envolve a capacidade de liderança e influência através da valorização do trabalho e competências individuais, sendo comuns processos de realocação e atribuição de responsabilidades de acordo com as competências profissionais de cada enfermeiro.

Durante o acompanhamento do Enfermeiro Tutor, que também atua como Enfermeiro Coordenador (EC) da UCA, foi proporcionada a aquisição de diversos conhecimentos em governança clínica. O EC exerce funções de gestão funcional, organizacional e logística, sempre sob a supervisão do Enfermeiro Gestor do Serviço. O foco na prestação de cuidados de enfermagem é garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória, sendo que a intervenção de um EC atento, perspicaz e diligente contribui para a melhoria das condições laborais e eficiência dos cuidados, criando valor em saúde (Paiva et al., 2022).

A equipa de enfermeiros perioperatórios é fundamental para garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória durante todo o processo cirúrgico. Na UCA, essa equipa é dividida em duas: uma equipa de enfermeiros de cuidados pré e pós-operatórios e uma equipa de enfermeiros de cuidados intraoperatórios. Durante o estágio clínico, ocorreu a oportunidade de acompanhar o enfermeiro responsável nas fases pré e pós-operatórias. A experiência mostrou-se muito enriquecedora, pois permitiu compreender como é gerida a equipa de enfermeiros destes cuidados e como o trabalho em equipa e a comunicação eficaz são fundamentais para uma prestação de cuidados com segurança e qualidade.

A gestão de recursos humanos deve ser realizada de forma eficiente e atenta às demandas da equipa. Nesse sentido, é preciso um equilíbrio ao conciliar as necessidades da equipa com

os requisitos do serviço. Este equilíbrio é a fórmula de sucesso para uma equipa satisfeita com um único propósito, a prestação de cuidados de qualidade.

Adicionalmente à experiência profissional anterior, o estágio clínico proporciona a oportunidade de colaboração na elaboração dos horários da equipa de enfermagem da UCA, aprimorando assim conhecimentos já existentes. Este é elaborado de forma estratégica, tendo em conta as habilidades e competências de cada membro da equipa, bem como as especialidades cirúrgicas e a complexidade dos procedimentos.

A gestão de enfermagem na UCA apresenta desafios adicionais devido à complexidade e especificidade do trabalho decorrente da variedade de especialidades cirúrgicas. Além de gerenciar um grande número de profissionais diariamente, existe uma grande flutuação nos planos cirúrgicos, exigindo uma adaptação constante dos recursos humanos para garantir a qualidade dos cuidados prestados. Os planos diários de trabalho são elaborados no dia anterior, tendo sempre em atenção o plano cirúrgico programado. Já a distribuição dos enfermeiros é realizada consoante as suas competências nos diferentes locais de trabalho.

No que concerne à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e em segurança, é importante que existam dotações seguras. A quantidade de profissionais existentes nos serviços deve ser proporcional ao número e estado clínico da pessoa em situação perioperatória e em quantidade suficiente para proporcionarem cuidados em segurança. A UCA cumpre as dotações seguras para a prestação cuidados de excelência, apresentando um rácio enfermeiro / pessoa em situação perioperatória adequado, segundo (Regulamento nº 743/2019).

Martins et al. (2021) afirma que a gestão de dispositivos médicos desempenha um papel crucial na qualidade da assistência ao procedimento cirúrgico. Quando a qualidade e quantidade de dispositivos não são adequadas, podem ocorrer adiamentos, cancelamentos ou até mesmo cuidados omissos. No BO, há um grande fluxo diário de equipamentos técnicos e instrumentais cirúrgicos que requerem a intervenção do EC para assessorar a equipa multidisciplinar. No decorrer do estágio clínico, de forma a prevenir eventos adversos e/ou cancelamentos cirúrgicos a validação da presença e verificação do funcionamento dos dispositivos médicos antes da cirurgia, foram sempre primadas.

A qualidade e eficiência dos profissionais está intimamente ligada com todo o processo de gestão do planeamento cirúrgico (Silva et al., 2020). No BO, ocorreu a colaboração com o EC na coordenação das diversas especialidades cirúrgicas, adquirindo um papel fundamental no planeamento dos dispositivos médicos necessários para a realização dos procedimentos cirúrgicos. Esse planeamento é feito diariamente, tendo em consideração as necessidades específicas de cada especialidade cirúrgica, incluindo a solicitação de materiais específicos às

empresas responsáveis pelo seu fornecimento. É uma tarefa de extrema importância para garantir a segurança e eficiência dos procedimentos cirúrgicos.

Atendendo ao facto de esta UCA ser uma unidade satélite situada a 15km de distância do centro hospitalar, o planeamento cirúrgico é extremamente importante. Se o planeamento não for adequado, poderá levar a cancelamentos cirúrgicos por falta de dispositivos médicos ou colocar a pessoa em situação perioperatória/profissionais em ambiente não seguro. A EC é responsável por verificar as necessidades do plano cirúrgico do dia seguinte, incluindo a quantidade de instrumentais e consumíveis necessários para os procedimentos cirúrgicos agendados. Além disso, também se verifica a disponibilidade do material não consignado ao hospital na central de esterilização ou no aprovisionamento, a fim de garantir a realização dos procedimentos de forma eficaz. Em colaboração com a EC, efetuou-se a verificação do agendamento cirúrgico antecipadamente e a gestão de material e consumíveis. Estes procedimentos focaram na área de ortopedia e orto traumatologia, principalmente por estas envolverem a coordenação e gestão de um grande volume de instrumental cirúrgico.

A EC é responsável pelos pedidos de estupefacientes e medicação específica à farmácia, garantindo o controle adequado e disponibilidade desses recursos para a atividade cirúrgica. Essa função é fundamental para assegurar a segurança e eficácia da assistência prestada, especialmente do ponto de vista anestésico, evitando intercorrências durante o procedimento cirúrgico. Durante o estágio clínico, ocorreu também a participação na vigilância ativa do controle de stocks de consumíveis, medicação e estupefacientes em colaboração com o serviço de aprovisionamento e farmacêutico. Paralelamente, foi tida em conta a resolução de necessidades e ocorrências inesperadas, relacionadas às condições ambientais ou inconformidades de equipamentos, seguindo os princípios de segurança da equipa e da pessoa em situação perioperatória. Essas situações exigem uma ponderação cuidadosa e tomada de decisão adequada.

O estágio clínico também incluiu a responsabilização pelo controle de estupefacientes no serviço, resultando na organização de novas metodologias para controlo dos mesmos, desde a elaboração de documentos para controlo e colocação de um cofre com o número de estupefaciente padronizado por cada sala cirúrgica, ao armazenamento dos mesmos. Adequar os recursos materiais necessários à prestação de cuidados de forma eficiente, contribui para a manutenção ou elevação da qualidade dos cuidados prestados. Segundo Magalhães (2017) o domínio da gestão de cuidados é crucial para a manutenção de um padrão elevado de qualidade dos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista. Foram adquiridas competências no âmbito da gestão dos cuidados ao aprimorar elementos como a liderança, motivação e comunicação. Ser um bom líder implica inspirar os outros para atingir objetivos, motivando-os com criatividade e reconhecimento. A motivação opera como um

requisito indispensável à eficácia de qualquer projeto e como condição primordial para o desenvolvimento do ser humano. Durante o estágio clínico a dinamização de toda a equipa na elaboração de memorandos para a implementação da técnica ISBAR e na elaboração da folha de registos de enfermagem, aprimorou competências de liderança e comunicação com a equipa de enfermagem da UCA.

2.4. *Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais*

O Enfermeiro Especialista, segundo (Regulamento 140/2019), deve basear os processos de tomada de decisão em conhecimento válido, vigente e relevante, e assumir papel de facilitador nos processos de aprendizagem, sendo agente ativo na procura da melhor evidência científica. De acordo com Haboba (2022) para que o enfermeiro possa desempenhar uma prática humanizada e colaborativa, é crucial capacitá-lo desde a sua formação académica até à educação continuada, a fim de promover a construção do autoconhecimento e aprimorar as suas habilidades.

Ao longo dos anos ocorreram avanços importantes a nível científico e tecnológico que exigiram, por parte dos profissionais de enfermagem, a necessidade de repensar a sua prática de forma que esta acompanhasse tal evolução. No domínio das aprendizagens profissionais, a aquisição de competências está intimamente relacionada com o investimento pessoal que acompanha a evolução científica e tecnológica, atualizando conhecimentos e ambicionando sempre um crescimento profissional com autoconhecimento e maturação pessoal (Matos, 2019). Segundo o (Regulamento 140/2019), o desenvolvimento de aprendizagens profissionais requer aprimoramento em duas competências: o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, e a aplicação da melhor evidência científica na prática clínica.

A assertividade é uma competência crucial para que o enfermeiro possa prestar cuidados de forma segura. A reflexão crítica promove o conhecimento, permitindo uma melhor tomada de decisão baseada na melhor evidência científica disponível, e promovendo o autoconhecimento do enfermeiro (Holley, 2022). Da mesma forma, o autoconhecimento mostra-se essencial para uma atuação ética e eficiente do ser humano em diversas áreas da vida, tornando-o único e singular, sendo fundamental para alcançar uma praxis de excelência, liderança, trabalho em equipa, aplicação de competências, e gestão de conflitos.

Durante o estágio clínico a assertividade e o autoconhecimento foram conceitos relevantes que influenciaram a ação na prestação de cuidados e na relação com outros profissionais da equipa multiprofissional. A abordagem reflexiva foi fundamental em todas as intervenções realizadas. A formação é essencial para que o enfermeiro adquira conhecimentos e

competências que promovam mudanças de comportamento, garantindo a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Para Benner (2001), o compromisso com a pessoa em situação perioperatória é o mais importante na prática clínica, combinando habilidades técnicas e científicas para garantir excelência no cuidado. Assim, a autoformação proporcionou, de igual forma, um desenvolvimento pessoal e profissional com crescimento na área do perioperatório, conferindo mais responsabilidade e autonomia nas intervenções prestadas.

No que diz respeito à formação acadêmica e experiência em cuidados perioperatórios, no estágio clínico foi possível compreender a importância da normalização de procedimentos e da aplicação de protocolos para garantir a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória. Os cuidados perioperatórios são cruciais na UCA, e o trabalho com a equipa experiente nesta área provou ser uma ferramenta para promover autoconhecimento, bem como melhorias no processo de cuidados.

Relativamente ao autoconhecimento durante este percurso, foram procuradas alternativas de exploração de caminhos na direção do desenvolvimento profissional, através da pesquisa em bases de dados e consulta de manuais, protocolos, normas e procedimentos disponíveis na instituição, sustentando a prática clínica. A participação em ações de formação é sempre um momento valioso para adquirir novos conhecimentos. Esses momentos são importantes para aprimorar habilidades, expandir horizontes e atualização em relação às novas tecnologias e metodologias. No decorrer do estágio clínico, a participação em eventos proporcionou um acréscimo significativo de conhecimentos na área da enfermagem perioperatória. Entre essas experiências destacam-se as seguintes formações:

- 1º Seminário de Enfermagem Perioperatória “Cultura de Segurança e Consciência Cirúrgica no Perioperatório”; (Anexo I);
- 1º Webinar NEMC 2023: “Segurança no Bloco Operatório” (Anexo II);
- 1º Ciclo de Encontros dos Enfermeiros do Perioperatório - Distrito Porto (Anexo III).

Com vista a adquirir e sedimentar conhecimentos de uma forma interativa e multidisciplinar, a programação da participação no XIII Congresso Nacional de Cirurgia de Ambulatório, foi efetuada no decorrer do estágio clínico com a elaboração ePosters: Cirurgia de Ambulatório: Implementação da Técnica ISBAR (Anexo IV).

Durante o estágio clínico, em colaboração com a Enfermeira Tutora responsável pela formação em serviço, também se pode destacar contribuições no levantamento de necessidades formativas, elaboração do relatório de formação em serviço e planeamento da formação em serviço para 2023.

Na UCA a articulação multidisciplinar pode levar a situações de possível conflito. É importante reconhecer e antecipar essas situações, agindo de forma proativa e utilizando técnicas apropriadas de forma a não comprometer a qualidade dos cuidados. Os enfermeiros especialistas devem utilizar a experiência e habilidades para liderar a equipa em momentos de conflito, facilitando a comunicação e o diálogo entre pares. Estas experiências proporcionam a oportunidade de valorização e reconhecimento como profissionais competentes na equipa, capazes de responder de maneira eficaz perante situações imprevistas. Durante o estágio clínico no BO da UCA, surgiram diversas situações que exigiram uma atuação rápida e eficiente da equipa, nomeadamente situações de emergência, onde pela situação clínica houve necessidade de uma atuação imediata, tanto na área anestésica como cirúrgica, sendo o fator tempo fundamental no sentido de assegurar uma intervenção eficiente e em tempo útil, e onde se pôde notar que a equipa demonstrou competência no desempenho das suas funções específicas. A colaboração entre os diferentes elementos da equipa foi crucial para garantir os cuidados necessários de forma eficaz. Apesar dos desafios e da pressão envolvida, essas experiências foram muito enriquecedoras, a fim de compreender de que forma a coordenação e colaboração em equipa é crucial em ambiente perioperatório.

No decurso do estágio foi sustentada toda a *praxis* clínica em evidência científica. Para um Enfermeiro Especialista, é fundamental basear a prática na melhor evidência científica disponível, a fim de melhorar a qualidade, segurança e os cuidados prestados, bem como para a satisfação da equipa. A mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos para a prática clínica é uma estratégia valiosa na prestação de cuidados fundamentados na evidência científica, sendo que a preocupação em suportar a prática clínica na evidência pode ser demonstrada através de estudos de investigação. A participação na “VI Conferencia Internacional de Investigação em Saúde” (Anexo V) mostrou-se uma experiência enriquecedora, permitindo ampliar conhecimento sobre as melhores praticas de pesquisa. Já o Workshop Protocolo de Scoping Review (Anexo VI), propiciou fundamentos para revisões de literatura e aplicação da metodologia *scoping review*, contribuindo de forma significativa na realização de uma *scoping review* sobre estratégias de comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório. Esta *scoping review* teve como objetivo mapear a evidência científica sobre a comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório. É importante lembrar que a prática baseada em evidências científicas é uma abordagem dinâmica e em constante evolução, e que os enfermeiros devem estar continuamente atualizados e prontos para implementar novas descobertas na sua prática clínica.

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

A prática de enfermagem perioperatória exige uma formação especializada que capacite o enfermeiro nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória de forma segura e efetiva - o que vem de acordo com as duas competências específicas definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação Perioperatória: “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”, tal como preconizado no (Regulamento nº 429/2018).

A competência específica “Cuida da Pessoa em Situação Perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” destaca a importância da humanização dos cuidados de enfermagem perioperatórios, com foco na pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa. A humanização dos cuidados é fundamental no momento de acolhimento da pessoa em situação perioperatória, através do saber ouvir, da dedicação de atenção e utilização de uma comunicação ajustada (Brezolin et al., 2020).

Por outro lado, a competência “Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica” leva em consideração o alto risco associado aos cuidados perioperatórios. Isto é especialmente notável no que se refere à ocorrência de eventos adversos devido à vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória, aos procedimentos realizados, à complexidade do ambiente e dos recursos envolvidos, onde o Enfermeiro Especialista utiliza os seus conhecimentos e habilidades para garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória, dos profissionais envolvidos e do ambiente, agindo sempre de acordo com os princípios éticos da profissão.

De forma a simplificar a compreensão das competências específicas e como estas são aplicáveis, as competências são seguidamente descritas de acordo com o circuito da pessoa em situação perioperatória na UCA.

Em CA, o Enfermeiro Especialista tem uma função crucial, visto que a sua abordagem dinâmica e holística deve garantir que a pessoa em situação operatória receba o cuidado adequado em todas as etapas do processo cirúrgico. A intervenção do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Este período comporta as fases pré, intra e pós-operatória (Regulamento n.º 429/2018). Durante o estágio clínico

na UCA, existiram oportunidades de desempenhar funções como Enfermeiro Especialista em todas as fases perioperatórias. Na fase pré-operatória, destacam-se a consulta de enfermagem, o telefonema das 72h pré-operatório e o acolhimento. Já o período intraoperatório, exigiu a atuação de diferentes papéis, como enfermeiro de anestesia, enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante. No pós-operatório, as funções deram-se principalmente nos cuidados pós-anestésicos imediatos e tardios (Recobro I e Recobro II), na alta clínica e no seguimento no pós-alta através de telefonemas. Essas experiências foram fundamentais para o desenvolvimento profissional e permitiram adquirir habilidades importantes em todas as etapas do processo cirúrgico.

A prática de enfermagem perioperatória, em contexto de CA, é constituída por uma abordagem individualizada e centrada na pessoa em situação perioperatória, onde o planeamento dos cuidados inclui a pessoa e família/pessoa significativa, tal como sugerido pelo *Perioperative Patient Focused Model*.

A comunicação da necessidade de uma intervenção cirúrgica, seja ela simples ou complexa, pode gerar dúvidas, medos e incertezas à pessoa em situação perioperatória. Neste sentido, a consulta pré-operatória na UCA é uma importante etapa no cuidado da pessoa em situação perioperatória para a preparação da intervenção cirúrgica. Nesse momento, é essencial fornecer informações claras e relevantes sobre o procedimento, bem como orientações sobre os cuidados necessários antes e após a cirurgia. Segundo Meleis (2019), a preparação da pessoa em situação perioperatória e o conhecimento prévio das situações que irá vivenciar influencia e facilita a experiência da transição. É fundamental que esta esteja apta a tomar decisões relacionadas à sua saúde, através de escolhas responsáveis no seu quotidiano e uma assimilação cuidadosa da informação, visando preservar e melhorar a sua própria saúde (Morais et al., 2019).

Ao estabelecer um contacto pré-operatório com a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa, é possível estabelecer uma relação empática e esclarecer dúvidas existentes, assim como proporcionar a familiarização com o ambiente e funcionamento dos cuidados na UCA. Durante a consulta pré-operatória, a informação é adaptada, tornando-a eficaz e perceptível às necessidades de cada pessoa em situação perioperatória, sendo avaliada a capacitação da mesma e da família/pessoa significativa para gerir a experiência cirúrgica. Esta avaliação é realizada através do *feedback* em relação à informação disponibilizada. A UCA fornece panfletos informativos para complementar as informações transmitidas verbalmente. Esses panfletos contêm orientações sobre cuidados pré e pós-operatórios em relação ao procedimento cirúrgico previsto e informações necessárias, como o contacto telefónico do serviço que se encontra sempre disponível para esclarecimentos de dúvidas ou orientações clínicas. O panfleto também inclui o email do

serviço e a descrição do circuito da pessoa em situação perioperatória no dia da cirurgia. A comunicação eficaz com a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa é fundamental na implementação dos cuidados de Enfermagem, proporcionando o bem-estar psicológico a recuperação e a satisfação com a prestação de cuidados (Lotfi et al., 2019). Na consulta pré-operatória, a comunicação com a família/pessoa significativa mostra-se um aspeto importante, pois esta não funciona apenas como um sistema de suporte, mas como uma componente central no processo cirúrgico.

Durante a consulta pré-operatória, são avaliados diversos fatores que podem afetar o resultado da intervenção, como os antecedentes e estado clínico, medicação de ambulatório, possíveis alergias, e em alguns casos imprevistos relacionados ao não cumprimento dos critérios de seleção de admissão para a CA. Nesses casos, foram tomadas medidas para resolver a questão de forma a garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória. Quando necessário, esta é encaminhada para a cirurgia eletiva do bloco central do centro hospitalar. No decorrer da consulta pré-operatória, é entregue a esponja para a realização dos cuidados de higiene pré-operatórios, em conformidade com a norma 018/2014 de 9 de dezembro, atualizada a 27 de abril de 2015. (DGS, 2014).

É importante ressaltar que a consulta pré-operatória é uma etapa crucial para o sucesso de qualquer CA de forma a garantir a segurança e eficácia da intervenção cirúrgica e proporcionar uma recuperação mais rápida e segura. Segundo Mendes & Ferrito (2021), a consulta pré-operatória revela-se fundamental para a pessoa em situação perioperatória, resultando em altos níveis de satisfação e impactando de forma positiva no retorno à autonomia. Salienta-se ainda, no decorrer do estágio clínico, a consulta pré-operatória de enfermagem pediátrica, onde se realiza o preenchimento do Inquérito pré-cirúrgico de crianças saudáveis.

O telefonema das 48h pré-operatórias, é útil para a confirmação da cirurgia, alterações do estado clínico desde a última avaliação, na consulta pré-operatória, verificação do tempo de jejum, hora de chegada à UCA no dia da cirurgia e a presença da família / pessoa significativa. O primeiro contato com a pessoa em situação perioperatória, no dia da cirurgia, é no momento da admissão, onde é estabelecida uma relação de confiança entre a pessoa em situação perioperatória, família/pessoa significativa e os profissionais de saúde. No momento da admissão, a confirmação da identificação é uma prática mandatária, pois falhas nessa prática podem resultar em problemas graves (Araújo et al., 2019).

A *checklist* é uma ferramenta de promoção de segurança, pois permite a identificação precoce de intercorrências ou falhas durante o processo (Alpendre et al., 2017). Após a confirmação e validação da *checklist* realizada na consulta pré-operatória, a pessoa em

situação perioperatória é observada pelo cirurgião para esclarecer quaisquer dúvidas ainda existentes e para a marcação da lateralidade cirúrgica, se necessário. O anestesiológista verifica as condições anestésicas e decide de acordo com estas qual o tipo de anestesia apropriada. Esse trabalho em equipa proporciona um ambiente seguro e ajuda a diminuir a ansiedade, garantindo a melhor experiência possível para a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa.

O Enfermeiro Especialista em Perioperatório deve desenvolver estratégias de melhoria, de forma a contribuir na diminuição da ansiedade e medos que todo o processo cirúrgico acarreta, promovendo assim uma compreensão e aceitação mais efetiva do processo perioperatório (Santos & Brandão, 2021). Na fase de acolhimento é confirmada a existência do CIEL. O CIEL anestésico é fornecido à pessoa em situação perioperatória na consulta pré-operatória de anestesia, enquanto o CIEL cirúrgico é fornecido na consulta de especialidade cirúrgica, ambos digitalizados no processo clínico. O cumprimento do consentimento informado assume um dever que deve ser assegurado por todos os profissionais de saúde, com responsabilidade ética, legal e profissional. Este documento tem como objetivo garantir que a pessoa em situação perioperatória foi informada e que consentiu o tratamento proposto, compreendendo os seus riscos e benefícios, e fornecendo a sua autorização por meio de assinatura (Oliveira et al., 2021). Na UCA é norma instituída o não permitir a entrada da pessoa em situação perioperatória no BO, sem a confirmação do CIEL quer anestésico quer cirúrgico. Perante este assunto, surge a oportunidade de refletir com a equipa formas de agilizar e diminuir falhas neste contexto. A preocupação da equipa de Enfermagem sobre o assunto mostrou-se constante, existindo o cuidado de estabelecer uma relação empática com a pessoa em situação perioperatória, apresentando e confirmando a compreensão da informação transmitida.

A ansiedade e o stress podem ser fatores perturbadores e influenciadores durante o processo perioperatório. É fundamental a pessoa em situação perioperatória ter informações precisas sobre o procedimento e o processo de recuperação no sentido de assegurar em pleno a sua autodeterminação e tomada de decisão. Esta é sempre informada dos cuidados necessários (e.g.: colocação do soro, monitorização, pré-medicação), no sentido de diminuir as suas dúvidas, receios e estabelecer uma relação de confiança. O projeto "A minha lista de verificação da cirurgia", da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), pioneiro a nível nacional, tem como objetivo informar e capacitar a pessoa em situação perioperatória para a sua experiência cirúrgica, tornando-o um elemento central da sua própria segurança (AESOP, 2020). Foi sensibilizada a enfermeira gestora para a adesão a esta metodologia, que foi aceite, a curto espaço de tempo, como projeto de melhoria da qualidade.

No BO a admissão da pessoa em situação perioperatória também é procedida com a confirmação da sua identidade, sendo inicialmente estabelecida uma relação de ajuda através de uma comunicação empática e promotora de esclarecimento de dúvidas e exteriorização de emoções. Na área da cirurgia Pediátrica ou caso a pessoa seja portadora de necessidades especiais, é promovida a presença de um familiar/pessoa significativa no BO até ao momento da indução do sono, aproveitado este encontro como uma oportunidade de capacitar o cuidador de conhecimentos importantes decorrentes do processo cirúrgico.

É assumida a responsabilidade pelo conforto, integridade e privacidade durante todo o período intraoperatório pela Equipa de Enfermagem. O posicionamento e mobilização adequados na prevenção de complicações e providenciar recursos materiais e humanos necessários é crucial para garantir a segurança e eficácia da intervenção. Tudo isso é realizado com base no conhecimento científico e domínio das técnicas de posicionamento e de avaliação das necessidades específicas de cada pessoa em situação perioperatória. (Lima et al., 2019). Durante o estágio clínico, ocorreu a participação no cumprimento de práticas e normativas, como a elaboração da LVSC. Este processo deve ser liderado por um coordenador que valida a confirmação oral pela equipa em três momentos cruciais: antes da indução anestésica/ “Sign-in”, antes da incisão da pele/“Time-out” e antes de sair da sala cirúrgica/“Sign-out” (Mota et al., 2021). No bloco da UCA, o coordenador é o enfermeiro circulante.

O Enfermeiro Instrumentista é um membro essencial da equipa cirúrgica, com habilidades de organização, previsão e antecipação das necessidades específicas de cada pessoa em situação perioperatória e procedimento cirúrgico. Para assegurar que todo o processo ocorra de forma segura, é necessária uma gestão eficiente dos riscos. O papel de Enfermeiros Instrumentistas também implica a consciência da complexidade e desafios envolvidos na instrumentação de cirurgias de diferentes especialidades. Os princípios de assepsia progressiva, devem ser seguidos rigorosamente para garantir a segurança e prevenir possíveis infeções. Durante o estágio clínico, houve participação ativa e de forma eficaz em todo o percurso, diminuindo falhas e procurando a melhor rentabilização dos recursos existentes. Destaca-se as tarefas de seleção do instrumental mais adequado para cada procedimento, o que contribui para o sucesso da cirurgia, e a análise do plano operatório do dia seguinte, preparando o instrumental cirúrgico e, quando necessário e em colaboração com EC, efetuando o pedido de instrumental específico ao hospital/ exterior. Ainda foi efetuada a articulação com o serviço de esterilização, que no caso da UCA encontra-se dentro do BO, na gestão dos dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM). O reprocessamento de DMUM envolve processos como a descontaminação, a supervisão, o empacotamento, a esterilização, o transporte e o acondicionamento destes dispositivos, de forma a assegurar a

esterilidade no momento de utilização. O papel do enfermeiro perioperatório neste domínio parte desde a recolha dos instrumentos da sala cirúrgica e do controlo de condições de segurança até à validação das etapas de descontaminação, supervisão, empacotamento, esterilização e acondicionamento. Durante o percurso de Enfermeiro Instrumentista, foi sempre tido como fundamental o rigor no controlo e conhecimento de DMUM utilizados, nomeadamente através de articulação com o Enfermeiro Circulante para garantir a rastreabilidade dos mesmos, e tendo em conta a documentação de qualquer intercorrência ou necessidade de substituição.

Pode-se também destacar o papel de Enfermeira Circulante assumido durante o estágio clínico. Esta responsabilidade requer a colaboração com toda a equipa para a promoção de um ambiente tranquilo, de conforto e segurança, utilizando estratégias facilitadoras de comunicação. A função de Enfermeiro Circulante é desafiadora, pois requer intervenções simultâneas em diversos domínios do conhecimento e requer uma permanente

atenção no comportamento da equipa e controlo ambiental. Foi mantida a vigilância durante o processo cirúrgico, tomando medidas corretivas sempre que necessário, como no incumprimento do distanciamento entre a equipa estéril e não estéril.

Ainda durante o processo de aprendizagem, surgiram oportunidades de participação em cirurgias com maior grau de complexidade novas na UCA, como as Próteses Unicompartimental, Simpaticectomias e Rinoplastias. Estas cirurgias requerem conhecimento do procedimento e do instrumental cirúrgico por parte da Enfermeira Instrumentista e Circulante. O planeamento destas novas cirurgias em contexto de UCA envolveu a aquisição de novo instrumental cirúrgico e formação da Equipa de Enfermagem sobre o instrumental e sobre a técnica anestésica mais indicada para o procedimento. Foi necessário um trabalho colaborativo da equipa médica e de enfermagem, para assegurar que os procedimentos fossem realizados com segurança e eficiência, garantindo a satisfação da pessoa em situação perioperatória e da equipa cirúrgica. Essas experiências proporcionaram um grande crescimento profissional e pessoal.

No intraoperatório a segurança dos procedimentos cirúrgicos é primordial para garantir os cuidados. Neste contexto, foi elaborada uma Instrução de Trabalho Contagem de Compressas, Instrumentos e Corto-Perfurantes em Procedimentos Cirúrgicos (Apêndice XIII), com o objetivo de normalizar o modelo de registo da contagem de instrumentos, corto-perfurantes e compressas, e o cumprimento do programa “Cirurgia Segura, Salva-Vidas”. O Comitê de Cuidados de Enfermagem Perioperatória da (EORNA)- *European Operating Room Nurses Association* (EORNA, 2019b) destaca a responsabilidade e obrigatoriedade da contagem dos instrumentos e outros materiais durante o procedimento cirúrgico, conforme recomendações para orientação e boas práticas recomendadas na prevenção da retenção de

itens cirúrgicos. O risco é inerente à prática de cuidados, pelo que é necessário implementar sistemas que garantam a segurança dos cuidados, e manter sempre presente uma cultura de segurança. É um direito da pessoa em situação perioperatória esperar que sejam feitos todos os esforços para garantir a sua segurança (Barroso et al., 2021).

A contagem de todos os dispositivos quantificáveis antes e depois da cirurgia foi sempre uma prioridade em contexto de Enfermeira Instrumentista e Enfermeira Circulante, assim como o encaminhamento de todos os instrumentos, equipamentos e peças anatómicas em contentores adequados. Devido ao aumento do volume de cirurgias, à rotatividade dos cirurgiões e anestesistas, à diversidade de técnicas e à crescente complexidade das cirurgias realizadas na UCA, tornou-se necessário padronizar os cuidados e o material cirúrgico necessário para novos procedimentos. Com esse problema em mente, foram desenvolvidas fichas técnicas direcionadas para as diferentes especialidades cirúrgicas e, dentro de cada especialidade, para cada procedimento cirúrgico específico, com o objetivo de dar suporte à Equipa de Enfermagem (Apêndice XIV). As fichas técnicas contêm informações sobre o instrumental cirúrgico, material de apoio ao instrumental cirúrgico de uso múltiplo e descartável necessários para cada procedimento, bem como as instruções de uso e manutenção dos mesmos, posicionamento da pessoa em situação perioperatória adequado ao procedimento cirúrgico, local de abordagem cirúrgica, e uma descrição completa do procedimento cirúrgico em questão. Para facilitar o acesso a essas informações, as fichas técnicas foram partilhadas com a Equipa de Enfermagem através da *cloud*, ficando diretamente disponível no telemóvel pessoal de cada membro da equipa. Dessa forma, os profissionais envolvidos na cirurgia estarão preparados e informados sobre todos os aspetos necessários para o sucesso da intervenção cirúrgica. A sua utilização torna-se uma ferramenta no aprimoramento da qualidade dos procedimentos cirúrgicos e na segurança. A elaboração destas fichas técnicas é um processo contínuo, sujeitas a alterações e adições futuras.

Segundo a AESOP (2006), o Enfermeiro de Anestesia tem como funções prevenir, reduzir e controlar riscos, garantir a segurança, preparar equipamentos e colaborar em procedimentos anestésicos para promover um ambiente terapêutico seguro. O Enfermeiro de Anestesia trabalha em complementaridade com o Enfermeiro Instrumentista e o Enfermeiro Circulante, no âmbito da enfermagem perioperatória. Assim, tem como responsabilidade o cuidar da pessoa em situação perioperatória que se encontra em fase de dependência, sendo por isso necessário manter uma observação e vigilância intensiva, ter capacidade de despistar sinais ou sintomas de complicações que possam surgir e estar apto a atuar em situações de urgência/emergência. Como Enfermeiro de Anestesia, durante o estágio clínico existiu colaboração em todas as técnicas anestésicas efetuadas na UCA. Neste contexto

cirúrgico, a decisão da técnica anestésica tem sempre em consideração o procedimento cirúrgico, as comorbilidades da pessoa em situação perioperatória e a redução do tempo de recuperação. As técnicas mais utilizadas incluem anestesia geral, anestesia loco-regional da qual faz parte os bloqueios de plexos ou nervos periféricos, sedação/ analgesia e anestesia local. Segundo as diretrizes do documento recomendações portuguesas para a gestão do bloqueio neuromuscular em cirurgia de ambulatório de Fernandes & Pereira (2019), a técnica anestésica de bloqueio de plexos ou nervos periféricos tem vantagens significativas na CA, como baixa morbidade pós-operatória, diminuição dos custos, e a redução de readmissões hospitalares devido a náuseas e vômitos ou dor. Foram prestados cuidados inerentes ao procedimento anestésico através da implementação de intervenções técnicas de enfermagem na área de anestesia. Além disso, foram consultados, gerenciados e aplicados protocolos terapêuticos, antecipando a instabilidade hemodinâmica da pessoa em situação perioperatória.

Uma das problemáticas comunicacionais encontradas na evidência é a comunicação entre Enfermeiro de Anestesia e o Anestesiologista. No estágio clínico na área de anestesia, para minimizar esta problemática, era sempre tida em conta a dupla verificação e a etiquetagem de fármacos e diluições standardizadas. A formação em técnicas anestésicas e cuidados pós-anestésicos é fundamental para que os enfermeiros possam oferecer um cuidado seguro e eficaz, despistando através do conhecimento possíveis complicações no pós-operatório. Em colaboração com o Enfermeiro Especialista da área da anestesia, foi realizada uma formação à equipa de cuidados pós-operatórios da UCA sobre as técnicas anestésicas mais utilizadas e quais os cuidados a ter em consideração para identificação de possíveis complicações. (Apêndice XV)

Durante o estágio clínico, ocorreram várias vezes situações imprevisíveis e complexas, como por exemplo na indução anestésica de uma criança, o ventilador deixou de funcionar, tendo sido necessário atuar rapidamente e de forma eficaz. Optou-se por garantir a oxigenação por ventilação manual com ambu, como medida preventiva e prioritária. A mudança e testagem de novo ventilador não mostrou resultados satisfatórios, tornando-se necessário o transporte da criança com apoio de ventilador portátil para outra sala operatória. Todas estas intervenções foram realizadas pela equipa anestésica e de enfermagem da sala operatória, com base em conhecimento técnico-científico, garantindo a segurança da criança.

No pós-operatório imediato, o enfermeiro tem como responsabilidade a análise dos resultados obtidos na monitorização de sinais e avaliação de sintomas, utilizando conhecimento, evidência científica e experiência profissional, para intervir de forma assertiva e efetiva na promoção e na recuperação/estabilização do quadro clínico, garantindo a segurança e eficácia dos cuidados.

Uma das grandes prioridades do enfermeiro, a par da estabilidade hemodinâmica e do conforto da pessoa em situação perioperatória, é a gestão e controlo da dor, considerada o quinto sinal vital. O adequado controlo da dor é essencial para o êxito de um programa de CA. A avaliação da dor deve ser ensinada no pré-operatório, deve ser instituída nas fases de recuperação, e estender-se ao momento após a alta hospitalar. Na consulta pré-operatória, através de uma comunicação eficaz, foi iniciada uma abordagem sobre a dor, tendo em consideração patologias associadas, medicação de ambulatório, experiências anteriores, e o procedimento cirúrgico, capacitando a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa sobre como gerir a dor pós-operatória.

O tratamento da dor pós-operatória deve ser uma continuação do esquema terapêutico de analgesia iniciado no pré-operatório. A analgesia intraoperatória deve ter em conta o procedimento cirúrgico, a sua duração e características individuais de cada pessoa em situação perioperatória. A avaliação da dor foi efetuada sistematicamente nas fases de recobro I e recobro II, usando instrumentos adequados ao grupo etário e estado de consciência. Sempre que possível, a avaliação da dor é baseada na autoavaliação da pessoa em situação perioperatória utilizando uma escala de avaliação numérica. A avaliação da dor após a alta é continuada, com a realização dos ensinamentos à pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa que tem um papel crucial. No contacto das 24h pós-alta clínica, é reavaliada e registada a dor pós-operatória. A UCA tem implementados e bem definidos protocolos para dor pós-operatória.

Sempre que necessário, na fase de recuperação pós-anestésica, eram mobilizadas estratégias facilitadoras de comunicação verbal ou gestual, principalmente em pessoa em situação perioperatória de Cirurgia Pediátrica e nos portadores de deficiência cognitiva. Nestes casos também era permitida a presença de um dos progenitores para auxílio na interpretação das necessidades, contribuindo assim para uma prestação de cuidados mais humanizada e efetiva. Foram utilizadas estratégias de comunicação adequadas para garantir a continuidade nos cuidados. A técnica ISBAR permitiu melhorar a comunicação entre os enfermeiros da UCA. Com o mesmo fim, a implementação de uma folha de registo para garantir a continuidade dos cuidados, seguindo o modelo ISBAR foi avaliada pelos pares para garantir sua eficácia e aprimoramento contínuo do processo de documentação e comunicação.

Durante o processo de alta clínica são reforçados os ensinamentos, com a presença de um familiar/pessoa significativa, a fim de esclarecer todas as dúvidas e garantir cuidados eficientes após alta hospitalar. A alta clínica só é efetuada após confirmação dos critérios de alta definidos. É então entregue toda a documentação: carta de alta de enfermagem, receita médica, e marcada a consulta de *follow-up* da especialidade cirúrgica, assim como a medicação de cedência.

Na consulta de enfermagem *follow-up*, faz-se o acompanhamento no pós-operatório. De acordo com a AESOP (2012), compete ao enfermeiro efetuar a avaliação do pós-operatório nas 24 horas seguintes à alta da UCA, recorrendo à teleconsulta como meio de avaliação da situação clínica da pessoa em situação perioperatória submetida a CA. Esta consulta é justificada pela necessidade de continuidade da prestação de cuidados, e após a consulta é registada a avaliação no processo individual. Caso o enfermeiro ache necessário uma maior vigilância do estado clínico da pessoa em situação perioperatória, é efetuado o telefonema das 72h pós-operatório. A consulta telefónica estabelece uma relação de proximidade, uma vez que é possível reforçar o ensino realizado no momento da alta clínica e reajustar as orientações para situações mais concretas. É também uma oportunidade de o enfermeiro recolher alguma informação relativa à satisfação da pessoa em situação perioperatória face aos cuidados recebidos (AESOP, 2012). O acompanhamento adequado após a alta é fundamental para garantir a continuação dos cuidados de qualidade.

Uma questão essencial na prática clínica perioperatória, segundo Duff et al. (2021), é o conceito de consciência cirúrgica, que pode ser descrito como um fenómeno abstrato que explica a obrigação moral de salvaguardar a assepsia cirúrgica e a segurança da pessoa em situação perioperatória. Neste enquadramento, a consciência cirúrgica pode ser descrita como uma consciência que se desenvolve a partir de uma base de conhecimento. Duff et al. (2021) argumentam que a consciência cirúrgica consiste em três componentes fundamentais: compreensão teórica da assepsia cirúrgica e segurança da pessoa em situação perioperatória, habilidade prática para aplicar esse conhecimento e consciência do que está a acontecer em um determinado momento.

No decorrer do estágio clínico foram promovidas intervenções para prevenção e controlo de infeção, tais como a administração atempada de antibióticos (profilaxia antibiótica), cuidados com o local de incisão (protocolo de preparação da pele, tricotomia e desinfeção do local cirúrgico), manutenção da normotermia e normoglicemia, cuidados com a utilização dos materiais e tratamento de dispositivos médicos. São consideradas sempre as normas de assepsia, que se tornam fundamentais para o sucesso, assim como a lavagem cirúrgica das mãos, a colocação dos campos cumprindo a técnica assética e a supervisão da higienização das salas operatórias e unidades. Ainda se pode notar a validação da esterilização dos dispositivos médicos através dos indicadores de esterilização. Foi através de uma conceção ética e moral que foram desenvolvidas intervenções promotoras de um ambiente cirúrgico seguro para todos os intervenientes no período perioperatório. O risco está sempre presente, tornando a implementação de sistemas que garantam a segurança dos cuidados imprescindível para manter presente uma cultura de segurança.

A UCA tem bem definido todo o circuito da pessoa em situação perioperatória. Desempenhar funções em todas as etapas do circuito, desde a consulta de anestesia até o telefonema pós-operatório, é uma oportunidade valiosa para o enfermeiro em formação desenvolver as suas competências e habilidades num ambiente clínico real.

Todos os trabalhos realizados no decorrer do estágio clínico encontram-se em processo de certificação até à data.

4. Considerações finais

O reconhecimento da Enfermagem Perioperatória como uma especialidade clínica e a criação do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória representam um marco importante para o desenvolvimento de competências nesta área e o reconhecimento da sua singularidade. Isso contribui para empoderar os Enfermeiros Perioperatórios, abrindo um novo caminho de cuidados mais seguros e eficazes. Segundo Gillespie et al. (2018), a importância do desenvolvimento de competências em Enfermagem perioperatória é enfatizada como uma questão crucial para a prestação de cuidados clínicos de qualidade e seguros.

A enfermagem perioperatória exige harmonia e cooperação entre os intervenientes, devido à sua complexidade e tecnicidade. Segundo Vogelsang et al. (2020), é importante que os enfermeiros perioperatórios desenvolvam tanto competências técnicas quanto não técnicas, sendo estas últimas cruciais para garantir práticas seguras, compreender as necessidades da pessoa em situação perioperatória e tomar decisões informadas para fornecer cuidados de qualidade.

A UCA é uma unidade complexa, que requer habilidades e conhecimentos específicos devido às diversas atividades que nela convergem. Os enfermeiros que trabalham na UCA são responsáveis por várias atividades especializadas, incluindo o pré-operatório, intraoperatório (anestesia, circulação e instrumentação) e pós-operatório. Devido à natureza diversificada dessas atividades, os enfermeiros perioperatórios precisam ter uma ampla gama de conhecimentos e habilidades especializadas.

O objetivo principal deste estágio clínico concentra-se no desenvolvimento das competências do enfermeiro à pessoa em situação perioperatória numa UCA, com o intuito de alcançar a excelência no cuidado por meio do aprimoramento de suas habilidades. O planejamento das atividades de estágio foi elaborado de forma a promover o desenvolvimento profissional, levando em consideração os objetivos do serviço, bem como as competências desejáveis a serem alcançadas.

Durante o estágio clínico, foram realizadas intervenções nos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, aplicando as competências descritas anteriormente. Refletir sobre as circunstâncias éticas que nos impulsionam a intervir com respeito à privacidade e autodeterminação da pessoa em situação perioperatória representa a concretização de uma das competências de enfermagem especializada. A implementação da técnica ISBAR para melhorar a comunicação na transição de cuidados na UCA foi uma contribuição significativa

para processos de melhoria contínua no serviço. Também a elaboração do manual de integração de novos enfermeiros mostra-se essencial para contemplar todos os aspetos relevantes para a integração de novos membros da equipa em todas as fases perioperatórias existentes na UCA, tornando-se um desafio a sua elaboração. No decorrer do estágio foi iniciada a elaboração, contribuindo assim para aquisição de novas competências de Enfermeira Especialista, notando-se ainda que a sua elaboração é um processo contínuo, atendendo às complexidades do mesmo.

A formação em serviço capacita o enfermeiro de novos conhecimentos e habilidades. Salienta-se a formação sobre a utilização da técnica ISBAR e técnicas anestésicas, que promoveu a aquisição de novos conhecimentos à equipa, aprimorando assim a qualidade dos cuidados prestados. A elaboração de procedimentos e instruções de trabalho contribuíram tanto para a valorização profissional através da aquisição de novas competências, assim como para a UCA, na obtenção da certificação de qualidade de “nível ótimo” pela ACSA.

A gestão de cuidados de saúde também é uma competência dos Enfermeiros Especialistas, neste sentido a colaboração na gestão de recursos humanos, como a elaboração de horários, distribuição de tarefas por competências e a gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório aprimoraram o conhecimento e desenvolvimento de novas competências. A aquisição de competências promove a segurança e qualidade nos cuidados para a pessoa em situação perioperatória e equipa, além de permitir a tomada de decisões baseadas em evidências científicas para resolver situações complexas.

No controlo de infeção é importante referir a permanente atenção ao cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção e aos princípios de assepsia progressiva.

Durante o período intraoperatório foram aprimoradas as competências como Enfermeira Instrumentista, Circulante e de Anestesia. A elaboração de fichas técnicas cirúrgicas contribuiu para garantir a segurança na prestação de cuidados perioperatórios. O Enfermeiro Especialista tem como responsabilidade a análise dos resultados obtidos na monitorização de sinais e avaliação de sintomas, intervindo de forma assertiva para garantir a segurança e eficácia dos cuidados. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem perioperatória tem sempre como princípios a antecipação de riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica, a responsabilidade profissional, prevenção de eventos adversos, a promoção da saúde e o empoderamento da pessoa em situação perioperatória e família / pessoa significativa.

O contato comunicacional e relacional com a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa, revestem de grande importância e fazem a diferença na humanização dos cuidados, bem como a forma como a pessoa em situação perioperatória vive a experiência cirúrgica. A UCA tem um circuito bem definido, e desempenhar funções

em todas as etapas desse circuito é uma oportunidade valiosa para o desenvolvimento das competências e habilidades do enfermeiro em formação em um ambiente clínico real.

Com base no exposto, acredita-se ter evidenciado os eventos mais relevantes que comprovam a realização dos objetivos estabelecidos e a obtenção de competências como Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Comunicação em Enfermagem em Contexto de Cirurgia de Ambulatório

1. Resumo

Enquadramento: A cirurgia de Ambulatório é uma realidade em constante crescimento, apresenta múltiplas vantagens associadas e constatadas a nível internacional, aumento da efetividade e da qualidade dos cuidados. Neste contexto a comunicação eficaz desempenha um papel crucial. A implementação de práticas baseadas em evidências demonstra que estratégias de comunicação padronizadas, além de aprimorar a efetividade na transferência de cuidados, promovem a redução de eventos adversos. A enfermagem perioperatória desempenha um papel fundamental nesse processo, contribuindo para a segurança e eficácia dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

Objetivos: mapear a evidência científica sobre a comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório.

Métodos: Scoping Review realizada de acordo com os critérios de elegibilidade sugeridos pelo Joanna Briggs Institute: população (enfermeiro), conceito (comunicação) e contexto (cirurgia de ambulatório). Pesquisa realizada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), CINAHL Complete (via EBSCOhost) e Scielo. Literatura cinzenta pesquisada no Google Académico e RCAAP. Estudos publicados em português, espanhol e inglês foram incluídos sem limitação temporal e com texto completo disponível.

Resultados: A revisão literária resultou em seis artigos sobre a comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório. Foram identificados resultados relacionados à comunicação na consulta de enfermagem pré-operatória e à padronização da comunicação.

Conclusões: A falta evidência científica em relação ao tema comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório, evidencia a existência de lacunas no conhecimento e reforça a necessidade de investigação nesta temática.

Palavras-Chave: Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios; Enfermeiro; Comunicação;

2. Abstract

Background: Ambulatory surgery is a reality in constant growth, with multiple advantages associated with it and internationally confirmed, increased effectiveness and quality of care. In this context, effective communication plays a crucial role. The implementation of evidence-based practices demonstrates that standardized communication strategies, in addition to improving the effectiveness of care transfer, promote adverse event reduction. Perioperative nursing plays a key role in this process, contributing to the safety and effectiveness of care provided to the perioperative patient.

Objectives: To map the scientific evidence on nursing communication in outpatient surgery settings.

Methods: Scoping Review conducted according to the eligibility criteria suggested by the Joanna Briggs Institute: population (nurse), concept (communication) and context (ambulatory surgery). Search conducted in MEDLINE (via PubMed), CINAHL Complete (via EBSCOhost) and Scielo databases. Grey literature searched in Google Academic and RCAAP. Studies published in Portuguese, Spanish and English were included without time limitation and with full text available.

Results: The literature review resulted in six articles on nursing communication in an outpatient surgery setting. Results were identified related to communication in the preoperative nursing consultation and standardization of communication.

Conclusions: the lack of scientific evidence on the topic of nursing communication in ambulatory surgery shows the existence of gaps in knowledge and reinforces the need for research on this topic.

Key words: Ambulatory Surgical Procedures; Nurse; Communication.

3. Enquadramento teórico

A enfermagem perioperatória centra-se no cuidado à pessoa em situação perioperatória, independentemente da faixa etária, submetida a procedimentos cirúrgicos. Esta prática evidencia o cuidado holístico durante o período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, com a colaboração entre profissionais de diferentes áreas e a utilização eficiente dos recursos disponíveis (Benze et al., 2021).

A EORNA (2019a) apresentou um conjunto de habilidades, conhecimentos, atitudes e características individuais necessárias para o exercício da enfermagem perioperatória. Essas competências estão divididas em cinco domínios: prática profissional legal e ética; cuidados de enfermagem aplicados à prática perioperatória; relacionamento e comunicação interpessoal; habilidades de organização, gestão e liderança; e desenvolvimento educacional e profissional. Do mesmo modo, a AORN enunciou diretrizes específicas, recomendações e padrões de qualidade para a prática clínica, definindo enfermagem perioperatória como sendo a prática de enfermagem direcionada à pessoa em situação perioperatória submetida a cirurgias e outros procedimentos invasivos, como referem benze et al., (2021). Ambas as associações procuram unificar as competências e práticas de enfermagem perioperatória, visando linhas de orientação da formação, de boas práticas e definição de padrões de qualidade para os cuidados perioperatórios.

É importante destacar que as competências da enfermagem perioperatória devem ser desenvolvidas de forma contínua, para que os profissionais se possam manter atualizados e preparados para atender às necessidades da pessoa em situação perioperatória. As competências descritas permitem ao Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória desenvolver as suas habilidades nas cinco áreas de atuação do perioperatório: consulta pré-operatória; anestesia; circulação; instrumentação e cuidados pós-operatórios, regulamentadas no (Regulamento n.º 429/2018).

Cirurgia de Ambulatório

Todas as áreas de atuação do enfermeiro perioperatório apresentam grande impacto em CA, apesar da sua curta duração quando aplicadas a este ambiente. Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel importante para garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória durante este processo, realizando uma avaliação adequada e pertinente. Aludindo à Portaria nº 234/2015, a CA é definida como “intervenção cirúrgica programada

que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica, incluindo a cirurgia de ambulatório no mesmo dia ou a cirurgia ambulatória com pernoita”, em conformidade com a definição de CA da *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS). No ano 2000, a CA representava pouco mais de 10% do total das cirurgias, mas com as orientações da CNADCA, criada em 2007 através do Despacho nº25832/2007 com o objetivo de estudar e propor medidas para o desenvolvimento da CA em Portugal, este número cresceu exponencialmente chegando aos 80%, de acordo com o Despacho nº1380/2018.

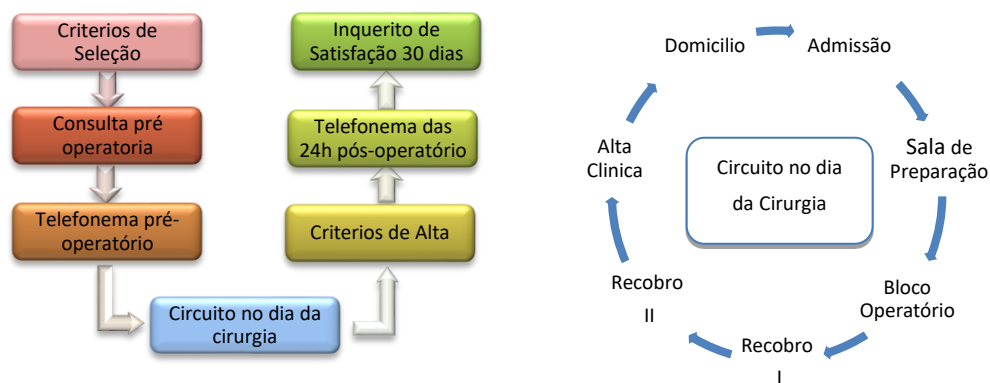
Associado a este crescimento, (Despacho nº 30114/2008), a CNADCA refere que existe um conjunto significativo de vantagens para a pessoa em situação perioperatória, instituições e para a economia. A CA favorece o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficácia na planificação hospitalar, com múltiplas vantagens associadas e constatadas a nível internacional. Mais do que o impacto positivo na pessoa em situação perioperatória, faculta uma disposição da organização hospitalar no sentido de dedicar o internamento às situações mais complexas, racionalizando o desembolso em saúde com uma eficaz reorientação dos custos hospitalares (Despacho n.º 1380/2018).

Segundo (Despacho nº 30114/2008), a planificação de uma UCA é essencial para melhorar a produtividade, eficiência e eficácia da unidade, facilitando os circuitos da pessoa em situação perioperatória e dos profissionais, proporcionando a redução do tempo de espera, e promovendo a rentabilização dos tempos operatórios. Este aspeto é corroborado por Coutinho (2009), uma UCA de qualidade e humanizada, que tem como objetivo garantir os cuidados de qualidade e a satisfação da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, depende fundamentalmente de um planeamento e desenho bem estruturado.

Com o objetivo de realizar um diagnóstico de situação, identificar áreas de intervenção prioritárias e maximizar as vantagens da CA, o Ministério da Saúde, no Despacho nº. 1380/2018, criou o Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA). Este grupo de trabalho tem como missão caracterizar a CA identificando constrangimentos estruturais, de recursos humanos e de formação, que condicionem o crescimento da CA, proceder à revisão de procedimentos ambulatorizáveis e tendencialmente ambulatorizáveis e analisar instituições com indicadores desadequados, propondo melhorias

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) dividiu os critérios de uma UCA em obrigatórios (sem os quais não será razoável o funcionamento de uma UCA com condições mínimas de qualidade), recomendáveis (não sendo obrigatórios, contribuem para o melhor funcionamento da UCA), e de excelência (ao existirem, e aliados à conjugação dos anteriores, transformam a UCA numa unidade de excelência em termos de qualidade). A (Figura 4) apresenta os critérios pelas quais uma UCA se deve direccionar para atingir os cuidados de excelência.

Figura 4
Critérios de uma UCA



Para se maximizar a produtividade, a eficiência e a eficácia de UCA, a CNADCA elaborou diversos critérios de acordo com o estado da arte, relacionados com o modelo estrutural, estrutura física, recursos humanos e critérios de seleção da pessoa em situação perioperatória (Despacho nº 30114/2008). O tipo de procedimento e a seleção da pessoa em situação perioperatória são elementos primordiais para garantir resultados perioperatórios satisfatórios, em regime ambulatório (Joshi, 2020). A AESOP (2006), defende que para se alcançar os objetivos pretendidos, é imperioso recorrer a critérios de seleção da pessoa em situação perioperatória que se dividem em clínicos e sociais. Apesar da importância da definição dos critérios referidos anteriormente, no processo de seleção deverá ser também considerada a baixa incidência de complicações como dor, náuseas e vômitos, passíveis de serem controladas com medicação *per os* (Caseiro, 2009). Face a estes obstáculos, a APCA emitiu recomendações de profilaxia para a promoção da diminuição de complicações e aumento da qualidade e segurança da pessoa em situação perioperatória.

Uma adequada seleção das pessoas em situação perioperatória de para administração de profilaxia é um dos principais indicadores de avaliação do SINAS. O SINAS, desenvolvido pela ERS procede à avaliação da excelência clínica em CA, considerando o cumprimento dos

procedimentos que garantam a qualidade e segurança dos cuidados. Outros indicadores incluem: registros regulares da intensidade da dor; cedência de fármacos para o domicílio; ensino e orientação na alta e a avaliação pós-operatória nas 24 horas após a alta (ERS, 2021).

A seleção criteriosa e a implementação de protocolos são fundamentais para a segurança e eficácia das UCAs (Row, 2018). Os protocolos devem abranger os procedimentos clínicos, como diagnóstico, tratamento e acompanhamento, a fim de garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória. Para além disso, a criação de protocolos de recuperação pós-operatória adaptados a CA, como o *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) padroniza os cuidados perioperatórios, melhorando os resultados. Sendo que a sua implementação requer uma abordagem multidisciplinar, entre anestesistas, cirurgiões e enfermeiros de perioperatório, é visada assim a segurança da pessoa em situação perioperatória, de acordo com Joshi (2020). Para Vieira et al. (2006), o uso de critérios de alta definidos, testados e aprovados internacionalmente representa um indicador de boa prática clínica exigido pela maior parte das instituições de acreditação. Estes critérios devem estar perfeitamente definidos e baseados em evidências. Adicionalmente, a informação clínica também é essencial nos programas de CA. Além dos critérios de alta também é importante envolver a pessoa em situação perioperatória e família / pessoa significativa em todo o processo perioperatório, promovendo assim a sua co-responsabilização.

Segundo Nunes et al. (2018), a CA é uma prática que tem crescido ao longo dos anos, tanto em número de procedimentos cirúrgicos mais complexos considerados adequados para cirurgia ambulatorial, como em número de pessoas em situação perioperatória com diferentes comorbidades que são agora adequadas para este tipo de procedimento. Para garantir a segurança e minimizar riscos, sistemas de controle de qualidade devem ser adotados. Numa UCA o enfermeiro perioperatório pode exercer funções nos três períodos existentes: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

Comunicação em enfermagem

A segurança da pessoa em situação perioperatória é uma parte essencial dos cuidados prestados numa UCA, e é um caminho crucial para alcançar a excelência nos cuidados. Além disso, a colaboração e a comunicação entre equipas multidisciplinares, com a pessoa em situação perioperatória e com as organizações são fundamentais nesse processo (WHO, 2020). A comunicação efetiva desempenha um papel crucial em todas as fases do processo cirúrgico, sendo reconhecida como uma das melhores estratégias para o gerenciamento de

riscos. Priorizar a comunicação adequada é fundamental para garantir a transmissão de informações precisas e seguras da pessoa em situação perioperatória para a equipa interdisciplinar, potencializando assim a segurança do cuidado (Sousa et al., 2020).

O enfermeiro perioperatório desempenha um papel essencial numa equipa perioperatória dinâmica e integrada, que exige habilidades clínicas e de comunicação. A prioridade absoluta em situação perioperatória é a segurança da pessoa, fornecendo cuidados seguros e centrados na pessoa em situação perioperatória, agregando um valor significativo à equipa perioperatória (Benze et al., 2021).

A comunicação eficaz é caracterizada pela Norma nº 001/2017 da DGS (2017), como oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreensível, sendo considerada como um fator basilar para a segurança dos cuidados de saúde pelas Metas Internacionais para a Segurança do Doente mencionadas pela *Joint Commission International* (JCI). Em CA, a comunicação é uma parte crucial do processo de cuidados à pessoa em situação perioperatória. O enfermeiro neste contexto cirúrgico deve possuir habilidades de comunicação excelentes, para fornecer informações de forma assertiva e responsável. Segundo Yildirim et al. (2020), a eficiência da expressão e comunicação interpessoal do enfermeiro está diretamente relacionada com as suas competências de comunicação. As transições de cuidados e a frequência com que são efetuadas são momentos considerados de grande vulnerabilidade para a pessoa em situação perioperatória pelo risco de omissão e erro nas informações, pelo que uma comunicação eficaz assume um papel preponderante na garantia de qualidade na transição de cuidados.

O Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 segundo o (Despacho nº 9390/2021), tem por objetivo promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, priorizando os princípios fundamentais da segurança, como a cultura de segurança, a comunicação eficaz e a implementação contínua de práticas seguras, mesmo em ambientes de saúde cada vez mais complexos. Este Plano encontra-se estruturado em cinco pilares. Sendo o terceiro pilar sobre a comunicação, torna-se necessário notar que a comunicação efetiva é fundamental em todas as etapas do ciclo de cuidados, especialmente durante momentos de transição de cuidados, sendo estes definidos como a transferência de responsabilidade e troca de informações entre os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados (DGS, 2017). Também são propostas estratégias efetivas para promover a saúde, melhorar o acesso aos cuidados de saúde e antecipar o futuro na procura de uma Saúde Sustentável. Conforme apontado pela JCI (2018), a melhoria da qualidade da comunicação durante a prestação contínua de cuidados apresenta um desafio para os

profissionais de saúde, especialmente durante transições de cuidados entre diferentes profissionais. A utilização de métodos, abordagens ou ferramentas padronizadas a fim de garantir e facilitar a transição segura de cuidados para a pessoa em situação perioperatória, incluindo a utilização de *checklists* de transição de informações, é recomendada pela JCI, que também alertou para o facto de que cerca de 60% dos eventos adversos que ocorrem em contexto de cuidados de saúde têm a sua origem na comunicação ineficaz (JCI, 2018; Müller et al., 2018). Ainda segundo os mesmos autores a comunicação ineficaz é proeminente em momentos de transição de cuidados onde é crucial uma gestão rápida e eficaz. Onde se engloba o período perioperatório.

O tema da comunicação em momentos de transição de cuidados tem vindo a ganhar uma crescente valorização, tanto a nível nacional como a nível internacional, e verifica-se um aumento da literatura disponível, no que respeita à necessidade de implementar melhorias na transição de cuidados de saúde (Figueiredo et al., 2019). Para os mesmos autores, a evidência científica existente demonstra que a comunicação eficaz, aquando da transição de cuidados de saúde, é fundamental para garantir e promover a segurança da pessoa em situação perioperatória.

É evidente a necessidade de utilizar instrumentos de comunicação estruturados e concisos que facilitem a organização das informações relevantes durante a transição de cuidados à pessoa em situação perioperatória, garantindo assim uma abordagem segura (Pereira, 2019). A continuidade da assistência à pessoa em situação perioperatória requer o compartilhamento de informações de maneira objetiva, clara e responsável, priorizando a segurança da mesma. Talley et al. (2019) concluiu que a implementação de um processo de transição de cuidados formal e padronizado aumenta a percepção de segurança dos enfermeiros e melhora a transmissão de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, verificando-se uma melhoria da qualidade.

A humanização dos cuidados é fundamental para a excelência da profissão de enfermagem e só poderá ser valorizada quando a comunicação for reconhecida como um pilar essencial para o crescimento e estabelecimento dessa área (Rôlo et al., 2019).

Na dinâmica entre o exercício profissional e a investigação, emerge a questão de investigação deste estudo, de forma a encontrar contributos que promovam a segurança da pessoa em situação perioperatória e a melhoria da qualidade dos cuidados: Qual a evidência científica sobre comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório?

1. Finalidade e objetivos

A realização deste estudo tem como finalidade responder à questão de investigação: “Qual a evidência científica sobre comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório?”, mapeando a evidência científica sobre comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório. Através desse processo, o presente trabalho pretende contribuir para o aprimoramento da qualidade dos cuidados e promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória em contexto de cirurgia de ambulatório.

Para alcançar o objetivo proposto, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- . Identificar as evidências científicas disponíveis que aportem a comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório.
- . Demonstrar a evidência de novos projetos que acrescentem conhecimento às normas vigentes.

O conhecimento adquirido poderá ser utilizado para o desenvolvimento de protocolos e diretrizes de prática clínica.

2. Metodologia

Joanna Briggs Institute (JBI) recomenda uma metodologia típica para *scoping review* dividida em etapas. Essas etapas (formulação da questão de pesquisa, determinação dos critérios de inclusão e exclusão, pesquisa de evidência científica, identificação e seleção dos estudos, extração de dados, avaliação da qualidade, e análise de dados) visam normalizar o processo de elaboração de investigações desta natureza, facilitando a comunicação científica.

2.1. Desenho do estudo

O ponto de partida do processo de qualquer pesquisa é o problema de investigação. Isto deve-se à necessidade de a pesquisa ser empreendida como consequência de uma situação considerada problemática (Fortin, Côté, & Fillion, 2009). Neste estudo, a metodologia utilizada para identificar esta situação foi a *scoping review*. Esta metodologia foi aplicada com o objetivo de mapear a evidência científica sobre a comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório. A *scoping review* pretende analisar e identificar lacunas no conhecimento, bem como clarificar as principais características e fatores relacionados a um determinado tema (Peters et al., 2021).

A *scoping review* realizada seguiu os critérios de elegibilidade estabelecidos pelo JBI: população, conceito e contexto (PCC), e está em conformidade com a lista de verificação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Page et al., 2021), garantindo assim maior transparência. Na Tabela 1 encontram-se sintetizados os critérios de elegibilidade. Estes critérios permitem a tradução na seguinte questão de revisão: Qual a evidência sobre a comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório?

Tabela 1

Mnemónica “PCC”, de acordo com as recomendações do JBI, para definição dos critérios de elegibilidade.

Mnemónica	P População	C Conceito	C Contexto
Componente da questão de revisão em estudo	Enfermeiro	Comunicação	Cirurgia de Ambulatório
Descritores não controlados	Enfermeiro <i>Nursing</i>	Comunicação <i>Communication</i>	Cirurgia de Ambulatório <i>Ambulatory Surgery</i>
Descritores controlados (Mesh)	<i>Nursing</i>	<i>Communication</i>	<i>Ambulatory Surgical Procedures</i>
Crítérios de elegibilidade	Enfermeiro	Comunicação	Período perioperatório e/ou cirurgia de ambulatório

Após a formulação da questão foram utilizados os Descritores controlados e não controlados em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings da United States National Library of Medicine (MeSH), com o objetivo de utilizar uma terminologia autorizada e reconhecida internacionalmente. A elaboração de uma tabela PCC permitiu a utilização de termos comuns para a pesquisa, juntamente com termos MeSH, orientando a elaboração da frase de pesquisa através de operadores booleanos “AND” e “OR”: "ambulatory surgical procedures OR Outpatient Surgery OR ambulatory surgery AND nurs* AND communication

A estratégia de pesquisa, apresentada na Tabela 2, teve por base as três etapas definidas pelo JBI (Peters et al., 2021), de forma a agrupar todos os estudos não publicados e publicados. Inicialmente realizou-se pesquisa na MEDLINE (via PubMed) e CINAHL Complete (via EBSCOhost), avaliando os termos de investigação através da análise do título e resumo, bem como as palavras-chave utilizados para categorizar os artigos. Seguidamente, utilizando os descritores identificados, foi efetuada pesquisa nas bases de dados escolhidas para o estudo: MEDLINE (via PubMed), CINAHL Complete (via EBSCOhost) e Scielo. Por fim, a literatura cinzenta foi procurada no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) e Google Académico. Páginas da internet significativas na área de estudo e referências dos artigos pesquisados foram tidos em consideração. De acordo com cada uma das bases de dados selecionadas para este estudo a frase booleana foi adaptada de forma a constituir uma estratégia de pesquisa. A pesquisa decorreu ao longo do mês de junho de 2023.

Tabela 2

Estratégia de pesquisa nas diferentes bases de dados

Estratégias de pesquisa	Base Dados	Resultados
((TI communication) OR (AB communication) OR (MM communication)) AND ((TI nurs*) OR (AB nurs*) OR (MM nurs*)) AND ((TI ambulatory surgical procedures) OR (AB ambulatory surgical procedures) OR (MM ambulatory surgical procedures) OR (TI outpatient) OR (AB outpatient))	CINAHL Complete (via EBSCOhot)	186
(((((Ambulatory Surgery[Title/Abstract]) OR (Outpatient Surgery[Title/Abstract])) OR (ambulatory surgical procedures[MeSH Terms])) OR (ambulatory surgical procedures[Title/Abstract])) AND (nurs*[MeSH Terms])) OR (nurs*[Title/Abstract])) AND (communication[MeSH Terms]) OR (communication[Title/Abstract])	MEDLINE (via PubMed)	9
(ti:(ambulatory surgical procedures)) OR (ab:(ambulatory surgical procedures)) AND (ab:(nurs*)) OR (ti:(nurs*)) AND (ti:(communication)) OR (ab:(communication))	Scielo	3
ambulatory surgical procedures AND Communication AND nurs*	RCAAP	0
Communication AND ambulatory surgical procedures	Google Académico	657

Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos de forma a orientar a pesquisa, e garantir o rigor científico dos mesmos. Como critérios de inclusão foram definidos todos os estudos existentes de pesquisa primária, qualitativa, quantitativa, literatura cinzenta, revisões de literatura, estudos publicados em português, espanhol e inglês, sem limitação temporal, de texto integral e de acesso gratuito. Foram excluídos da revisão artigos com texto incompleto e artigos de opinião.

Os estudos identificados nas bases de dados selecionadas foram dispostos no Mendeley. Na primeira fase, foram removidos os artigos duplicados. A relevância dos artigos selecionados foi avaliada por duas revisoras independentes, com base no título e resumo. O texto integral foi recuperado para todos os artigos que atentaram aos critérios de inclusão determinados. Com recurso ao fluxograma PRISMA- ScR, apresenta-se o processo de seleção dos artigos.

De acordo com o objetivo da *scoping review* e a questão a ser estudada, os dados extraídos dos estudos incluídos na revisão são apresentados seguindo a estrutura desenvolvida para a mesma, tendo por base o manual do JBI (Peters et al., 2021). Os dados obtidos dos artigos foram organizados de acordo com: autor(es); ano de publicação; objetivo; amostra; desenho do estudo; e resultados. Foi feita uma análise de conteúdo narrativa por forma a sintetizar os dados dos estudos incluídos na revisão, com o objetivo de executar uma síntese qualitativa. As revisoras realizaram ainda uma análise temática de conteúdo dos artigos incluídos na *scoping review*.

2.2. *Considerações éticas*

A enfermagem, como uma profissão autorregulada, baseia-se em princípios éticos e deontológicos. Estes princípios estão estabelecidos tanto na Deontologia Profissional como no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), e são fundamentais para orientar o exercício da enfermagem, incluindo também a pesquisa (Nunes, 2020).

É amplamente reconhecido que a pesquisa deve cumprir requisitos éticos fundamentais ao avaliar um estudo, incluindo a relevância do estudo, sua validade científica, o recrutamento e seleção adequados da amostra, a relação risco-benefício e a revisão ética independente, entre outros (Nunes, 2020). Independentemente da abordagem epistemológica e metodológica adotada, a condução de estudos de investigação deve seguir diretrizes que visam garantir a proteção dos indivíduos envolvidos e a qualidade ética dos procedimentos realizados.

A perspectiva ética na investigação abrange todas as fases do processo, desde a identificação do problema até à validação dos resultados, preocupando-se com a qualidade ética dos procedimentos e o respeito aos princípios e valores. A seleção de uma metodologia apropriada, o uso de instrumentos e processos adequados para coleta e análise de dados, a comparação dos resultados com outros estudos e a adesão às regras de publicação e divulgação dos resultados são algumas das preocupações éticas que devem ser analisadas (Nunes, 2020).

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

- Beneficência – princípio de fazer o bem, concomitantemente, aos profissionais de saúde e à pessoa em situação perioperatória em contexto de cirurgia de ambulatório.
- Avaliação da maleficência - princípio de não causar dano.
- Veracidade - princípio ético relacionado com a verdade, não deturpando as informações e conclusões dos estudos encontrados.
- Justiça - princípio de proceder com equidade, valorizando de igual modo todos os estudos, desde que cumpram os critérios de inclusão.

Este estudo tem como objetivo analisar a confiabilidade e a fidelidade das informações contidas nos documentos originais que o embasam. Para garantir esses aspetos, adotou-se uma metodologia de pesquisa rigorosa, uma adequada referência bibliográfica e um tratamento preciso e claro dos dados. No contexto de uma revisão de literatura é inevitável

destacar o princípio da integridade académica, manifestada através de citações e referências adequadas, bem como o respeito pela fidelidade ao autor original. Por fim, importa referir que, tratando-se de uma *scoping review*, é expectável a ausência de conflitos de interesses dos investigadores, que se verifica no presente estudo.

3. Resultados

Os resultados da seleção dos artigos são apresentados no Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção de artigos (Figura 5) adaptado para esta *scoping review*, apresentando os resultados através das três etapas: identificação, seleção e inclusão (Page et al., 2021)

Figura 5

Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção de artigos

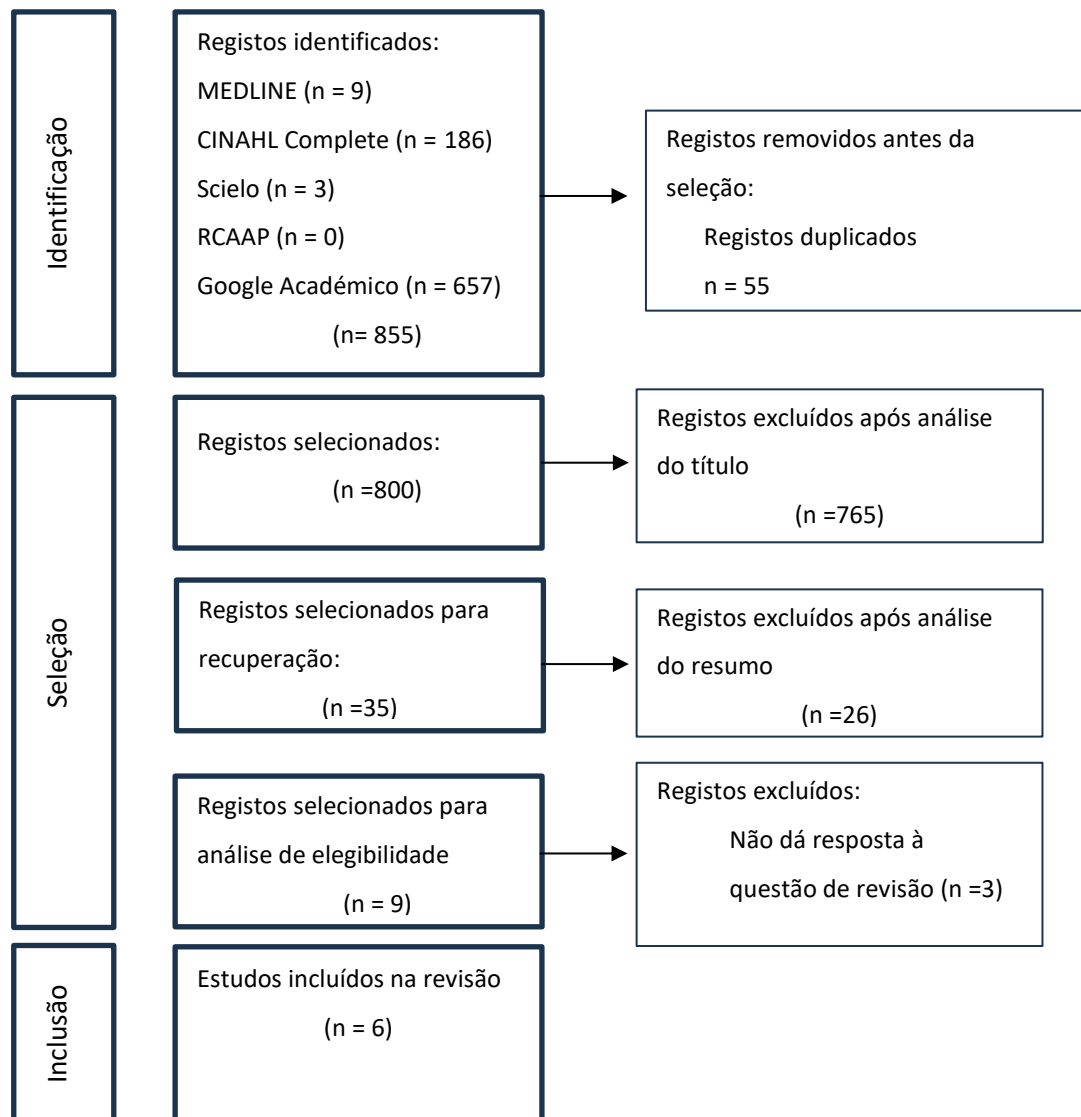


Tabela 3

Extração dos Dados

Número	Autor(es)	Ano	País	Objetivo	Amostra	Desenho de Estudo	Resultados
1	Sampaio et al.	2013	Brasil	Identificar os mecanismos de confronto mais utilizados por pacientes e os seus sentimentos perante o procedimento cirúrgico.	12 pacientes com idade compreendida entre os 16 e 74 anos, (58,3%) do sexo feminino e (41,6%) do sexo masculino. Experiências cirúrgicas: (58,3%) com experiências anteriores e (41,6%) não.	Estudo descritivo analítico e quantitativo	Na consulta pré-operatória, as pessoas em situação perioperatória que receberam informações detalhadas sobre o procedimento e puderam esclarecer suas dúvidas, apresentaram sentimentos mais positivos e maior confiança. A consulta pré-operatória desempenha um papel essencial na comunicação entre enfermeiro/pessoa em situação perioperatória
2	Sampaio et al.	2014	Brasil	Comparar as influências da consulta de enfermagem na ansiedade intrínseca e estado de ansiedade	Universo de estudo (n= 42) mães acompanhantes de crianças submetidas a cirurgia. Grupo com orientações de enfermagem pré-operatória (n=21) Grupo sem orientações de enfermagem pré-operatória (n=21)	Estudo analítico comparativo quantitativo	A comunicação entre enfermeiro/ família da pessoa em situação perioperatória durante a consulta pré-operatória promove um efeito positivo na redução da ansiedade dos mesmos e da pessoa em situação perioperatória.
3	Bellury et al.	2018	EUA	Explorar o efeito de mensagens script no controle da dor e na satisfação do atendimento em pacientes cirúrgicos ambulatoriais.	Pessoa em situação perioperatória submetida a cirurgia ambulatorial e que receberam alta nas 24h seguintes. Grupo de intervenção (n= 98) Grupo de controle (n=133)	Revisão retrospectiva	O uso de mensagens script, elaboradas para o controle da dor no pós-operatório resultou numa alta taxa de satisfação. Os resultados demonstraram que a utilização das mensagens script ajudou no conforto e segurança durante o processo de recuperação, além de contribuir para a redução da dor no pós-operatório. Destacam a eficácia das mensagens script como uma estratégia de comunicação promissora para melhorar a experiência no período pós-operatório.

4	Kim et al.	2020	Alemanha	Avaliar a viabilidade do programa de comunicação pós-operatória (POPC) conduzido por profissionais não médicos em cirurgias urológicas pediátricas ambulatoriais.	Famílias de pessoa em situação perioperatória submetidos a cirurgia urológica pediátrica Grupo I não recebeu POPC (n= 44) Grupo II recebeu POPC (n=31)	Estudo prospectivo	O programa de comunicação pós-operatória (POPC), com instruções e cuidados pós-operatório, conduzido por profissionais não médicos não teve um impacto significativo na satisfação da pessoa em situação perioperatória / família. Por outro lado, a comunicação via telefone com enfermeiros, foi associada a um aumento na satisfação e cuidados recebidos no período pós-operatório.
5	Nallani et al.	2021	EUA	Explorar as perspectivas dos enfermeiros perioperatórios sobre as práticas atuais e os desafios com o manejo e a educação da dor.	Entrevistas em grupo focal, com 24 participantes no total de duas áreas perioperatórias de um centro médico acadêmico, utilizando um programa padronizado	Estudo descritivo qualitativo	A comunicação padronizada entre a equipa de cuidados perioperatórios é amplamente reconhecida como uma ferramenta valiosa para os enfermeiros no gerir da educação e da dor perioperatória
6	Peuchot et al.	2020	França	Avaliar o impacto das informações automatizadas pré e pós-operatórias com lembretes por SMS na segurança médica em cirurgia ambulatorial.	Pessoa em situação perioperatória (n=4.388) Grupo SMS (n=2228) Grupo chamadas telefónicas (n= 2160)	Estudo retrospectivo	A comunicação padronizada, através de lembretes por SMS, apresentou uma redução na taxa de conversão para hospitalização em tempo integral, em comparação as chamadas por telefone. Além disso, foi estimado que o custo dos lembretes por SMS é aproximadamente metade do custo das ligações por telefone

Dos artigos selecionados para a scoping review, dois foram desenvolvidos no Brasil, dois nos Estados Unidos da América, um na Alemanha e um em França.

4. Discussão

A escassez de estudos sobre a comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório evidencia a existência de lacunas no conhecimento existente sobre este tema. A cirurgia de ambulatório é um modelo organizacional de cuidados cirúrgicos que visa a alta hospitalar em menos de 24 horas. Esta abordagem tem-se tornado cada vez mais comum, sendo que os avanços tecnológicos têm impulsionado o aprimoramento das técnicas cirúrgicas e anestésicas, resultando assim num aumento do número de cirurgias realizadas em regime ambulatorial. Esta abordagem possibilita a realização de procedimentos de forma segura, eficaz, e com maior complexidade cirúrgica, mantendo a qualidade dos cuidados e garantindo segurança e resultados positivos para a pessoa em situação perioperatória. A CA apresenta múltiplas vantagens associadas e constatadas a nível internacional, nomeadamente o aumento da efetividade e da qualidade dos cuidados e eficácia na planificação hospitalar. Neste contexto é importante que a equipa de enfermagem seja capaz de comunicar de forma clara e precisa para garantir que as necessidades da pessoa em situação perioperatória sejam atendidas de forma adequada. Ao transmitir informações precisas e completas, a equipa de enfermagem pode ajudar a prevenir eventos adversos durante o período perioperatório.

Os estudos analisados fornecem *insights* sobre a importância da comunicação efetiva durante a fase perioperatória e destacam diferentes abordagens que podem melhorar a experiência da pessoa em situação perioperatória e reduzir as complicações pós-operatórias. A *scoping review* realizada divide os artigos selecionados em duas categorias principais, ou relacionados com a comunicação na consulta de enfermagem pré-operatória (Sampaio et al. 2013; Sampaio et al., 2014), ou com estratégias de comunicação padronizada (Bellury et al., 2018; Kim et al., 2021; Nallani et al., 2021; Peuchot et al., 2020).

No que diz respeito à consulta de enfermagem pré-operatória, Sampaio et al. (2013) ressaltam a importância da consulta para fornecer informações à pessoa em situação perioperatória e família / pessoa significativa sobre os procedimentos cirúrgicos e cuidados pré-operatórios. O estudo destaca a presença e o apoio da família como fatores essenciais para reduzir a dor e a ansiedade durante o período perioperatório. Além disso, o estudo identifica a religião como estratégia de conforto utilizada pela pessoa em situação perioperatória em CA. A comunicação efetiva durante a consulta de enfermagem pré-operatória é destacada como um elemento essencial para proporcionar conforto, reduzir a ansiedade e minimizar riscos e complicações pós-operatórias.

Sampaio et al. (2014) também abordam a importância da consulta de enfermagem pré-operatória em contexto perioperatório, salientando o seu papel fundamental na assistência e suporte da pessoa em situação perioperatória e sua família / pessoa significativa. O estudo ressalta que esse suporte educacional promove a diminuição da ansiedade da pessoa em situação perioperatória, informa os familiares sobre o procedimento cirúrgico e avalia o nível de compreensão e ansiedade dos mesmos. A comunicação durante a consulta é apontada como uma medida que pode contribuir para a redução de complicações pós-operatórias e cancelamentos cirúrgicos.

A consulta de enfermagem pré-operatória, segundo Mendes & Ferrito (2021), desempenha um papel fundamental para pessoas em situação perioperatória, proporcionando altos níveis de satisfação e tendo um impacto positivo no processo de recuperação e retorno à autonomia. De acordo com Pettersson et al. (2018), a comunicação desempenha um papel significativo na consulta pré-operatória. Uma abordagem centrada na pessoa, com uma comunicação clara e concisa, é eficaz para alcançar os objetivos da intervenção centrada na pessoa em situação perioperatória. A consulta pré-operatória é fundamental para a preparação e recuperação cirúrgica, permitindo ao enfermeiro fornecer educação, avaliar, planejar e intervir de acordo com as necessidades individuais da pessoa em situação perioperatória. Através da consulta, é possível transmitir informações importantes, prevenir lacunas na preparação para a cirurgia e promover o autocuidado. Essa abordagem fortalece a relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa em situação perioperatória (Pettersson et al., 2018).

Segundo Gonçalves et al. (2017), na consulta pré-operatória os enfermeiros desempenham um papel crucial na transmissão de informações sobre os cuidados perioperatórios promovendo assim cuidados de qualidade e redução dos níveis de ansiedade manifestados pela pessoa em situação perioperatória.

No que diz respeito às estratégias de comunicação padronizada, Kim et al. (2021) sugerem que as chamadas de *check-in* pós-operatório realizadas por profissionais não médicos nas 48 horas pós-cirurgia podem ser benéficas para reduzir a ansiedade, embora não afetem significativamente a satisfação geral das famílias. A preferência por uma enfermeira a realizar a chamada foi referenciada por uma percentagem de famílias. Destaca-se a importância de considerar diferentes aspetos da experiência da pessoa em situação perioperatória ao avaliar o impacto das estratégias de comunicação padronizada.

Bellury et al. (2018) investigou o impacto de mensagens padronizadas no controle da dor e na satisfação da pessoa em situação perioperatória em cirurgias ambulatoriais. O estudo mostrou resultados promissores, evidenciando diferenças significativas na gestão da dor

entre as pessoas em situação perioperatória que receberam mensagens padronizadas e as que não receberam. Os resultados sugerem que a implementação de programas padronizados de comunicação podem melhorar o controle da dor perioperatória e, conseqüentemente, a satisfação da pessoa em situação perioperatória.

Peuchot et al. (2020) observaram uma redução no tempo de acolhimento da pessoa em situação perioperatória, no dia da cirurgia, ao utilizar lembretes por SMS pré e pós-operatórios em cirurgias ambulatoriais. Essa abordagem eficiente contribuiu para uma maior adesão às instruções pré-operatórias, diminuindo complicações anestésicas como dor persistente, náuseas, vômitos pós-operatórios, mal-estar, e síndrome de aspiração. Os lembretes por SMS, além de ajudar a identificar cancelamentos cirúrgicos, representam um método seguro e econômico nos cuidados de saúde.

O estudo de Nallani et al. (2021) destaca a inconsistência das práticas atuais de gestão, avaliação e educação da dor perioperatória, que são fontes de frustração para os enfermeiros. Os resultados ressaltam a necessidade de modelos de comunicação padronizados e aprimorados, bem como abordagens multidisciplinares na gestão e educação da dor da pessoa em situação perioperatória, abrangendo desde o agendamento da cirurgia até o acompanhamento pós-operatório. Essas melhorias são essenciais para garantir um tratamento eficaz da dor perioperatória e uma experiência positiva para a pessoa em situação perioperatória.

Para Setanni et al. (2019), para promover uma melhoria na cultura de segurança, é importante incentivar o uso de ferramentas que padronizem o processo de transição do cuidado. A comunicação desempenha um papel fundamental nas relações humanas envolvendo pessoas em situação perioperatória, familiares e profissionais. Torna-se assim fundamental promover a adoção dessas ferramentas, com o objetivo de melhorar a comunicação e fortalecer a cultura de segurança. O mesmo princípio é defendido por Pena et al. (2018), que destaca que a comunicação é um fator determinante para a qualidade e segurança em contexto da saúde. A fim de garantir uma assistência efetiva, é essencial que os profissionais estejam devidamente preparados e capacitados para estabelecer uma relação estruturada, na qual um conjunto adequado de informações promova a redução de riscos e contribua para a segurança e qualidade do atendimento durante o período perioperatório, sem causar danos à pessoa.

Os resultados da *scoping review* evidenciam a importância da comunicação na consulta de enfermagem pré-operatória e destacam estratégias de comunicação padronizada que podem melhorar a experiência da pessoa em situação perioperatória, reduzir a ansiedade,

minimizar complicações pós-operatórias e otimizar a adesão às instruções pré e pós-operatórias. Estas descobertas fornecem uma base sólida para a realização de estudos mais aprofundados e a implementação de intervenções efetivas visando melhorar a comunicação durante o período perioperatório.

5. Conclusão

A evidência demonstra que a comunicação em enfermagem no período perioperatório é crucial para a segurança da pessoa em situação perioperatória e para a qualidade dos cuidados. Com base nas várias pesquisas realizadas, esta *scoping review* revelou uma lacuna significativa na evidência científica relacionada com a comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório. Embora a análise internacional tenha revelado uma variedade de estudos qualitativos e quantitativos sobre a comunicação em contextos de saúde, é importante ressaltar que esta revisão foi limitada à enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório, o que restringe a publicação de resultados.

Diante as lacunas identificadas, é imperativo realizar estudos adicionais sobre o tema, a fim de complementar e aprimorar a prática clínica neste contexto específico. A investigação futura deve concentrar-se no desenvolvimento e avaliação da comunicação em enfermagem em contexto de cirurgias de ambulatório, levando em consideração os avanços tecnológicos e as necessidades específicas dos profissionais e da pessoa em situação perioperatória.

Ao preencher as lacunas de conhecimento, presenteiam-se diretrizes e práticas baseadas em evidência para a comunicação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório. A evidência tem o potencial de melhorar a segurança da pessoa em situação perioperatória, a eficiência dos cuidados e a experiência geral dos envolvidos no processo cirúrgico em contexto de cirúrgico de ambulatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No finalizar deste percurso repleto de emoções e sentimentos, é inegável o valor das experiências adquiridas durante o estágio de enfermagem nos cuidados à pessoa em situação perioperatória, especialmente em contexto de cirurgia de ambulatório. Nesse percurso, testemunhou-se a importância dos cuidados pré, intra e pós-operatórios, bem como a relevância de uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e com a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa. A aquisição de conhecimentos através de pesquisas realizadas promoveu aprimorar competências específicas na área do perioperatório. Estas experiências fortalecem as novas aprendizagens obtidas no mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, e reforçaram a necessidade de uma atualização constante e aquisição de habilidades para lidar com as demandas específicas da área do perioperatório. Cientes de que ainda há um longo caminho a percorrer.

É importante ressaltar que o conhecimento é um processo dinâmico, em constante evolução à medida que a ciência avança. Este processo contínuo de aprendizagem e reflexão sobre a prática de enfermagem especializada à pessoa em situação perioperatória, proporcionou desenvolvimento e aprimoramento desta prática, que vai além das competências técnicas, e conceitualiza a individualidade da pessoa em situação perioperatória como foco principal da intervenção.

No decorrer do percurso clínico, as intervenções foram fundamentadas no modelo conceptual *Perioperative Focus Model* cujo princípio se baseia no alcance dos resultados esperados para os quais se definem as intervenções de enfermagem perioperatória. Durante o estágio de enfermagem perioperatória, adquiriu-se competências de enfermeiro especialista. Consciencialização das implicações éticas, legais e deontológicas na prestação de cuidados. Promoveu-se projetos de melhoria contínua, como a implementação da técnica ISBAR e a elaboração de procedimentos e instruções de trabalho. A gestão dos cuidados e o trabalho em equipa foram essenciais, com decisões conjuntas baseadas em reflexão crítica e compartilhamento de experiências. Além disso, o aprimoramento de habilidades de desenvolvimento profissional ao basear a prática em evidências científicas, em linha com a enfermagem avançada exigida no nível de especialização de mestre.

O grau de mestre reconhece aqueles que demonstram um alto nível de conhecimento, habilidades de resolução de problemas, capacidade de integração de conhecimentos, habilidades de comunicação e uma postura de aprendizagem contínua e autónoma (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória procura-se adquirir conhecimentos e habilidades específicas para fornecer cuidados de qualidade e segurança durante o período perioperatório. Ser uma referência no cuidado à pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa é uma pretensão. Valorizar a prática baseada em evidências científicas, visando dinamizar projetos de melhoria de qualidade e aprimorar competências específicas, mantendo sempre o foco nos princípios pelos quais se regem os cuidados à pessoa em situação perioperatória é um propósito.

Foi neste enquadramento de uma prática de enfermagem especializada focada na maximização de segurança à pessoa em situação perioperatória que se desenvolveu uma pesquisa. A atualização e o desenvolvimento contínuo de pesquisas em diversas áreas da enfermagem são essenciais para embasar a prática dos enfermeiros com as melhores evidências científicas disponíveis. Abrir caminho para explorar situações desafiadoras que ainda carecem de estudos é fundamental para que o papel do enfermeiro seja reconhecido e valorizado. A divulgação científica permite compartilhar e tornar público o vasto leque de conduta da enfermagem, fortalecendo a profissão e promovendo um cuidado de qualidade baseado em práticas embasadas em evidências. Isso contribui para o avanço da enfermagem como um todo.

A comunicação eficaz em enfermagem desempenha um papel crucial durante o período perioperatório. É fundamental desenvolver estratégias de comunicação adequadas para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Surpreendentemente, a escassez de evidências científicas sobre a comunicação em enfermagem perioperatória, indica a necessidade de futuros estudos para preencher essa lacuna. Investigar a importância da comunicação eficaz entre enfermeiros durante o período perioperatório leva a melhorias significativas na prática clínica e contribui para o avanço da enfermagem perioperatória enquanto disciplina e profissão.

Uma área particularmente relevante é a cirurgia de ambulatório, que demanda uma comunicação eficiente para promover a redução de eventos adversos, dada a alta rotatividade de pessoas em situação perioperatória em curto espaço de tempo. A cirurgia de

ambulatório envolve vários momentos de transição de cuidados, e a comunicação adequada entre os enfermeiros desempenha um papel fundamental.

Pesquisar, disseminar conhecimento e garantir a excelência nos cuidados perioperatórios são objetivos a concretizar no percurso profissional na área da enfermagem perioperatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP. Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2020). Obtido de https://www.aesopenfermeiros.org/wpcontent/uploads/2020/01/Lista_de_Verificacao_da_Cirurgia_para_o_Cidadao_AESOP.pdf
- AESOP. Associação dos Enfermeiros de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*: Lusodidacta
- AESOP. Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2012). *Enfermagem Perioperatória Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta
- Alpendre, F.T., Cruz, E.D., Dyniewicz, A.M., Mantovani, M.D., Silva, A.E., & Santos, G.S. (2017). Safe Surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Revista Latino-Americana de enfermagem*. 25, e2907
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>
- Araújo, E.B., Silva, F.A., Sobreiro, M.S., Santos, E.L., & Fernandes, G.L. (2019). Conhecimento e práticas de Enfermeiros sobre Segurança do Paciente. *Temas em Saúde*, 19(4), 95-115.
- Araújo, I.A., Souza, M., Gomes, J., Ferreira, V., Corgozinho, M., & Oliveira, E. (2022). Conflitos ético-morais na assistência de enfermagem no período perioperatório. *Health Residencies Journal*, 3(14), 890-911. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.317>
- Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing open*, 6(3), 1189–1196. doi: 10.1002/nop2.316.
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a segurança do doente*. LIDEL.
- Bellury, L. M., Mullinax, K., Mazingo, J., Dantzler, B., & McGee, N. (2018). Transforming Care to Evidence-Based Practice With Scripted Messages: An Improvement Project for Pain Management in Outpatient Surgical Patients. *Worldviews on evidence-based nursing*, 15(4), 257–263. <https://doi.org/10.1111/wvn.12296>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice. AORN. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1
- Brezolin, C.A., Mendonça, H.S.L., Lima, M.V.R., Nunes, M.B.S., Menagualli, R.R. & Carvalho, L. (2020). A importância da humanização do cuidado em centro cirúrgico. *Saúde em Redes*, 6 (2), 289-295. <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2>

- Caseiro, J. (2009). Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório - A perspectiva do Anestesiologista. *Revista Portuguesa De Cirurgia*, (8), 49-57. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/223>
- CHVNG/E. (2022). *Manual da qualidade: qualidade Unidade de cirurgia de ambulatório*. CHVNG/E
- Coutinho, S. (2009). Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório. *Revista Portuguesa De Cirurgia*, (8), 59-64. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/230>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16. (p.4163-4165). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Despacho n.º 1380/2018 de 8 de fevereiro (2018). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República II série, nº 28 (8-02-2018). (pp.4511). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1380-2018-114654436>
- Despacho nº 25832/2007, de 13 de novembro. Diário da República nº218 - II Serie. Ministério da Saúde Lisboa, Portugal.
<https://dre.tretas.org/dre/222810/despacho-25832-2007-de-13-de-novembro>
- Despacho nº 30114/2008, de 21 de novembro. Diário da República nº227 - II Serie. Ministério da Saúde Lisboa, Portugal.
<https://dre.tretas.org/dre/242841/despacho-30114-2008-de-21-de-novembro>
- Despacho nº 9390/2021, de 24 de setembro. Diário da República nº187 - II Serie. Saude – Gabinete do Secretario de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa, Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- DGS. Direção Geral de Saúde. (2010). *Manual de Implementação da lista de verificação de Segurança Cirúrgica 2009*. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Implementac%CC%A7a%CC%83o-da-Lista-de-Verificac%CC%A7a%CC%83o-de-Seguranc%CC%A7a-Ciru%CC%81rgica-da-OMS-.pdf>
- DGS. Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma 018/2014 de 9 de dezembro 2014, atualizada a 27 de abril de 2015. Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>

- DGS. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma 001/2017 de 8 de fevereiro 2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Duff, J., Bowen, L., & Gumuskaya, O. (2021). What does surgical conscience mean to *Enfermagem*. Quarteto Editora
- EORNA. European Operating Room Nurses Association (2019a). *Common Core Curriculum for Perioperative Nursing*. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Common-Core-Curriculum-for-Perioperative-Nursing-Third-Edition-2019.pdf>
- EORNA. European Operating Room Nurses Association (2019b). *EORNA Recommendations*. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/05/Recommendations-on-Prevention-of-retained-surgical-items-2019.pdf>
- ERS. Entidade Reguladora da Saúde (2021). *Sistema nacional de avaliação em saúde*. <https://ers.pt/pt/comunicacao/noticias/lista-de-noticias/sinas-novos-resultados-do-sinas-hospitais/>
- Farčić, N., Barać, I., Plužarić, J., Ilakovac, V., Pačarić, S., Gvozdanović, Z., & Lovrić, R. (2020). Personality traits of core self-evaluation as predictors on clinical decision-making in nursing profession. *PloS One*, 15(5), e0233435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233435>
- Fernandes, N. & Pereira, S., (2019). Recomendações portuguesas para a gestão do bloqueio neuromuscular em cirurgia de ambulatório. Retrieved January 11, 2022, from http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_BNM.pdf
- Figueiredo, A., Pota, T., & Lucas, P. (2019). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: uma revisão scoping*. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud*, 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/issue/view/28>
- Flores, D., Imperadeiro, I., Correia, P., Madureira, M., Sousa, P., & Veludo, F. (2022). Dificuldades e estratégias na integração ao cuidado da pessoa em situação crítica: uma scoping review. *Enfermeria Global*, 21(2), 469–516. <https://doi.org/10.6018/eglobal.478501>
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta
- Galvão, C.M., Sawada, N.O., & Rossi, L.A. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória.

- Revista Latino-americana De Enfermagem*, 10 (5), 690–695.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000500010>
- Gillespie, B.M., Harbeck, E.B., Falk-Brynhildsen, K., Nilsson, U., & Jaensson, M. (2018). Percepções da competência de enfermagem perioperatória: uma comparação entre países. *BMC Nurs*, 17(12), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0284-0>
- Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J.C. (2017). *The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety*. *Revista de Enfermagem Referência* 4, (Jul-Sep 2017), 17-25. DOI:10.12707/RIV17023
- Gutierrez L., Santos, J.G., Peiter, C.C., Menegon, F.A., Sebold, L.F., & Erdmann, A.L. (2018). Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (suple.6), 2940-2947. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
- Gutiérrez-Rodríguez, L., Mayor, S.G., Lozano, D.C., Burgos-Fuentes, E., Rodríguez-Gómez, S., Sastre-Fullana, P., Pedro-Gómez, J.E., Higuero-Macías, J.C., Pérez-Ardanaz, B., & Morales-Asencio, J. M. (2019). Competencias en enfermeiras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada. *Enfermería Clínica*, 29(6), 328–335. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.001>
- Haboba, L.A. (2022). A construção da comunicação terapêutica, a partir da prática do autoconhecimento para o profissional da enfermagem. *REMECS - Revista Multidisciplinar De Estudos Científicos Em Saúde*, 21. <https://www.revistaremeecs.recien.com.br/index.php/remecs/article/view/802>
- Holley, R.P. (2022). Introspection: A Valuable Management Skill. *Journal of Library Administration*, 62(3), 396–403. <https://doi.org/10.1080/01930826.2022.2043694>
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44185>
- JCI. Joint Commission Internacional (2018). *Communicating clearly and effectively to patients: how to overcome common communication challenges in health care*. Joint Comission International. [https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_(1).pdf)
- Joshi G.P. (2020). Enhanced recovery pathways for ambulatory surgery. *Current opinion in anaesthesiology*, 33(6), 711–717. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000923>
- Kim, J.K., Lee, M.J., Chua, M.E. et al. (2021). Do post-operative phone calls enhance family satisfaction and outcomes after outpatient pediatric urological surgeries? A

- prospective study. *Pediatr Surg Int* 37, 161–167. <https://doi.org/10.1007/s00383-020-04770-5>
- Lima, L.B., Cardozo, M.C., Bernardes, D.S., & Rabelo-Silva, E.R. (2019). Nursing Outcomes for Patients with Risk of Perioperative Positioning Injury. *International journal of nursing knowledge*, 30(2), 114–119. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12209>
- Link T. (2018). Guideline Implementation: Team Communication: 1.8 www.aornjournal.org/content/cme. *AORN journal*, 108(2), 165–177. <https://doi.org/10.1002/aorn.12300>
- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019).
- Magalhães, C. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados* (dissertação de Mestrado) Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20PÓS%20DEFESA.pdf>. <http://hdl.handle.net/10400.14/22926>
- Martins, K.N., Bueno, A.A., Mazoni, S.R., Machado, V.B., Evangelista, R.A., & Bolina, A.F. (2021). Management process in surgicenters from the perspective of nurses. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34 (3), 1–11 <https://doi.org/10.37689/actaape/2021AO00753>
- Matos, I. (2019). *Competências especializadas: Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: da urgência ao perioperatórios*. (dissertação de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny, Funchal <http://hdl.handle.net/10400.26/29346>
- Meleis, A. I. (2019). Facilitando e Gerenciando Transições: Um Imperativo para Cuidados de Qualidade. *Investigación em enfermaria: Imagen y Desarrollo*, 21(1).
- Mendes, D.I., & Ferrito, C.R. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20216. <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Morais, C., Amorim, M., Viana, C.C., Cerqueira, M., & Calvino, M. (2019). Saúde em cadeia: (Co)construção de percursos de literacia em saúde e qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Suple.7) 88-96. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0252>
- Mota, A.S., Castilho, A.F., & Martins, M.M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>

- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W.E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Nallani, R., Fox, C. C., Sykes, K. J., Surprise, J. K., Fox, C. E., Reschke, A. D., Simpson, M. H., Polivka, B. J., & Villwock, J. A. (2021). Pain Management and Education for Ambulatory Surgery: A Qualitative Study of Perioperative Nurses. *The Journal of surgical research*, 260, 419–427. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.11.001>
- Nunes, J.S., Gomes, R., Povo, A., & Castro, A.E. (2018). Indicadores de Qualidade em Cirurgia Ambulatorial: Uma Revisão da Literatura Comparando Sistemas Portugueses e Internacionais. *Acta Médica Portuguesa*, 31 (7-8), 425–430. <https://doi.org/10.20344/amp.10416>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
- Oliveira, G. Amorim, L.S., & Maia, A.L. (2021). Informed consent form x safe surgery checklist: integrative literature review. *Research, Society and Development*, 10(15), e450101523630. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23630>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia Extraordinária do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Programa formativo que visa o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25232/sai-oe-2022-806.pdf>
- Ordem dos Farmacêuticos. (2019). *Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar, Capítulo D: Distribuição. Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar*. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/capitulo_d_manual_de_boas_praticas_de_farmacia_hospitalar_21223437045d07678534ad5.pdf
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting

- systematic reviews. *Revista Espanola de Cardiologia*, 74(9), 790–799.
<https://doi.org/10.1016/j.rec.2021.07.010>
- Paiva, I., Sousa, F., & Lucas, M. (2022). Contributo da gestão para a visibilidade dos cuidados enfermagem. In Fredrico, M., & Sousa, F. (Eds.). *Gerir com qualidade em saúde*. (pp. 63-73). Lidel. <https://m.lidel.pt/pt/catalogo/ciencias-da-saude/gestao-da-saude/gerir-com-qualidade-em-saude/>
- Pena, M. M., & Melleiro, M. M. (2018). *Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado*. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 8(3), 616–625. <https://doi.org/10.5902/2179769225432>
- Pereira, A.C.M. (2019). *Validação de instrumento de passagem de plantão entre enfermeiros. 2019*. (Dissertação Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/35612>
- Pereira, M.C., & Moriya, G. (2022). A Importância da constante atualização científica em enfermagem perioperatória para a qualidade e segurança da assistência: o papel das associações e sociedades de especialistas. *Revista SOBECC*, 27. E2227793 <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202227793>
- Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 1-8.
- perioperative nurses: An interpretive description. *Collegian*, 29(2), 147-153. doi: 10.1016/j.colegn.2021.07.007
- Peters, M.D.J., Marnie, C., Tricco, A.C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C.M., & Khalil, H. (2021). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 19(1), 3–10. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000277>;
- Pettersson, M.E., Öhlén, J., & Friberg, F, et al. (2018). *Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention*. *J Clin Nurs*. 27, 2904–2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>
- Peuchot, J., Allard, E., Dureuil, B., Veber, B., & Compère, V. (2020). Efficiency of Text Message Contact on Medical Safety in Outpatient Surgery: Retrospective Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(9), e14346. <https://doi.org/10.2196/14346>
- Portaria n.º 234/2015 de 7 de agosto. Diário da República nº 153/2015- I Série. Ministério da Saúde Lisboa, Portugal. *Practice*. Denver: AORN Inc. <https://files.dre.pt/1s/2015/08/15300/0551605654.pdf>

- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República nº 135- II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro. Diário da República nº 184- II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República nº 26/2019 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Rôlo, B., Santos, B., Duarte, I., Pires, L., & Castro, C. (2019). Humanization of nursing care in the emergency service: a systematic review. *Annals of Medicine*, 51, (supl.1), 204.
<https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1560164>
- Row, T.N. (2018). Review of day surgery cases at a one-day surgery centre. *Ambulatory Surgery*, 24(3), 74-76. https://www.iaasmed.com/files/Journal/24.3/24_3_ROW.pdf
- Sampaio, C., Costa, T., de Araújo, D., & Santoro, D. (2013). Mecanismos de enfrentamento desencadeados por pacientes em situações estressoras: cirurgia ambulatorial. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(4), 515-520. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10026>
- Sampaio, C., Silva, R., Comino, L., & Romano, R. (2014). Nível de ansiedade dos acompanhantes de crianças em cirurgia ambulatorial: contribuições da consulta de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(2), 233-238. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13612>
- Santos, C., & Brandão, D. (2021). Terapêuticas Não Convencionais Para Diminuição Da Ansiedade em Pacientes no Período Pré-operatório Imediato: Um estudo revisão integrativa. *Gep News*, 5(1), 16-19.
- Settani, S., Silva, G., Julião, I., Silva, M., Silva, J., Oliveira, D., Barbosa, L., & Silva, C. (2019). *Comunicação de enfermagem e as repercussões na segurança do paciente*. Revista de Enfermagem UFPE on line, 13. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239573>
- Silva, O.M., Marin, S., Agnol, M.D., & Ascari, R.A. (2020). Fortalecendo a Enfermagem Perioperatória: Desenvolvimento de Checklist Assistencial e de Materiais e Equipamentos. *EXTRAMUROS. Revista de Extensão UNIVASF*, 8(1), 074-084. <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/1041>

- Sousa, J.B.A., Brandão, M.J.M., Cardoso, A.L.B., Archer, A.R.R. & Belfort, I.K.P. (2020). Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3), 6467-6479. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>
- Talley, D.A., Dunlap, E., Silverman, D., Katzer, S., Huffines, M., Dove, C., Anders, M., Galvagno, S.M., & Tisherman, S.A. (2019). Improving postoperative handoff in a surgical intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 39(5), e13-e21. <https://doi.org/10.4037/ccn2019523>.
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W., & Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International journal of clinical practice*, 69(11), 1257–1267. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>
- Vieira, V.L.M. et al, 2006, A Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital de São Marcos. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*, 7 (1), 23-29.
- Vogelsang, A.C.V., Swenne, C.L., Gustafsson, B.A., & Brynhildsen, K. F. (2020). Competência do enfermeiro especialista em bloco operatório para garantir a segurança do paciente no centro cirúrgico: um artigo discursivo. *Enfermagem aberta*, 7(2), 495-502. <https://doi.org/10.1002/nop2.424>
- WHO. World Health organization (2009). *Patient Safety & World Health Organization: Guidelines for safe surgery Safe surgery saves lives*. WHO.
- WHO. World Health organization. (2020). *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*.WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Wicklin, S.A.V. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 100083. <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2019.100083>
- Yıldırım S, Kazandı E, Cirit K, Yağız H. (2020). The effects of communication skills on resilience in undergraduate nursing students in Turkey. *Perspect Psychiatr Care*, 1-6. <https://doi.org/10.1111/ppc.12665>

ANEXOS

ANEXO I: “Cultura de Segurança e Consciência Cirúrgica no Perioperatório”, 1º Seminário de Enfermagem Perioperatória, 2023

CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que:

MARIA GORETI ANDRADE

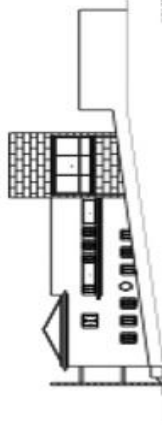
participou no **1º Seminário de Enfermagem Perioperatória “Cultura de Segurança e Consciência Cirúrgica no Perioperatório”**, no dia 15 de fevereiro de 2023, com a duração de três (3) horas.

Oliveira de Azeméis, 15 de fevereiro de 2023

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP


Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)



ANEXO II: “Segurança no Bloco Operatório” 1º Webinar NEMC, 2023

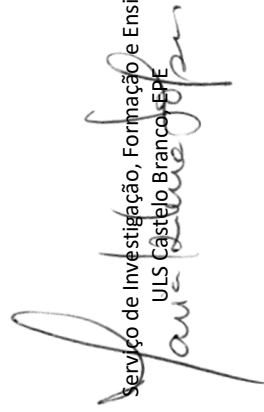
Webinar

Certifica-se que: Maria Goreti Teixeira de Andrade

Participou no **I webinar 2023 “Segurança no Bloco Operatório”** promovido pelo Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, no dia 9 de março de 2023, com a duração de 2 horas:

I webinar 2023 “Segurança no Bloco Operatório”

- A Segurança em contexto Peri-operatório;
- Retenção Inadvertida de Itens Quantificáveis;
- Implicações do Fumo Cirúrgico para os Enfermeiros



Serviço de Investigação, Formação e Ensino
ULS Castelo Branco, EPE

Assinatura Diretor SIFE

ANEXO III: 1º Ciclo de Encontros dos Enfermeiros do Perioperatório



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIA GORETI TEIXEIRA DE ANDRADE

membro nº **22540** desta Ordem, participou no(a) "**1º Ciclo de Encontros dos Enfermeiros do Perioperatório - Distrito do Porto**", realizado no dia **1 de Março de 2023**, com duração total de **3h**, no(a) **Auditório do Hospital Pedro Hispano - ULSMatosinhos**.

Porto, 1 de Março de 2023

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

**ANEXO IV: ePoster-XIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória,
2023**

XIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

CERTIFICADO



Certificamos que o trabalho

CIRURGIA DE AMBULATORIO: IMPLEMENTAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR

foi apresentado como **ePoster**, no **XIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória**, realizado na Fábrica Santo Thyurso, de 15 a 17 de junho de 2023.

Apresentador: **Goreti Andrade**
1º. Autor: **Goreti Andrade**

Coautor(es): **Fernanda Príncipe; Fernanda Santos;
Susana Botelho; Andreia Cruz**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos', is positioned above the printed name of the president.

Dr. Carlos Magalhães
Presidente do Congresso

CIRURGIA DE AMBULATÓRIO: IMPLEMENTAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR

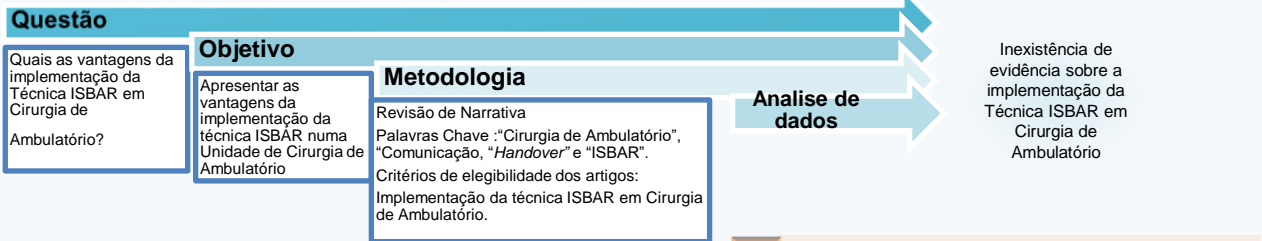
Goreti Andrade¹ Fernanda Príncipe² Fernanda Georgina Santos³ Susana Botelho⁴ Andreia Cruz⁵
¹ Enfermeira na UCA do CHVNG/Espinho, Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica - especialização na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória na ESSNorteCVP ² Professora Doutora docente na ESSNorteCVP ³ Enfermeira na UCA do CHVNG/Espinho, Especialista em EMC ⁴ Enfermeira na UCA do CHVNG/Espinho ⁵ Enfermeira na UCA do CHVNG/Espinho, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.



Introdução

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), 70% dos eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados. Segundo a mesma, a transição de cuidados de saúde envolve a transferência de responsabilidade e informação entre profissionais de saúde, visando garantir a continuidade dos cuidados e a segurança do doente. A DGS recomenda o uso da técnica ISBAR (Identify, Situation, Background e Recommendation) para padronizar a comunicação durante essa transição. A técnica ISBAR é reconhecida por promover a segurança do doente em momentos de transição de cuidados. Em unidades de cirurgia de ambulatório, onde a rotatividade de doentes e as transferências são frequentes, a comunicação eficaz desempenha um papel crucial na prevenção de eventos adversos. Neste sentido, a adoção da técnica ISBAR promove a segurança do doente e minimiza a ocorrência dos mesmos.

Desenvolvimento



TÉCNICA ISBAR

Ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados

Vantagens

- Contribui para a redução da ocorrência de eventos adversos;
- Evita lacunas na transmissão da informação;
- Assegura uma comunicação precisa e atempada de informações;
- Fácil Memorização pelos profissionais de saúde;
- Permite através de formas simples, Memorizar construções complexas, para serem utilizadas na **Transmissão Verbal de Informação**.

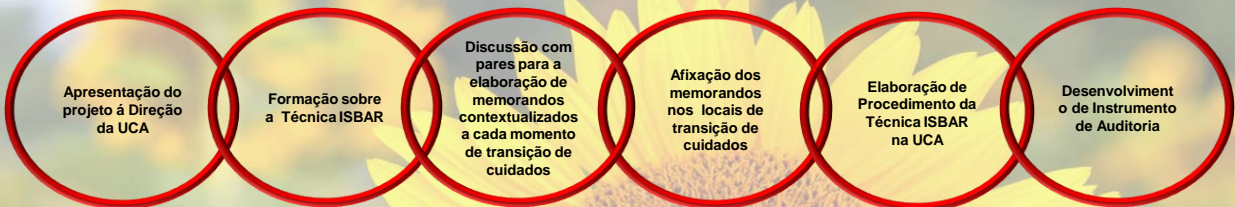
Segurança do Doente

Os planos de ação mundial (PMSD 2021-2030) e nacional (PNSD 2021-2026) para a segurança do doente têm como objetivo melhorar a comunicação durante a transição de cuidados, por meio de normas atualizadas, ferramentas de comunicação e programas de formação. Em 2017, a DGS emite a norma nº 001/2017: "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde", onde prioriza a comunicação eficaz e a importância da existência de ferramentas de comunicação estruturadas, uniformizadas e padronizadas. A comunicação eficaz entre profissionais numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório traz benefícios significativos, como a redução de redundâncias, economia de tempo, aumento da segurança do doente e a satisfação da equipa.

Conclusão

Embora não exista evidência científica sobre a implementação da Técnica ISBAR numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório, acredita-se que ela possa promover a segurança e a qualidade nos cuidados prestados. A comunicação entre a equipa de enfermagem, no pré, intra e pós-operatório é extremamente importante neste contexto, dada a frequente transição de cuidados e a curta permanência da pessoa em situação perioperatória na instituição.

Processo de Implementação da Técnica ISBAR na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do CHVNG/Espinho



Memorandos da Técnica ISBAR alocados em locais de transição de cuidados

Checklist pré operatória Sala de Preparação	Sala de Preparação Bloco Operatório	Bloco Operatório Recobro I	Recobro I Recobro II	Recobro II Recobro II (Pernoita)

Em maio de 2023, foi implementada a Técnica ISBAR na Unidade de Cirurgia de Ambulatório. A efetividade da implementação será avaliada por auditorias internas realizadas a cada seis meses. Medidas corretivas serão tomadas, se necessário, para garantir sua efetividade.

Referências Bibliográficas

- Despacho n.º 9390/2021. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n.º 187. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026>
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº001/2017. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa, Portugal. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Figueredo, A. R., Potra, T. S., & Lucas, P. B. (2019). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: uma revisão scoping. *CIAIQ2019*, 2, 279–288.
- WHO. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care.
- Fortin, M-F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lisboa: Lusodidacta.
- Nunes, JS, Gomes, R., Povo, A., & Castro Alves, E. (2018). Indicadores de Qualidade em Cirurgia Ambulatorial: Uma Revisão da Literatura Comparando Sistemas Portugueses e Internacionais. *Acta Médica Portuguesa*, 31 (7-8), 425-430. <https://doi.org/10.20344/amp.10416>
- Regulamento nº429/2018 de 16 de julho (2018). Diário da República n.º 135/2018, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

ANEXO V: “VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração”, 2023

Certificado

Certifica-se a presença de

Maria Goreti Teixeira de Andrade

na **“VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração”** realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, num total de **14 horas** de formação.


Oliveira de Azeméis, 21 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP



Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID



Profª Doutora Liliana Mota

Organização:

ANEXO VI: “Protocolo de Scoping Review”, Workshop, 2023

Certificado

Certifica-se que

Maria Goretti Teixeira de Andrade

Frequentou o **workshop “Protocolo de Scoping Review”**, inserido na “**VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração**”, realizado no dia 19 de abril de 2023, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, no horário das 9h às 13h, num total de **4 horas** de formação.


Oliveira de Azeméis, 19 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP



Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID



Profª Doutora Liliana Mota

Organização:

APÊNDICES

APÊNDICES I: Cronograma de Estágio

APÊNDICE II: Apresentação de projeto à direção da UCA

Estratégias de Comunicação Eficaz em Enfermagem Implementação da técnica ISBAR – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Goreti Andrade
Tutora: Fernanda Georgina Enf. EMC

1

Identificação do Projeto

Título: Estratégias de Comunicação eficaz em Enfermagem: Implementação da técnica ISBAR na unidade de cirurgia de ambulatório.

Duração: Este projeto terá início em Outubro de 2022 e tem como data prevista para conclusão Março de 2023.

Problematização

Comunicação:
Até 70% dos eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados.

Cirurgia de ambulatório:
Áreas físicas/ equipas de enfermagem distintas (pré, intra e pós operatório);
Tempo de permanência na instituição reduzido;
Rotatividade elevada;
Volume de doentes elevado.

Maior probabilidade de ocorrerem erros
Risco elevado para a segurança do doente
Eventos adversos

2

Comunicação em Saúde

A comunicação eficaz em saúde – “transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo receptor” (DGS, 2017).

Pertinência do Projeto

OMS

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD 2021 -2026)
Segurança dos Doentes Comunicação –Pilar 3
Objetivo: Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados
Metas 2026: 90 % das instituições de prestação de cuidados de saúde com monitorização e realização de auditorias internas ao processo de comunicação na transição da prestação de cuidados de saúde.

Competências de enfermeiro
Competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória
Adaptação de estratégias facilitadoras da comunicação que possam contribuir para o aumento da segurança dos doentes.

3

TECNICA ISBAR.

Norma nº001/2017 de 08 de Fevereiro (2017)

Ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR

A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos, sem prejuízo das situações referidas no nº 1 do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro.

A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados.

Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função).

A transmissão de informação nas transições deve ser escrita - Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro. No caso particular em que a transmissão de informação assume a forma oral, esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando a **mnemónica ISBAR**

As instituições devem assegurar que:
a) O respetivo plano anual de formação contemple formação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, que inclua a técnica ISBAR;
b) O processo de transferência de informação é monitorizado através da execução de auditorias internas, nos termos do Despacho nº 2784/2013

4

Mnemónica ISBAR: Ferramenta de comunicação estruturada	
<p>I- Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>	<p>a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.</p>
<p>S- Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar</p>
<p>B- Antecedentes/ Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretas antecipadas de vontade</p>	<p>a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infecção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</p>
<p>A- Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<p>a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p>
<p>R- Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>	<p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>

5

Finalidade do Projeto

Promover a segurança do doente durante a transição de cuidados de saúde.

Objetivos do Projeto

Geral: Implementar a utilização da técnica ISBAR na unidade de cirurgia de ambulatório do CHVNG/Espinho
Específicos: Uniformizar os padrões comunicacionais, tornando eficaz e efetiva a comunicação;
Minimizar as falhas na transmissão de informação durante as transferências de doentes;

Atividades a Desenvolver para a Implementação do Projeto

Realizar formação aos enfermeiros da UCA sobre a utilização de técnica ISBAR
Afixar pequenos memorandos em pontos estratégicos onde é realizada transmissão de informação
Criar um dossier com artigos relevantes sobre a utilização do ISBAR e com a NOC 001/2017
Conceber instrumentos para a realização de auditorias internas

6

Contribuição do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na UCA

A implementação da utilização de uma ferramenta estruturada para a transmissão de informação aquando das transferências contribuirá para **melhorar a segurança do doente** minimizando a existência de uma comunicação ineficaz.

No final da implementação deste projeto espero que todos os enfermeiros da UCA utilizem a técnica ISBAR para a transmissão de informação relativa aos doentes.

A evidência científica demonstra que uma **comunicação eficaz** entre profissionais **permite diminuir as situações de redundância**, poupar tempo, aumentar a **segurança do doente** e a **satisfação da equipa**, uma vez que todos os elementos se sentem parte do plano de cuidados, o que aumenta o seu sentido de auto-valorização e realização pessoal (Martin & Ciurzynsky, 2015).

APÊNDICE III: Memorandos da Técnica ISBAR

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Checklist Pré-operatório » Sala de Preparação

I

DENTIFICAÇÃO

Doente: Nome completo / Nome preferido

Recetor: Nome

Acompanhante

Serviço Cirúrgico

S

ITUACÃO

Cirurgia Programada

Lateralidade

CIEL: Anestésico / Cirúrgico

B

BACKGROUND/ANTECEDENTES

Antecedentes: Médicos / Cirúrgicos

Alergias

Hábitos: Tabágicos, alcoólicos e drogas

Medicação de domicílio

Presença ou risco de infeção

A

VALIAÇÃO

Pulseira de identificação

Jejum

Presença de próteses

Estado Hemodinâmico

Tricotomia / Banho

R

ECOMENDAÇÕES

Baixa Médica

Lateralidade de catéter venoso periférico

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Sala de Preparação >> Bloco Operatório

I

DENTIFICAÇÃO

Doente: Nome completo / Nome preferido
Recetor: Nome
Acompanhante
Serviço Cirúrgico

S

SITUAÇÃO

Cirurgia Programada
Lateralidade
CIEL: Anestésico / Cirúrgico

B

BACKGROUND/ANTECEDENTES

Antecedentes: Médicos / Cirúrgicos
Alergias
Hábitos: Tabágicos, Alcoólicos, Drogas
Medicação de domicílio
Presença ou risco de infeção

A

VALIAÇÃO

Pulseira de identificação
Jejum
Presença de próteses
Cateter venoso periférico
Estado Hemodinâmico
Nível de ansiedade
Pré medicação
Tricotomia/Banho
Esvaziamento vesical

R

RECOMENDAÇÕES

Acessórios pós operatórios: Cintas, meias e jardi.
Necessidade de executar / substituir / retirar:
Penso, algália, gesso e tala.

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Bloco Operatório >> Recobro I

I

IDENTIFICAÇÃO

Doente: Nome completo / Nome preferido
Recetor: Nome
Acompanhante
Serviço Cirúrgico

S

SITUAÇÃO

Cirurgia realizada
Tipo de anestesia

B

BACKGROUND/ANTECEDENTES

Antecedentes: Médicos / Cirúrgicos
Alergias
Medicação de domicílio
Presença ou risco de infeção

A

AVALIAÇÃO

Terapêutica do intraoperatório
Estado hemodinâmico
Presença: Drenos, sonda vesical, pensos,
tamponamentos e compressas
Interconrências: Anestésicas / Cirúrgicas

R

RECOMENDAÇÕES

Plano de cuidados: Sedação / Bloqueio sensitivo-motor
Medicação
Vigilância: Dor, vómitos e hemorragia.

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Recobro I >> Recobro II

I

IDENTIFICAÇÃO

Doente: Nome completo / Nome preferido
Recoror: Nome
Acompanhante
Serviço Cirúrgico

S

SITUAÇÃO

Cirurgia realizada
Tipo de anestesia

B

BACKGROUND/ANTECEDENTES

Antecedentes: Médicos / Cirúrgicos
Alergias
Medicação de domicílio relevante
Presença ou risco de infeção

A

AVLIAÇÃO

Terapêutica medicamentosa / não medicamentosa
Estado hemodinâmico
Interconrências: Anestésicas / Cirúrgicas
Alterações: Vômitos, dor, hemorragia e bloqueio sensitivo-motor.
Presença: Drenos, sonda vesical, pensos, tamponamentos
e compressas.

R

RECOMENDAÇÕES

Plano de cuidados: Sedação/Bloqueio sensitivo-motor
Medicação
Vigilância: Dor, vômitos e hemorragia.

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Recobro II >> Recobro II (Pernoita)

I

DENTIFICAÇÃO

Doente: Nome completo / Nome preferido
Recetor: Nome
Acompanhante
Serviço Cirúrgico
Quarto / Cama

S

ITUAÇÃO

Cirurgia realizada
Tipo de anestesia

B

ACKGROUND/ANTECEDENTES

Antecedentes: Médicos / Cirúrgicos
Alergias
Hábitos: Tabágicos, Alcoólicos, Drogas
Medicação de domicílio relevante
Presença ou risco de infeção

A

VALIAÇÃO

Terapêutica medicamentosa / não medicamentosa
Estado hemodinâmico
Intercorrências: Anestésicas / Cirúrgicas
Alterações: Vômitos, dor, hemorragia e bloqueio sensitivo motor
Presença: Drenos, sonda vesical, pensos, tamponamentos
e compressas

R

ECOMENDAÇÕES

Plano de cuidados: Medicação / MCDT's / Levante / Alimentação /
Ferida cirúrgica / Catéter periférico
Alta: Baixa médica / Consulta de follow-up cirúrgica / Documentação

APÊNDICE IV: Formação em serviço – Técnica ISBAR



Estratégias de Comunicação Eficaz em Enfermagem

• Goreti Andrade
• Tutora: Fernanda Georgina EMC

1

Evidência Científica

Até 70% dos eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição de cuidados.

Comunicação Eficaz em Saúde

Transmissão de informação entre os profissionais de saúde que se caracteriza por ser:

- Oportuna;
- Precisa;
- Completa;
- Sem ambiguidade;
- Atempada;
- Compreendida pelo receptor.

(DGS,2017)

2

Transição de cuidados de Saúde

Qualquer momento de prestação de cuidados em que se verifique a **transferência de responsabilidade de cuidados** e de **informação**. Tem como objetivo garantir a **continuidade e segurança** dos cuidados prestados.

As **transições de cuidados seguros** baseiam-se na implementação de uma **comunicação eficaz** entre os profissionais das equipas prestadoras de cuidados de saúde.

Uma das estratégias que garante a **eficácia da comunicação** é a utilização de uma **ferramenta que promova a uniformização da mesma**.

3

TECNICA ISBAR

Ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.

Norma nº001/2017 de 08 de Fevereiro (2017)

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 | 2026

(PNSD 2021 -2026)
Segurança dos Doentes
Comunicação – Pilar
Objetivo: Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados.
Meta 2026: 90 % das instituições de prestação de cuidados de saúde com monitorização e realização de auditorias internas ao processo de comunicação na transição da prestação de cuidados de saúde.

4



5

Recomendações da Norma nº001/2017 de 08 de Fevereiro (2017)

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.

A técnica ISBAR aplica-se em **todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos**.

A **transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária** em todos os momentos de transição de cuidados.

Os responsáveis pelo processo de **transmissão de informação**, na transição de cuidados, **devem estar identificados** de forma inequívoca (nome, categoria e função).

A transmissão de informação nas transições deve ser escrita. No caso particular em que **a transmissão de informação assume a forma oral**, esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando a **mnemónica ISBAR**.

As instituições devem assegurar que:

- a) O respetivo plano anual de formação contemple **formação específica** para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, que inclua a técnica ISBAR;
- b) O processo de transferência de informação é monitorizado através da execução de **auditorias internas**.

6

Mnemónica ISBAR: Ferramenta de comunicação estruturada	
I- Identify Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) e do doente a que diz respeito a comunicação.	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S- Situation Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar
B- Background Antecedentes/ Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes.	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A- Assessment Avaliação Informações sobre o estado do doente e estratégias de tratamento.	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R-Recommendation Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

7

O porquê da técnica ISBAR numa UCA

Dinâmicas inter-relacionadas entre diferentes profissionais, em diferentes momentos;

Inúmeras transições de cuidados, envolvendo transferências no pré, intra e pós-operatório;

Tempo de permanência na instituição reduzido;

Rotatividade elevada;

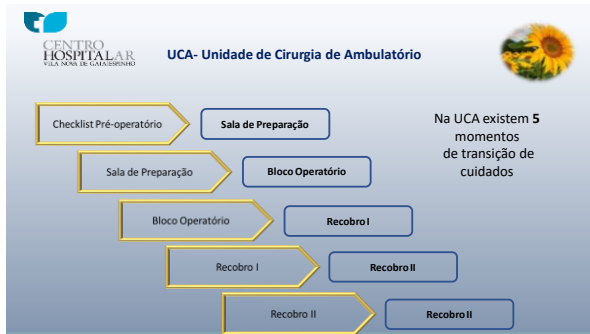
Volume de doentes elevado.

Maior probabilidade de ocorrerem erros;

Risco elevado para a segurança do doente;

Eventos adversos.

8



9

I- Identificação

- a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;
- b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;
- c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor;
- d) Serviço de origem/destinatário;
- e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.

- a) Nome completo, idade, **Nome preferido**;
- b) Nome do Profissional de Saúde emissor/ receptor;
- c) Serviço de origem : **Especialidade cirúrgica e Unidade do doente (nº cama/ quarto)**;
- d) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.

10

S- Situação Atual/Causa

- a) Data e hora de admissão;
- b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;
- c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar

- a) Data e hora de admissão;
- b) Descrição do motivo atual: **Cirurgia programada; Lateralidade, Confirmação do CIEL (anestésico/cirúrgico); Cirurgia realizada; Técnica anestésica;**
- c) Exames complementares de diagnóstico e terapêutica realizada ou a realizar (MCDT'S).

11

B- Antecedentes/ Anamnese

- a) Antecedentes clínicos;
- b) Níveis de dependência;
- c) Diretivas antecipadas de vontade;
- d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;
- e) Hábitos relevantes;
- f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;
- g) Técnicas invasivas realizadas;
- h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;
- i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.

- a) **Antecedentes Médicos e Antecedentes Cirúrgicos;**
- d) **Alergias;**
- e) **Hábitos relevantes; Tabágicos, Alcoólicos e Drogas;**
- f) **Medicação domiciliaria;**
- h) **Presença ou risco de infeção; Ferida infetada/ Tosse;**
- i) **Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.**

12

A- Avaliação
<p>a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p>
<p>a) Problemas ativos: Jejum/ Presença de próteses/ Estado Hemodinâmico /Tricotomia/Banho /Nível de ansiedade/ Pulseira de identificação;</p> <p>b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa; Terapêutica do Intraoperatório/ Pré-medicação; Medicação SOS;</p> <p>c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; Intercorrências- Anestésicas e/ou Cirúrgicas;</p> <p>d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas; Cateter venoso periférico/ Drenos/ Sonda vesical/ Pensos/ Tamponamentos/ Compressas/ Vômitos/ Dor/ Hemorragia/ Bloqueio sensitivo-motor;</p>

13

R- Recomendações
<p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>
<p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; Sedação / Bloqueio sensitivo-motor/ Dor / Vômitos / Hemorragia/ Medicação/ Levante/ Alimentação/ Ferida cirúrgica/ Cateter periférico;</p> <p>b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; Baixa Médica/ Documentação de Alta/ Medicação de cedência/ Panfletos;</p> <p>c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>

14



15



16



17



18

ISBAR – Ferramenta de Comunicação Recobro II → Recobro II (Pernoita)

UCA- Unidade de Cirurgia de Ambulatório

I	S	B	A	R
Identificação	Situação Atual	Antecedentes	Avaliação	Recomendações
Doente: Nome completo Nome preferido Recetor: Nome Serviço Cirúrgico Quarto/Cama	Cirurgia Realizada Tipo de Anestesia	Antecedentes: Médicos Cirúrgicos Alergias Hábitos: Tabáquicos Alcolólicas Drogas Medicação de domicílio Presença ou risco de infeção	Terapêutica medicamentosa/ não medicamentosa Estado Hemodinâmico Intercorrências: Anestésicas Cirúrgicas Alterações: vômitos/dor/hemorragia/ bloqueio sensitivo-motor Presença: Drenos Sonda vesical Pernos Tamponamentos Compressas	Cuidados: Medicação / MCDTS/ Levante/Alimentação Ferida cirúrgica/ Cateter periferico. Alta: Documentação/ Baixa Médica/ Consulta de Follow-up cirúrgica

19



Obrigada

20

APÊNDICE V: Procedimento Técnica ISBAR na UCA

Procedimento Técnica ISBAR na UCA

Objetivos

- a) Implementar a técnica ISBAR na UCA;
- b) Uniformizar os padrões de comunicação eficaz na transferência de informação sobre o utente;
- c) Promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados de saúde;
- d) Contribuir para a redução da ocorrência de erros;
- e) Assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações.

Âmbito

O presente documento descreve a técnica ISBAR destinada a garantir a segurança do doente, através de uma comunicação eficaz entre os enfermeiros da UCA na transição de cuidados.

Abreviaturas

UCA: Unidade de Cirurgia de Ambulatório

ISBAR: " Identificação, Situação, Background, Avaliação e Recomendação"

DGS: Direção Geral de Saúde

Definições

Segurança do doente: Redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

Transição de cuidados de saúde: Qualquer momento de prestação de cuidados em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação. Tem como objetivo garantir a continuidade e segurança dos cuidados prestados.

Transmissão de informação: Comunicação entre profissionais de saúde, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados.

Comunicação eficaz entre profissionais de saúde: Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.

Mnemónica ISBAR

I – Identificação -Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;

S- Situação Atual/Causa- Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;

B- Background /Antecedentes/Anamnese - Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretas antecipadas de vontade;

A-Avaliação-Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;

R- Recomendações-Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

Procedimento Técnica ISBAR na UCA

Referencias

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº001/2017. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa, Portugal. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Descrição

Uma comunicação eficaz na saúde caracteriza-se por um processo de transmissão de informação realizada entre profissionais qualificados, com a finalidade de assegurar a segurança do doente.

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.

Operacionalização

Formação anual sobre a técnica ISBAR á equipa de enfermagem da UCA, para garantir que toda a equipa de enfermagem tem o conhecimento e as habilidades necessárias para usar a Técnica ISBAR da forma mais eficaz.

Colocação de pósteres em locais estratégicos como auxiliar da metodologia ISBAR e assim promover uma comunicação eficaz.

Momentos de comunicação ISBAR e respetivos locais:

Nº	Momentos de transição de cuidados		Local
1*	Checklist Pré-operatório	Sala de Preparação	Sala de Preparação
2*	Sala de Preparação	Bloco Operatório	Entrada do Bloco Operatório
3*	Bloco Operatório	Recobro I	Recobro I
4*	Recobro I	Recobro II	Saída do Bloco Operatório, passagem do doente do Recobro I para o Recobro II
5*	Recobro II	Recobro II (pernoita)	Sala de trabalho do Recobro II

*Poster em Anexo

Avaliação

A avaliação da implementação da técnica ISBAR é realizada através de processos de auditoria interna de 6 em 6 meses.

Procedimento Técnica ISBAR na UCA

7. Responsabilidades

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração	Maria Goreti Teixeira de Andrade Ana Milheiro Terezinha Roque Fernanda Georgina Santos	01/2023	
Validação			
Aprovação	CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO		

APÊNDICE VI: Instrumento de Auditoria da Técnica ISBAR

Instrumento de Auditoria

Norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

Serviço:

Momentos de transição de cuidados:

- Checklist – Preparação
- Preparação – Sala Operatória
- Sala Operatória – Recobro I
- Recobro I – Recobro II
- Recobro II – Recobro II

Data: __/__/__

Equipa auditora:

Critérios:

	Conforme	Não Conforme	N/A
--	----------	--------------	-----

Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?			
A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?			
A instituição assegura formação dos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?			
Identificação do doente. Nome completo / Nome preferido.			
Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca. Cartão da instituição / Identificação oral.			
Identificado cuidador informal/pessoa significativa.			
Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde. Serviço Cirúrgico, Cirurgia Programada, Cirurgia Realizada, Tipo de Anestesia.			
Indicadas as necessidades específicas do doente. Lateralidade.			
Consentimento informado. Confirmação de CIEL: Anestésico e Cirúrgico.			
Na informação transmitida são referidos os MCDT'S realizados ou a realizar. RX, Análises clínicas, TAC, Baixa Médica, Documentação de Alta, Medicação de cedência, Consultas de follow-up cirúrgica.			
Antecedentes clínicos. Médicos e Cirúrgicos.			
Níveis de dependência. Hábitos Tabágicos/ Alcoólicos/ Drogas.			
Alergias.			
Terapêutica de ambulatório.			
Presença ou risco de colonização/infeção. Tosse/Febre/Ferida infetada.			
Identificada a situação social. Condições sanitárias, auxílio á mobilidade.			

Critérios:	Conforme	Não Conforme	N/A
Informações sobre o estado do doente: <i>Pré-operatórios</i> Jejum/ Presença de próteses/ Tricotomia/Banho /Cateter venoso periférico /Nível de ansiedade/confirmação da pulseira de identificação. <i>Intraoperatório</i> Intercorrências Anestésicas/ Cirúrgicas. <i>Pós-operatório</i> Vômitos/Dor/Hemorragia/Bloqueio sensitivo-motor.			
Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída. Pré-medicação/ Terapêutica do intraoperatório /Medicação SOS.			
Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas. Drenos/Sonda vesical/ Pensos/ Tamponamentos/ Compressas.			
Indicação do plano de continuidade de cuidados Sedação / Bloqueio sensitivo-motor/ Dor / Vômitos/Hemorragia/Medicação/Levante/ Alimentação/Ferida cirúrgica/Cateter periférico.			
Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?			
Foi utilizada uma comunicação eficaz nos momentos de transição de informação?			
Subtotal			
ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)			

Avaliação final: IC= $\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \text{___}\%$

APÊNDICE VII: Folha de Registo de Enfermagem

ISBAR

Sala de Preparação

UCA- Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Data _____ Sala _____

Especialidade cirúrgica _____

Cirurgia programada _____

Alergias: _____

Lateralidade: _____

Fármacos Administrados: _____

Enf: _____

Jejum		
Próteses		
Pulseira de identificação		
Tricotomia		
CIEL	Cirúrgico	
	Anestésico	
Cateter venoso periférico		

Sala Operatória

Anestesia					Fármacos					
Geral	Relaxamento	Sim		TOT						
		Não		ML		Hora			Hora	
Sedação					Indução	Midazolam			Propofol	
Analgesia						Fentanil			Alfentanil	
Raqui Anestesia						Rocuronio				
Agulha nº:					Fármacos:		Hora:			
Picadas nº:										
Bloqueio Nervos Periféricos										
Fármacos:										
Local										
Drenos	Aspirativo	Aberto			Analgésico	Paracetamol			Ceterolac	
		Fechado				Tramadol			Parecoxib	
	Tubular									
	Outro									
Sonda Vesical					Antieméticos	Dexametasona			Ondasetron	
Tamponamento										
Compressa					Antibiótico					
Pensos										
Sonda Nasogástrica					Outros					

Obs:

Enf: _____

Medicação Administrada: _____

Cuidados para Recobro II: Medicação/ MCDT'S _____

Alterações: Vômitos Dor Hemorragia Bloqueio sensitivo-motor

Recobro I

Obs: _____

Enf: _____

APÊNDICE VIII: Instrução de Trabalho - Estupefacientes UCA

Instrução de Trabalho Estupefacientes na UCA

1. Objetivos

- a) Manter um controlo permanente do consumo e reposição dos estupefacientes;
- b) Normalizar e uniformizar procedimentos;
- c) Atribuir responsabilidades do controlo do consumo e reposição dos estupefacientes.

2. Âmbito

- a) Enfermeiros da Unidade da Cirurgia de Ambulatório do CHVNG/E EPE.

3. Descrição

3.1. Circuito de reposição de Estupefacientes:

i. Os Estupefacientes administrados são registados em livro próprio – modelo nº1509 – segundo as regras definidas pela instituição.

Bloco Operatório:

- a) Existem 10 livros de estupefacientes, 2 para cada Sala Operatória (A, B e C) 2 para o Recobro I e 2 suplentes de forma a garantir o cumprimento dos registos sempre que os livros assinados e conferidos forem enviados para os serviços Farmacêuticos para reposição;
- b) Em cada Sala Operatória assim como no Recobro, existe apenas um livro em uso;
- c) Quando os livros são enviados para os serviços Farmacêuticos devem ser substituídos nas Salas Operatórias e no Recobro I de forma a possibilitar sempre o registo dos estupefacientes administrados;

Recobro II:

- a) Existem 2 livros de estupefacientes, 1 para registos e 1 suplente de forma a garantir o cumprimento dos registos sempre que o livro assinado e conferido for enviado para os serviços Farmacêuticos para reposição;

ii. Os livros enviados para os serviços Farmacêuticos, devem estar assinados e respetiva folha trancada;

iii. Deve ficar registado o nº dos livros enviados, a data e assinatura de quem enviou, em folha de registo própria- Controlo de estupefacientes do bloco, que se encontra no gabinete da enfermeira gestora e o do Recobro II, na gaveta dos estupefacientes;

iv. Na reposição de estupefaciente e entrega dos livros pelos serviços Farmacêuticos, o enfermeiro responsável de turno, Bloco Operatório, e o enfermeiro responsável estupefacientes no recobro II deve:

- a) Conferir, assinar e destacar as folhas do livro a enviar para os serviços Farmacêuticos;
- b) Assinar folha de transporte que acompanha a reposição dos estupefacientes;
- c) Conferir e assinar folha de controlo de estupefacientes;
- d) Armazenar os estupefacientes na gaveta destinada para o efeito.

Publicação

Revisão

Página

Instrução de Trabalho Estupefacientes na UCA

3.2. Armazenamento dos Estupefacientes:

Bloco Operatório:

- a) Os Estupefacientes encontram-se no armário da sala de indução na 2ª gaveta a contar da esquerda;
- b) A gaveta encontra-se fechada e a chave encontra-se no armário superior do mesmo espaço, em local conhecido por toda a equipa de Enfermagem do Bloco assim como da Enfermeira Gestora;
- c) A gaveta dos Estupefacientes deve manter-se fechada e a chave guardada no local a ela destinado;
- d) O acesso à gaveta é restrito à equipa de Enfermagem do Bloco Operatório e à Enfermeira Gestora.

Recobro II

- a) Os Estupefacientes encontram-se dentro de um cofre, alocado numa gaveta na sala do Recobro II, fechada e com acesso restrito à equipa de enfermagem do Recobro II e da Enfermeira Gestora;

3.3. Monitorização dos Estupefacientes

A listagem da existência dos estupefacientes em stock no Bloco Operatório encontra-se em 4 locais: gaveta dos Estupefacientes, Enfermeira Gestora, Serviços Farmacêuticos e informaticamente na pasta da UCA.

Na gaveta existe uma caixa com o número de estupefaciente pré-definidos, no Bloco Operatório estão pré-definidos para cada Sala Operatória;

Bloco Operatório:

- a) No início do turno o enfermeiro de anestesia leva a respetiva caixa da sua Sala Operatória;
- b) No final do turno o enfermeiro de anestesia e o enfermeiro do Recobro I devem:
 - a) Conferir os estupefacientes retirados e os respetivos registos no livro de estupefacientes da sala/ recobro;
 - b) Assinar em folha própria que se encontra na gaveta;
 - c) Repor o número de estupefacientes em falta na caixa/ gaveta.
 - d) Fechar a gaveta e guardar a chave

Recobro II

A monitorização dos estupefacientes é realizada uma vez por semana pelo enfermeiro responsável pelos estupefacientes.

4. Responsabilidades:

- a) Enfermeira responsável de turno

Enviar para os serviços Farmacêuticos os livros de estupefacientes sempre que necessário e de acordo com as necessidades do serviço;

Verificação dos livros pré envio- confirmar assinaturas e registos;

Registrar na folha de controlo de estupefacientes os livros enviados;

Receber os estupefacientes de reposição, conferir, assinar e armazenar.
- b) Enfermeira responsável pelos estupefacientes

Mensalmente deve confirmar os registos da folha de estupefacientes, datar e assinar;

Instrução de Trabalho Estupefacientes na UCA

5. Responsabilidades

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração	Maria Goreti Teixeira de Andrade; Fernanda Georgina Santos; Teresinha Roque		
Validação			Não aplicável na primeira versão.
Aprovação			

APÊNDICE IX: Folha de Registo de Estupefacientes no Bloco Operatório

Estupefacientes/ Psicotr3picos / Benzodiazepinas

Registo di3rio – 2023 - Mar3o

Ano	Salas						Rec.	Assinatura M/T
	A	Assinatura M/T	B	Assinatura M/T	C	Assinatura M/T		
1	/	/	/	/	/	/	/	/
2	/	/	/	/	/	/	/	/
3	/	/	/	/	/	/	/	/
4	/	/	/	/	/	/	/	/
5	/	/	/	/	/	/	/	/
6	/	/	/	/	/	/	/	/
7	/	/	/	/	/	/	/	/
8	/	/	/	/	/	/	/	/
9	/	/	/	/	/	/	/	/
10	/	/	/	/	/	/	/	/
11	/	/	/	/	/	/	/	/
12	/	/	/	/	/	/	/	/
13	/	/	/	/	/	/	/	/
14	/	/	/	/	/	/	/	/
15	/	/	/	/	/	/	/	/
16	/	/	/	/	/	/	/	/
17	/	/	/	/	/	/	/	/
18	/	/	/	/	/	/	/	/
19	/	/	/	/	/	/	/	/
20	/	/	/	/	/	/	/	/
21	/	/	/	/	/	/	/	/
22	/	/	/	/	/	/	/	/
23	/	/	/	/	/	/	/	/
24	/	/	/	/	/	/	/	/
25	/	/	/	/	/	/	/	/
26	/	/	/	/	/	/	/	/
29	/	/	/	/	/	/	/	/
28	/	/	/	/	/	/	/	/
29	/	/	/	/	/	/	/	/
30	/	/	/	/	/	/	/	/
31	/	/	/	/	/	/	/	/

Contagem Mensal:

Conformidade:

Observa3es:

Assinatura:

APÊNDICE X: Folha de Controlo de Estupefacientes

**APÊNDICE XI: Procedimento de Sistemas de Controlo de Temperatura-
Vigie® na UCA**

Procedimento Sistema de Controlo de Temperatura - ViGIE® na UCA

1. Objetivos

- a) Definir as devidas atuações em caso de desvio dos parâmetros normais da temperatura no equipamento de refrigeração;
- b) Supervisionar o controlo da temperatura e humidade na área de armazenamento do medicamento e do consumo clínico;
- c) Garantir a estabilidade e segurança na administração/utilização dos medicamentos e consumo clínico.

2. Âmbito

- a) Aplica-se a todos os enfermeiros que exercem funções na Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

3. Definições

- a) **Sistema Vigie®:** Sistema de monitorização contínua *wireless* que permite efetuar o registo ininterrupto de temperatura e outros parâmetros dos frigoríficos, arcas congeladoras e dos locais de armazenamento de consumo clínico. O sistema permite a deteção de algum desvio dos valores pré-definidos em caso de falhas de energia, portas abertas ou em caso de avaria emitindo alertas aos utilizadores, via *e-mail* e via SMS, permitindo rápida agilização no acionamento de medidas corretivas e manutenção da temperatura dos medicamentos e consumo clínico refrigerado.
- b) **Produtos Termolábeis:** substâncias (medicamentos e/ou reagentes) particularmente sensíveis à ação da temperatura e que por isso requerem armazenamento sob refrigeração (entre 2°C e 8°C).

4. Abreviaturas

- a) **CH:** Centro Hospitalar.
- b) **UCA:** Unidade de Cirurgia de Ambulatório
- c) **SMS:** Serviço de mensagens curtas (*short message servisse*)

5. Descrição

- a) A conservação dos produtos termolábeis é um fator importante para assegurar a sua qualidade, eficácia e segurança. Por isso, a fim de garantir que estas condições estão asseguradas, os equipamentos de refrigeração encontram-se equipados com um sistema contínuo de controlo e registo da temperatura (Vigie®). Neste sistema estão estabelecidos parâmetros de aviso e parâmetros críticos que quando ultrapassados emite um alarme de advertência.
- b) O equipamento de refrigeração tem atribuído um sensor o qual transmite dados da temperatura em tempo real a um servidor: portal ViGIE®.
- c) A área de armazenamento do medicamento e do consumo clínico dispõe de sensores de controlo e monitorização da temperatura e humidade relativa.
- d) O portal ViGIE® monitoriza e retém os dados dos parâmetros possibilitando a sua exportação sempre que o utilizador necessitar.
- e) Existem dois tipos de utilizadores : Nivel 1(responsável de turno) e Nivel 2 (enfermeiro gestor)
- f) O portal ViGIE® está disponível pelo seguinte link: https://portal.vigiesolutions.com/vigie2/users_login.php

Procedimento Sistema de Controlo de Temperatura - ViGIE® na UCA

6. Operacionalização

a) Listagem de equipamentos/áreas com sensores de controlo e monitorização no Bloco Operatório:

Nº Inventário	Sensores		Local	Tipo	Função
1005381	Temperatura	21587	Armazém Material Clínico	Frigorífico	Medicação
1008536	Temperatura	24214	Armazém Material Clínico	Frigorífico	Medicação
	Temperatura	26445	Sala Operatória A		Temperatura Pressão
	Pressão	26476			
	Temperatura	26448	Sala Operatória B		Temperatura Pressão
	Pressão	26477			
	Temperatura	26447	Sala Operatória C		Temperatura
	Temperatura	26444	Sala de Indução		Temperatura

b) Listagem de equipamentos/áreas com sensores de controlo e monitorização no Recbro II:

Nº Inventário	Sensores		Local	Tipo	Função
1005380	Temperatura	24218	Sala de Trabalho	Frigorífico	Medicação
	Temperatura	26446	Armazém de Soros		Temperatura

6.1. Atuação em caso de alarme nos equipamentos de refrigeração

- a) Nas situações que haja desvio dos parâmetros, o alerta é emitido para os seguintes contactos:
Enfermeira Gestora e Enfermeira Responsável de Turno.
- b) Sempre que o alarme seja ativado, é obrigação do enfermeiro com responsabilidades (enfermeiro gestor e/ou responsável de turno):
 - i. Identificar a causa que desencadeou a alteração da temperatura (porta mal fechada, falha de corrente, reposição, higienização ou outros) e tentar reverter a situação.
 - ii. Caso não seja nenhuma das causas referidas anteriormente e não seja possível a resolução, deve proceder-se ao contacto do electricista de prevenção (ext. 33333 | 962053706) e reportar o incidente.
 - iii. Após vinte minutos desde a ativação do alarme se o problema não for resolvido, o conteúdo existente deve ser transferido para o equipamento de retaguarda.

Procedimento Sistema de Controlo de Temperatura - ViGIE® na UCA

6.2. Transferência dos produtos termolábeis

- a) Aquando da necessidade de transferir os produtos acondicionados no equipamento de refrigeração, deve o enfermeiro proceder da seguinte forma:

Local	Equipamento	Equipamento Retaguarda	
		1º plano	2º plano
Bloco Operatório Armazém Material Clínico	Frigorífico----- 1005381	Bloco Operatório Armazém Material Clínico Frigorífico----- 1008536	Recobro II Sala de Trabalho Frigorífico----- 1005380
	Frigorífico----- 1008536	Bloco Operatório Armazém Material Clínico Frigorífico-----1005381	Recobro II Sala de Trabalho Frigorífico----- 1005380
Recobro II Sala de Trabalho	Frigorífico----- 1005380	Bloco Operatório Armazém Material Clínico Frigorífico----- 1008536	Bloco Operatório Armazém Material Clínico Frigorífico-----1005381

6.3. Resolução do Alarme: Portal ViGIE®

- a) Conceitos utilizados na ferramenta de gestão de alarmes do portal ViGIE®:
- Alarme Após:** Tempo máximo durante o qual o sensor pode assumir valores de um modo contínuo fora dos limites permitidos;
 - Tempo Validação:** Tempo que o utilizador de nível 1 tem para validar o alarme deixando um comentário sobre o motivo do mesmo e as medidas tomadas para solucionar;
 - Tempo Resolução:** Tempo máximo que os utilizadores têm para solucionar o problema que deu origem ao alarme.
- b) Com base nestes conceitos considera-se o seguinte:
- A temperatura do sensor atinge um dos intervalos em que é gerado um Alarme;
 - É iniciada a contagem de tempo definida em **Alarme Após**;
 - Se após este período o valor de temperatura permanecer fora do intervalo configurado: É enviado um alarme para os utilizadores de nível 1, por SMS, *email* ou ambos conforme definido pelo administrador de sistema.
 - O utilizador de nível 1 tem o **Tempo de Validação** para validar o alarme.
 - No caso de não ser efetuada qualquer validação neste período e as condições de alarme se mantenharem (valores lidos fora dos limites especificados), é enviado um alarme para os utilizadores de nível 1 e de nível 2, por SMS, *email* ou ambos (conforme definido pelo administrador do sistema).
 - Após a validação do alarme e no caso de o alarme estar no estado "Em Análise", o utilizador tem o Tempo de Resolução para resolver o problema e fechar o alarme.

Procedimento Sistema de Controlo de Temperatura - ViGIE® na UCA

- vii. Caso esse intervalo de tempo seja ultrapassado sem que o utilizador tenha dado qualquer informação ao sistema e o valor se mantenha em intervalos de alarme, é enviado um alarme para os utilizadores de nível 1 e nível 2, por SMS, *email* ou ambos (conforme definido pelo administrador do sistema).
 - viii. Esta notificação é efetuada repetidamente em múltiplos do **Tempo de Resolução**, até o alarme ser resolvido.
 - ix. O alarme é dado como resolvido assim que o utilizador o fechar.
- c) Todas as ocorrências e validações relativas a um alarme ficam no histórico desse mesmo alarme, podendo ser analisadas posteriormente.

7. Responsabilidades

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração	Teresinha Roque Maria Goreti Teixeira de Andrade	01/2023	
Validação			
Aprovação	CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO		

APÊNDICE XII: Manual de Integração de Novos Enfermeiros

2023

Manual de Integração de Enfermeiros

Unidade Cirurgia
Ambulatório

Abreviaturas

AO: Assistentes Operacionais

BO: Bloco Operatório

GCL-PPCIRA: Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de infeção e Resistência aos Antimicrobianos

OT: Ordem de Trabalho

PDA: *Personal Digital Assistant*

SCE: Supervisor Clínico em Enfermagem

SEE: Serviço de Equipamentos e Electromedicina

SIADAP: Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SOI: Serviço de Obras e Instalações

SSTI: Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação.

UCA: Unidade Cirurgia de Ambulatório

Conteúdo

Abreviaturas	2
Índice	
INTRODUÇÃO	4
1. MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NA UCA.....	5
1.1. Objetivos	5
1.2. Responsabilidade.....	5
2. Caracterização, Estrutura E organização.....	6
2.1 Caracterização do Centro Hospitalar de	6
2.2 Caracterização da Unidade de Cirurgia de Ambulatório.....	6
2.2.1 Organização da UCA.....	8
2.2.2 Recursos Humanos	8
2.2.3 Carteira de Serviços.....	11
2.2.4 Recursos Materiais	8
2.2.5 Aquisição e reparação de equipamentos.....	12
2.3 Dinâmica da UCA.....	12
2.4 Projetos de Melhoria Contínua.....	14
2.5 Valores e Princípios.....	15
3. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NA UCA.....	16
3.1 Acolhimento.....	17
3.2 Bloco operatorio.....	17
3.2.1 Enfermeiro de Anestesia.....	17
3.2.2 Enfermeiro Circulante	
3.2.2 Enfermeiro Instrumentista	
3.3 Recobro II	
4. Referências bibliográficas.....	21
ANEXOS	22
ANEXO I - Entrevista Inicial.....	23

INTRODUÇÃO

Um manual de integração é uma ferramenta auxiliar de adaptação indispensável para a gestão dos recursos humanos de uma instituição.

O presente manual constitui um instrumento facilitador no processo de integração de enfermeiros na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) do Centro Hospitalar

De acordo com a Portaria nº 234/2015, de 7 de agosto, a cirurgia de ambulatório é definida como “intervenção cirúrgica programada que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica, incluindo a cirurgia de ambulatório no mesmo dia ou a cirurgia de ambulatório com pernoita

O início da atividade profissional ou a mobilização de profissionais entre serviços é uma realidade que impõe desafios aos enfermeiros. A aquisição de competências específicas, nomeadamente numa unidade de cirurgia de ambulatório, é essencial.

A integração do enfermeiro nos cuidados à pessoa em situação perioperatoria constitui uma preocupação cada vez maior. Uma integração adequada é crucial para o sucesso e adaptação do enfermeiro ao novo serviço, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados. No final do período de integração o profissional deve ser capaz de exercer as suas funções, tendo em conta as três grandes áreas: relacional, assistencial e científica.

A elaboração deste manual tem como objetivos:

- Facilitar a integração de novos enfermeiros na UCA;
- Dar a conhecer a missão, a visão, os valores, a filosofia e estratégia de gestão do serviço;
- Fornecer informações e conhecimentos necessários sobre toda a dinâmica e funcionamento do serviço;
- Dotar os novos enfermeiros de competências que lhe permitam desenvolver novas tarefas consonante com a cultura da UCA;
- Estabelecer uma linha orientadora de uniformização do processo integrativo dos enfermeiros na UCA;
- Orientar o enfermeiro supervisionado e o enfermeiro supervisor durante o processo de integração;
- Contribuir para o desempenho de funções com qualidade, satisfação profissional e pessoal e estabelecer uma ligação com a instituição hospitalar;

A consulta deste manual vai permitir ao enfermeiro identificar a cultura organizacional da instituição e do serviço, conhecer o modo de funcionamento do serviço, regras e normas, para um desempenho pautado pela qualidade e responsabilidade. Tornando-se assim um instrumento facilitador no processo de acolhimento e integração.

Este manual inicia-se com a caracterização, estrutura e organização da instituição e da UCA. Em seguida, são abordados os recursos humanos e materiais, e posteriormente, os programas de integração para enfermeiros.

1. MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NA UCA

1.1. Objetivos

Facilitar o acolhimento/integração de novos enfermeiros na UCA ;
Dar a conhecer a missão, a visão, os valores, a filosofia e estratégia de gestão da UCA;
Fornecer informações e conhecimentos necessários sobre toda a dinâmica e funcionamento da UCA;
Proporcionar segurança, confiança e motivação;

Dotar os novos enfermeiros de competências que lhe permitam desenvolver novas habilidades consonante com a cultura da UCA;

Estabelecer uma linha orientadora de uniformização do processo integrativo dos enfermeiros na UCA do ;

Orientar o enfermeiro supervisionado e o enfermeiro supervisor durante o processo de integração;
Contribuir para o desempenho de funções com qualidade, satisfação profissional e pessoal e estabelecer uma ligação com a instituição hospitalar;

1.2. Responsabilidade

Versão	B	Data	Alterações
Elaboração	Goreti Andrade Teresinha Roque Fernanda Georgina Santos		
Validação	-----	-----	
Aprovação	CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	-----	

2. CARACTERIZAÇÃO, ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

2.1 Caracterização do Centro Hospitalar

CH

No âmbito da política de modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que teve como pressuposto a adoção de uma gestão inovadora com carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades da pessoa, foi criado o CH , pelo Decreto-Lei nº 50 - A/2007, de 28 de fevereiro, por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e o Hospital Nossa Senhora da Ajuda de Espinho, com natureza de Entidade Pública Empresarial;

Atualmente, o CH , um dos principais complexos assistenciais do Norte do país, é das poucas estruturas hospitalares a nível nacional com capacidade de resposta em toda a linha de cuidados de saúde: desde a pessoa aguda, através do seu Serviço de Urgência Polivalente, passando pelos cuidados médico-cirúrgicos e de ambulatório, até aos cuidados continuados de reabilitação;

O CH tem instalações distribuídas pelos Concelhos de ;
A Unidade I, também conhecida por Hospital , antigo Sanatório D. Manuel II, está localizada no Monte da Virgem, em . É constituída por vários edifícios que albergam a maioria das especialidades Médico-Cirúrgicas do Centro Hospitalar e o Serviço de Urgência Polivalente que recebe diariamente mais de 500 pessoas;

A Unidade II, Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros, antigo Hospital Distrital , está localizada no centro da cidade. É um hospital monobloco onde se encontram instalados o Serviço de Ortopedia, as Especialidades Materno-Infantil, constituídas pelos Serviços de Ginecologia/ Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia e Cirurgia Pediátrica, o Centro de Procriação Medicamente Assistida, o Centro de Diagnóstico Pré-Natal e ainda o Bloco Operatório (BO) de apoio;

A Unidade III, Hospital , propriedade da Santa Casa da Misericórdia local, fica localizada na cidade de . Nesta unidade encontram-se instaladas a Unidade de Cirurgia de Ambulatório e a consulta externa de várias especialidades e meios complementares de diagnóstico e tratamento nas áreas de Imagiologia e Patologia Clínica.

2.2. Caracterização da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório do CH , iniciou a sua atividade em 2008.

Instalações

A UCA está instalada no piso 1 da Unidade III do CH , localizada na cidade de . Sendo uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório satélite em relação à principal Unidade do Centro Hospitalar, não dispendo de serviço de internamento nem de urgência no mesmo espaço físico, é imprescindível uma avaliação cuidadosa de toda a metodologia e procedimentos a adotar, para que os cuidados prestados ao utente mantenham elevados padrões de qualidade e segurança

Manual de Integração de Enfermeiros na UCA

Estrutura Física

A uca dispõe de várias áreas de apoio á unidade:

Área de Apoio	2 Gabinetes administrativos	Gabinete da Enfermeira Gestora
	Área de receção dos doentes	Sala de reuniões- Piso 2
	Gabinete de direção	Armazém
Recobro II - Admissão	Sala de Espera	Sala de Preparação pré-operatória
	Gabinete de admissão	Vestiários de utente
Bloco operatório	Sala de Indução	Área de armazenamento de fármacos
	3 salas operatórias	Área de armazenamento de dispositivos médicos
	Armazém de esterilizados	Sala pausa
	Área de sujus	Área de registos clínicos
	Áreas de armazenamento de material clínico	Vestiários de profissionais
	Áreas de preparação e esterilização de instrumental cirúrgico	Área de Recobro I, lotação de 4 unidades
Recobro II – Pós-operatório	Área para doentes com alta até às 20h, com lotação de 8 camas	Sala de Pausa
	Área de pernoita, com lotação de 8 camas	Sala de Limpos
	Copa	Sala de Sujus
	Área de armazenamento de material clínico e fármacos	Gabinete de consulta de anestesiologia
	Sala de trabalho	Gabinete de alta/ Consulta de Enfermagem
	Vestiários dos profissionais	

Missão

A UCA tem como objetivo prestar cuidados de saúde de alta qualidade a utentes submetidos a intervenção cirúrgica em regime de ambulatório, promovendo o desenvolvimento da cirurgia de ambulatório e garantindo a satisfação dos utentes. A unidade procura fornecer um tratamento cirúrgico personalizado e eficaz, com protocolos clínicos para seleção, admissão e alta dos utentes, bem como informações pré e pós-operatórias e interligação com os cuidados primários. A unidade também promove a eficiência e a articulação entre diferentes profissionais e especialidades.

Visão

É objetivo da UCA ser reconhecida como um serviço inovador e atualizado, que proporciona serviços clínicos de excelência

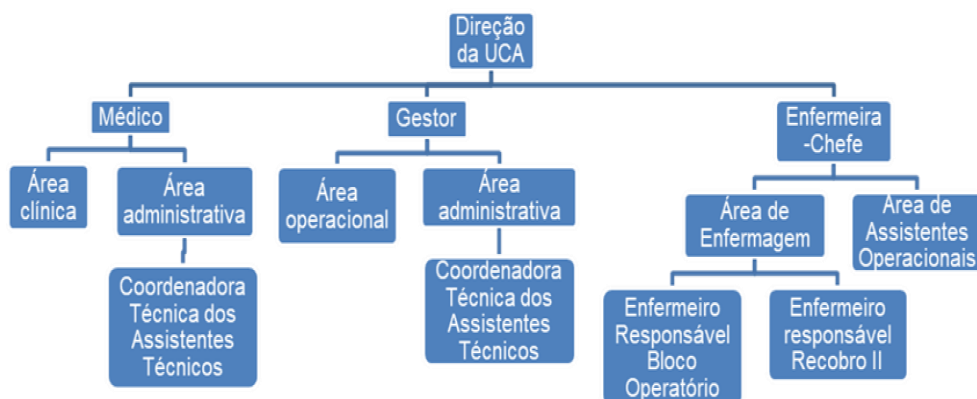
Valores

Confidencialidade relativamente a todos os dados e informações que lhe são confiadas no desenvolvimento das suas atividades; Profissionalismo, responsabilidade e humanização no desempenho das funções; Atuação de acordo com os princípios éticos no relacionamento interpessoal e com os utentes.

2.2.1 -Organização da UCA

A UCA rege-se pelo Regulamento Interno do Serviço e pelo Regulamento do CH, e ainda pela legislação em vigor para a cirurgia de ambulatório

Organograma da Unidade



Modelo e Horário de funcionamento

A UCA apresenta um modelo autónomo de cirurgia de ambulatório, de acordo com as recomendações da CNADCA, e funciona de segunda a sexta-feira, das 8 horas às 20 horas.

Nos dias em que está definida a realização de cirurgia com pernoita, a UCA funciona no período de 24 horas.

2.2.2 Recursos Humanos

Tratando-se de um espaço físico destinado exclusivamente a cirurgia de ambulatório, tem a vantagem de dispor de equipa de enfermagem, de assistentes técnicos e de assistentes operacionais exclusivos, conforme é recomendado para Unidades de Cirurgia de Ambulatório.

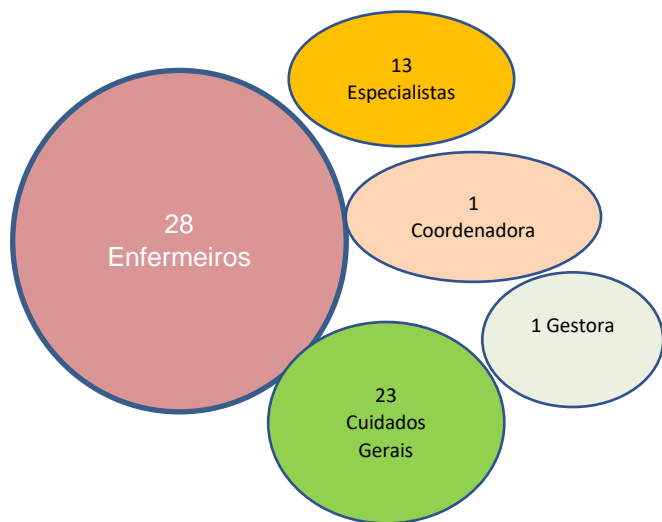
Este princípio de alocação exclusiva dos recursos humanos facilita a humanização dos cuidados, assim como a melhoria dos resultados obtidos, pois a constituição de equipas fixas permite um conhecimento mais pormenorizado das diferentes fases do processo, desde a abordagem do doente na chegada à UCA até ao contacto no domicílio do mesmo.

Os recursos médicos (anestesiologistas e cirurgiões) não são exclusivos da Unidade, sendo a marcação dos mesmos da responsabilidade dos respetivos serviços.

A avaliação de desempenho em vigor na instituição para todos os profissionais é o SIADAP;

As Comissões Gratuitas de Serviço são concedidas de acordo com a legislação em vigor (Despacho 6411/2015 de 9 de junho) e a disponibilidade do serviço.

Equipa de Enfermagem



Modelo de distribuição de atividade de enfermagem:

Elaborado um plano de trabalho semanal, com a distribuição dos enfermeiros por local de trabalho atendendo ao rácio enfermeiro/pessoa ou enfermeiro/sala.

Enfermeiros	Recobro II	16 Enfermeiros
	BO	17 Enfermeiros

Sala preparação pré-operatória	Enf.- 2
Salas Operatórias	Enf. por sala operatória- 3
Recobro I	Enf. -1
Recobro II	Enf. -2
Consulta de enfermagem pré-operatória	Enf. -1 de manhã (exceto segundas e quartas-feiras) Enf.- 1 de tarde
Pernoita	Enf.- 1
Gabinete para Telefonema das 48h	Enf.- 1de manhã
Gabinete para Telefonema das 24h e do 30ºdia	Enf. 1 de tarde (de segunda a quinta-feira) Enf. 1 de manhã (só á sexta-feira)
Gabinete para Telefonema de contato pré-operatório de crianças saudáveis	Enf. 1 de manhã (segundas e quartas-feiras)

Horário

O horário para cada Enfermeiro da equipa é elaborado, mensalmente, pela Enfermeira Gestora e pode ser consultado na aplicação Gestão de Horários.

Manual de Integração de Enfermeiros na UCA

O horário praticado em cada turno é:

BO	8.00-14.30h
	13.30-20.00 h
Recobro II	8.00-14.30h
	13.00-20.00 h
	14.00- 22.00h
	22.00- 08.00h

O plano de férias é elaborado até março de cada ano, sob a responsabilidade do Enfermeiro Gestor, estando a escolha dos períodos (época alta e época baixa) dependente de lista ordenada, existente no serviço. Os critérios de ordem estão estabelecidos de acordo com a decisão tomada em reunião de serviço e registada em ata.

Responsabilidades atribuídas:

Na equipa de enfermagem existem enfermeiros nomeados para as áreas específicas;

Fármacos	Validades
	Estupefacientes
Carros	Anestesia
	Emergência
	VAD
	Anestesia Pediátrica

Malas de transporte	Formação
Aprovisionamento	Equipamentos
Sistemas de informação em enfermagem;	Qualidade dos Cuidados Enfermagem
Dinamizadores do GCL-PPCIRA	Gestão de risco;

Para conhecimento mais completo das atividades atribuídas deve ser consultado o Manual de Funções e Responsabilidades, disponível na plataforma de Gestão Documental - QL, cujo acesso é feito através de link no ambiente de trabalho

Equipa de Assistentes Operacionais



O horário praticado é em regime de turnos rotativos de manhã, tarde e noite, de segunda-feira a sexta, sendo mensalmente elaborado pela encarregada do setor adstrita ao serviço. Na UCA é função das assistentes operacionais, alocadas ao bloco operatório, a lavagem, desinfeção e esterilização de todos os dispositivos médicos.

A totalidade das suas funções encontram-se descritas no Manual de Funções e Responsabilidades

Equipa de Assistentes Técnicos

Asseguram os procedimentos administrativos relativos à gestão da direção da UCA

A totalidade das suas funções encontram-se descritas no Manual de Normas e Procedimentos da UCA.

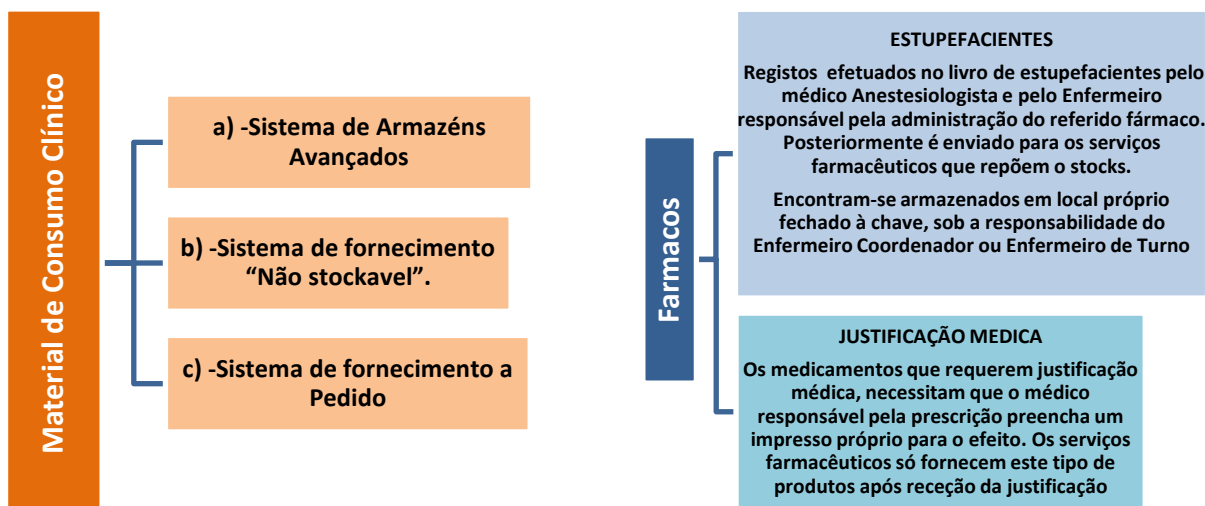
2.2.3 Carteira de Serviços

As especialidades cirúrgicas que desenvolvem atividade na UCA são: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vasculard, Estomatologia, Ginecologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia.

Acresce ainda a especialidade de Anestesiologia, que desenvolve na UCA atividade pré-operatória, atividade anestésica no bloco operatório e atividade de pós-operatório. Tem ainda responsabilidade de atuação em emergência e avaliação e transporte de doente crítico.

2.2.4 Recursos Materiais

Sistema de pedido de material de consumo clínico e produtos farmacêuticos:



- a)- Cada colaborador possui um código para registo eletrónico do material consumido através da aplicação “Táctil” no BO ou através do PDA nos armazéns. Este consumo é direcionado para os respetivos setores, sendo este posteriormente fornecido e arrumado pelos funcionários e arrumado pelos funcionários do Aprovisionamento e da Farmácia
- b)- Pedido pelo mesmo sistema, mas a reposição é direta do fornecedor ao Bloco, não existe armazém intermediário
- c)- Serviço utilizador realiza um pedido em modelo SA-19 que

2.2.5 Aquisição e reparação de equipamentos

A instituição possui serviços de apoio para a aquisição e reparação de equipamentos, materiais e instalações: SEE e SOI.

A reparação de equipamentos, materiais ou instalações é pedida por via eletrónica através do programa CPCHS-GIH, disponível no ambiente de trabalho, pela Enfermeira Gestora ou pelo Enfermeiro Coordenador, sendo gerada uma OT, que após resolução do problema é assinada pelos mesmos.

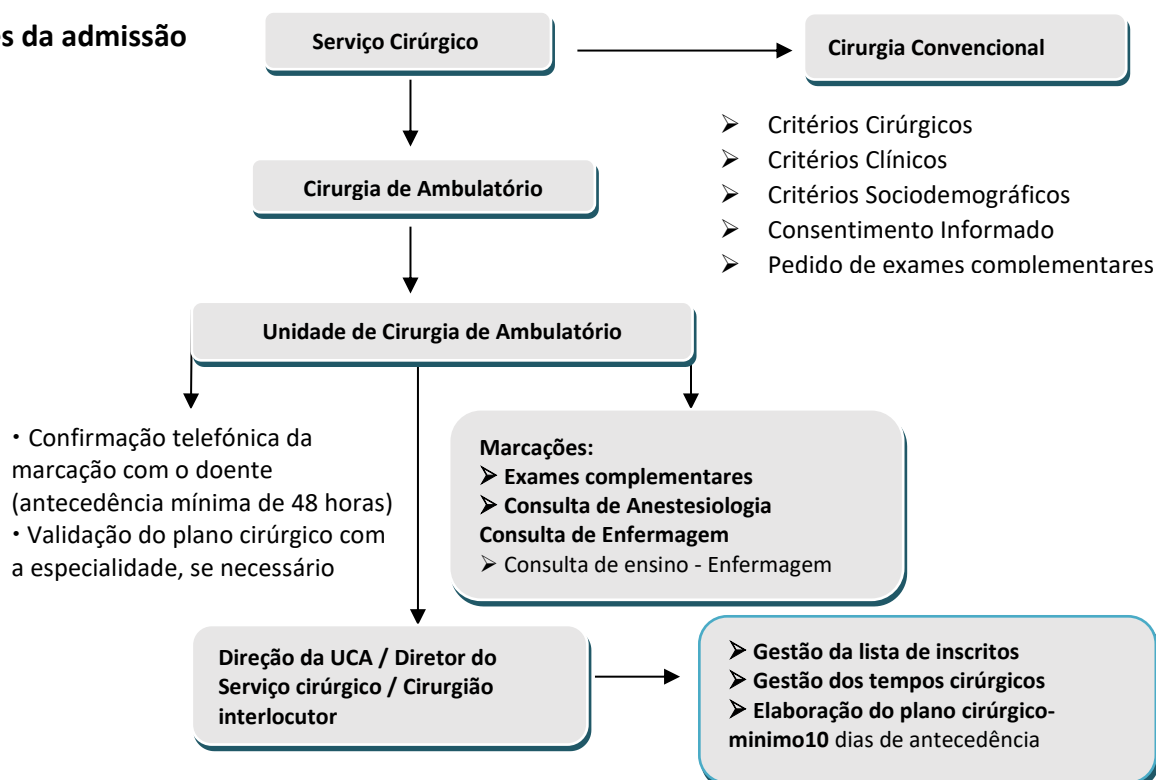
O pedido de aquisição de novo material e equipamento é responsabilidade do diretor de serviço em articulação com os responsáveis de sector.

Todos os problemas relacionados com computadores, PDA, e registos eletrónicos, são da responsabilidade do SSTI.

2.3 -DINÂMICA DA UCA

A UCA tem uma dinâmica específica em relação as outras unidades

Antes da admissão



Avaliação Pré-Operatória:

- Consulta de anestesiologia;
- Consulta de enfermagem na qual são entregues folhetos com informação gerais sobre a cirurgia programada e a anestesia;
- Contacto telefónico às 48h pré-operatórias;
- Teleconsulta pré-operatória de enfermagem à população pediátrica.

Dia da Cirurgia – Circuito do doente



Momento da Alta

- Será realizada cedência de medicação para o domicílio (3, 5 ou 7 dias), para controlo de dor e náuseas ou vómitos.
- Explicadas e entregues as informações em forma de folhetos (específicos sobre cuidados a ter com a anestesia /cirurgia ao qual o doente foi submetido) e relativas aos cuidados a ter no domicílio assim como os contactos da unidade.
- A alta será dada mediante o cumprimento de critérios clínicos pré-definidos.
- Os utentes que ficam a pernoitar na UCA têm alta às 7h.

Avaliação Pós-operatória:

- Inquérito telefónico às 24h de pós-operatório;
- Inquérito telefónico às 72h de pós-operatório (em caso de complicações ocorridas às 24h);
- Inquérito telefónico aos 30 dias;
- Inquérito de satisfação realizado pelos ATs aos 30 dias;

- Consulta de *follow-up* nas especialidades cirúrgicas (1-2 meses pós-operatório)

2.4 Projetos de Melhoria Contínua

- SINAS (projeto da ERS): desde 2011
- Modelo de Acreditação ACSA (Departamento de Qualidade da DGS): Certificado de Acreditação de nível Ótimo, fevereiro de 2023

Documentos e Normas de funcionamento

- Regulamento Interno
- Manual de Normas e de Procedimentos
- Manual de Qualidade
- Manual de Funções e de Responsabilidades
- Processo Assistencial Integrado (PAI) do doente intervencionado na Unidade de Cirurgia de Ambulatório
- Processo Assistencial Integrado (PAI) do doente intervencionado a cirurgia de varizes na Unidade de Cirurgia de Ambulatório
- Processo Assistencial Integrado (PAI) do doente com colecistectomia na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Informação aos utentes:

- Folhetos gerais de informação para o utente e acompanhante
- Folhetos para a população pediátrica
- Folhetos específicos por procedimento cirúrgico
- Folhetos para doentes submetidos a anestesia loco-regional
- Folhetos para doentes submetidos a raquianestesia
- Folhetos para doentes para prevenção de trombofilaxia
- Vídeo da UCA
- Website da UCA
- Linha telefónica direta
- Correio eletrónico

Formação

A formação em serviço é planeada e desenvolve-se mediante o plano de formação elaborado anualmente, após a realização de um diagnóstico de situação, com base em necessidades mencionadas pelos enfermeiros e observadas pelo Enfermeiro Gestor e pelo enfermeiro responsável pela formação. As sessões formativas apesar de não serem de frequência obrigatória constituem um dos elementos de avaliação, sendo o tempo despendido contabilizado no horário do colaborador.

Informação pertinente

Toda a documentação referente á UCA pode ser consultada na pasta de Documentos UCA (disponível no ambiente de trabalho de cada utilizador).

A documentação elaborada ao abrigo do processo de acreditação do serviço pode ser consultada na aplicação QR

Os canais de comunicação normalmente usados para divulgação de informação são: o email institucional, o Boletim informativo, as Circulares Informativas, o placard (para alguns avisos respeitantes ao serviço), de acordo com o Procedimento Comunicação Interna;

Manual de Integração de Enfermeiros na UCA

Os registos clínicos, enfermagem e médico, são realizados em suporte eletrónico com recurso aos sistemas de informação “SClinico” e “Patient Care”.

2.5. Valores e Princípios

No desenvolvimento da sua atividade e os seus profissionais assumem e regem-se pelos seguintes

Valores e Princípios:

Valores	Princípios
Qualidade e segurança	Pautar por padrões de qualidade elevados e ambicionar excelência nos resultados
Integridade	Pautar por elevados princípios éticos no relacionamento e transparência nas ações
Trabalho de equipa	Construir objetivos comuns para obter melhores resultados
Empatia	Adequar a recuperação e proporcionar bem-estar de quem depende do nós
Transculturalidade	Celebrar o que nos aproxima e respeitar o que nos distingue
Criatividade	Fazer de forma diferente visando alcançar os melhores resultados
Inovação	Valorizar a mudança, na abordagem aos problemas e na identificação de soluções
Reconhecimento	Garantir um ambiente colaborativo e confiável, reconhecendo a individualidade, respeitando a diversidade e estimulando a pertença
Resiliência	Ambicionar objetivos e ser firme na sua concretização
Sustentabilidade financeira e ambiental	Exercer os deveres de cidadania em todos os momentos do exercício profissional
Responsabilidade e transparência	Assumir êxitos e insucessos como oportunidades de crescimento envolvendo todos os profissionais num processo de corresponsabilidade

3. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NA UCA

- a. A nomeação do enfermeiro integrador é da responsabilidade do Enfermeiro Gestor/Coordenador da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, devendo ser selecionado um a dois elementos do serviço que se destaque pelas suas competências nas áreas específicas para a integração:
 - Especialidade em enfermagem medico cirúrgica com especialização na área de enfermagem à Pessoa em - Situação Perioperatória.
 - Especialidade em enfermagem medico cirúrgica com experiência em cirurgia de ambulatório
 - Experiência em Cirurgia de Ambulatório igual ou superior a 3/ 6 anos (perito AESOP)
 - Atividade profissional na área a integrar superior a 75% do tempo de trabalho
 - Competência Acrescida em supervisão clínica;
- b. A área por onde iniciar a integração será definida de acordo com as necessidades individuais e do serviço.
- c. O enfermeiro a integrar será um elemento supranumerário
- d. Durante o período de integração, o novo enfermeiro não deverá ter funções atribuídas.
- e. O enfermeiro supervisionado não deve ser utilizado para fazer face às necessidades do serviço, substituindo outros elementos que possam faltar.
- f. O horário do enfermeiro supervisionado deverá ser coincidente com o do supervisor
- g. Dentro do possível, ambos os enfermeiros devem fazer o mínimo de trocas e/ou tentarem trocar simultaneamente o turno
- h. O enfermeiro supervisor deverá demonstrar otimismo e disponibilidade, expressas não só em palavras, mas também em atitudes, para que o novo elemento saiba que pode contar com a sua ajuda e apoio.
- i. As informações devem ser transmitidas progressivamente e a prática vai ajudar a consolidar os conhecimentos.
- j. É necessário ter em conta se o integrando tem experiência profissional ou não. Se enfermeiro em integração já tiver experiência em período perioperatorio, dependendo dos conhecimentos e habilidades, o tempo de integração será variável.
- k. Os conteúdos bem como o tempo estipulado para a realização e concretização de determinados objetivos, em cada uma das funções, não são estanques, devem ser adaptados o mais possível ao novo elemento.
- l. O programa de integração é um processo dinâmico podendo sofrer alterações, na sua duração, sempre que o enfermeiro integrador e/ou o enfermeiro integrando assim o exijam.
- m. Nas áreas nas quais o enfermeiro supervisionado consiga dar resposta aos objetivos delineados poderá contar como elemento da equipa.
- n. No final de cada fase é realizada uma avaliação formativa/ reunião de discussão com o enfermeiro supervisor, com registo em documento próprio, para que seja possível a avaliação dos objetivos delineados
- o. O programa de integração está organizado em várias etapas, no BO (anestesia, recobro I, circulação e instrumentação) e no Recobro II (Consulta pré-operatória, telefonema das 48h pré-operatório, teleconsulta pediátrica, admissão do doente, preparação do doente no dia da cirurgia, cuidados pós operatórios, telefonema das 24h pós operatórias).

Durante o período de integração serão realizadas obrigatoriamente três entrevistas, inicial (Anexo I), intercalar e final

3.1. Acolhimento

O enfermeiro em fase de integração, deve ser ajudado a consciencializar-se, da sua contribuição para alcançar os objetivos do programa de integração delineados no início do processo de integração entre a enfermeira gestora, enfermeiro integrador e enfermeiro em integração.

A durabilidade da integração deve ser flexível, consoante as características pessoais e a experiência profissional anterior. Durante o período de integração o enfermeiro deve ser orientado de forma sistemática a adquirir um conjunto mínimo de competências técnicas e não técnicas

Ações de a desenvolver durante o período de acolhimento

- Objetivo: Facilitar o processo de integração quer para o novo enfermeiro e para os integradores

Enfermeiro Chefe/ Enfermeiro Integrador	Enfermeiro Integrando
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do enfermeiro chefe e do enfermeiro integrador. - Promover a partilha de informação, favorecendo a aquisição de competências do integrando necessárias ao desempenho das suas novas funções; - Apresentação do Manual de integração do serviço - Visita guiada ao serviço - Apresentar o enfermeiro à equipa multidisciplinar; - Ajudar o novo Enfermeiro a consciencializar-se do seu papel como membro do Serviço, das suas responsabilidades, deveres e direitos - Apresentar horário que vai praticar - Informa sobre a gestão de: métodos de trabalho, registos, horários, registo de horas, material de uso clínico e equipamentos; - Fornece informações sobre: circuitos os zonas restritas, semi-restritas e livres; conceito de assepsia - Explica o circuito do cliente desde o acolhimento até à alta 	<p>Conhecer: Estrutura física, organizacional e funcional da UCA Equipa multidisciplinar que integra da UCA. Manuais, normas e procedimentos da UCA Horários de funcionamento da UCA. Circuitos da UCA.</p>

Duração:

Objetivo: Permitir a socialização e a adaptação do novo enfermeiro na UCA.

3.2 Enfermagem Bloco Operatório

3.2.1 Enfermeiro de Anestesia

Guia de integração a enfermeiro de anestesia

CAMPO DE APLICAÇÃO: Unidade de Cirurgia Ambulatória

DESCRIÇÃO:

Objetivo: Existir no serviço um guia que facilite e oriente a integração de enfermeiros de anestesia

Metodologia:

Enfermeiros sem experiência em bloco operatório. Duração:

Enfermeiros com experiência profissional em bloco operatório. Duração:

Conhecimentos a adquirir: técnicas anestésicas, via aérea, anestesia por especialidades, carro de anestesia, fármacos anestésicos.

Avaliação:

Atividades a desenvolver

Área	Atividades
Anestesia	<ul style="list-style-type: none">▪ Realizar o acolhimento da pessoa no BO;▪ Promover o empoderamento do utente no peri-operatório▪ Promover a segurança da pessoa, prevenindo potenciais riscos;▪ Avaliar a integridade cutânea do doente;▪ Manuseamento de materiais de acesso venoso<ul style="list-style-type: none">Conhecer os modelos existentes no serviço;Manuseamento adequado;Deteção de problemas.▪ Conhecer o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia: ventilador, monitor, capnografia, circuito de gases anestésicos, sistema de aspiração;▪ Preparar e testar todo o equipamento necessário de acordo com a técnica anestésica;▪ Manuseamento correto de todo o material e equipamento anestésico;▪ Colaborar com o anestesista e realizar procedimentos de enfermagem, durante a anestesia;▪ Fármacos<ul style="list-style-type: none">Conhecer o local de armazenamento (farmácia/cofre/carro anestesia/frigorífico);Verificar a validade dos fármacos;Verificar, registar e repor os estupefacientes;Conhecer os fármacos existentes no carro de anestesia;Conhecer os principais fármacos de emergência;Preparar e administrar fármacos;Conhecer fluidoterapia existentes no serviço;Conhecer os mecanismos de ação, interação e possíveis efeitos adversos

Manual de Integração de Enfermeiros na UCA

- Colaborar e antecipar as necessidades do ato anestésico
- Conhecer os diversos dispositivos de monitorização do utente
- Monitorizar o utente
- Registos
 - Conhecer o modelo existente no serviço para registo de estupefacientes;
 - Efetuar registos corretamente, folha de transição de cuidados
- Carro de emergência
 - Conhecer o conteúdo e a lista de verificação; realizar o teste ao desfibrilhador;
 - Manusear adequadamente: - o insuflador manual; Desfibrilhador; Equipamento de oxigenoterapia, aspiração e restante material pertencente ao carro de emergência
- Ventilador
 - Realizar o teste de verificação do equipamento/dispositivos/material;
 - Perceber o sistema de exaustão de gases;
 - Saber como manusear/programar parâmetros do ventilador;
 - Montar o circuito de traqueias de adulto ou pediátrico;
 - Conhecer módulos ventilatórios do equipamento da UCA;
- Conhecer os diversos dispositivos para a Gestão da via aérea difícil
- Material de via aérea
 - Conhecer e localizar material da via aérea disponível no serviço;
 - Conhecer indicações para a utilização do material de via aérea disponível na UCA;
 - Conhecer funcionamento do laringoscópio e diferentes lâminas;
 - Demonstrar conhecimentos sobre manobra de BURP;
 - Demonstrar conhecimentos sobre manobra de sellick;
 - Conhecer e manusear o sistema de aspiração.
- Conhecer o algoritmo de Gestão de Via Aérea Difícil
- Dispositivos para apoio a intubação
 - Conhecimento dos dispositivos existentes no serviço e seu manuseamento:
 - Bougie, Mandril de tubos, Lâminas de Laringoscópio, Mascaras laríngeas: Videolaringoscópio
- Apoiar o anestesista na prevenção e na gestão de eventos críticos
- Identificar os principais alarmes
- Vigiar parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios em colaboração com o anestesista.
- Monitorização
 - Conhecer funcionamento/parâmetros de monitorização do monitor;
 - Conhecer e manusear equipamentos de monitorização;
 - Identificar alarmes;
 - Conhecer escalas da dor;
 - Identificar sinais de obstrução da via aérea;
 - Conhecer/vigiar os parâmetros dos sinais vitais;
 - Avaliar estado de consciência;
 - Vigiar drenagens
- Cumprir as normas de assepsia de procedimentos;
- Conhecer as diferentes técnicas anestésicas;
- Providenciar e colaborar no posicionamento do utente; Conhecer segundo técnica cirúrgica/anestésicas qual o posicionamento adequado; Conhecer o material existente para posicionamento correto e seguros para o doente
- Providenciar a manutenção/restabelecimento da normoterapia

- Identificar os principais alarmes
- Sala Operatória: Saber manusear comando da marquesa; Conhecimento do painel técnico da sala
- Colaborar na recuperação anestésica.
- Transferência do doente: Saber transferir em segurança o doente da sala operatória para o recobro I; demonstrar conhecimento sobre informação relevante a comunicar ao enfermeiro aquando da transferência do doente da sala operatória para o recobro I
- Utilizar na transição de cuidados a metodologia ISBAR (Identificação, Situação actual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações);
- Reorganizar a sala operatória e proceder à sua reposição;
- Avaliar a dor no pós-operatório;
- Promover atitudes de gestão de dor no pós-operatório
- Promover o conforto do utente no pós operatório
- Colaborar na prevenção e na gestão de complicações pós-operatórias
- Monitorizar, avaliar e registar critérios de alta para recobro II e para alta hospitalar

7. Referências bibliográficas

- Despacho n.º 6411/2015. Determina que profissionais de saúde do SNS podem participar em cursos, seminários, encontros, jornadas ou outras ações de formação, realizadas no país ou no estrangeiro. Diário da República n.º 111/2015, Série II de 2015-06-09. [Consultado em junho, 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67442341>
- Lei n.º 35/2014. Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas. Diário da República n.º 117/2014, Série I de 2014-06-20. [Consultado em junho, 2021]. Legislação consolidada disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/35/2014/p/cons/20200331/pt/html>
- Ordem Enfermeiros (competências Perioperatórias)
- Diário da República, 2.ª série-N.º 135-16 de julho de 2018. (n.d.).
- Dittman, K., & Hughes, S. (2018). Increased Nursing Participation in Multidisciplinary Rounds to Enhance Communication, Patient Safety, and Parent Satisfaction. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 30(4), 445-455.e4. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.07.002>
- Figueiredo, A. R., Santos Potra, T., & Lucas, P. B. (n.d.). COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SCOPING.
- Mota, A. S. D. C., Castilho, A. F. O. M., & Martins, M. M. F. P. (2021). AMBIENTE DE PRÁTICA E A SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO: DIMENSÕES PREDITORAS. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.82289>
- Saúde, P. C. (n.d.). Sumário: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes.

ANEXOS

ANEXO I - Entrevista Inicial

	Notas
▪ Preenchimento da Ficha Individual	
▪ Habilitações Profissionais	
▪ Experiência Profissional	
▪ Expetativas e interesses	
▪ Outros Assuntos	

Profissionais	Assinaturas
▪ Enfermeiro Gestor	
▪ Enfermeiro Supervisor	
▪ Enfermeiro Supervisado	

Data: ___ / ___ / ___

**APÊNDICE XIII: Instrução de Trabalho- Contagem de Compressas,
Instrumentos e Corto-Perfurantes em Procedimentos Cirúrgicos**

Instrução de Trabalho - Contagem de Compressas, Instrumentos e Corto-Perfurantes em Procedimentos Cirúrgicos

1. Objetivos

- a) Normalizar o modelo de registo da contagem de instrumentos e compressas
- b) Cumprimento do Programa “Cirurgia Segura, Salva-Vidas”.

2. Âmbito

- a) Enfermeiros do Bloco Operatório da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

3. Referências

- a) Norma 02/2013 da DGS

4. Descrição

4.1. Na fase inicial do procedimento cirúrgico:

- a) O Enfermeiro Circulante:
 - i. Certifica a integridade da esterilização dos instrumentais a serem utilizados e enuncia-a, em voz alta, a toda a equipa cirúrgica;
 - ii. Abre as embalagens de compressas para a mesa do Enfermeiro Instrumentista, indicando-lhe a quantidade das mesmas que cada embalagem evidencia no rótulo;
Define qual o local de resíduos recetor das compressas e confirma a sua limpeza.
- b) O Enfermeiro Instrumentista:
 - i. Conta, uma por uma, as compressas cujas embalagens foram abertas, confirmando, as quantidades indicadas no momento da abertura das mesmas;
 - ii. Confirma o instrumental cirúrgico existente em cada uma delas seu conteúdo em comparação com a ficha de relação do material existente;
 - iii. Informa o Enfermeiro Circulante das quantidades efetivas de compressas, bem como dos eventuais desvios de material nas caixas cirúrgicas, relativamente ao constante nas respetivas fichas de relação de material;
 - iv. Contabiliza o número de corto-perfurantes presentes na sua mesa e informa o Enfermeiro Circulante.
- c) O Enfermeiro Circulante:
 - i. Regista a quantidade efetiva de compressas em local definido pela equipa;
 - ii. Regista os eventuais desvios de material.

4.2. Na fase final do procedimento cirúrgico, antes do início da sutura:

- a) O Enfermeiro Instrumentista:
 - i. Informa e solicita ao Enfermeiro Circulante que proceda à contagem das compressas entretanto descartadas para o local de resíduos;
 - ii. Identifica o número de compressas sobrantes na mesa de instrumentos e enuncia-a, em voz alta, a toda a equipa.

Instrução de Trabalho Contagem de Compressas, Instrumentos e Corto-Perfurantes em Procedimentos Cirúrgicos

b) O Enfermeiro Circulante;

- i. Efetua a contagem das compressas descartadas para o local de resíduos;
- ii. Certifica-se que a quantidade das compressas abertas é igual à soma das quantidades de compressas descartadas e sobrantes;
- iii. Em caso de desigualdade, terá de alertar, de imediato, toda a equipa para esse facto.
- iv. Procede ao registo da quantidade de compressas utilizadas, em local defenido

4.3. Na fase final do procedimento cirúrgico

a) O Enfermeiro Instrumentista:

- i. Verifica as quantidades do instrumental utilizado ou retirado da respetiva caixa e enuncia, em voz alta, a sua conformidade;
- ii. Verifica a quantidade de corto-perfurantes e enuncia, em voz alta, a sua conformidade

b) O Enfermeiro Circulante:

- i. Procede à confirmação no Sclinico/Registo de Cirurgia Segura no separador “Antes do doente sair”, da “contagem de instrumentos, compressas e corto-perfurantes.”

5. Responsabilidades

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração	Goreti Andrade		
Validação			
Aprovação	CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO		

APÊNDICE XIV: Fichas Técnicas

Fichas técnicas: Cirurgia Geral

CATETER DE DIALISE PERITONEAL

Cirurgia: Cateter implementado por meio de uma pequena cirurgia no abdômem para execução de diálise.

Campo Cirúrgico: Trougha Universal

Posicionamento/ Abordagem cirúrgica: Dorsal /Abdominal

Material de apoio: Aparelho de eletrocoagulação (monopolar);

Instrumental: Cx de Especialidades; kocher

Material de apoio ao instrumental: Mandril do cateter

Descartável: Lamina nº15 e 11;
Sistema de soros;
SF de 100ml;
Cateter de diálise (pode ser o 58 ou 63);
Seringa de 10ml;
Agulha 22G

Fios: Vicryl 2/0; Vicryl rapid 3/0 Prolene 3/0 de agulha redonda; Prolene 4/0

Fármacos: Lidocaína a 2%

Procedimento cirúrgico: Infiltração da pele

Incisão com bisturi elétrico monopolar

Aponevrose com kocher

Dissecção com Kelly ou tesoura

Mergulhar o cateter em SF e posteriormente mandrilar

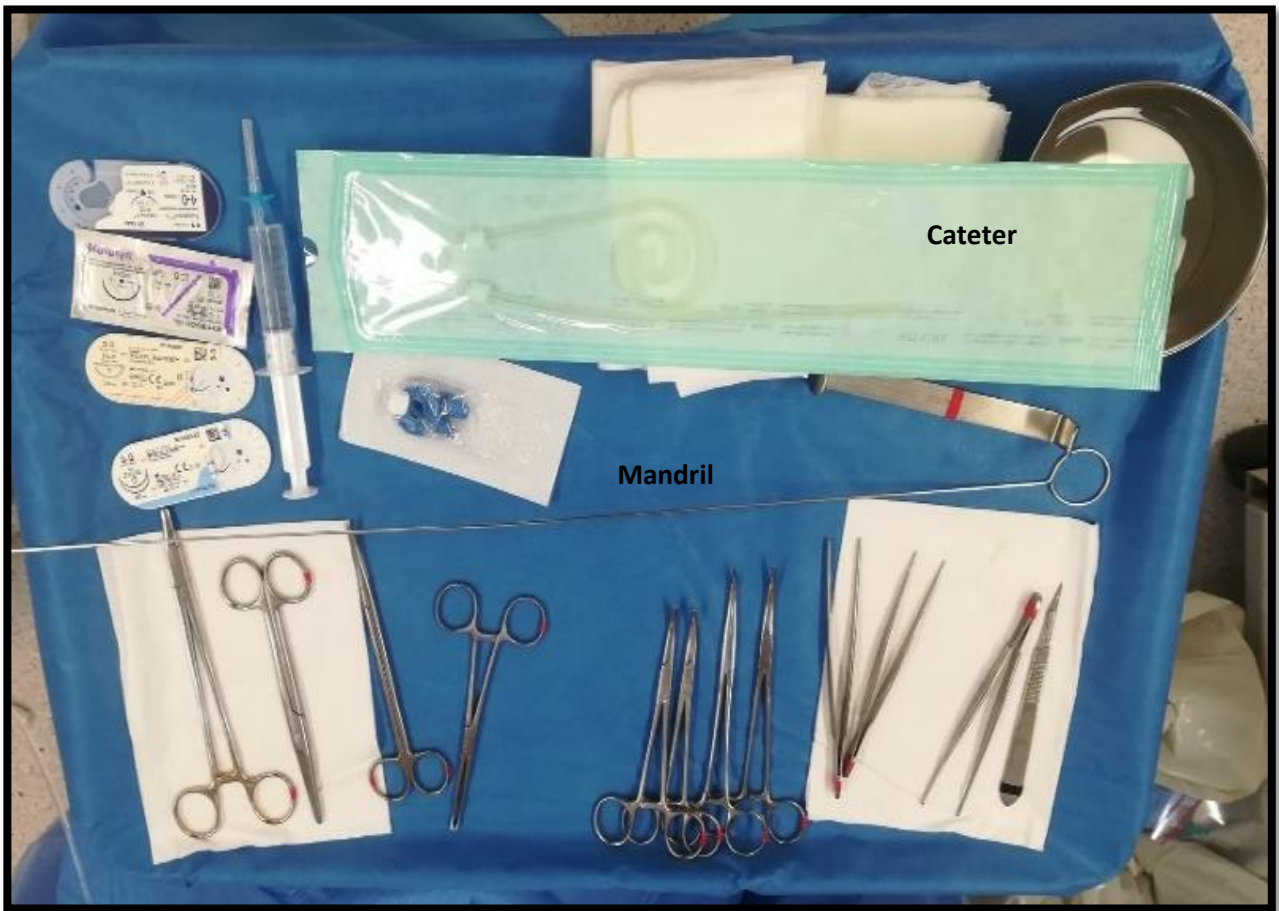
Cateter é fixado com prolene 3/0 de agulha redonda

Confirmar o funcionamento do cateter: sistema de soro introduzido no cateter, deixar correr os 100ml de SF e colocar o frasco de SF no chão e confirmar o retorno deste.

Incisão com lamina nº 11

Kelly para encaminhar o cateter do local inserido para a incisão pela qual vai ficar exteriorizado.

Aproximação com Vicryl rapid - Encerramento da aponevrose com Vicryl2/0 - Encerramento da pele com Prolene



Swan-Neck-Catheter (Fast Flow)

FISTULAS ANAIS - LASER

Cirurgia: Correção de fistulas anais.

Campo Cirúrgico: Proctologia

Posicionamento/ Abordagem cirúrgica: Ginecológico/Anal

Material de apoio: Consola Neolaser (Externo).

Instrumental: Cx de Proctologia.

Material de apoio ao instrumental:

Descartável: Spongostan anal;



Fios: Vicryl 2/0;

Procedimento cirúrgico:



GANGLIO SENTINELA

Cirurgia: Exerese de ganglio

Campo Cirúrgico: Troupa universal

Posicionamento / Abordagem cirúrgica: Dorsal com braço aberto/ Mama

Material de Apoio: Aparelho de eletrocoagulação (monopolar);

Instrumental: Cx de Especialidades e kit de Tiroide (Schnidt);

Exterior: Consola Neoprob; Sonda Neoprob

Material de apoio ao instrumental:

Descartável: Lamina nº 10; Cobre tubos.

Fios: Vicryl 2/0; Monocril 3/0; Seda 3/0

Fármacos: Azul Patente



Procedimento cirúrgico:

Injetado o azul patente na mama; Desinfecção e colocação de campos; Colocação da sonda Neoprobe no cobre tubos sem o perfurar, cortar o cobre tubos do tamanho da sonda para esta ficar isolada; Incisão com bisturi mecânico; Utilização da sonda Neoprobe para detecção de gânglio sentinela; Excisão do gânglio; Hemóstase com bisturi monopolar; Apos retirar o nódulo fechar incisão por planos.

Consola Neoprobe



SONDA NEOPROBE



HERNIA INGUINAL POR LAPAROSCOPIA

Cirurgia: Correção cirúrgica do Hérnia Inguinal por laparoscopia.

Campo Cirúrgico: Trougha Universal

Posicionamento/ Abordagem cirúrgica: Dorsal /Abdominal

Material de apoio: Aparelho de eletrocoagulação; Torre de Laparoscopia.

Instrumental: Cx de Laparoscopia (Gancho; Dissector; Grasper; Tesoura; Material de desinfecção, Material de sutura, Kellys) e bisturi elétrico .

Material de apoio ao instrumental:

Descartável: Trocares: 1 de 10mm e 2 de 5mm;

Ótica de 10mm de 0º ou 30º;

Pinça fixadora (Tackers), ou aplicador de cola

Agrafes

Rede polipropileno 15x15cm (Recortada em 12x13)

Fios: Vicryl 2/0; Prolene 3/0

Procedimento cirúrgico:

3 portas; incisão com bisturi elétrico monopolar;

Abertura peritoneal-Trocar de 10mm no umbigo(ótica) e os de 5mm nas restantes incisões (dissector e grasper); Dissecção dos tecidos; Introdução da rede enrolada; Colocação da rede e sua Fixação;

Encerramento.

Elaborado por: Goretí Andrade

Fichas técnicas: Cirurgia Vascul

SIMPATICECTOMIA

Cirurgia: Injeções de Botox no músculo da bexiga podem beneficiar pessoas que têm uma bexiga hiperativa quando os medicamentos de primeira linha não foram eficazes

Campo Cirúrgico: Trougha universal

Posicionamento / Abordagem cirúrgica:

Material de apoio: Torre de laparoscopia

Instrumental: Cx de Botox ((Cistoscópio - Bainha exterior 7Fr – Obturador - Canal de trabalho – Lente / ótica 4mm); Cabo de Luz fria; Pinça de desinfecção; Cápsulas)

Material de apoio ao instrumental:

Descartável: Seringas de 10ml, 20ml e 2ml

Algália de *Folley*; Saco coletor de urina;

Sistema de soros;

Agulha intravesical;

Cobre tubos estéril;

Soro fisiológico 500ml.

Fármacos: Toxina botulínica diluída em 10ml de Sf.

Procedimento cirúrgico:

- Introdução do cistoscópio (bainha exterior e obturador, retirar obturador e colocar canal de trabalho e ótica) com ligação do sistema de soros, cabo de luz e camara;
- Colocação da agulha intravesical, seringa de botox- picadelas na bexiga com administração de botox;
- Algaliação.

Fichas técnicas: Ginecologia

ANEXECTOMIA

Cirurgia: Este procedimento inclui a ooforectomia e a salpingectomia, ou seja, a retirada dos ovários e trompas.

Campo Cirúrgico: Trougha de laparoscopia.

Posicionamento / Abordagem cirúrgica: Ginecológico / Abdominal

Material de apoio: Torre de laparoscopia; Aparelho de eletrocoagulação (bipolar);
Aparelho de aspiração.

Instrumental: Cx de Laparoscopia (Material de sutura, Material de desinfecção, Kocker; Kelly; Farabeufs pequenos; Sonda Cânula; Tubo de CO2; Cabo de luz fria; ótica); Kit vaginal.

Material de apoio ao instrumental: Pinça bipolar de laparoscopia e o respetivo cabo.

Descartável: Tesoura de laparoscopia; Saco de recolha de órgãos; pinça Grasper atraumatica; Trocar de 10 (2); Trocarte de 5 (2);_Agulha de insuflação laparoscópica (Veress);_Seringa de 10ml; Lamina nº 15; Algália (Folley ou intermitente); Cobre tubos.

Fios: Vicryl rapid 3/0; Vicryl 2

Procedimento cirúrgico: Desinfecção abdominal com solução alcoólica e vaginal com betadine; Laparoscópica com 4 portas de entrada; Laqueação com pinça bipolar; Dissecção com a tesoura; Extração com saco de recolha de órgãos;

PS: Os braços do doente devem ficar sempre ao longo do corpo



CISTOCELO

Cirurgia: Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP), na mulher, corresponde à herniação com deslocamento inferior de uma, ou mais das seguintes estruturas: → parede anterior ou posterior da vagina; → útero ou cúpula vaginal (pós histerectomia); → órgãos adjacentes (tais como bexiga, reto ou intestino)

Campo Cirúrgico: Trougha Protologia

Posicionamento/ Abordagem cirúrgica:

Litotomia/Vaginal

Material de apoio:

Aparelho de eletrocoagulação (monopolar); aspirador

Instrumental: Cx de Especialidades

Material de apoio ao instrumental:

Descartável: Seringas de 10mlx2; Agulha para infiltração; Cânula de aspiração; Algália; Saco coletor de urina

Fios: Vicryl 2/0

Fármacos: 1 ampola adrenalina em 500cc SF

Procedimento cirúrgico:

Desinfecção, colocação de campos operatórios e algaliação;

Hidrodissecção (adrenalina + SF);

Colpotomia anterior com dissecção da fáscia vesico-vaginal

Plicatura da fáscia vesico-vaginal com Vicryl 2-0

Corte da parede vaginal excedente

Colporrafia anterior com Vicryl 2-0

Tamponamento vaginal com x compressas embebidas em soro fisiológico e H₂O₂



Fichas técnicas: Ortopedia

ARTROSCOPIA DO OMBRO

Cirurgia:

Campo Cirúrgico: Trough Ombro

Posicionamento / Abordagem cirúrgica:

Semi-fowler / Ombro

Material de Apoio: Torre Artroscopia; Aspirador.

Instrumental: Cx de Artroscopia;

Exterior: Cx Motor (exterior ou o da UCA) + Cx Ombro (Charlotte) (**Foto 1**);

Material de apoio ao instrumental: Martelo;

Serfas (radiofrequência) (**Foto 2**); Shaver(**Foto 3**);

Descartável: Lamina nº 11; Cobre tubos; Cassetes da artrobomba; Malha; Ligaduras 15cm; Abocath Nº16; Caneta demográfica; Serfas; Shaver; Soros de 3l

Exterior: Ancoras (JuggerKnot) (**Foto 4**); Agulha para pinça Cayenne (**Foto 5**); .

Fios: Vicryl 2/0; Prolene 2/0

Procedimento cirúrgico: Montagem de todo o material para artroscopia;

Montagem do motor com a broca; Apos efetuadas portas de entrada inicia se com a radiofrequência e/ ou shaver;

Colocação das Ancoras (JuggerKnot) -nº de ancoras igual ao nº de portas;

Guia.... – motor- ancora- martelo- pinça de noz;

Pinça Cayenne com respectiva agulha;

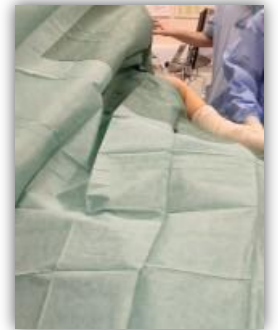
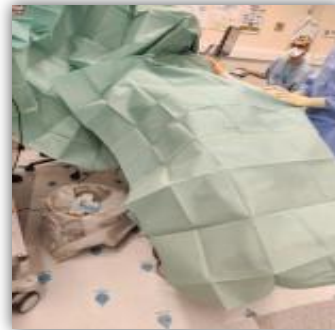
Cânula de trabalho (**Foto 6**);

Empurra noz sempre acompanhado por pinça kel

ARTROSCOPIA DO OMBRO



Colocação de campos esterilizados



CROSSFIRE



Sefas
Shever
Pedal

ARTROBOMBA



CROSSFIRE



Empurra nós



Corta fios



Passador fios / pinça nós



Ceyenne



CROSSFIRE



FOTO 1



FOTO 2



FOTO 3



FOTO 4



FOTO 5



FOTO 6



FOTO 7



LIGAMENTOPLASTIA

Cirurgia: Colheita de ligamento saudável para inserção no joelho.

Campo Cirúrgico: Trough de perna e pé e trough de RTU

Posicionamento / Abordagem cirúrgica:

Dorsal /Joelho

Material de Apoio: Torre de artroscopia; Aparelho de eletrocoagulação; Aspirador;



Instrumental: Cx de Artroscopia; Cx de Pé;

Exterior: Cx Motor; Cx instrumental de Preparação de Ligamento; Cx de Ligamentoplastia

Material de apoio ao instrumental: Cística delicada; Agulha de dreno aspirativo; Schaver; Bisturi elétrico(monopolar); Manga com fio guia com olhal, Broca 4.5; Nitinol.

Descartável: Lamina nº 11, 15 ,24; Abocatt 16G; Dreno aspirativo nº10; Ponteira do Schaver;

Cobre tubos; Perneira; Ligaduras de 15cm (2 elásticas e 1 de algodão);

Cassetes de artrobomba; Caneta demográfica; Agrafes; Soros de 3000ml; Tubo de aspiração;

Exterior: ENDOBUTTON

Fios: Vicryl 2/0 - Vicryl 2/0 – Vicryl 0 (x4)

Fármacos: Vancomicina em 100ml de SF.

Procedimento cirúrgico:

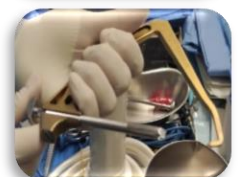
Duas mesas: Instrumental

Preparação do ligamento (porta agulhas, tesoura, pinça com dente e rugina);

Montagem dos guias/orientadores:

-Orientador da tibia, montar o orientador e o respetivo parafuso, normalmente o orientador fica no nº 55

-Orientador do fémur (habitualmente usam o de 6mm- cor verde)



Colocação no motor do fio broca com olhal

Fases da cirurgia

ARTROSCOPIA

Montagem de todo o material para artroscopia do joelho (ver procedimento de artroscopia de joelho)

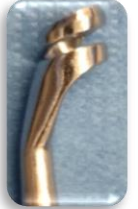
Pode ser necessário ou não a colocação de FAST-FIX (360 CURVED NEEDL DELIVERY SYSTEM) e/ou a colocação das fitas na FIRSTPASS-Mini Suture Passer Straight

COLHEITA DO LIGAMENTO

Incisão com lamina de bisturi (24); dissecação com tesoura; cística para descolamento; Tenotomo para a colheita do ligamento; colocar o ligamento numa compressa com vancomicina na mesa de preparação do ligamento.

Colocação do Endobutton aquando da preparação do ligamento pelo cirurgião

Tenotomo



TUNEIS

Abertura do túnel no fémur e do túnel na tíbia para a passagem do ligamento

Orientador do fémur, fio guia com olhal (o mais comprido, agulha)

Broca nº (necessário de acordo com os cálculos do ligamento) colocada no Jacob do motor

Broca 4.5 no motor

Orientador da tíbia

Fio broca da tíbia no motor (o mais curto)

Broca no motor de acordo com a medida pedida

Broca 4.5 no motor

COLOCAÇÃO DO LIGAMENTO

Passagem do ligamento preparado nos tuneis

Fio guia do parafuso (nitinol)



Parafuso de CHART- STIK colocado na chave de parafusos



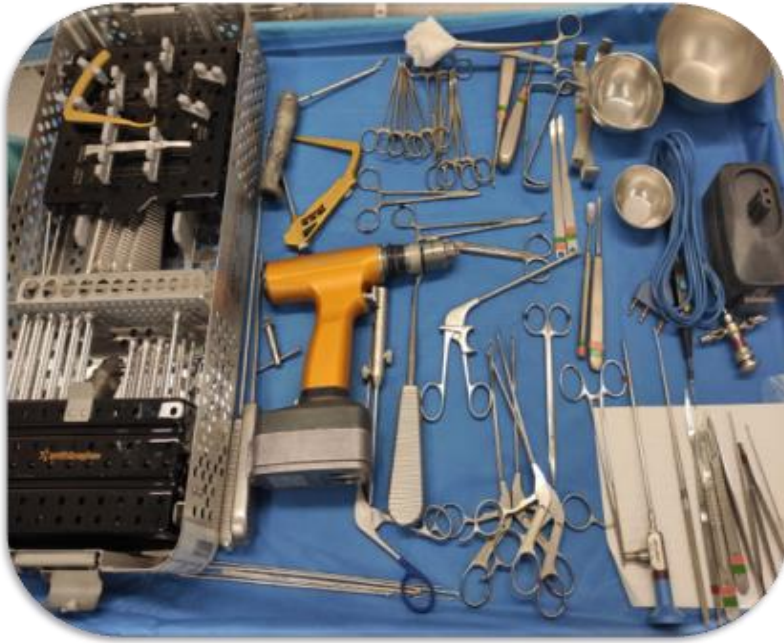
Encerramento com Vicryl, Prolene e Agrafes

Elaborado por: Goretí Andrade

Susana Botelho

Sónia Canela

MESA PARA INSTRUMENTAL



MESA DE PREPARAÇÃO DO LIGAMENTO



Cx Motor



Cx de Preparação de Ligamento

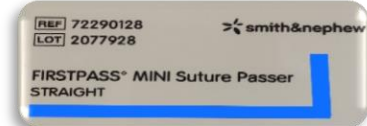


Cx de Ligamentoplastia



Medidor

(os números devem coincidir sempre)



PUC (PROTESE UNICOMPARTIMENTAL)

Cirurgia: Artroplastia do joelho, é a troca da superfície articular tibial femoral desgastada do joelho por componentes artificiais de metal e polietileno especialmente projetados para isso.

Campo Cirúrgico: Trough de perna e pé + Trough de RTU

Posicionamento / Abordagem cirúrgica:

Dorsal com a perna num apoio da coxa, com o quadril flexionado a cerca de 30 graus e a perna dependente.



Material de Apoio: Aparelho de eletrocoagulação (monopolar); Aspirador; Garrote pneumático;

Exterior: Suporte de joelho

Instrumental: Cx de Pé ou de Extração de material;

Exterior: Cx do Motor; Cx Tibial; Cx Femoral.

Material de apoio ao instrumental: Kocher reta forte.

Descartável:

Lamina nº15 ,24; Seringa de alimentação, 2 seringas de 50ml para infiltração
Dreno aspirativo nº10; Perneira; Ligaduras de 15cm (2 elásticas, 1 de algodão);
Caneta demográfica; Agrafes; Cânula de aspiração; Tubo de aspiração.

Fios: Vicryl 0 ou 2

Fármacos: Ropivacaina 300mg (40ml 0,75%)- 4 ampolas; Ceterolac 30mg

Adrenalina 0.5mg (0,5ml 1:1000) - 1/2 ampola

Juntar tudo com SF até 100ml

Procedimento cirúrgico:- Com o joelho flexionado a 90 graus, incisão na pele com bisturi mecânico (lamina nº 24) margem medial da patela; Afastamento com autostático e smile; Afastamento na cavidade sinovial – Garrinhas ou Farabaufs; Aspirador; Bisturi Monopolar, dissecação até ao osso do prato tibial; Rugina e osteótomo delicado para descolar Osteófitos (formações ósseas) que devem ser removidos da margem do côndilo femoral; Goiva para retirar. Osteófitos no planalto tibial também devem ser removidos;





Tíbia

Colher femoral começando com a colher de 1 mm, fica no local a colher escolhida;

Colocar o guia da serra tibial com e G-clamp;

Travar a G-clamp para segurar o tamanho femoral, da colher e do guia da serra tibial;

Colocação de pino para fixar G-clamp;

Destruar o G- clamp e remover a colher femoral;

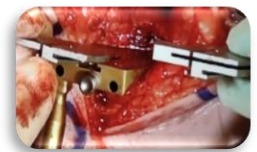
Fixar o pin do G-clamp com a pinça Kocher;

Motor com serra (Sagital) para fazer corte tibial vertical;

Mudar a peça de corte do G-clamp antes de fazer o corte horizontal, insira um afastador do ligamento (Farabeufs/ Smile);

Quando o prato tibial ficar solto levantar com o Osteótomo para ser removido;

Colocar os moldes tibiais do lado oposto do corte do prato tibial excisado, para escolher o tibial componente com a largura apropriada.



Fémur

Marcar o local do orifício com a chave em T de punção

Marcar o eixo do condilo com o bisturi electrico

Orifício, superior, no canal intramedular do fémur com a broca 4 mm

Chave em T para alargar o orifício

Inserir a haste intramedular com o orientador

Inserir o guia da broca femoral para avaliar a espessura da folga



Nota: Sempre que utilizar o guia de broca femoral ou calibradores de folga para medir a folga os retratores devem ser removidos

Alinhamento do fêmur e guia de perfuração

O guia de broca femoral deve ficar no centro do côndilo medial, confirmar olhando para o orifício de 6mm e verificar a posição da linha azul, ajustar se necessário;

O guia de broca femoral, passar a broca de 4mm pelo orifício superior do guia;

Avançar com a broca de 6mm através do orifício guia inferior até parar;

Remover 4mm e 6mm juntamente com o guia de broca femoral com a geraldina;

Colocar guia de ressecção nos orifícios para efectuar o corte femural;

Corte femoral com motor com serra sagital 12mm para excisar a parte posterior do fêmur;

Remover o guia de ressecção com a geraldina, certificando que é retirado em linha com os orifícios

- O corno posterior deve ser removido com uma pinça de disseção;

Kocher e lamina nº15 para limpar menisco;

Os números marcados nos calibradores de folga representam suas espessuras mínimas em milímetros;

Fresagem

Colocar pin no orifício de 6 com ajuda do martelo e colocar a broca para fresar;

Retirar pin 0 com chave;

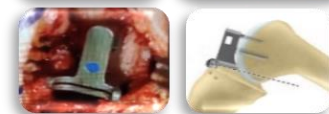
Osteótomo e martelo para limpar a cabeça do fêmur;

Com o joelho em flexão inserir o modelo tibial e aplicar o teste femoral de pino duplo batendo com o impactor femoral

Calibrador de folgas deve deslizar para dentro e para fora;

O calibrador de folga deve ser removido antes de estender o joelho;

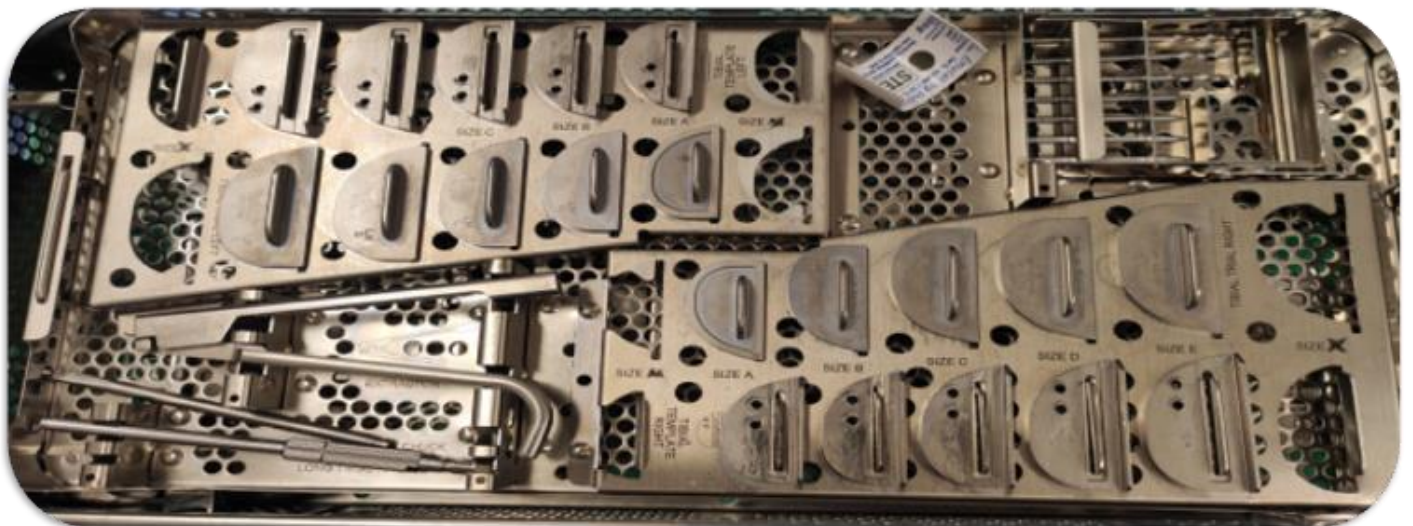
Encerramento



A fórmula para equilibrar as folgas de flexão e extensão é a seguinte:

$$\text{Flexion Gap (mm)} - \text{Extension Gap (mm)} = \text{Espessura do osso a ser fresado do fêmur (mm)}$$

= Número da torneira a ser usada



Extrator de pinos

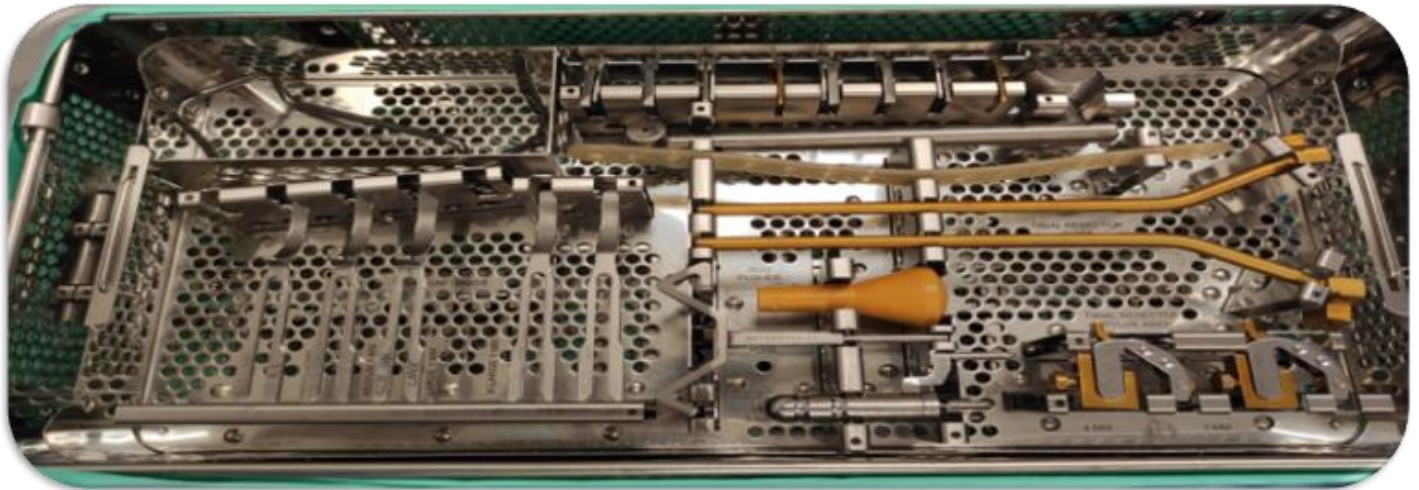


Pin com cabeça e os roscados



Moldes tibiais





Colher medidora



Guia da serra tibial



G- clamp



Peças de corte do G-clamp

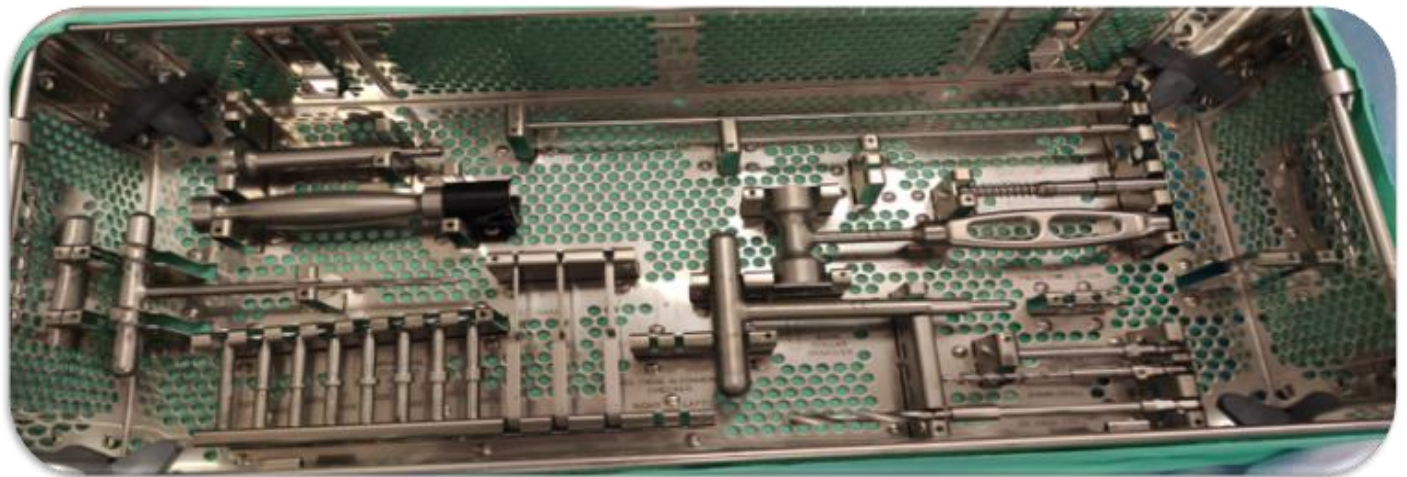


Guia de broca femoral

Orientador intramedular



Smile



Martelo com impactor do fêmur



T



Escarificador



Punção



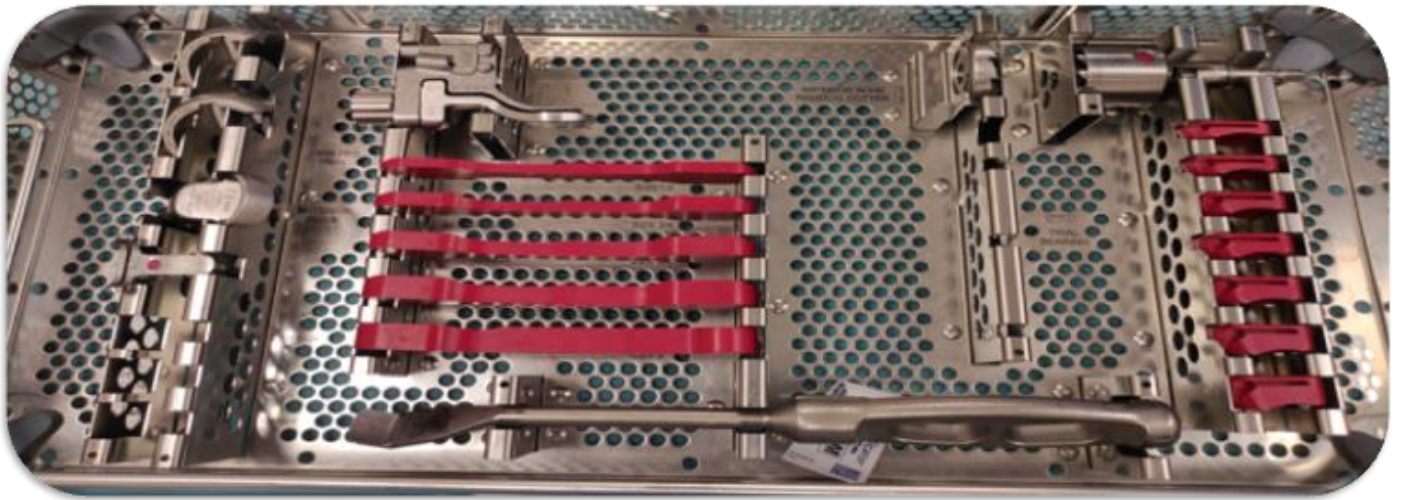
Pin- tibia



Introdutor e impactor da tibia

Broca 4 mm e 6mm



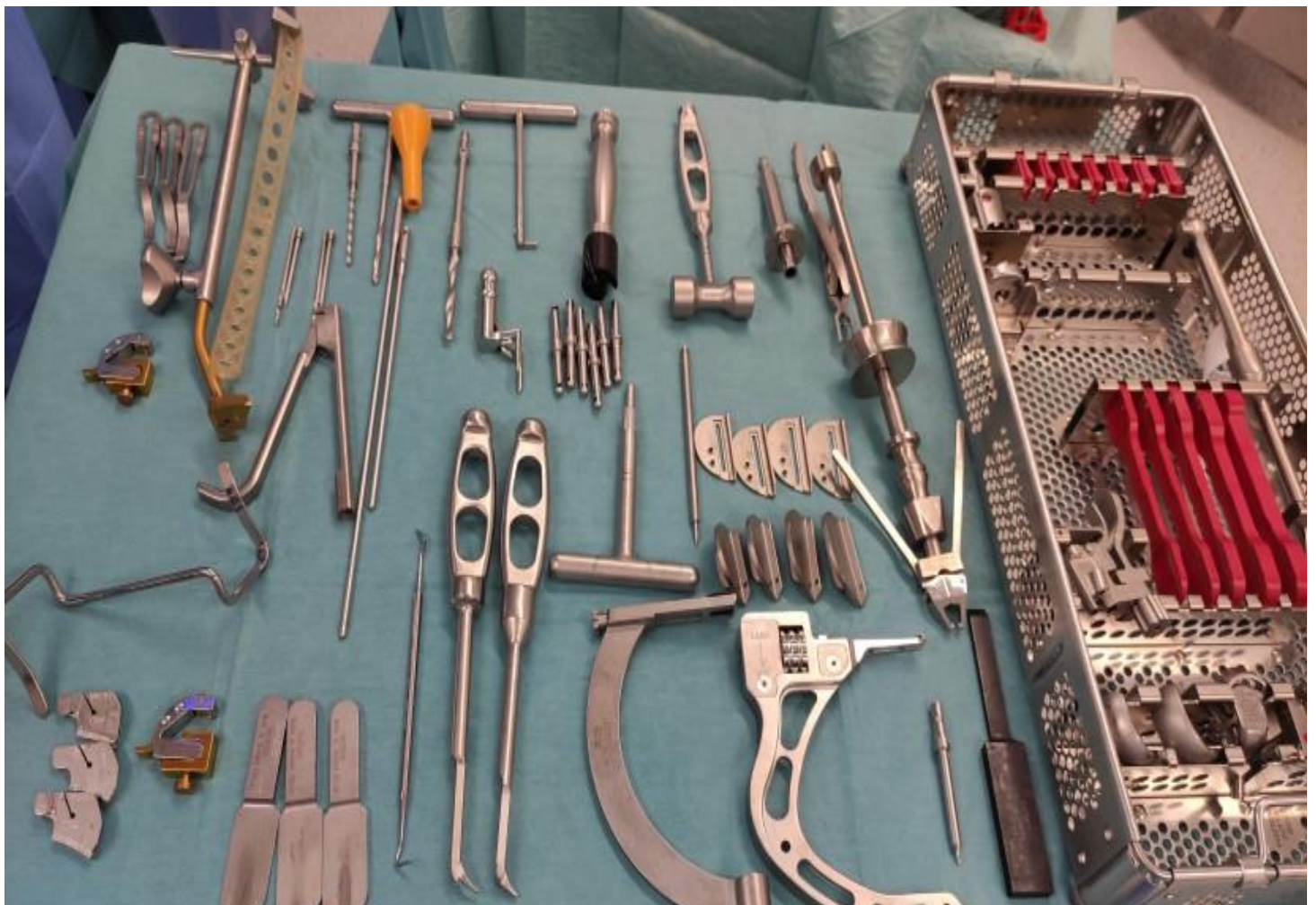


Introdutor de prova de poli

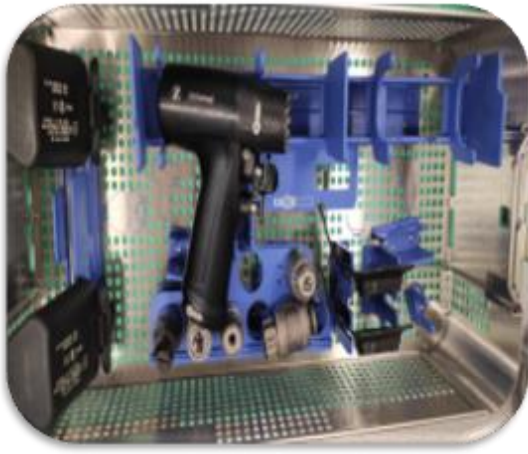


guia de resseção

Osteótomo



CAIXA DO MOTOR

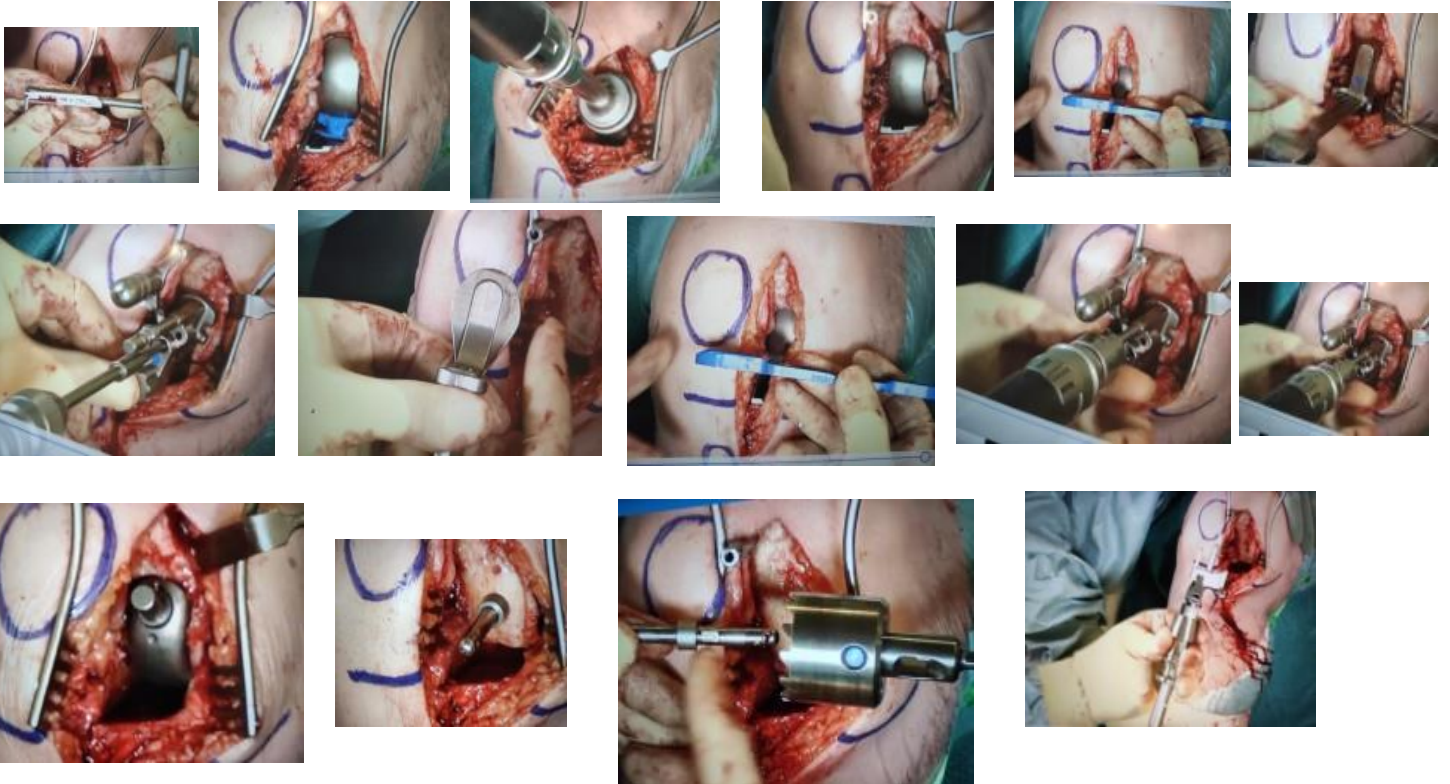


Quilha da tíbia

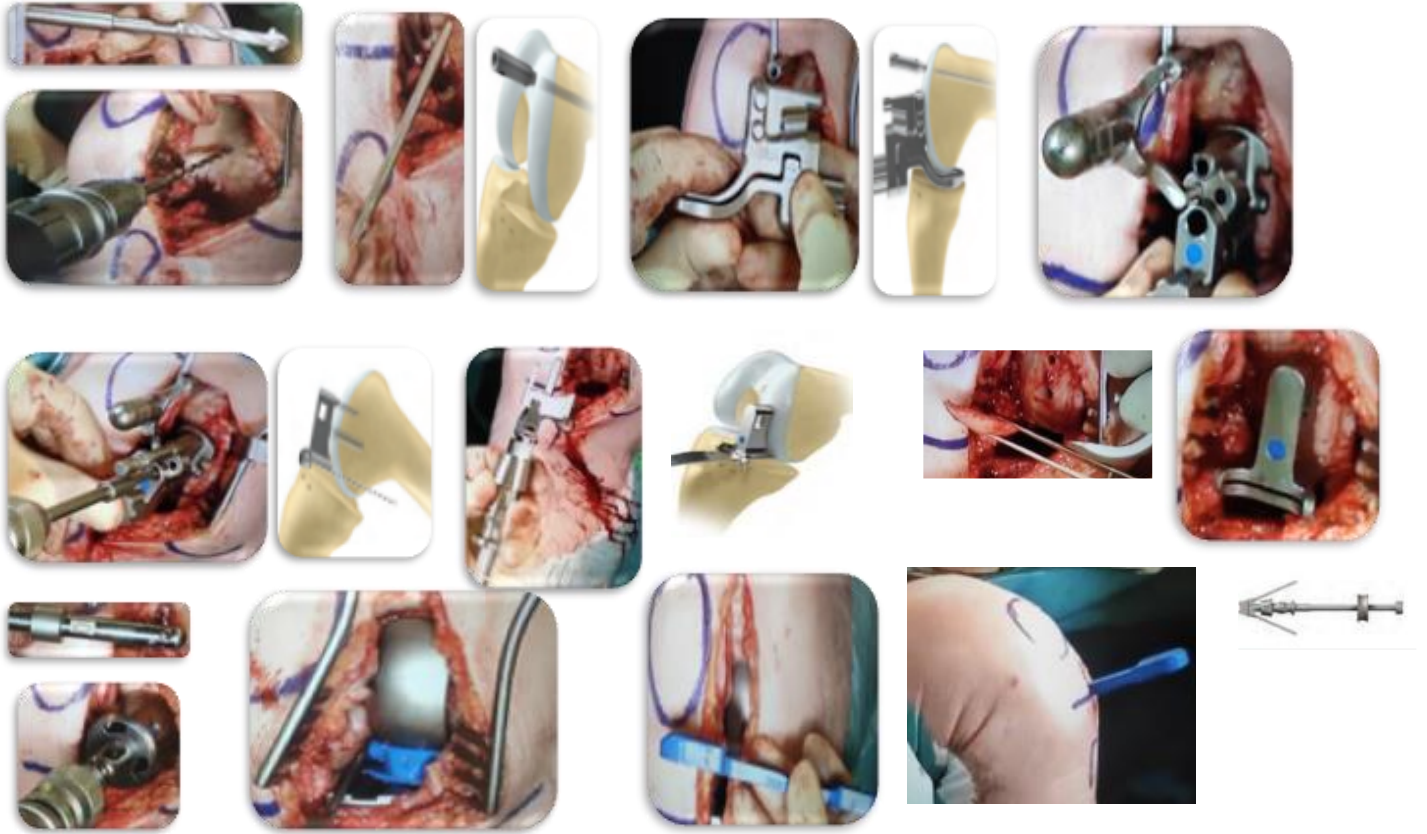


Oscilatória

Sagital



FEMUR



Fichas técnicas: Otorrino

Adenoamigdalectomia (AVA)

Cirurgia: Exérese de amígdalas e de adenoides.

Campo Cirúrgico: Trougha de AVA.

Posicionamento / Abordagem cirúrgica: Dorsal/ Cavidade oral

Material de apoio: Aparelho de eletrocoagulação (bipolar)?????;

Aparelho de aspiração; Espelho frontal e respetiva fonte de luz;

Instrumental: Cx de AVA

Material de apoio ao instrumental: Tubo de aspiração; Bisturi bipolar

Descartável: Seringa de 10ml; lamina nº 11

Fármacos: Neo-senefrina.

Fios: Vicryl rapid 3/0

Procedimento cirúrgico: • Colocação dos abre bocas; •Bandarilhas; •Aspirador;

•Compressa para o cabo;

(Adenoides)

•Sonda nelaton; •Espelho; •Curetas;

•Tamponamento com compressas dobradas;

(Amígdalas)

•Pinça de amígdalas; •Bisturi mecânico; •Tesoura; •Descolador; •Serra-nós; •Tamponamento;

Se sangrar-Bisturi bipolar ou fio.

PS: Contagem de compressas.

Compressas com contraste.



Elaborado por: Goretí Andrade

MIRINGOTOMIA

Cirurgia: Tratamento de infecções do ouvido recorrentes com colocação, ou não, de tubos de ventilação

Campo Cirúrgico: Trougha de Raqui.

Posicionamento/ Abordagem cirúrgica:

Dorsal / Ouvido

Material de apoio: Microscópio; Aparelho de aspiração;

Instrumental: Cx de Miringotomia

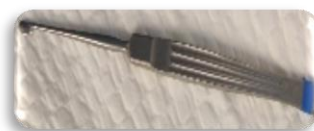
Material de apoio ao instrumental: Tubo de aspiração.

Descartável: Seringa de 5ml.

Fármacos:

Procedimento cirúrgico:

- Colocação de especulo;
- Cânula de aspiração com maior diâmetro;
- Soro fisiológico na seringa;
- Micropinça para exerce de cera;
- Miringototmo;
- Colocação de tubo na micropinça;
- Pico.



SEPTOPLASTIA

Cirurgia: Correção cirúrgica do desvio do septo nasal.

Campo Cirúrgico: Trougha de partes moles.

Posicionamento/ Abordagem cirúrgica: Dorsal / Cavidade nasal

Material de apoio: Aparelho de eletrocoagulação (monopolar); Aparelho de aspiração; Espelho frontal e respetiva fonte de luz.

Instrumental: Cx de Septoplastia

Material de apoio ao instrumental: Tubo de aspiração; Ponta maior do bisturi monopolar.

Descartável: Seringa de 10ml/ 5ml; Agulha 25G; Placa de spongostan; Talas nasais de silicone; Lamina nº 15; Cotonete.

Fármacos: Pasta de Cocaina; Bacitracina; Merocel?????

Fios: Vicryl rapid 3/0; Seda 2/0.

Procedimento cirúrgico: Colocação de pasta de cocaína com o cotonete; Afastador Palmer; Infiltração com SF; Killian; Bisturi mecânico; Descolamento com cânula de aspiração/ descolador; Rugina; Ostetomos; Pinça Luc para extração de material orgânico; Vicryl rapid; Cânula de aspiração normal; Bisturi monopolar, com a ponta grande, para cornetos; Talas nasais; Seda para fixação de talas; Spongostan com Bacitracina ou Merocel

SEPTOPLASTIA



PS: Os braços do doente devem ficar sempre ao longo do corpo; Tamponamento.

TURBINECTOMIA

Cirurgia: Correção de hipertrofia dos cornetos nasais inferiores.

Campo Cirúrgico: Trough de raqui

Posicionamento / Abordagem cirúrgica:

Dorsal / Seios nasais

Material de apoio: Aparelho de eletrocoagulação (monopolar ou bipolar); aspirador

Radiofrequência- consola de

Instrumental: Cx de Turbinectomia

Material de apoio ao instrumental:

Descartável: Placa de spongostan;

Tubo de aspiração.

Fármacos:

Procedimento cirúrgico:

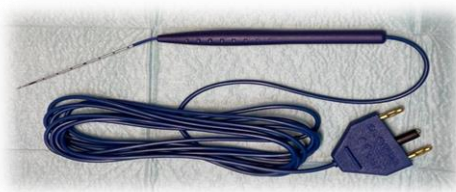
Normal

- mechas com Neosenefrina

Cauterização dos cornetos com bisturi elétrico (monopolar ou bipolar)

Colocação de spongostan

Radiofrequência



Fichas técnicas: Urologia

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA - BOTOX

Cirurgia: Injeções de Botox no músculo da bexiga podem beneficiar pessoas que têm uma bexiga hiperativa quando os medicamentos de primeira linha não foram eficazes

Campo Cirúrgico: Trougha de proctologia ou partos

Posicionamento / Abordagem cirúrgica: Litotomia / Uretral

Material de apoio: Torre de laparoscopia

Instrumental: Cx de Botox ((Cistoscópio - Bainha exterior 7Fr – Obturador - Canal de trabalho – Lente / ótica 4mm); Cabo de Luz fria; Pinça de desinfecção; Cápsulas)

Material de apoio ao instrumental:

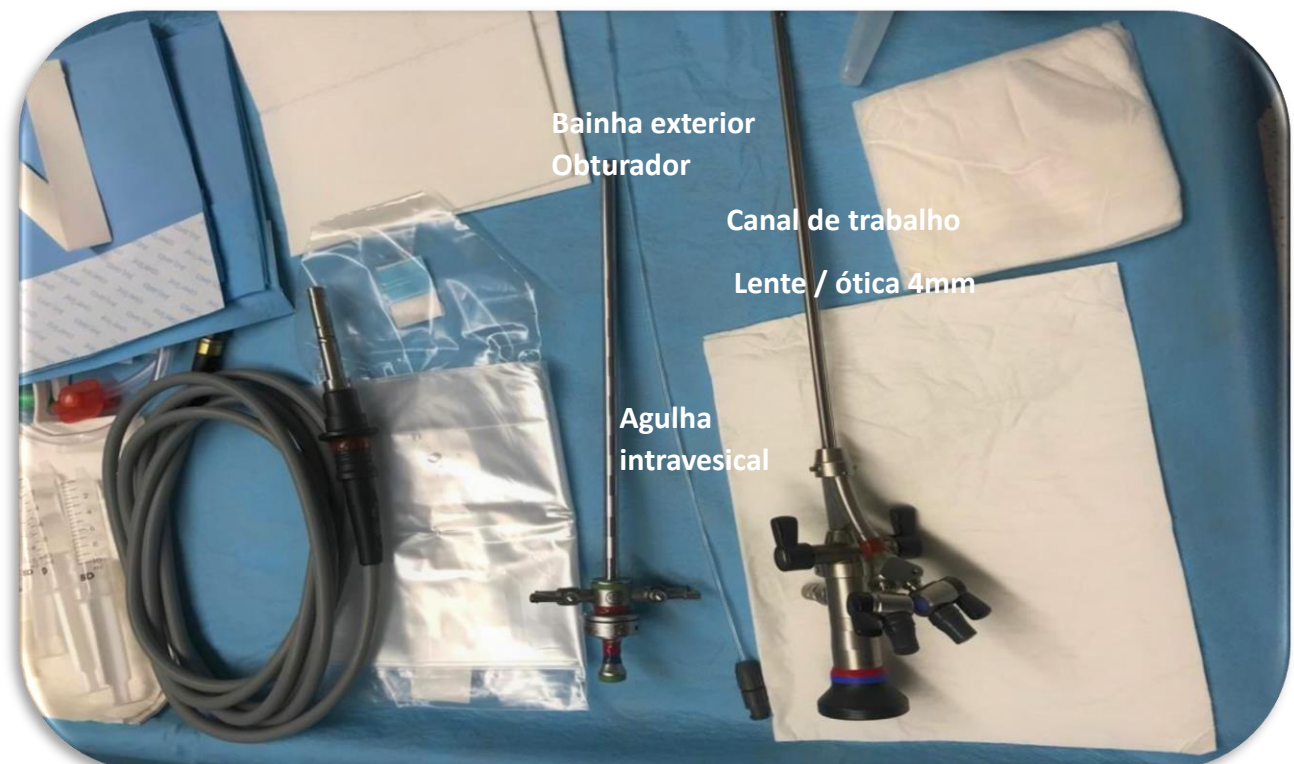
Descartável: Seringas de 10ml, 20ml e 2ml; Algália de *Folley*; Saco coletor de urina;

Sistema de soros; Agulha intravesical; Cobre tubos estéril; Soro fisiológico 500ml.

Fármacos: Toxina botulínica diluída em 10ml de Sf.

Procedimento cirúrgico:

Introdução do cistoscópio (bainha exterior e obturador, retirar obturador e colocar canal de trabalho e ótica) com ligação do sistema de soros, cabo de luz e camara; Colocação da agulha Intra vesical, seringa de botox- picadelas na bexiga com administração de botox; Algaliação.



CIRCUNCISÃO

Cirurgia: Exérese do prepúcio.

Campo Cirúrgico: Trouxa de partes moles.

Posicionamento / Abordagem cirúrgica: Dorsal / Prepúcio

Material de apoio: Aparelho de eletrocoagulação (monopolar)

Instrumental: Cx de Especialidades ou Cx de Plástica

Material de apoio ao instrumental: Pinça de Fimose

Descartável: Lamina nº24

Fios: Vicryl rapid 3/0

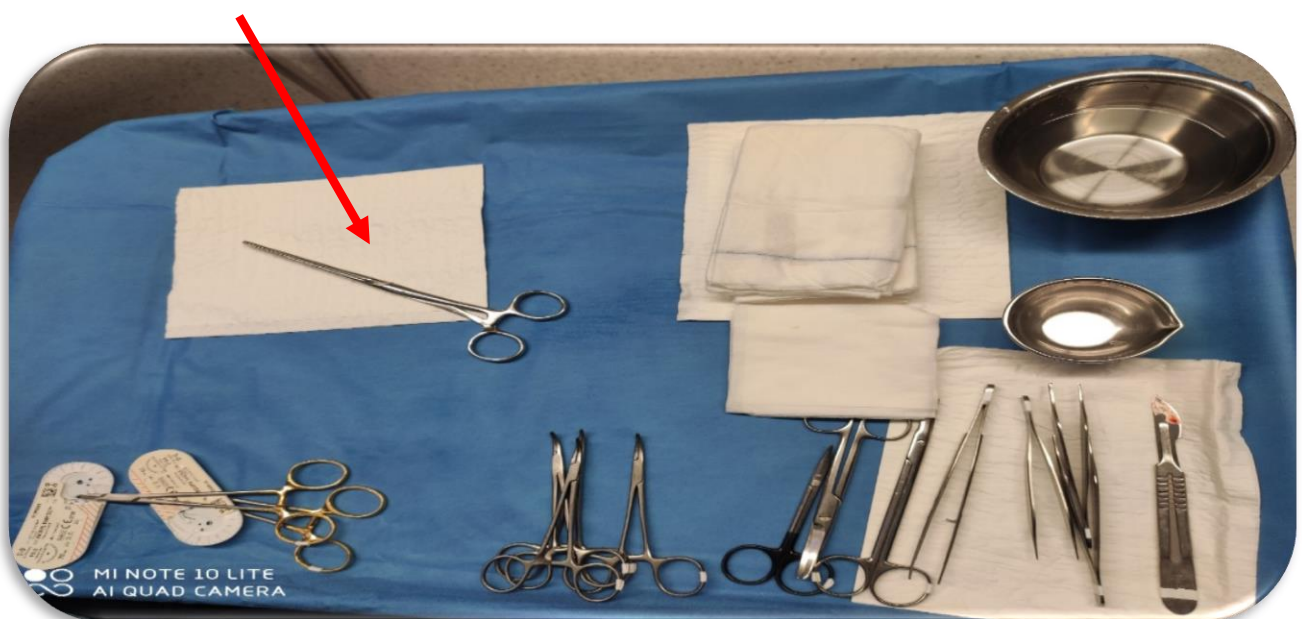
Fármacos: Nupercainal

Procedimento cirúrgico:

- Freio – Finocketo e bisturi monopolar; • Bisturi mecânico para incisão;
- Descolamento com compressa; • Excisão do prepúcio com pinça de fimose e bisturi mecânico;
- Bisturi elétrico para hemóstase; • Fio para suturar.

PS: Bloqueio do nervo dorsal do pênis com (10ml de lidocaína a 2% com 10ml de Ropivacaina 7.5mg) Este bloqueio deve ser efetuado 10min antes do início da cirurgia.

Pinça de Fimose



PLICATURA TIPO *NESBIT*

Cirurgia: Curvatura peniana congénita ou doença de *Peyronie*.

Campo Cirúrgico: Trougha de partes moles

Posicionamento / Abordagem cirúrgica: Dorsal / Peniana

Material de apoio: Aparelho de eletrocoagulação (monopolar)

Instrumental: Cx de Especialidades

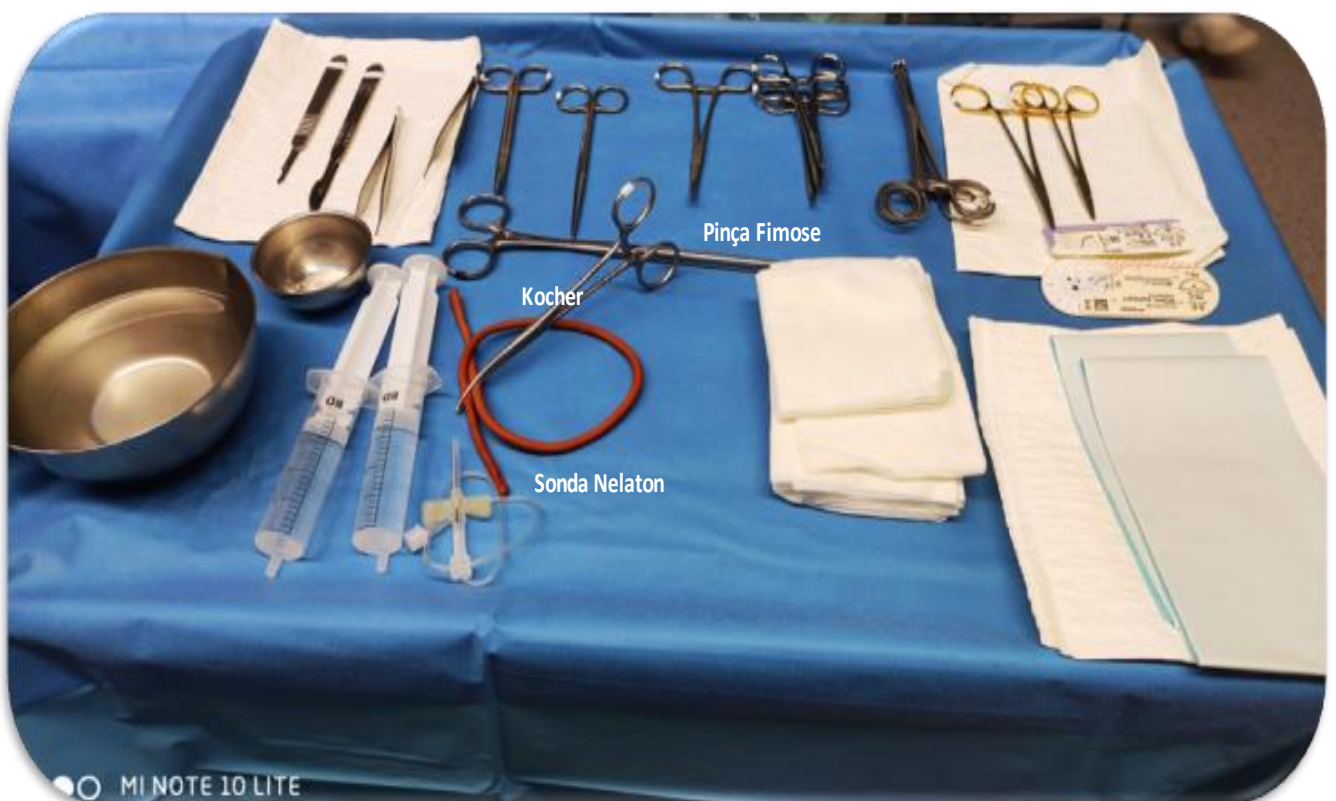
Material de apoio ao instrumental: Sonda de Nelaton; Kocher Pinça de Fimose.

Descartável: Lamina nº24 e 10; Butterfly; Seringas de 20ml.

Fios: Vicryl rapid 3/0; Vicryl 2/0.

Procedimento cirúrgico:

Colocação de garrote com a Kocher; Dissecção das tunicas com Finoketos/tesoura e pinças; Exérese de um segmento da túnica albugínea criando uma janela com o bisturi elétrico que ficam referenciadas com Allis; Infiltração de Sf pelo Butterfly para control da curvatura; Janelas do segmento da túnica albugínea são aproximada com pontos Vicryl 2/0; Circuncisão.



Recanalização Bilateral do Canal Deferente por Microcirúrgica

Cirurgia: Consiste na reanastomose dos ductos deferentes.

Campo Cirúrgico: Trougha Universal.

Posicionamento / Abordagem cirúrgica: Dorsal / Escrotal alta

Material de apoio: Microscópio; Aparelho de eletrocoagulação (bipolar e (monopolar).

Instrumental: Cx de Especialidades (pinças de adson c/e s/ dente; cabo bisturi nº3; porta agulhas; tesoura de fios e disseção; Finocketo; Allis; kelly; Farabeuf pequenos; Senn-Miller);

Cx de Microcirurgia.

Material de apoio ao instrumental: Pinça bipolar; Pinça de vasectomia ou de Backhaus;

Descartável: Lamina nº 15 (2); Seringa de 5ml; Abocatt 24G; Cotonetes;

Manga estéril para proteção do microscópio.

Fios: Vicryl rapid 3/0- Vicryl 5/0 - Vicryl 8/0 -Ethilon 8/0 e ou 9/0

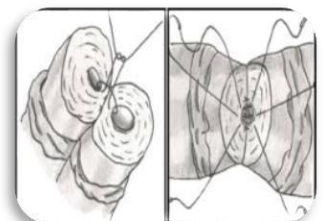
Procedimento cirúrgico:

Bisturi mecânico para incisão da pele; Pinça de vasectomia ou Backhaus para fixar o canal;

Pinça Adson e tesoura para disseção cuidadosa do canal deferente, depois de assegurada a viabilidade dos topos do canal, estes são seccionados; Verificação da permeabilidade de ambos os topos. Saída de líquido seminal pelo topo proximal (testicular) e no topo abdominal (distal) introduz-se um *abocatt* 24G e injeta-se suavemente soro fisiológico; Fixação das bainhas do canal com fio Vicryl 5/0; Colocar um fundo de campo de trabalho com contraste em relação ao canal; Introdução do microscópio; Em casos de incongruência entre os diâmetros dos lumens efetua-se dilatação do topo distal com o *abocatt*; Cotonetes para limpeza.

Vasostomia em dupla camada sem tensão:

A anastomose é iniciada pela camada externa - fio absorvível 8-0 (Vicryl®); A camada interna da anastomose é com fio 9-0 absorvível Ethilon; O encerramento da camada externa deve garantir a anastomose estanque e sem tensão da sutura interna. Após remoção das suturas de suporte, o testículo é repostado na sua posição habitual e a incisão encerrada por planos. O procedimento é repetido no lado oposto; Revisão da hemóstase (bipolar); Encerramento da pele com Vicryl rapid.





MI NOTE 10 LITE
AI QUAD CAMERA

Micropinças



Cotonetes



INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO -TOT

Cirurgia: Suspensão da uretra feminina com prótese de polipropileno;

Campo Cirúrgico: Trougha de proctologia ou partos

Posicionamento / Abordagem cirúrgica: Litotomia / Vaginal

Material de apoio:

Instrumental: Cx de Proctologia ou Cx Especialidades

Material de apoio ao instrumental: Valva

Descartável: Lamina nº15; 3 Seringas de 10ml; 1 Seringas 20ml; Seringa de 100ml;

Agulha de 0,70x88mm/22G; Agulha 26G; Algália de *Folley* nº 14; Saco coletor de urina;

Prótese (*ALTIS Mine-sling*);

Fios: Vicryl rapid 2/0

Fármacos: Lidocaína com adrenalina (20ml diluído em 10ml de soro fisiológico)

Procedimento cirúrgico:

Lidocaína dividida por 3 seringas de 10ml; Algaliação para esvaziamento da bexiga; Infiltração com lidocaína 1 seringa; Incisão com bisturi; Infiltração de lidocaína com agulha de 0,70x88mm/22G , 2 seringas; Abertura do trajeto com tesoura; Colocação da prótese; Colocação da algalia; Infiltração de 250ml de SF para a bexiga; Ajustamento da prótese, corte do fio com tesoura; Encerramento com fio de sutura; Algaliação apenas para esvaziar a bexiga.



VARICOCELECTOMIA

Cirurgia: Correção do Varicocele (dilatação varicosa do plexo venoso pampiniforme que drena o testículo)

Campo Cirúrgico: Trougha de partes moles

Posicionamento / Abordagem cirúrgica:

Dorsal / Suprainguinal por via aberta: Técnica de Palomo

Subinguinal por Microcirurgia:

Material de apoio: Aparelho de eletrocoagulação (monopolar); *Microscópio*.

Instrumental: Cx de Especialidades; *Cx de Microcirurgia*

Material de apoio ao instrumental: Pinça Cística.

Descartável: Lamina nº24 e nº15; Manga estéril para proteção do microscópio

Fios: Vicryl 2/0; Vicryl 0; Prolene 4/0; Prolene 5/0; Vicryl 8/0

Procedimento cirúrgico:

(Via aberta) – Técnica de Palomo

Incisão na pele com bisturi mecânico ou monopolar; Dissecção com Finocketo/tesoura - abertura por planos identificando aponevrose, efetuar a sua abertura; Identificação de vasos espermáticos - **Batufo em pinça**; Cística para o seu isolamento das veias; Laqueação das veias com Vicryl 2/0; Revisão de hemóstase; Encerramento por planos.

Microcirurgia

Incisão na pele com bisturi mecânico; Exposição do cordão espermático; Introdução do microscópio; Separação dos vasos espermáticos com identificação das veias. Realizada a laqueação das veias com Vycril 8/0 e feita a sua seção; Revisão da hemóstase (bipolar); Aproximação dos tecidos subcutâneos; Encerramento da pele com Vycril Rapid.



Via aberta

VASECTOMIA

Cirurgia: Laqueação, secção transversal do canal deferente, cauterização dos bordos e interposição fascial.

Campo Cirúrgico: Trouxa de partes moles

Posicionamento / Abordagem cirúrgica: Dorsal / Escrotal

Material de apoio: Aparelho de eletrocoagulação (monopolar)

Instrumental: Cx de Especialidades ou Cx de Plástica

Material de apoio ao instrumental: Pinça de apreensão do canal deferente

Descartável: Lamina nº24 /10; Seringa 5ml; Agulha 26G.

Fios: Vicryl rapid 3/0; Vicryl 2/0.

Fármacos: Lidocaína 2%.

Procedimento cirúrgico:

Individualiza-se o canal deferente e posterior anestesia local (lidocaína a 2%); Bisturi mecânico para incisão; Dissecção com Finocketo; Identificação e isolamento do canal deferente com pinça de vasectomia (Pinça de apreensão do canal deferente) ou Backaus; Dissecção com tesoura e pinça Adson; Laqueação e secção transversal do canal deferente com Vicryl 2/0; Fulguração dos topos do canal deferente com bisturi monopolar; Revisão da hemóstase; Encerramento por planos - com Vicryl 2/0 e pele com Vicryl rapid 3/0.



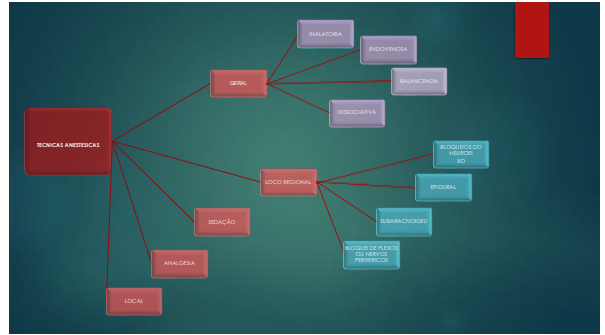
APÊNDICE XV: Formação em Serviço – Técnicas Anestésicas



TECNICAS ANESTESICAS

Elaborado por:
Goreti Andrade
André Rodrigues

1



2

Anestesia Geral

Estado de inconsciência reversível, produzido por agentes anestésico, que resulta da supressão e caracteriza-se por amnesia, depressão dos reflexos, relaxamento muscular e depressão dos sistemas e funções fisiológicas.

Anestesia Inalatória
Esta anestesia é feita pela inalação de gases (protóxido de azoto, desflurano, sevoflurano) que contém fármacos anestésicos.

Anestesia Endovenosa
Esta técnica é realizada por meio da injeção do anestésico diretamente na veia.

Anestesia Balanceada
Esta técnica combina o uso da anestesia inalatória e endovenosa

Anestesia Dissociativa
Esta técnica ocorre quando a indução e a manutenção anestésica é através da administração de quetamina.

3

A anestesia geral é realizada em quatro etapas:

Medicação Pré-Anestésica
Esta fase tem por objetivo deixar o doente mais relaxado para o procedimento. Geralmente, o anestesiolista administra um ansiolítico de curta duração para que o indivíduo reduza a ansiedade.

Indução (desde a hipnose até à intubação)
Após a aplicação do anestésico através de uma veia punccionada, o doente perde a consciência, alcançando um estado conhecido popularmente como "coma induzido". A seguir, é introduzido na via aérea um dispositivo (tubo traqueal ou máscara laríngea) que será acoplado posteriormente à ventilação mecânica.

Manutenção (após a intubação até ao despertar)
Os fármacos perdem o efeito no decorrer do procedimento, por isso, o anestesiolista mantém a anestesia por meio da administração constante dos anestésicos. Essa manutenção é feita de maneira controlada, pois é preciso estar atento à necessidade do procedimento — evitando uma dosagem exagerada — e aos efeitos de uma anestesia demasiadamente profunda.

Recuperação (despertar do doente)
Interrompida a administração de anestésicos para acordar o doente logo após o encerramento do ato cirúrgico.

4

Anestesia Geral

Vantagens	Desvantagens	Possíveis complicações
Proporciona um "despertar" tranquilo e com menos estresse no período pós-operatório.	Náuseas e vômitos; Tremores; Dor muscular; Sensação de tontura; Boca seca/ dor na garganta/ rouquidão	Aspiração pulmonar; Broncoespasmo e laringospasmo; Edema agudo do pulmão; Arritmias cardíacas; Parada cardíaca; Alergia à medicação; Consciência intraoperatória acidental; Delirium; Hipertermia maligna

5

Anestesia Loco- Regional

Perda reversível da sensação quando um anestésico local é injetado para bloquear ou anestésiar as fibras nervosas.

Bloqueio do Neuroeixo
Esta anestesia adequa-se a procedimentos cirúrgicos que se realizem a nível dos membros inferiores, zona pélvica e aparelho uroginecológico. Também pode ser usada como técnica analgésica em procedimentos cirúrgicos supraumbilical e a nível torácicos.

Epidural
Nesta anestesia pode ser aplicado injeção única ou contínua, permitindo que a anestesia de perlongue e como analgésico no pós-operatório.

Raqui Anestesia
Nesta anestesia pode ser aplicado injeção única ou contínua, permitindo que a anestesia de perlongue e como analgésico no pós-operatório.


6

Bloqueio de plexos ou Nervos Periféricos

A técnica anestésica em questão tem como objetivo proporcionar um controle mais duradouro da dor, permitindo a redução da utilização de medicamentos analgésicos sistêmicos potentes tanto no intraoperatório como no pós-operatório. Além disso, é possível combiná-la com outras técnicas anestésicas para potencializar seus efeitos.

Podem ser realizados :

- Bloqueio interescalenico (plexo braquial)** – indicado para o ombro
- Boqueio intraclavicular** – indicado para o membro superior
- Axilar** – indicado para as partes mais distais do membro superior como mão
- Femural** – indicado para anca, joelho
- Ciático**
- Plexo lombar**
- Intercostal**
- Paravertebral**
- Intrapleural**
- Plano abdominal transverso**



7

Bloqueio do Neuroeixo

Vantagens	Desvantagens	Possíveis complicações
Rápida recuperação; Ação com início rápido; Controle da dor pós-cirúrgica; Alta intensidade de bloqueio motor e sensitivo; Alto controle do nível de anestesia, preservando a consciência do paciente; Possibilidade de utilizar uma quantidade pequena de anestésico local, diminuindo os riscos provenientes da técnica	Cirurgias com duração não estimada; Recusa do paciente; Infecção no local de punção; Pressão intracraniana elevada; Patologia neurológica indeterminada ou em progresso; Presença de distúrbio de coagulação; Uso de medicamentos que alteram a coagulação; Grave comprometimento cardíaco; Insuficiência cardíaca grave, estenose aórtica, estenose mitral	Bradicardia (diminuição do ritmo dos batimentos cardíacos); Hipotensão arterial (pressão baixa); Dificuldade para respirar; Cefaleia pós-punção (dor de cabeça intensa, exacerbada quando o paciente assume a posição sentada associada a náuseas e vertigens). Quando são utilizados adjuvantes, como os opioides, os efeitos colaterais associados a essas medicações são: Prurido; Retenção urinária; Náuseas e Vômitos; Sedolência; Depressão respiratória.

8

Anestesia Sedação

A **sedação** é uma técnica anestésica que diminui o nível de consciência de um indivíduo para reduzir a ansiedade e melhorar o conforto do paciente em procedimentos desagradáveis.

Existem três graus de **sedação**, sendo eles:

- Sedação leve;
- Sedação moderada;
- Sedação profunda

Anestesia Analgésica

Esta técnica anestésica tem como objetivo principal promover analgesia (aliviar a dor), por isso, ela é comumente associada a outras técnicas anestésicas como a anestesia local, raqui-anestesia peridural e bloqueio de nervos periféricos.

Anestesia Local

A **anestesia local** é um método anestésico que tem como intuito bloquear reversivelmente as terminações nervosas de determinada região, mantendo o indivíduo em pleno estado de consciência. A metodologia bloqueia os receptores para dor em regiões mais superficiais, impedindo o envio dos sinais de dor para o cérebro. O uso pode ser tópico (gel, spray ou pomadas) ou por infiltração (injeção da medicação na pele e subcutâneo).

9

Anestesia Sedação /Analgesia / Local

Vantagens	Desvantagens	Possíveis complicações
LOCAL Os doentes não necessitam de jejum e podem retomar as suas atividades em seguida ao seu uso. SEDAÇÃO Em conjunto com a anestesia local para procedimentos como biópsias, exérese de pequenos tumores de pele, vasectomia, blefaroplastia, implante de marcapasso. Associado à técnica da raqui-anestesia/peridural e bloqueio de nervos periféricos; Para realização de exames endoscópicos; Em procedimentos clínicos como a colocação de Dispositivo Intrauterino (DIU)	SEDAÇÃO como qualquer anestesia, a sedação pode resultar em uma reação adversa ao paciente. Podem provocar náuseas, vômitos, labilidade emocional e reações paradoxais como inquietação, agitação e delírio. São raros os casos de alergia medicamentosa.	LOCAL A intoxicação é a complicação mais temida e pode levar o indivíduo à distúrbios cardíacos e neurológicos. Alguns sinais premonitórios indicam esse efeito tóxico como gosto metálico na boca, distúrbios visuais e auditivos. Distúrbio na fala, tremores, convulsões, parada respiratória e cardíaca são os efeitos esperados quando o indivíduo recebe uma dose exacerbada de anestésico local.

10

Cuidados pós anestésicos

Vigilância:

- Via aérea
- Estado de consciência
- Bloqueio sensório-motor

Monitorização :

- Pressão arterial
- Níveis de oxigênio
- Temperatura
- Controle glicêmico
- Dor
- Fardas Hemáticas
- Náuseas ou Vômitos
- ECG

Prevenção:

- Retenção urinária
- Trombose Venosa Profunda
- Quedas

11



OBRIGADA

12