

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**

Relatório de Estágio

**Implementação da Visita Pré-Operatória de Enfermagem
à Pessoa com Doença Oncológica**

Vanessa Sofia Miguéis Gomes Seromenho da Silva

**Lisboa
julho 2021**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**

Relatório de Estágio

**Implementação da Visita Pré-Operatória de Enfermagem
à Pessoa com Doença Oncológica**

Vanessa Sofia Miguéis Gomes Seromenho da Silva

Orientador: Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

**Lisboa
julho 2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Dedico o presente trabalho a uma amiga e colega de trabalho, Carla Pinheiro, que me acompanha há 17 anos nesta caminhada de vida, e foi recentemente confrontada com a intempestividade desta doença. Na nossa despedida percebi que amizade verdadeira nem a morte desvanece!

Ao meu pai que partiu de forma cruel e repentina, mas o amor que nos une conseguiu ultrapassar a barreira da saudade, na certeza da espera do nosso reencontro. Vives eternamente em mim!

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém”

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda a minha família pela disponibilidade, ajuda e compreensão genuínas ao longo deste meu percurso académico.

Ao meu marido, Rui Seromenho Silva pelo apoio incondicional e companheirismo indescritíveis.

Às minhas filhas pelos momentos de ausência da mãe.

À minha avó, Lucília Silva, pela amizade e ensinamentos partilhados, sempre com a mesma tranquilidade que a caracteriza.

Ao meu falecido avô, Carlos Miguéis, que sempre me incentivou ao desenvolvimento de novas aprendizagens.

Às novas amigas que surgiram nesta longa jornada, Cátia Afonso e Ana Carvalho, pelos momentos partilhados e incentivo mútuo em cada etapa vivenciada.

A toda os meus colegas de trabalho do bloco operatório, e em especial à minha chefe e orientadora, por abraçarem este projeto de coração e pelo envolvimento que demonstraram. Sem vocês não seria possível!

À orientadora deste relatório, Professora Eunice de Sá, pelo apoio, compreensão e incentivo permanentes.

A todos os outros que contribuíram, direta ou indiretamente para a implementação deste projeto, o meu bem-haja.

SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*

BO – Bloco Operatório

CEPO – Consulta de enfermagem pré-operatória

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DR – Diário de República

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEPSCP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

ERAS – *Enhanced Recovery After Surgery*

ICN – *International Council of Nurses*

ILC – Infeção do Local Cirúrgico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIS – Projeto de intervenção em serviço

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

ULS – Unidade Local de Saúde

VEPO – Visita Pré-Operatória de Enfermagem

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado e Pós Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, elaborou-se o presente relatório com vista ao desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica e enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa.

A cirurgia assume-se como o tratamento primário da maioria das doenças oncológicas, evidenciando fragilidades, medos e profundas modificações na qualidade de vida da pessoa e família. Considerando a cirurgia e a doença oncológica enquanto processos de transição, é fulcral a existência de uma abordagem abrangente, complexa e humanizada do enfermeiro perioperatório que vise capacitar e envolver a pessoa e família na gestão desse mesmo processo, tornando-os física e emocionalmente preparados para a cirurgia. A visita pré-operatória de enfermagem (VEPO) dá resposta a essa necessidade na medida em que permite ao enfermeiro do Bloco Operatório (BO) estabelecer um planeamento de cuidados individualizado no período que antecede a cirurgia. A inexistência da VEPO no meu serviço compromete por isso a excelência dos cuidados de enfermagem, despoletando o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço (PIS) designadamente: “Implementação da VEPO à pessoa com doença oncológica”. No decorrer do percurso estabeleceram-se as seguintes questões: Será a VEPO um agente facilitador do processo de transição da pessoa com doença oncológica? E que intervenções de enfermagem deverá abranger? Este relatório teve por finalidade o desenvolvimento de competências que permitam cuidar da pessoa com doença oncológica proposta a cirurgia e sua família no período pré-operatório. Recorreu-se a uma metodologia de projeto, integrando uma estratégia estruturada, multidimensional e multidisciplinar, reforçada com o complemento a meios audiovisuais, dois guias orientadores e um filme.

Os resultados do PIS evidenciaram a efetividade da VEPO entre 95 e 100% da população, refletindo uma estratégia eficiente. Comprovou-se que 90% das pessoas abrangidas pela VEPO estavam muito satisfeitas e 10% satisfeitas, contribuindo a mesma para a promoção de uma transição cirúrgica positiva. O reconhecimento da relevância da VEPO no seio das equipas de enfermagem do BO e do serviço de cirurgia geral foi unânime e irrefutável.

Palavras-chave: visita pré-operatória de enfermagem, cirurgia, doença oncológica, processo de transição.

ABSTRACT

As part of the Master's and Post-Specialization Course in Medical-Surgical Nursing, an oncological aspect, at the Lisbon Nursing School, this report was prepared with a view to developing the skills of a master in medical-surgical nursing and a specialist nurse in person. in a chronic and palliative situation.

Surgery is assumed to be the primary treatment for most cancer diseases, showing weaknesses, fears and profound changes in the quality of life of the person and family. Considering surgery and oncological disease as transition processes, the existence of a comprehensive, complex and humanized approach to perioperative nurses is essential, aiming to empower and involve the person and family in the management of this same process, making them physically and emotionally prepared for the surgery. The preoperative nursing visit responds to this need as it allows nurses in the operating room to establish individualized care planning in the period prior to surgery, with a view to promoting a positive transition.

The lack of preoperative nursing visit in my service therefore compromises the excellence of nursing care, triggering the development of an intervention in-service project namely: "Implementation of preoperative nursing visit for people with oncological disease". Along the way, the following questions were established: Is preoperative nursing visit a facilitating agent for the transition process of people with oncological disease? And what nursing interventions should it cover? The purpose of this report was to develop skills to enable to take care of the person with oncological disease proposed to surgery and his family in the preoperative period. A project methodology was used, integrating a structured, multidimensional and multidisciplinary strategy, reinforced with the complement of audiovisual media, two guiding guides and a film.

The results of the in-service intervention project showed the effectiveness of preoperative nursing visit between 95 and 100% of the population, reflecting an efficient strategy. It was found that 90% of the people covered by the preoperative nursing visit were very satisfied and 10% satisfied, contributing to the promotion of a positive surgical transition. The recognition of the relevance of preoperative nursing visit within the nursing teams of the operating room and the general surgery service was unanimous and irrefutable.

Keywords: preoperative nursing visit, surgery, cancer disease, transition process.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1. A pessoa com doença oncológica face à perspectiva da cirurgia	19
1.2. A visita pré-operatória de enfermagem	24
1.3.O enfermeiro na promoção de uma transição saudável na pessoa proposta a cirurgia	29
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
2.1. Atividades desenvolvidas	34
2.1.1. Bloco Operatório – Hospital A	34
2.1.2. Consulta de Enfermagem Pré-Operatória: Programa Eras em Cirurgia Colorretal – Hospital B	43
2.1.3. Serviço de Cirurgia Geral – Hospital C	46
2.1.4.Bloco Operatório – Hospital C (contexto de trabalho)	53
2.2. Questões éticas e deontológicas	69
2.3. Competências desenvolvidas	70
3. AVALIAÇÃO	74
3.1.Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados	76
4. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS	78
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

APÊNDICES

Apêndice 1: Caracterização do serviço do Bloco Operatório

Apêndice 2: Poster: A Visita Pré e Pós-Operatória de Enfermagem

Apêndice 3: Entrevista enfermeiro perito

Apêndice 4: Revisão *Scoping*

Apêndice 5: Jornal de Aprendizagem

Apêndice 6: Listagem CIPE – Visita Pré-Operatória de Enfermagem

Apêndice 7: Sessão de formação – *Distress* em Senologia

Apêndice 8: Sessão de formação: Implementação da Visita Pré-Operatória de Enfermagem à pessoa com doença oncológica

Apêndice 9: Caracterização do Serviço de Cirurgia Geral

Apêndice 10: Checklist de Preparação Pré-Operatória

Apêndice 11: Jornal de Aprendizagem

apêndice 12: Caracterização da consulta de enfermagem de estomaterapia

Apêndice 13: Estudo de Caso

Apêndice 14: Comemorações mensais Cancro

Apêndice 15: Poster VEPO

Apêndice 16: Norma Regulamentar da VEPO

Apêndice 17: Autorização de implementação do projeto

Apêndice 18: Poster ISBAR

Apêndice 19: Balanço da implementação do projeto

Apêndice 20: Formulários *Google Forms*

ANEXOS

Anexo 1: Guia informativo de acolhimento ao utente no BO

Anexo 2: Inquérito de avaliação da sessão de formação

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Teoria da Transição de Afaf Meleis	30
------------------------------------------------------	----

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Número de Visitas de Enfermagem Pré e Pós-Operatórias realizadas	42
Gráfico 2 – Número de VEPO realizadas por especialidade cirúrgica	42
Gráfico 3 – Número de Visitas de Enfermagem Pré-Operatórias realizadas por especialidade cirúrgica e doença oncológica	42
Gráfico 4 – Avaliação da sessão de formação: “ <i>Implementação da VEPO à pessoa com doença oncológica</i> ”	55
Gráfico 5 – VEPO realizadas no BO da ULS do hospital C por especialidade cirúrgica / Taxa de efetividade	66

INTRODUÇÃO

O cancro define-se como uma neoplasia caracterizada pelo crescimento descontrolado de células anaplásicas, que tendem a invadir o tecido circundante e metastizar para outros locais do corpo, originada pela combinação de múltiplas mutações nas células genéticas, instabilidade genómica e inflamação (Tschanz, Jennifer, Sugarman e Cathleen, 2016). Segundo a World Health Organization (WHO, 2018), o cancro foi responsável por 9,6 milhões de mortes em todo o mundo. De acordo com o Plano Nacional para as Doenças Oncológicas da Direção Geral da saúde (DGS) (DGS, 2017), integrado na Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas, em Portugal o cancro representa a segunda causa de morte, registando-se aproximadamente 50 000 casos de cancro por ano, sendo que as taxas de incidência de cancro continuam a aumentar, tal como no resto da Europa. Todavia, de acordo com a mesma fonte, regista-se um aumento significativo do número de sobreviventes de cancro, fruto do sucesso e evolução dos tratamentos de cancro, mas resultante também do envelhecimento da população e de modificações dos estilos de vida das pessoas.

Um diagnóstico de doença oncológica, para a maioria das pessoas, constitui uma ameaça grave e a sua adaptação depende de múltiplos fatores, sejam eles de ordem física, psíquica, social, cultural, espiritual, familiar e até da etapa de desenvolvimento em que o próprio indivíduo se encontra (Albuquerque e Cabral, 2015). Os mesmos autores afirmam ainda que, apesar dos avanços da medicina, o cancro mantém-se ainda hoje fortemente associado a representações sociais de morte, sofrimento, estigma, vulnerabilidade e incertezas, podendo gerar reações de isolamento social e perda de sentido, medo ou até rejeição nas vivências pessoais, familiares e sociais, comprometendo o processo de transição de doença (Albuquerque e Cabral, 2015).

De forma a dar resposta às necessidades fisiológicas e psicológicas durante o *continuum* da doença oncológica à pessoa com diagnóstico passado, atual ou potencial de cancro, a *Oncology Nursing Society* (2007) integra no perfil do enfermeiro especialista em Oncologia a capacitação para prestação de cuidados de enfermagem avançados, utilizando a avaliação, diagnóstico e gestão da doença e dos distúrbios provocados pela mesma, visando a efetivação de mudanças positivas na saúde da pessoa alvo dos cuidados, recorrendo à evidência científica disponível e atualizada.

No âmbito do diagnóstico ou de gestão da doença oncológica, “a atividade cirúrgica tem particular importância, traduzindo tanto o acesso ao diagnóstico como ao início do processo terapêutico”, representando o tratamento primário da maioria das neoplasias (DGS, 2017, p. 17), sendo que, de acordo com a mesma fonte tem-se registado ao longo dos anos um aumento de cirurgias por doença oncológica.

Ribeiro (2010) caracteriza a cirurgia como:

um acontecimento crítico, uma realidade muitas vezes abruptamente imposta, provocando alterações profundas na vida de cada um, e implicações no bem-estar e na saúde, nos padrões fundamentais da vida a nível individual e familiar produzindo mudanças de papéis, nas relações, nas identidades, nas capacidades e nos padrões de comportamento. É percebida como um acontecimento stressante, ao qual é atribuído uma conotação negativa, assustadora e ameaçadora da integridade física e mental. (p.8).

Independentemente do propósito da cirurgia oncológica, por fins diagnósticos, terapêuticos ou paliativos, o procedimento afeta múltiplas dimensões de vida da pessoa e família, e pode gerar alterações da imagem corporal e limitações graves com reflexos negativos na sua qualidade de vida (Albuquerque e Cabral, 2015).

O impacto decorrente de um procedimento cirúrgico subsequente de doença oncológica, coaduna-se com processos de transições, representando novos eventos de vida ou situações desconhecidas, que acarretam para a pessoa e sua família, sofrimento e medo. Estas situações requerem inevitavelmente processos adaptativos e complexos, os quais poderão se colmatados com uma intervenção de enfermagem eficiente durante o período pré-operatório, concretamente a VEPO que poderá oferecer uma resposta adequada à pessoa proposta para cirurgia e sua família.

A VEPO, de acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006), “representa, numa perspetiva de continuidade, o primeiro elo de cadeia do processo dos cuidados perioperatórios” (p. 122), garantindo a qualidade dos cuidados prestados à pessoa e família. A mesma fonte caracteriza o período peri operatório em 3 fases distintas: pré, intra e pós-operatório. Tal como o nome sugere, a VEPO decorre na primeira fase do processo peri operatório, o pré-operatório, compreendido entre a proposta cirúrgica e o acolhimento da pessoa no BO, possibilitando a primeira interação entre o enfermeiro perioperatório e a pessoa proposta para cirurgia eletiva (AESOP, 2006). De acordo com a mesma fonte, a intervenção de enfermagem permite a identificação das necessidades das pessoas,

viabilizando a elaboração de um plano de cuidados individualizado e sistematizado que os prepare física e emocionalmente para a experiência cirúrgica (AESOP, 2006).

Jesus e Abreu (2014) consideram que a VEPO facilita o processo de conhecer a pessoa, permite um acolhimento personalizado no BO atendendo à sua individualidade e reforça a pessoa enquanto sujeito ativo dos seus cuidados, quer através da promoção da validação do consentimento informado e estratégias de promoção de minimização de ansiedade, quer através da sua colaboração na planificação de cuidados pré-operatórios. De acordo com os mesmos autores, a VEPO assume-se como uma intervenção autónoma de enfermagem integrada numa atuação multidisciplinar.

A individualidade dos cuidados de enfermagem implícita na VEPO atende à caracterização da pessoa enquanto ser uno, indivisível, e com comportamentos baseados em crenças e valores individuais, tornando-se um ser com dignidade própria e direito à autodeterminação (OE, 2001). Os mesmos autores consideram ainda a pessoa enquanto ser social, em permanente interação com o meio ambiente, procurando atingir o equilíbrio e harmonia, pelo que a capacitação do enfermeiro na VEPO é crucial no sentido da homeostasia, pelo desequilíbrio desencadeado pelo diagnóstico de doença oncológica e inerente proposta cirúrgica.

A Association of periOperative Registered Nurses (AORN) (2007) sugere igualmente que “os doentes devem ser avaliados no pré-operatório por um enfermeiro peri operatório, e que deve ficar registado e traçado um plano de cuidados individualizado” (p.965). Tal fato enfatiza a importância de uma intervenção de enfermagem no período que antecede a cirurgia, determinando o sucesso da mesma, assim como a promoção de uma transição cirúrgica saudável.

As intervenções de enfermagem implícitas na efetivação da VEPO à pessoa com doença oncológica, contribuem segundo Souza, Souza, Pinto, Cortez, Carmos e Nascimento (2010) para a prevenção de complicações, promovem rápida convalescença, evitam infeções hospitalares, poupam tempo, reduzem gastos, preocupações, amenizam a dor e aumentam a sobrevivência da pessoa em causa.

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 10.º Curso de Mestrado e Pós Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, referente ao ano letivo de 2019/2020. A

apresentação e discussão pública deste relatório visa a obtenção do grau de Mestre nesta área científica, e confere a atribuição do título de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Reflete o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço intitulado “Implementação da visita pré-operatória de enfermagem à pessoa com doença oncológica”, colmatando a lacuna da inexistência da intervenção de enfermagem no serviço do BO da Unidade Local de Saúde (ULS) onde desempenha funções.

De acordo com o ciclo de estudos estabelecido no Decreto-Lei nº107/2008 (2008), o grau de Mestre, coaduna-se com “Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projecto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objecto de relatório final” (p. 3833), sendo que o presente relatório integra esta última opção. De acordo com a mesma fonte, a sua elaboração visa a integração de conhecimentos na área científica de enfermagem, abordagem e análise de situações complexas, com vista à aquisição de competências e resolução de problemas aplicáveis ao projeto em causa, conforme disposto em Diário da República (DR).

Considerando a problemática do cancro enquanto situação complexa e atendendo ao enquadramento do mesmo enquanto doença crónica, este projeto integra ainda a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em situação crónica e paliativa (EEEPSCP) (OE, 2018), promovendo o desenvolvimento de aprendizagens e aquisição de recursos para atender às necessidades da pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia, centrada na promoção de uma transição cirúrgica saudável no período que antecede uma cirurgia.

O projeto engloba ainda o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no domínio da melhoria contínua da qualidade (OE, 2019), alcançado com a implementação da VEPO no BO da ULS onde desempenha funções.

A escolha da temática em estudo resultou de uma análise reflexiva sobre a prática de cuidados em contexto profissional, conjuntamente com uma sondagem de opinião relativa às necessidades do serviço na perspetiva da equipa de enfermagem do BO. A inexistência de envolvimento dos enfermeiros do BO no planeamento dos cuidados de enfermagem no período que antecede a cirurgia, período pré-operatório, assim

como o desconhecimento total pela pessoa que acolhem no BO, foram claramente evidenciados enquanto lacunas major da prática de enfermagem no serviço. Em consonância com as opiniões expressas, a minha evidência experiencial de anos de serviço no BO, atestou ainda uma subvalorização do papel do enfermeiro perioperatório. Paralelamente, a par com a crescente produtividade, a filosofia de cuidados de enfermagem no BO deste hospital, centrava-se cada vez mais no modelo biomédico, assumindo um maior enraizamento, estabelecendo um obstáculo permanente à melhoria dos cuidados de enfermagem no pré-operatório, pelo que identifiquei a necessidade premente de intervenção.

Ciente dos contributos da intervenção de enfermagem no pré-operatório à pessoa submetida a cirurgia e sua família, assim como dos inerentes ganhos em saúde, a VEPO surgiu como a intervenção de enfermagem com uma resposta mais eficiente neste âmbito. Atendendo à vertente oncológica do percurso formativo e à escassez de recursos humanos de enfermagem no serviço em causa, considerei essencial delimitar a população alvo do projeto tornando-o mais exequível. A problemática e complexidade da doença oncológica, foram determinantes na escolha, abrangendo enquanto população alvo as pessoas propostas para cirurgia eletiva decorrente de diagnóstico de doença oncológica.

Visando colmatar as lacunas anteriormente identificadas, desenvolvi um PIS que pretendeu, através da análise e reflexão crítica sobre as práticas de enfermagem e a aquisição de conhecimentos teóricos e científicos, melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica proposta a cirurgia no BO dessa ULS. A sua implementação alicerçou-se no enquadramento concetual da prática de cuidados de enfermagem, numa teoria de enfermagem de médio alcance, a teoria das transições de Afaf Meleis, que propõe como conceito central as transições.

Meleis considera que o ser humano se depara ao longo da sua vida com diferentes tipos de eventos críticos, que inevitavelmente impõem múltiplos processos de transições inevitáveis, com os quais se coaduna a doença oncológica e o procedimento cirúrgico (Meleis, 2010). O mesmo autor considera ainda que, no processo de transição saúde-doença, o enfermeiro assume-se como o elemento facilitador dessa transição, sendo o profissional mais capacitado para cuidar da pessoa, por estar desperto para as necessidades e mudanças que essa mesma

transição induz na sua vida. Realça o papel de enfermagem no auxílio, educação e resolução das contrariedades ocorridas ao longo do processo de transição.

De acordo com Santos, Martins e Oliveira (2014), o papel do enfermeiro na VEPO consiste na identificação dos processos de transição em curso, levantamento de necessidades, comunicação, ensino e preparação para procedimentos anestésico-cirúrgicos e ainda um suporte emocional eficaz, na finalidade de planejar os cuidados de enfermagem atendendo à individualidade da pessoa. Neste sentido, foi delineada uma abordagem complexa e dinâmica por parte do enfermeiro, que vise a promoção de um processo de transição o mais saudável possível.

A finalidade deste percurso formativo relaciona-se com a implementação da VEPO no BO da ULS onde desempenha funções, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia, na procura da excelência dos cuidados de enfermagem peri operatórios, suportados pela evidência científica.

Como objetivos deste relatório pretende-se:

- Descrever o percurso efetuado neste contexto formativo;
- Analisar de forma crítica as atividades realizadas e as competências do EEEMC alcançadas no atendimento à pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia e sua família, na finalidade de uma transição cirúrgica saudável;
- Evidenciar os resultados alcançados com a implementação da VEPO e respetivos contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem peri operatórios.

Com vista à consecução dos objetivos anteriores foram selecionados 4 contextos formativos, enquanto agentes propulsores do desenvolvimento do projeto. O primeiro campo de estágio decorreu no Bloco Operatório do Hospital A, de 23 setembro a 3 novembro de 2019, no qual a VEPO é uma prática diária de enfermagem intrínseca há vários anos. A análise da implementação da VEPO e o sucesso do projeto nesta instituição de saúde, assim como a evidência experiencial e a perícia dos enfermeiros, permitiram conduzir ao planeamento de uma estratégia eficiente na implementação do PIS.

O segundo estágio decorreu na Consulta de Enfermagem Pré-Operatória integrada no protocolo *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) de cirurgia colorretal do Hospital B, durante 3 dias (15, 22 e 29 novembro de 2019), evidenciando a intervenção

de enfermagem no período pré-operatório à pessoa com cancro colorretal. Identificando as *guidelines* preconizadas pela sociedade ERAS, as quais assentam numa abordagem multimodal projetada para a promoção da recuperação precoce das pessoas submetidas a cirurgias de grande porte, este contexto formativo permitiu analisar o papel do enfermeiro durante o pré-operatório, numa perspetiva inovadora que reflete os resultados oriundos da mais recente evidência científica na área.

O terceiro campo de estágio decorreu no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital C pertencente à ULS onde exerceu funções, de 4 novembro a 6 dezembro de 2019, instituição hospitalar onde será implementado o PIS. Permitiu aprofundar conhecimentos relativos aos procedimentos pré-operatórios existentes no serviço, contribuindo para a adequação das atividades existentes às futuras atividades englobadas pela VEPO, tendo em conta a continuidade dos cuidados, e com o propósito de maximizar o plano estratégico.

Por fim, o último contexto formativo correspondeu à implementação do projeto no meu contexto laboral, no Bloco Operatório do Hospital C, entre 9 de dezembro 2019 a 7 fevereiro de 2020, enquadrando a VEPO numa abordagem multidisciplinar do cuidado à pessoa com doença oncológica e sua família no período que antecede uma cirurgia.

O presente relatório de estágio encontra-se organizado em três capítulos. O primeiro capítulo surge após a introdução, e inicia-se com a fase de conceptualização teórica e análise dos resultados da evidência científica subjacente ao tema. O segundo capítulo contempla o desenvolvimento do projeto no qual se procede à descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas em cada campo de estágio, evidenciando os resultados obtidos e competências desenvolvidas. O último capítulo remete para a avaliação do percurso efetuado e contributos para a melhoria de cuidados de enfermagem prestados. Finaliza com uma breve conclusão do percurso efetuado, resultados obtidos e perspetivas futuras.

As atividades desenvolvidas enquadram-se igualmente nas competências do EEEMC na área de Enfermagem à pessoa em Situação Perioperatória, na prestação de cuidados inerentes à vivência de processos de saúde/doença vulneráveis, que necessitem de procedimentos cirúrgicos e anestésicos em ambiente perioperatório, na promoção da saúde, prevenção de eventos adversos e tratamento da doença,

assegurando a sua segurança, papel que o enfermeiro assume de forma similar durante a realização da VEPO (OE, 2019).

O documento foi elaborado segundo a norma APA do guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e redigido segundo o novo acordo ortográfico para a Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo enquadra o conhecimento disposto na literatura relativamente à temática em análise, indispensável à sustentação do problema, enquanto função de apoio e lógica. Para Fortin (1999), o enquadramento teórico representa “a ordenação dos conceitos e sub conceitos determinados no momento da formulação do problema para suportar teoricamente a análise posterior do objecto de estudo” (p. 93).

A revisão *scoping* sobre a temática da VEPO constituiu uma das atividades desenvolvidas neste percurso formativo, a qual será posteriormente explanada, contribuindo paralelamente para o suporte teórico deste capítulo.

1.1.A pessoa com doença oncológica face à perspetiva da cirurgia

O cancro é um termo genérico que engloba um grande grupo de doenças que partilham alterações na regulação da proliferação celular, sendo que essas células anormais podem invadir partes adjacentes do corpo e metastizar outros órgãos (WHO, 2018). Representa um importante problema de saúde pública, inclusive nos países desenvolvidos e um constante desafio para a área da oncologia, não só pela complexidade da doença, mas também pelo aumento de sobreviventes resultante dos sucessos terapêuticos (Albuquerque e Cabral, 2015; DGS, 2017). Enquadra-se enquanto doença crónica atendendo aos requisitos identificados pela WHO (2018), por ser uma doença de longa duração, potencialmente incapacitante e com aspetos multidimensionais.

O cancro assume-se como uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, a nível mundial, sendo responsável por 9,6 milhões de mortes, estando entre os mais mortais o cancro do pulmão (1,76 milhões de morte) e o colorretal (862 000 mortes), seguido do cancro do estômago, próstata e mama. (WHO, 2018). Em Portugal a incidência do cancro tem vindo igualmente a aumentar de forma regular a uma taxa de 3%, e ao nível da mortalidade assume-se como a segunda maior causa de morte (DGS, 2017).

A doença oncológica, assume-se como um evento crítico e ameaçador da integridade física e mental da pessoa, enquadrado numa realidade desconhecida, assustadora e stressante, de analogia semelhante à da experiência cirúrgica, a qual representa uma das modalidades mais comuns no tratamento do cancro (Ribeiro, 2010; DGS, 2017).

De acordo com Pereira (2013), a doença oncológica conduz a pessoa a perceber sentimentos de impotência e incapacitação para reagir aos problemas de forma adequada ou otimizada. Aliado a este facto, o mesmo autor menciona ainda que as incertezas decorrentes da possibilidade de recuperação e cura na doença oncológica, geram repercussões psicológicas que interferem nos seus modos de viver e sentir, sendo ainda que, cada pessoa enquanto ser individual com personalidade distinta, tem as suas formas específicas de reagir às adversidades. O impacto decorrente do diagnóstico de cancro evidencia não só, fragilidades físicas, mas também psicológicas, emergindo respostas emocionais de medo e raiva, ansiedade grave, depressão e *distress*, que apesar do seu aparente carácter negativo podem, contudo, revelar um potencial adaptativo muito importante (Ferreira, Santos e Bulcão, 2012), para qual o enfermeiro deve estar desperto.

Vivenciar a doença oncológica altera também o papel social da pessoa, evidenciando um quadro de vulnerabilidade social, por isolamento, incertezas quanto ao futuro, ameaça à vida, medo e vergonha, sofrimento e interrupção da atividade laboral e do curso normal de vida, numa sociedade excludente dos mais vulneráveis, onde o estigma social da doença oncológica enquanto doença dolorosa e incurável parece permanecer ao longo do tempo apesar dos avanços técnico-científicos (Carvalho, 2008; Karkow, Girardon-Perlini, Stamm, Camponogara, Terra e Viero, 2015). As consequências da doença oncológica estendem-se igualmente à estrutura familiar, podendo alterar os relacionamentos interpessoais, e impondo a necessidade de reorganização no sentido de atender às necessidades e cuidados do seu familiar (Carvalho, 2008).

A cirurgia traduz tanto o acesso ao diagnóstico como ao início do processo terapêutico ou paliativo, podendo ocorrer individualmente ou integrada numa abordagem multimodal, usualmente associada a tratamentos de radioterapia ou tratamentos sistémicos, no qual se enquadra a quimioterapia (Albuquerque e Cabral, 2015). A cirurgia assume-se como uma modalidade de tratamento local, constituindo o método mais eficaz e antigo de tratamento da doença oncológica localizada, privilegiando-se atualmente procedimentos cirúrgicos mais conservadores e menos agressivos a par da evolução em saúde (Albuquerque e Cabral, 2015; Tschanz et. al., 2016). Segundo estes autores, a cirurgia pode mesmo ter carácter curativo se o tumor primário ou órgão em que se localiza forem ressecados em conjunto com a remoção dos gânglios

linfáticos locorregionais, contudo, possibilita sempre um prognóstico mais favorável se realizada antes do aparecimento de metástases

Em Portugal, segundo dados da DGS (DGS, 2017), o número de cirurgias tem vindo a crescer exponencialmente, com 46.038 cirurgias realizadas no ano de 2015. Representa um aumento da procura de cirurgias no Sistema Nacional de Saúde por neoplasia maligna de 1,9% em 2015 face ao ano anterior, e um aumento da capacidade de resposta de 2,6%, que reflete a capacidade do mesmo em suprir o aumento de necessidades.

De acordo com Marek e Boehnlein (2003):

A cirurgia é uma experiência muito especial para cada doente, dependente dos factores de ordem psicossocial e fisiológica, que estejam subjacentes, sendo um factor de stress, que produz reacções de stress fisiológico (respostas neuroendocrinas) e psicológicas (ansiedade, medo). É também um factor de stress social, que requiere adaptação da família a mudanças, temporárias ou prolongadas, de funções. (p.528).

A cirurgia pode gerar alterações profundas e implicações na saúde e bem-estar físico e psicológico de cada um e nos seus padrões de vida, individuais e familiares, conduzindo a mudanças de diversas ordens, nomeadamente nas relações interpessoais, alterações de papéis, de identidade e de capacitação ou até mudanças nos padrões de comportamento (AESOP, 2006; Ribeiro, 2010).

Relativamente às alterações da imagem corporal subsequentes a uma cirurgia, estas poderão conduzir a transtornos de autoestima e/ou autoconceito, com reflexos substancialmente negativos na qualidade de vida da pessoa e família (Albuquerque e Cabral, 2015). Todavia os mesmos autores ressalvam que em cirurgias mutiladoras, as mudanças corporais podem ser perspetivadas pela pessoa enquanto fator de esperança, de cura e/ou sobrevivência. A esperança é identificada por Sales, Cassarotti, Piolli, Cristine, Matsuda e Wakiuchi (2014) como um sentimento capaz de fazer o ser humano com cancro olhar de forma positiva para o horizonte de sua vida sob uma nova perspetiva, acreditando que algo é possível mesmo quando se trata de uma doença crónica, como o cancro. De acordo com Winner, Wilson, Ronnekleiv-Kelly, Smith e Pawlik (2017), é usual que, caso a pessoa com doença oncológica não seja previamente esclarecida sobre a sua situação clínica, poderá estabelecer um falso otimismo ou expectativas irrealistas face à sua cirurgia e prognóstico, podendo o enfermeiro assumir-se como facilitador desse processo.

Na sua globalidade, a experiência cirúrgica desenvolve-se em três fases distintas, o pré-operatório (que corresponde ao período que antecede a cirurgia), o intraoperatório (período no qual o procedimento é efetuado) e o pós-operatório (que corresponde ao período posterior à cirurgia) (AESOP, 2006). De acordo com o mesmo autor, a junção de todas estas fases denomina-se de período perioperatório. Todavia, a problemática deste estudo abrange apenas o período pré-operatório, que segundo especifica Christóforo e Carvalho (2009), engloba o intervalo de tempo entre tomada de decisão relativa à aceitação da proposta cirúrgica e o momento do acolhimento da pessoa no BO.

Independentemente da fase em questão, finalidade ou repercussões, a cirurgia condiciona o comportamento humano pela ameaça iminente e consciencializada, induzindo respostas emocionais de ansiedade e medo na pessoa (Souza et al., 2010). O medo advém não só do procedimento cirúrgico, mas igualmente da anestesia, dor, medo de morte ou apenas do desconhecido em geral, e pode inclusive condicionar o modo como a pessoa percebe a sua doença e dificultar a aceitação da sua situação de saúde, a sua capacidade de resposta aos problemas assim como às mudanças que poderão ocorrer no seu próprio corpo após a cirurgia (Souza et al., 2010; Silva e Nakata, 2005).

Por outro lado, a ansiedade de acordo com a *International Council of Nurses* (ICN) é definida como “uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (ICN, 2016, p.40). O autor Townsend (2011) refere-se à ansiedade como “uma apreensão difusa que é vaga na sua natureza e está associada com sentimentos de incerteza e impotência” (p.17), podendo tornar-se adaptativa perante níveis baixos de ansiedade ou problemática se presente em níveis mais elevados, interferindo na capacidade de satisfação das suas necessidades básicas. De acordo com Serra (2011), a ansiedade define-se como uma reação psicofisiológica de alta complexidade, que surge da necessidade do organismo em lidar com algo que ameaça a homeostase e o equilíbrio interno da pessoa, neste caso concreto causado pela cirurgia.

Um estudo de Flório e Galvão (2003), evidenciou que a ansiedade é o diagnóstico de enfermagem que se apresenta com maior frequência no pré-operatório, estando presente em 86,6% das pessoas que iriam ser submetidas a procedimentos cirúrgicos, embora se mantenha presente nos restantes períodos do intra e pós-operatório. De

acordo com Silva, Soares, Lana, Birrer e Mostadeiro (2011), o período peri operatório pode tornar-se angustiante para a pessoa que o vivencia, gerando ansiedade e insegurança.

A ansiedade emerge ainda do desconforto da pessoa face à necessidade de hospitalização inerente à cirurgia, afetando a pessoa e toda a sua estrutura familiar, induzidas por mudanças nas rotinas, perda de controle e autonomia, distanciamento de familiares e amigos e até alterações económicas (Bastos e Fernandes, 2013; Cabete, 2005). Durante a hospitalização e cirurgia, a pessoa depara-se ainda com ambientes estranhos, repletos de tecnologias, rotinas e cuidados que desconhece, os quais poderão acrescer ansiedade e comprometer a efetividade da relação com o enfermeiro e a sua adaptação ao meio (AESOP, 2006; Bastos e Fernandes, 2013). No serviço do BO a complexidade é acrescida, pelo aparato tecnológico, indumentária específica dos profissionais e uso de máscara e touca, e ainda pelo isolamento e hostilidade do ambiente, que se apresenta como um ambiente físico frio e fechado, que estimula o silêncio e o distanciamento entre a equipe multidisciplinar e a pessoa, restringe a interação social no cuidado e transformando o cuidado num processo mecânico (Silva e Alvim, 2010; Jesus e Abreu, 2014). As intervenções de enfermagem centram-se na manutenção de um ambiente favorável ao cuidado, harmónico e equilibrado, de modo a torná-lo promotor de cuidados em prol da plena restauração da pessoa (Silva e Alvim, 2010).

Nos doentes oncológicos a prevalência da ansiedade é superior à da população em geral, e tem uma provável etiologia multifatorial, podendo acarretar complicações pós-operatório, aumento do tempo de internamento hospitalar e o aumento da mortalidade/morbilidade perioperatória, requerendo como tal uma intervenção proactiva dos enfermeiros na avaliação e tratamento individualizado consoante a entidade sindrómica (Albuquerque e Cabral, 2015; Pereira, 2013; Santos, Martins e Oliveira 2014). De acordo com Passos (2009) a pessoa com patologia maligna no período pré e pós-operatório apresenta uma larga propensão à depressão e ansiedade quando comparada com pessoas com patologia benigna, validando e reforçando a seleção do critério de inclusão da população alvo do projeto.

Pelas mudanças que induz na vida das pessoas e pelas respetivas repercussões que acarreta ao nível da sua saúde, a cirurgia assume-se como um processo de transição (Meleis, 2010). Segundo a mesma autora, o enfermeiro é o profissional de saúde mais capacitado para cuidar das pessoas que experienciam essa transição uma vez que

permanece mais tempo junto delas e detém os conhecimentos e a prática clínica que permitem o reconhecimento das suas necessidades, com vista à promoção de uma transição saudável.

Atendendo à complexidade da doença oncológica enquanto doença crónica e à interdependência pessoa/ambiente no decorrer de uma experiência cirúrgica, pode concluir-se que a prática dos cuidados de enfermagem no pré-operatório deverá centrar-se numa intervenção humanizada e personalizada, na finalidade de orientar a pessoa no sentido de promover uma transição positiva com vista ao restabelecimento do seu equilíbrio, envolvendo simultaneamente a família no processo, intervenção essa a que a VEPO oferece resposta.

1.2. A visita pré-operatória de enfermagem

A VEPO assume-se como uma intervenção autónoma de enfermagem de enfermagem que decorre no período pré-operatório, mais concretamente na véspera da cirurgia, permitindo estabelecer contato prévio entre o enfermeiro do BO e a pessoa que irá ser submetida a cirurgia, na intencionalidade de diminuir ansiedades, receios ou medos inerentes e permitir um conhecimento da pessoa que servirá de suporte na planificação das intervenções no intraoperatório (Melo, Teixeira, Novo, Figueiredo e Branco, 2013). Tem como objetivo “conhecer o doente, identificar os problemas existentes e prepará-lo psicologicamente para a cirurgia” (AESOP, 2006, p. 124). Os mesmos autores aludem que o contexto perioperatório novo e hostil a que a pessoa se confronta em determinado momento, faz despoletar uma situação de crise originando desequilíbrio físico e psicológico.

O enfermeiro que realiza a VEPO deve atender aos aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais da pessoa para estabelecer uma relação de empatia e confiança com a mesma, que lhe permita diagnosticar as necessidades, mediante as quais traçará um plano objetivo dos cuidados a prestar (Sadati, Mehdizadeh, Shoar, Tamannaie, Chaichian, 2013; Santos, Martins e Oliveira, 2014). De acordo com a AORN, “os doentes devem de ser avaliados no pré-operatório por um enfermeiro perioperatório, e que deve ficar registado e traçado um plano de cuidados individualizado” (2007, p. 965), clarificando ainda que “as intervenções de cuidados holísticos podem incluir a comunicação terapêutica (...) e deve começar com o encontro pré-operatório” (2007, p. 967).

A VEPO representa por isso o início do processo dos cuidados perioperatórios e integra uma atuação multidisciplinar na finalidade de satisfazer as necessidades das pessoas alvo dos cuidados com vista à humanização dos cuidados no BO (Melo et al., 2013). Permite aos enfermeiros uma assistência organizada, planeada e contínua das necessidades da pessoa proposta a cirurgia, inserida no seu contexto familiar, atendendo à promoção de um ambiente seguro nos cuidados e à consciencialização do evento crítico da cirurgia, conduzindo a pessoa e sua família a experienciarem uma vivência mais positiva (Bastos e Fernandes, 2013).

Segundo Souza et al. (2010) a intervenção de enfermagem no pré-operatório deve centrar-se no planeamento de intervenções que visem a adaptação do paciente à cirurgia e ao ambiente hospitalar, com a finalidade de promover a aceitação da pessoa à sua situação e a adoção de estratégias que permitam enfrentar o problema, proporcionando uma cirurgia tranquila e uma boa recuperação, reduzindo a probabilidade de complicações no decorrer de todo o período perioperatório.

Os benefícios da VEPO são inúmeros e indiscutíveis na medida em que a mesma pressupõe uma avaliação holística e reflexiva das necessidades identificadas para a pessoa proposta a cirurgia, facilita o processo de conhecer o doente, permite um acolhimento personalizado no BO, atende à individualidade da pessoa e reforça ainda o paciente enquanto sujeito ativo dos seus cuidados, quer através da promoção da validação do consentimento informado, quer através de estratégias de promoção de minimização de ansiedade e colaboração na planificação dos cuidados (Santos, Martins e Oliveira, 2014; Bastos e Fernandes, 2013). De acordo com Jesus e Abreu (2014), o consentimento informado torna-se válido quando é resultado de uma VEPO que alcançou os seus objetivos e capacita a pessoa de forma voluntária e informada, a decidir sobre a sua intervenção cirúrgica.

A VEPO deve iniciar-se através da interação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada e ser contínua ao longo de todo o processo cirúrgico, contudo a efetividade da relação entre ambos só se efetiva se existir autenticidade na relação em causa (Santos, Martins e Oliveira, 2014). Para Lourenço (2004) é fundamental que o enfermeiro esteja efetivamente presente na interação que estabelece com a pessoa e família, não apenas através da sua presença física. Reforça ainda que sempre que possível, a VEPO deve ser efetuada pelo enfermeiro do BO que irá acolher a pessoa no serviço

no dia da sua cirurgia, ou que a acompanhe durante o ato cirúrgico, assegurando como tal a continuidade dos cuidados peri operatórios. Num estudo de Melo et al. (2013) a grande maioria dos inquiridos considerou a VEPO útil, permitindo que se sentissem menos receosos e menos deprimidos, e mais satisfeitos por serem acolhidos no BO por alguém que já conheceram, reconhecendo a importância da VEPO na melhoria de qualidade nos cuidados de saúde.

A intervenção de enfermagem da VEPO é abrangente e complexa, consistindo numa avaliação global da pessoa (avaliação emocional, história anestésica prévia, identificação de alergias, entre outros), na promoção da educação em saúde na intencionalidade de preparar a pessoa para o procedimento cirúrgico e recuperação anestésica, promoção de conhecimentos, orientações e esclarecimento de dúvidas e ainda a promoção de apoio e segurança à pessoa cuidada e sua família (Sadati et al., 2013; Bastos e Fernandes, 2013).

Relativamente à promoção de conhecimentos relativos à sua cirurgia, anestesia e recuperação pós-operatória, a VEPO oferece um impacto benéfico na recuperação física e prevenção de complicações no pós-operatório (Sadati et al., 2013). É essencial que antes da cirurgia a pessoa seja devidamente informada relativamente aos benefícios, riscos e inerentes repercussões do seu tratamento cirúrgico, assim como do prognóstico futuro e possibilidade de recidiva de cancro pelo seu médico (Winner et. al., 2017), sendo que o enfermeiro pode validar essas informações ou esclarecer dúvidas durante a efetivação da VEPO. Para os mesmos autores, esta clarificação reforça não só a tomada de decisão, mas também o envolvimento da pessoa nos seus cuidados de saúde, conduzindo a uma maior capacitação e satisfação da pessoa. A promoção de conhecimentos por parte do enfermeiro é igualmente essencial no controlo e na diminuição dos níveis de ansiedade pré-operatória, permitindo desenvolver respostas adequadas às diferentes situações que a pessoa vivencia e possibilitando mais uma vez uma participação efetiva na tomada de decisão e gestão de perspetivas futuras (Gonçalves, Cerejo e Martins, 2017).

Gonçalves e Medeiros (2016), afirmam que a não realização da VEPO fragiliza o processo peri operatório interferindo diretamente nos níveis de ansiedade da pessoa, manifestando-se por repercussões hemodinâmicas de arritmias, taquicardia e hipertensão arterial, as quais podem inclusivamente conduzir ao cancelamento ou suspensão do ato cirúrgico, gerando, por conseguinte, mais ansiedade, estabelecendo-se desta forma um ciclo vicioso. Os resultados do estudo de Frias,

Costa e Sampaio (2010), confirmaram a redução dos níveis de ansiedade pré-operatória nas pessoas abrangidas pela VEPO, quando comparados a um grupo controle.

Enquanto cuidador, o enfermeiro do BO pode desmistificar todo o mistério envolto à cirurgia, descodificando os mitos e esclarecendo os requisitos necessários a um cuidado seguro no BO, ao revelar o desconhecido e antever os movimentos a que será exposto, e permitindo simultaneamente a livre expressão de sentimentos, receios, angústias e dúvidas (Jesus e Abreu, 2014). A exploração de sentimentos face a uma proposta cirúrgica deve então validada pelo enfermeiro na VEPO, todavia, Ferreira, Santos e Bulcão, (2012) inferem que na presença de doença oncológica torna-se ainda mais premente essa validação de sentimentos e emoções, pelo impacto e complexidade inerentes à doença, permitindo potenciar a eficácia da relação terapêutica e promover bem-estar emocional. Para Chirstóforo e Carvalho (2009), é fundamental que o enfermeiro no período que antecede uma cirurgia, conheça a pessoa alvo dos cuidados e explore as suas expectativas e sentimentos atuais, para que se possa planear um cuidado individualizado, determinado não só pelo estado físico e emocional da pessoa no momento em causa, mas também pelo tipo de cirurgia que lhe foi proposto, rotinas da instituição e necessidades particulares.

Relativamente à gestão de expectativas sobre a previsível mudança no seu corpo e decorrentes de possíveis resultantes da cirurgia e/ou tratamentos oncológicos, tais como cicatrizes, ostomias, amputação de membros, caquexia, alopecia, entre outras, é determinante que o enfermeiro auxilie na determinação real da extensão das mudanças corporais ocorridas e da sua funcionalidade e as oriente antecipadamente para a mudança, reforçando as estratégias de aceitação à nova situação e de promoção de autonomia, na finalidade de potenciar a sua qualidade de vida (Costa e Leite, 2009). De acordo com Meleis (2010), é fundamental que a pessoa consiga atribuir um significado à experiência e se adapte às mudanças, visando a obtenção de bem-estar da pessoa cuidada e sua família, através de um processo de transição o mais saudável e positivo possível (Meleis, 2010).

A VEPO constitui ainda um importante elo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoas proposta para cirurgia e sua família (Bastos e Fernandes, 2013), assumindo um papel preponderante no processo, enquanto estratégia facilitadora de uma transição saudável. A comunicação define-se como “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e

emoções entre pessoas.” (Phaneuf, 2005, p.23). Segundo Westerling e Bergbom (2008) a comunicação e interação do enfermeiro com a pessoa com doença oncológica e sua família no período perioperatório permite estabelecer uma relação efetiva entre ambos, refletindo efeitos positivos em relação ao momento que a pessoa está a vivenciar. De acordo com a AESOP (2006), o estabelecimento de uma relação com o doente oncológico durante a VEPO facilita o suporte psicológico e emocional, permitindo a redução da ansiedade e transmitindo segurança à pessoa proposta para cirurgia.

A vivência da experiência do cancro desenrola-se igualmente no seio da família, que experiencia de forma similar, sentimentos de choque, medo, angústia, tristeza e insegurança, relacionados com o estigma atribuído ao cancro enquanto doença dolorosa, incurável e associada a morte, gera sofrimento do seu familiar e origina mudanças impactantes no sistema familiar onde se insere (Karkow, et al, 2015; Albuquerque e Cabral, 2015). Neste âmbito, Karkow et al. (2015) reforça a importância do envolvimento da família na VEPO e remete para um cuidado de enfermagem centrado não só na pessoa, mas também nos seus familiares, atendendo à satisfação das necessidades emocionais, individuais e coletivas, dos familiares, desenvolvendo uma escuta aberta e acolhedora e oferecendo suporte emocional. Também Santos, Aquino, Chibante e Espírito Santo (2013) sugerem que o enfermeiro reconheça a família enquanto foco adicional de atenção, incentive a sua participação no processo de cuidado à pessoa e a capacite enquanto elemento fundamental para a recuperação e manutenção da saúde do seu familiar após a alta.

Facilmente se depreende que a VEPO deverá ser um padrão de cuidados consistente nas instituições de saúde na medida em que oferece uma resposta favorável às demandas do período pré-operatório na pessoa com doença oncológica, proporcionando a orientação no ambiente pré-operatório segundo uma dimensão humanista e menos tecnicista dos enfermeiros perioperatórios, que valoriza não só os aspetos físicos, mas também emocionais inerentes à cirurgia (Silva e Nakata, 2005; Lemos, Lemos-Neto, Barrucandb, Verçosa e Tibirica, 2019). Assume-se como um instrumento valioso na prestação de cuidados de excelência à pessoa proposta para cirurgia, permitindo que a pessoa se integre e coopere em todo o processo perioperatório (Bastos e Fernandes, 2013), e subsequentemente vivencie uma transição saudável.

1.3. O enfermeiro na promoção de uma transição saudável na pessoa proposta a cirurgia

O cuidar é o elemento central da profissão de enfermagem, que se realça como uma profissão única e privilegiada na prestação de cuidados de saúde pela sua abrangência da pessoa no seu todo (Hesbeen, 2000). A essência da enfermagem assenta no cuidado ao outro enquanto ato de vida, apresentando uma infimidade de atividades que visam a satisfação das suas necessidades (Collière, 1999), numa relação de proximidade com a pessoa doente e sua família, entre elas a VEPO. A VEPO visa a satisfação das necessidades das pessoas propostas para cirurgia e sua família no período pré-operatório, através de um plano de cuidados personalizado, e baseado num cuidado humanizado, o qual caracteriza a profissão de enfermagem (AESOP, 2006), com vista à promoção do processo de transição associado a essa experiência.

O enfermeiro através da sua função de educador e de ajuda, é o profissional mais capacitado para cuidar e apoiar as pessoas em processo de transição, assegurando uma boa adaptação à nova realidade e conseqüentemente uma transição saudável, intervindo nas diferentes etapas e pontos críticos da vivência de experiências de vida, com vista à manutenção do bem-estar da pessoa e sua família (Meleis, 2010).

De acordo com Meleis (2010), as transições são caracterizadas como processos de passagem de uma fase da vida, condição ou estatuto para outra, referindo-se não só ao processo, mas também ao resultado de complexas interações com o ambiente e multidisciplinares, caracterizadas pelo fluxo e movimento ao longo do tempo. A mesma autora menciona ainda que as transições conduzem a alterações de processos, papéis ou de estados, como resultado de novos conhecimentos e de estímulos, na intencionalidade de gerar mudanças comportamentais e uma outra definição de si no contexto social onde se insere, sendo acompanhadas por uma ampla gama de emoções, podendo gerar sentimentos de perda resultantes da dificuldade em gerir as mudanças ou momentos de crise ou contrariamente proporcionar mudanças agradáveis e beneficiadoras para a pessoa uma vez que adquire novas capacidades e novos conhecimentos, neste âmbito, sendo que a VEPO se assume como um momento privilegiado na concretização desse objetivo.

O referencial teórico de Afaf Meleis possibilita a compreensão da problemática em estudo, enquadrando a cirurgia e a doença crónica (oncológica) como dois eventos

críticos e indissociáveis, que se coadunam enquanto processos de transições (Meleis, 2010). Reforça por outro lado a relevância da VEPO na consciencialização das experiências vivenciadas e na capacitação da pessoa para lidar com as mudanças e na reorganização consigo mesmo, promovendo o envolvimento da pessoa nos seus cuidados de saúde e evitando consequências negativas de forma a melhorar os resultados em saúde (AESOP, 2006; Bastos e Fernandes, 2013; Meleis, 2010).

Na teoria das transições, Meleis reconhece a existência de três construtos basilares aos processos de transição, os quais orientam as práticas de enfermagem, nomeadamente: a natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras das transições e os padrões de resposta (Meleis, 2010), conforme disposto na figura seguinte (figura 1).

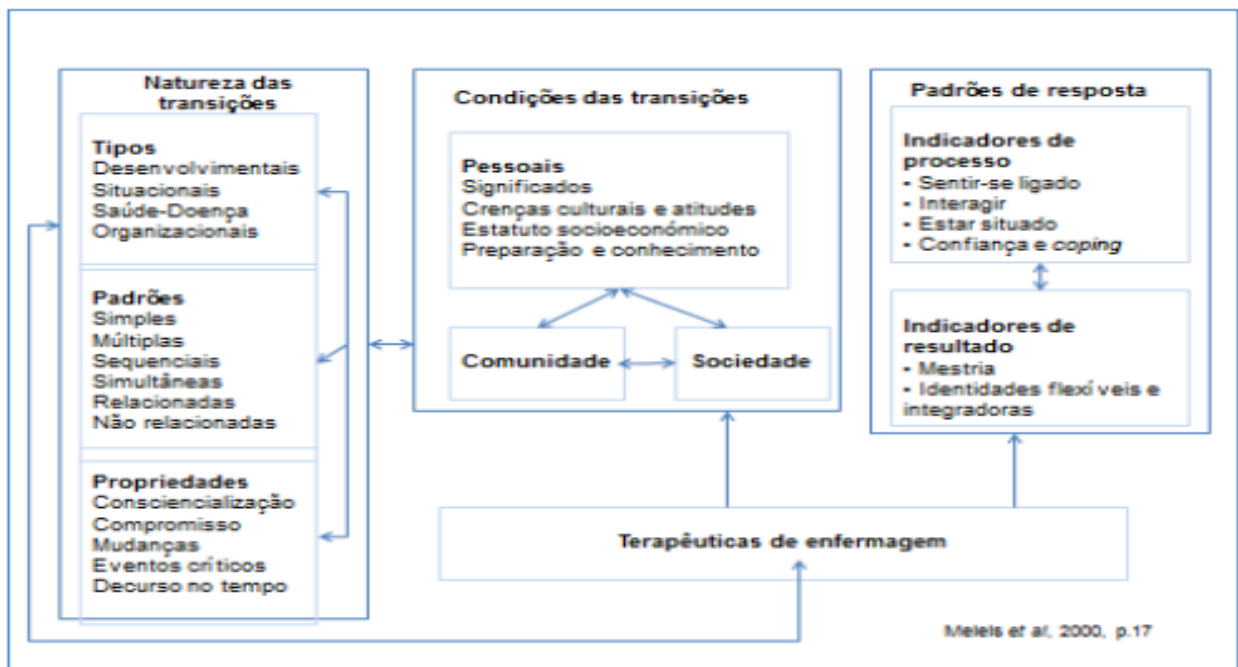


Figura 1 – Teoria da Transição de Afaf Meleis (Meleis, Sawyer, Im, Messia e Schumacher, 2000)

Segundo Meleis (2010), a natureza da transição pode referir-se ao tipo de transição, padrão ou á propriedades da mesma. Relativamente à natureza da transição, a mesma autora sugere que ao longo do seu percurso de vida, a pessoa vivencia múltiplos processos de transições de natureza distinta, nomeadamente as transições de saúde-doença, as transições de desenvolvimento, situacionais ou ainda organizacionais. As transições de saúde-doença definem-se como mudanças significativas na condição de saúde da pessoa, que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença crónica ou de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar (Meleis, 2010). A pessoa com doença oncológica que é

proposta para intervenção cirúrgica, vivencia então uma transição de saúde-doença, decorrente da vivência de dois eventos críticos, a doença crônica oncológica e a cirurgia, ocorrendo enquanto padrão múltiplo, relacionado, simultâneo ou sequencial, conforme o encadeamento temporal entre o diagnóstico e a proposta cirúrgica (Meleis, 2010).

Relativamente às propriedades para as experiências de transição, Meleis (2010) considera a existência de cinco propriedades distintas, nomeadamente: a consciência, o compromisso, a mudança, os períodos da experiência (decorso no tempo) e ainda os pontos críticos e eventos (sendo que algumas transições estão associadas a um evento identificável que serve de referência, enquanto noutras poderão não ser tão evidentes).

De acordo com Meleis, Sawyer, Im, Messia e Schumacher (2000), a consciência da pessoa sobre a ocorrência da sua transição está relacionada com a sua perceção e o seu conhecimento sobre a situação. Nesse contexto é determinante que as necessidades educativas da pessoa sejam satisfeitas, conduzindo à aquisição de domínio (mestria) de competências e comportamentos necessários à gestão das novas situações (Meleis et al., 2000), indicador de resultado alcançado através da efetivação da VEPO. Por outro lado, o compromisso representa o nível de envolvimento da pessoa na transição, sendo que uma pessoa que está consciente das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais vivenciadas será diferente do envolvimento de uma pessoa que está desatenta a tais mudanças (Meleis et al., 2000), consciência esta igualmente promovida pelo enfermeiro na VEPO.

Para compreender as experiências das pessoas durante as suas transições, é necessário identificar as condições da transição que facilitam ou dificultam a realização de uma transição saudável, nomeadamente: pessoais, da comunidade ou da sociedade (Meleis et al., 2000). De acordo com os mesmos autores, as condições pessoais englobam os significados; crenças e atitudes culturais; status socioeconómico; a preparação e o conhecimento, enquanto que as condições da comunidade se reportam ao suporte familiar e informação. Assumindo que as relações que a pessoa estabelece com o meio (com familiares, amigos, profissionais de saúde, entre outros) constituem fontes privilegiadas de informação (Meleis et al., 2000), a VEPO reforça o envolvimento da família na interação e explora junto da pessoa cuidada e sua família os significados que os mesmos atribuem à experiência de forma a intervir adequadamente.

A preparação e o conhecimento são condições essenciais que facilitam a transição e podem ser alcançadas através da efetivação da VEPO, na medida em que segundo a AESOP (2006), o enfermeiro procura promover a melhoria de conhecimentos relativos à socialização do ambiente hostil do BO, familiarizando a pessoa com as suas características ambientais, equipamentos e rotinas pré-operatórias, evitando potenciar a ansiedade já inerente ao procedimento cirúrgico, podendo desta forma a preparação e o conhecimento assumir-se enquanto condições facilitadoras da transição. É fundamental que através da VEPO as pessoas possam ficar mais despertas para a eventualidade da ocorrência de complicações pós-operatórias, pelo que o enfermeiro tem a função de transmitir essas informações antecipadamente, para que as pessoas os possam identificar precocemente, assumindo-se paralelamente enquanto sujeito ativo dos seus cuidados de saúde, e evitando a presença de fatores inibidores da transição (AESOP, 2006). Segundo Meleis et al. (2000) o apoio inadequado, os conselhos não solicitados ou negativos, assim como as informações contraditórias ou insuficientes poderão ser considerados fatores inibidores de uma transição saudável.

De forma a atender aos padrões de resposta da transição, Meleis et al. (2000) enuncia dois tipos de indicadores, os de processo e de resultado, que auxiliam a avaliação do enfermeiro e permitem traduzir se a transição se constituiu como evento positivo na vida da pessoa. Os indicadores de processo incluem a necessidade da pessoa se sentir integrada e manter-se integrada num determinado contexto, as interações, sentir-se situado e desenvolver confiança e *coping*, sendo que a VEPO intervém na obtenção desses mesmos indicadores. Relativamente aos indicadores de resultados, estes incluem mestria e identidades flexíveis e integradoras, com recurso ao desenvolvimento de competências da pessoa e à promoção de conhecimentos.

Segundo Meleis et al. (2000), através de uma visão completa e aprofundada da pessoa em transição é possível estabelecer as orientações adequadas ao exercício profissional do enfermeiro, possibilitando a utilização de estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição vivenciada.

Pode concluir-se que a transição é o conceito central da enfermagem, e o enfermeiro o profissional de saúde mais capacitado para lidar com as pessoas que experienciam transições, providenciando ganhos visíveis aos cuidados em saúde.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi desenvolvido um projeto de intervenção em serviço na área da VEPO à pessoa com doença oncológica, ao longo de quatro estágios distintos.

Segundo Hesbeen, W. (2000), “O estágio é a ocasião de o estudante descobrir a realidade das situações de vida”(…)“é no estágio que estes podem descobrir concretamente o que significa prestar atenção particular ao outro através de todas aquelas «pequenas coisas» que constituem os cuidados de enfermagem” (p.136). Neste âmbito foram selecionados quatro campos de estágio distintos, dois em BO, um no serviço de cirurgia geral e outro na consulta de enfermagem pré-operatória.

Este capítulo enquadra a fase metodológica na qual “o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses” (Fortin, 2009, p.53). Neste sentido, o percurso formativo e a elaboração deste relatório foram desenvolvidos de acordo com as etapas preconizadas pela metodologia de projeto. Segundo Rui, Ferrito e Nunes (2010), esta metodologia “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução...é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência” (pg. 2). As mesmas autoras afirmam que se trata de uma metodologia reflexiva, uma vez que “é baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolve-los através de ações práticas” (p.5), na qual os destinatários do projeto assumem o papel de sujeitos ativos ao conhecer e transformar a sua própria realidade.

A elaboração do diagnóstico da situação teve por base o método de análise SWOT, a entrevista à chefia de enfermagem do serviço e a sondagem de opinião entre pares. A calendarização das atividades planeadas em cronograma foi criteriosamente respeitada em todas os contextos formativos. Relativamente às atividades contempladas neste projeto, as mesmas incluíram um leque vasto de possibilidades de intervenção, explanadas ao longo deste capítulo, entre as quais se destaca a Revisão Sistemática da Literatura - *Scoping Review*, enquanto suporte teórico do projeto, uma revisão que mapeou a evidência científica relativamente à problemática da VEPO à pessoa com doença oncológica.

Neste capítulo será efetuada a análise do percurso desenvolvido em cada campo de estágio, explanando os objetivos propostos gerais e específicos, e respetivas atividades e recursos necessários, bem como uma análise crítica dos resultados obtidos com base na evidência científica, sustentado pelo referencial teórico da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Serão ainda evidenciadas as questões éticas e deontológicas inerentes e as competências desenvolvidas enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Para cada campo de estágio seguem-se os objetivos gerais estabelecidos, enquanto que os objetivos específicos serão evidenciados em letra bold.

2.1. Atividades desenvolvidas

2.1.1. Bloco Operatório – Hospital A

O primeiro estágio decorreu no Bloco Operatório de um Centro Hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo, entre 23 de setembro e 3 de novembro de 2019, com a totalidade de 125 horas. Como objetivo geral estabeleci desenvolver competências de EEEMC, na vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito da realização da VEPO à pessoa com doença oncológica proposto para cirurgia.

A seleção deste campo de estágio relacionou-se com a evidência de uma efetivação regular da visita de enfermagem, pré e pós-operatória, a todas as pessoas propostas para cirurgia neste hospital, independentemente do seu diagnóstico e/ou especialidade cirúrgica, enquadrando a cirurgia enquanto transição de saúde-doença. A legitimidade do sucesso da manutenção da intervenção de enfermagem ao longo do tempo nesta instituição hospitalar demandou uma análise pormenorizada do percurso efetuado e das metodologias adotadas, pressupondo igualmente perícia dos enfermeiros que executam a VEPO. De acordo com Benner (2001), a aquisição de competências de perícia corresponde à de enfermeiro perito, na qual se denota uma enorme experiência, compreensão plena e intuitiva de cada situação e uma ação baseada na compreensão profunda da situação global, garantindo-se a excelência do cuidar através da transmissão dessas mesmas competências nos contextos de cuidados.

- **Integrar a equipa multidisciplinar do serviço e a dinâmica funcional e organizacional**

Para a concretização deste objetivo apresentei o projeto ao enfermeiro chefe do serviço e ao orientador de estágio, através da exposição verbal do mesmo, na intencionalidade de potenciar a experiência de estágio na consecução dos objetivos propostos. Privilegiei uma comunicação clara e objetiva, e não se identificou qualquer dificuldade na transmissão dos objetivos e estratégias planeados para o PIS. Ambos manifestaram total apoio e incentivo ao desenvolvimento do projeto, reforçando a importância do envolvimento da equipa de enfermagem no processo.

Realizei ainda as atividades de realização da visita guiada ao serviço e a consulta de documentos (normas, protocolos setoriais e recomendações de boas práticas), no âmbito da VEPO, que permitam enquadrar e identificar a sua dinâmica estrutural.

A VEPO neste serviço surgiu como um dos indicadores de qualidade do BO, serviço acreditado pelo departamento de qualidade do Modelo de Andaluzia. Este modelo de acreditação reporta-se a um modelo sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, pelo que foi adotado oficialmente em várias instituições de saúde do nosso país (DGS, 2014). A filosofia de cuidados da VEPO neste serviço integra as dimensões da qualidade preconizadas pela DGS (2014), na “organização de prestação de cuidados mais descentralizada e centrada na pessoa, nas suas necessidades, expectativas e direitos” (p. 17), considerando a pessoa enquanto centro do sistema de saúde, atendendo ao desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde e à monitorização de resultados. Enquadra ainda nos pressupostos de enfermagem avançada da AORN (2020), no qual o enfermeiro perioperatório se deve focar no suporte à pessoa cuidada atendendo à promoção da sua autonomia e bem-estar, reconhecer as respostas psicológicas inerentes à experiência cirúrgica e planear o suporte adequado, assegurando o direito à sua segurança. Infelizmente a instituição hospitalar onde irá ser implementado o PIS não dispõe de nenhum modelo de acreditação em saúde, todavia preconiza-se que a implementação da VEPO possa vir a atender às dimensões da qualidade da DGS.

Por se tratar de um serviço acreditado, dispõe de uma organização exemplar e vasta documentação, englobando intervenções de enfermagem e indicadores de avaliação criteriosamente definidos, na finalidade de melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem na instituição, e manutenção da acreditação, pelo que despendi de mais

tempo que o previsto nas atividades anteriores, embora o constrangimento contribuísse para uma análise mais pormenorizada e fidedigna.

Elaborei a descrição escrita relativa à caracterização do serviço do BO e da VEPO, tendo em conta as suas dinâmicas funcionais e organizacionais dispostas em apêndice (apêndice 1). Salienta-se que a estratégia de implementação do projeto da VEPO neste serviço embora tenha sofrido alterações ao longo dos anos, perpetuou-se sem interrupções, com taxas de efetividade elevada, sendo que identifiquei dois elementos chave para este sucesso. A responsabilização do enfermeiro ao ser destacado diariamente em exclusivo para a realização da VEPO, atende à responsabilização e disponibilidade integral do enfermeiro para o cumprimento da atividade. Por outro lado, a motivação do enfermeiro pela realização de uma intervenção autónoma de enfermagem que reflete um indicador de qualidade em saúde, concretamente a satisfação do utente.

Constatei ainda que esta a VEPO engloba ainda o recurso a um guia de acolhimento ao BO a ser entregue às pessoas no momento de realização da VEPO (anexo 1). O guia de acolhimento parece ser uma estratégia eficiente na promoção de conhecimentos e na socialização ao BO, uma vez que detém inclusive pequenas imagens ilustrativas reais do BO, estratégia que será certamente incluída no PIS. De acordo com os resultados de um estudo de Melo et al. (2013) relativo à opinião das pessoas abrangidas pela VEPO, no que concerne aos aspetos relevantes da VEPO, 78,4% da amostra evidenciou a oferta de um folheto informativo, enquanto que como acontecimento marcante enquanto que 29,3% da amostra mencionou o esclarecimento. No que concerne à utilidade da VEPO, 68% da amostra reconheceram-na enquanto muito útil, fundamentando que a mesma lhes proporcionou mais informação (81,8%) e proporcionou o esclarecimento de dúvidas (24,2%).

De evidenciar que os registos da VEPO são dispostos informaticamente em programa específico denominado de *VISPOE*, refletindo a obtenção de resultados mensuráveis. Embora disponham de um tablet para efetuar o registo de enfermagem da VEPO junto da pessoa cuidada, a maioria dos enfermeiros expressou que o instrumento em causa não é prático e limita a interação e comunicação com a pessoa cuidada, pelo que habitualmente recolhem os dados em papel e inserem-nos à posteriori nos computadores do serviço, revelando-se como tal numa estratégia ineficaz, pelo que

se conclui que o planeamento do PIS deverá englobar uma folha de registos de enfermagem em papel.

Elaborei ainda um poster do percurso da VEPO neste hospital (apêndice 2), na intencionalidade de se proceder à caracterização da mesma e ao balanço da intervenção de enfermagem entre 2012 (início da sua implementação no serviço) e o ano de 2018, permitindo identificar as estratégias facilitadoras que legitimam o seu sucesso ao longo de 6 anos. Os resultados evidenciaram que a VEPO se encontra devidamente regulamentada em protocolo setorial da instituição, no qual constam os objetivos e modo operativo, funções inerentes e ainda os indicadores de avaliação da atividade, encontrando-se bem estruturada e criteriosamente definida, devendo ser projetada no PIS a inclusão de uma norma apostando numa estratégia consistente que facilite a orientação da equipa multidisciplinar. O protocolo da VEPO abrange enquanto critério de inclusão populacional, todas as pessoas adultas propostas para cirurgias, independentemente do diagnóstico e da especialidade cirúrgica, em dois períodos distintos, visita pré e pós-operatória, requerendo como tal um conhecimento mais abrangente e maior perícia por parte do enfermeiro.

O protocolo setorial contempla a análise mensal de dois indicadores de avaliação, a taxa de efetividade da VEPO e o inquérito de satisfação das pessoas abrangidas pela intervenção, na finalidade de manutenção da qualificação e correção de desvios, pelo que serão transpostos para o PIS na medida em que permitem uma análise objetiva da intervenção de enfermagem no pré-operatório no âmbito da promoção de uma transição cirúrgica saudável. O balanço da efetividade da VEPO ao longo dos anos evidenciou a manutenção de taxas elevadas, entre 95 a 100%, refletindo uma estratégia aparentemente eficiente e o empenho e motivação da equipa de enfermagem em assegurar a VEPO no serviço, focos a abranger similarmente no PIS. As elevadas taxas de efetividade podem, todavia, ser questionáveis, na medida em que o protocolo exclui do cálculo da efetividade o incumprimento da VEPO pela não admissão da pessoa no serviço no período da manhã (situação cada vez mais recorrente por motivos administrativos).

Relativamente aos inquéritos de satisfação da VEPO, os resultados evidenciaram que entre 2012 e 2018, 100% das pessoas abrangidas manifestaram-se totalmente satisfeitas. Todavia salienta-se que a aplicação dos inquéritos é efetuada pelos enfermeiros do BO no pós-operatório sob entrevista verbal, o que poderá inibir a resposta da pessoa por constrangimento. Por outro lado, o inquérito utiliza uma escala

de Likert numérica, de 4 valores, pouco precisa. Reforça-se ainda que as questões colocadas se relacionam maioritariamente com a prestação do enfermeiro no intraoperatório, sendo que apenas uma das questões se refere à avaliação da linguagem utilizada na VEPO, pelo que se conclui que a avaliação da intervenção de enfermagem da VEPO ficou aquém das expectativas.

A existência de pastas anuais com a avaliação dos indicadores de qualidade da VEPO no serviço facilitou bastante a realização da atividade. A maior dificuldade centrou-se na seleção da informação a dispor no poster uma vez que teria de ser sucinta, objetiva e clara.

- **Prestar cuidados de enfermagem no âmbito da realização da VEPO**

A primeira atividade para alcançar este objetivo foi a realização de uma entrevista semi-estruturada a um perito no âmbito da VEPO, um dos responsáveis do serviço e autor do protocolo setorial do serviço, recorrendo a questões abertas. As questões colocadas objetivaram analisar a estratégia da VEPO no serviço, a sua relevância e a capacitação do enfermeiro, na perspetiva do perito. Apresentei a análise do conteúdo da entrevista em apêndice (apêndice 3). Decorreu sem intercorrências, e conclui-se que o perito atribui o sucesso em causa a uma estratégia integrada, com a sensibilização e motivação da equipa para a problemática, e a disponibilidade exclusiva do enfermeiro para tarefa no dia agendado, embora a distribuição dos enfermeiros seja aleatória e rotativa, permitindo promover a capacitação e treino de todos os profissionais.

Valorizei os dados recolhidos verbalmente em sondagens de opiniões aos enfermeiros do serviço, sendo que globalmente todos consideraram a VEPO benéfica para ambos os intervenientes (enfermeiro e pessoa/família) e gratificante.

A atividade de identificação das intervenções de enfermagem promotoras da transição cirúrgica do doente no pré-operatório foi outra atividade desenvolvida, suportada pelo recurso à evidência científica através da elaboração de uma *revisão scoping* (apêndice 4), intitulada de: “*Contributos da VEPO na promoção de uma transição saudável na pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia*”. A pesquisa de evidência científica reportou-se ao período compreendido entre o ano de 2010 e 2019, tendo como base de dados a MEDLINE e CINAHL, e obedecendo aos princípios preconizados pelo The *Joanna Briggs Institute* (2015). Foi uma tarefa exaustiva e

complexa, contudo essencial ao contributo do desenvolvimento da profissão de enfermagem e à sua visibilidade.

Numa fase inicial realizei ainda a atividade de observação contínua dos cuidados de enfermagem na realização da VEPO, acompanhando os pares na intervenção. Foram realizadas 18 observações de VEPO de diversas especialidades. Globalmente todos os enfermeiros utilizaram uma linguagem clara e simples, utilizando preferencialmente questões abertas, não se limitando à recolha de dados disposta na folha de registos de enfermagem da VEPO. Regra geral, todas as VEPO se iniciaram com uma avaliação inicial da pessoa que permite a recolha de dados pessoais, sociais e de saúde (antecedentes de doenças/cirurgias e medicação) e ainda o estabelecimento da relação inicial com a pessoa, assim como identificar os fatores de risco presentes de forma a intervir e traçar um plano de cuidados. Em todas as visitas foi preconizado, sempre que possível, o envolvimento da família, aspeto relevante que deverá ser igualmente incentivado no PIS.

Os enfermeiros peritos exploraram as condições pessoais da transição, concretamente o estado emocional da pessoa, a gestão de expectativas e a presença de alterações nas atividades de vida decorrentes da cirurgia e da doença oncológica, de forma a intervir e atribuírem um significado à experiência. A socialização ao ambiente do BO foi efetuada permanentemente através da partilha verbal de conhecimentos relativos ao percurso perioperatório, características físicas e ambientais do BO, equipamentos e vestuário, e complementada com a entrega de um guia informativo com imagens reais do serviço.

Na preparação da pessoa para a cirurgia e promoção de conhecimentos relacionados, durante a VEPO o enfermeiro abordou as rotinas pré-operatórias existentes e importância do seu cumprimento, medidas de controlo de dor e estratégias de promoção no âmbito do conforto, autonomia e recuperação pós-operatória, consoante as necessidades detetadas na pessoa/família em causa. Constatei ainda que na VEPO o enfermeiro procedeu à validação do consentimento informado cirúrgico e anestésico.

Através destas observações, monitorizei a presença de elementos dificultadores no cuidado à pessoa no pré-operatório, identificadas por Meleis, enquanto prejudiciais à transição, e para as quais o enfermeiro deve estar alerta e intervir. A sua exposição estabeleceu o indicador de avaliação da atividade que se passa a citar:

Elementos dificultadores pessoais:

- ✓ falta de conhecimentos sobre a doença e/ou cirurgia – 13 casos
- ✓ comorbilidades (doenças e outras cirurgias associadas) – 15 casos
- ✓ crenças de saúde e/ou religiosas – 6 casos
- ✓ ansiedade relacionada com medo da cirurgia e/ou tratamentos, incertezas e expectativas irrealistas – 18 casos

Elementos dificultadores interpessoais

- ✓ falta de suporte social – 5 casos
- ✓ falta de suporte familiar – 6 casos
- ✓ exigências laborais – 8 casos
- ✓ prestação de cuidados a terceiros- 2 casos

Os resultados evidenciam que as barreiras físicas superam em larga escala as barreiras interpessoais, sendo que a ansiedade esteve presente nas 18 observações da VEPO, embora manifestadas de forma distinta. Relativamente às variáveis do meio ambiental onde decorre os cuidados de saúde durante a VEPO, salienta-se que as visitas foram realizadas, regra geral, junto da unidade da pessoa, em quartos partilhados, não dispondo de nenhuma sala específica para a sua realização.

Embora a disponibilidade temporal do enfermeiro para a atividade fosse integral, uma vez que o enfermeiro que assegura as visitas de enfermagem, pré e pós-operatórias, é distribuído exclusivamente para a execução dessa tarefa, optou-se por parametrizar a duração das visitas. A duração média da VEPO foi de 20 a 30 minutos, e os enfermeiros peritos revelaram que evitam transpor esse período temporal, pela probabilidade de gerar uma ansiedade acrescida, despoletar emoções negativas ou induzir mais dúvidas pelo excesso de informações/conhecimentos partilhados. Atestei ainda que algumas pessoas se demonstraram menos disponíveis e mais dispersas no final das visitas, ou sempre que a comunicação era pouco clara e menos objetiva por parte dos enfermeiros.

Elaborei também um jornal de aprendizagem com recurso ao ciclo de *Gibbs*, referente à realização da VEPO a uma pessoa com doença oncológica intestinal (apêndice 5). Esta prática reflexiva centra-se na aprendizagem através de experiências que envolvam sentimentos, pensamentos e recomendações pré, pós e na ação, que visem melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, na intencionalidade do

desenvolvimento de profissionais autónomos, críticos e autoconsciente (Peixoto e Peixoto, 2016). A atividade foi desempenhada com alguma dificuldade, não só porque nunca tinha elaborado este tipo de reflexão, mas também pela dificuldade na escolha da experiência dada individualidade inerente a cada transição cirúrgica. Os resultados da reflexão reafirmaram o papel do enfermeiro do BO no período pré-operatório na promoção da transição cirúrgica decorrente de cancro colorretal e na qualidade de vida da pessoa/família com esta doença crónica. Por outro lado, validaram a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, reforçando o encaminhamento do enfermeiro do BO para outros profissionais de saúde no sentido da continuidade e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente para consulta de enfermagem de estomaterapia.

Outras das atividades desenvolvidas consistiu na elaboração de uma listagem com a identificação dos diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem inerentes à realização da VEPO com vista à promoção de uma transição positiva (apêndice 6). A listagem foi elaborada de acordo com os dados oriundos da evidência científica, estabelecendo uma analogia com a linguagem da Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2016), conforme preconizado pelo departamento de qualidade do hospital onde será implementado o PIS. Foi uma atividade bastante exigente e de difícil concretização, uma vez que no desempenho das minhas funções no BO não está instituída a linguagem CIPE, tornando-se ainda mais desafiante efetuar o mapeamento dos diagnósticos e intervenções, pela sua abrangência e complexidade, sendo que recorri à ajuda da enfermeira responsável pelo departamento de qualidade no hospital onde exerço funções.

Numa fase posterior procedi à realização autónoma da VEPO na intencionalidade de adquirir perícia na área, sendo que para Benner (2001), o enfermeiro ao longo da vida profissional, desenvolve as suas competências de forma gradual e temporal, através da aprendizagem experiencial numa área específica na qual se testam propostas, hipóteses e expectativas ocorridas em situações reais da prática de cuidados.

Neste serviço assegurei as atividades de realização da visita pré e pós-operatória de enfermagem, não limitando o foco de intervenção ao período em estudo (pré-operatório), mas alargando ao período pós-operatório, o que permitiu reforçar o treino de comunicação. Ressalvo a contínua supervisão do enfermeiro orientador ou de outros colega perito em todas as visitas realizadas, fator positivo na manutenção da

tranquilidade e segurança, e no esclarecimento de dúvidas de ordem institucional. Os resultados foram registados nos seguintes gráficos (gráfico 1, 2 e 3).



Gráfico 1 – Número de Visitas de Enfermagem Pré e Pós-Operatórias realizadas

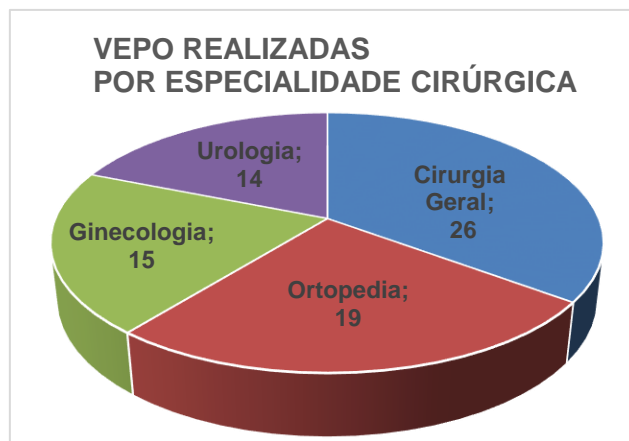


Gráfico 2 – Número de VEPO realizadas por especialidade cirúrgica

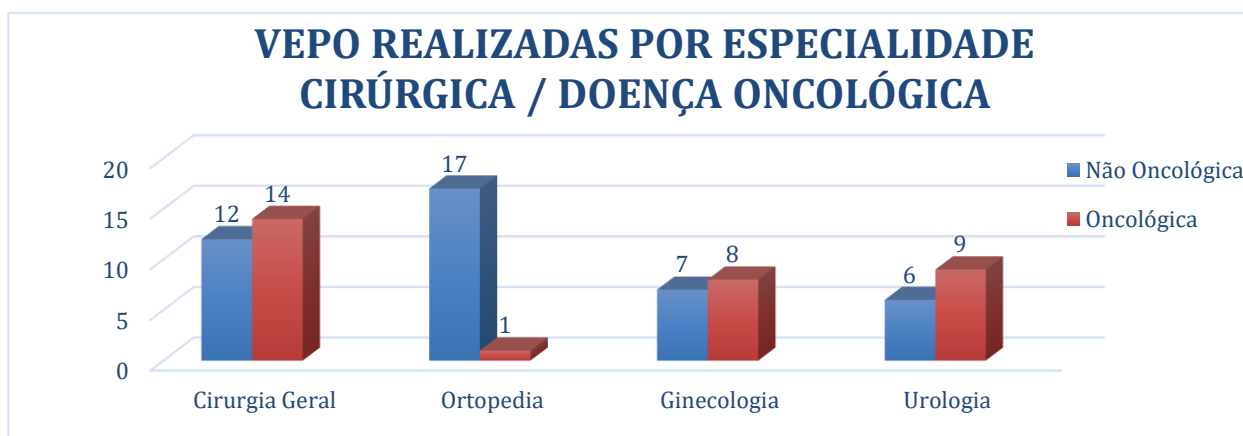


Gráfico 3 – Número de Visitas de Enfermagem Pré-Operatórias realizadas por especialidade cirúrgica e doença oncológica

Os resultados evidenciaram que realizei 74 visitas pré-operatórias, entre as quais 42 por doença oncológica, e 61 visitas pós-operatórias. A amostra foi bastante representativa para a aquisição de competências de perícia (5º estágio), conforme menciona Benner (2001), enquanto fenómeno evolutivo no qual,

a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (...) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num leque de soluções e de diagnósticos estéreis (p.52).

Pela consistência da VEPO no serviço e pela existência de uma consulta multidisciplinar de senologia, lancei um desafio à enfermeira orientadora, sugerindo

integrar na VEPO da área de senologia, a avaliação de *distress* nas pessoas com cancro de mama, enquanto intervenção complementar a ser aplicável pelos enfermeiros do BO e enfermeiros das consultas externas, na perspetiva de continuidade dos cuidados. Segundo a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) (2017), durante a trajetória de doença oncológica todas as pessoas experienciam em algum momento algum nível de *distress*, uma experiência desagradável de natureza física, mental, social ou espiritual que interfere na capacidade de lidar com a doença, podendo interferir na maneira de pensar, sentir ou agir, e desta forma consequentemente condicionar a transição associada à experiência cirúrgica. Neste âmbito foi adicionada uma nova atividade de enfermagem não contemplada em cronograma, a realização de uma sessão de formação com o título: “*Distress* – instrumento de apoio à VEPO na área de Senologia”, sendo que o plano da sessão e conteúdos foram dispostos em apêndice (apêndice 7). A mesma foi integrada no âmbito das comemorações internacionais e do serviço, da prevenção do cancro da mama (outubro rosa). Não se realizou avaliação da sessão pelo enquadramento do decorrer de outras sessões formativas, contudo o feedback da equipa de enfermagem foi bastante positivo, e embora a temática fosse desconhecida para a maioria dos intervenientes, a sua utilidade foi reconhecida, sendo que os mesmos manifestaram recetividade em aprofundar conhecimentos relativamente ao instrumento exposto.

Em suma, este campo de estágio revelou-se verdadeiramente positivo e enriquecedor, ancorando a procriação do futuro projeto, com base não só na evidência científica, mas também na evidência experiencial.

2.1.2. Consulta de Enfermagem Pré-Operatória: Programa ERAS em Cirurgia Colorretal – Hospital B

O segundo contexto de estágio decorreu num hospital privado da região de Lisboa, na consulta de enfermagem pré-operatória (CEPO) do programa ERAS de cirurgia colorretal, durante 3 dias específicos (15, 22 e 29 de outubro de 2019), perfazendo a totalidade de 25 horas. Defini como objetivo geral: desenvolver competências de EEEMC, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito do papel do enfermeiro no acompanhamento pré-operatório ao doente oncológico proposto para cirurgia colorretal. Enquanto objetivo específico estabeleci:

- **Observar a CEPO na pessoa com doença oncológica abrangida pelo programa ERAS em cirurgia colorretal.**

Para a consecução deste objetivo realizei enquanto atividade de enfermagem a identificação do papel do enfermeiro na CEPO da pessoa com cancro colorretal abrangido pelo programa ERAS. O projeto ERAS é um programa de assistência perioperatória internacional que contempla um conjunto de *guidelines* baseadas na evidência científica, e com uma abordagem multimodal (Mendes, Ferrito e Gonçalves, 2018). Segundo os mesmos autores, tem como principais objetivos potenciar a resposta cirúrgica e promover a recuperação precoce dos utentes com cancro colorretal, submetidos a cirurgias de grande porte.

Este projeto pressupõe flexibilidade e adequação à realidade em que é aplicado, promovendo simultaneamente autonomia, na medida em que cabe a cada instituição hospitalar delinear um protocolo específico com as orientações a aplicar no pré, intra e pós-operatório, adaptado à sua realidade, assim como providenciar um processo formativo rigoroso e a envolvência de todos os intervenientes no programa (Mendes, Ferrito e Gonçalves, 2018). A instituição em causa atende a todas estas orientações preconizadas pelo projeto ERAS, garantindo o sucesso do programa. Em funcionamento desde 2018, este programa evidencia já, segundo a orientadora de estágio, ganhos significativos relativos ao bem-estar e satisfação dos utentes, redução do tempo de internamento, diminuição de complicações pós-operatórias e consequentemente redução de custo para a instituição de saúde. Estes indicadores são igualmente abordados na literatura por Mendes, Ferrito e Gonçalves (2018), que reforçam inclusive que o tempo de internamento diminui, sem aumentar a taxa de reinternamentos.

Nesta instituição de saúde, a CEPO é efetuada unicamente pela enfermeira responsável pelo programa em gabinete médico nas consultas externas. Decorre em 2 períodos da semana (terças e quintas-feiras), maioritariamente durante a manhã. Cada consulta tem a duração média de 30-45 minutos e são efetivadas cerca de 3 consultas/dia. Dispõe de uma folha própria em papel, para a recolha de dados, os quais são posteriormente transcritos para a base de dados informática do hospital.

A CEPO integra uma equipa multidisciplinar, constituída por cirurgião, anestesista, enfermeiro e dietista. Poderá integrar outros profissionais como o oncologista ou fisioterapeuta se necessário. O encaminhamento para a consulta decorre de uma

seleção criteriosa do cirurgião geral, obedecendo a critérios previamente definidos. A consulta é agendada uns dias antes da cirurgia e logo após a de enfermagem, são realizadas as consultas de anestesiologia e nutrição.

Com recurso à observação direta de oito consultas, e com o consentimento verbal dos intervenientes, identifiquei e descrevi a intervenção de enfermagem na consulta em causa, o qual se passa a citar:

- ✓ Avaliação do estado físico e psicológico da pessoa: dados demográficos, antecedentes de saúde e cirúrgicos, avaliação física e limitações, alterações emocionais e do estado mental, alterações na qualidade de vida, avaliação de sinais vitais, crenças de saúde;
- ✓ Identificação das condições sociais: estado sócio-económico, rede de apoio familiar, interação social e implicações laborais, crenças religiosas;
- ✓ Promoção de conhecimentos: funcionalidade do programa ERAS, entrega dos guias de orientação para a cirurgia com as informações sistematizadas, ensinamentos pré-operatórios, esclarecimento de dúvidas;
- ✓ Suporte emocional: gestão de expectativas (cirurgia, pós-operatório imediato e recuperação), minimização de ansiedade e promoção de estratégias de *coping*; Reencaminhamento para a consulta de nutrição e de anestesiologia, ou outras conforme necessidade ou inexistência de exames relevantes;
- ✓ Monitorização de follow-up: presencial pós-cirúrgico (até às 24 h. após a cirurgia) e telefónico (às 48 a 72h. pós-alta e aos 30 dias);
- ✓ Avaliação dos resultados: entrega e recolha dos questionários de satisfação da experiência, validação de resultados dos inquéritos de satisfação e dos follow-ups, introduzir os dados clínicos na plataforma ERAS, realizar auditorias mensais aos processos clínicos, elaborar relatórios semestrais de avaliação do programa ERAS e dos resultados dos inquéritos de satisfação.

Relativamente aos ensinamentos pré-operatórios saliento a promoção de conhecimentos na finalidade de obtenção de resultados de padrões de resposta positivos, no âmbito da preparação para a cirurgia e recomendações para a véspera e dia da cirurgia (ingestão de carboidratos, reforço da importância do jejum, banho com clorhexidina), percurso do utente e o que esperar do pós-operatório imediato, promoção do autocuidado e participação ativa no processo de recuperação (mobilização e introdução alimentar precoces, e prevenção de íleos paralytico), gestão eficaz da dor e conhecimentos

relativos aos critérios de alta. Os ensinamentos pré-operatórios contemplados nesta consulta deverão servir de base estrutural à promoção do conhecimento do PIS.

As intervenções anteriores enquadram-se igualmente nos enunciados descritivos do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001) e atendem à promoção de uma transição saudável, de acordo com a teoria de Meleis. O enfermeiro assume um papel influente ao longo de todo o percurso cirúrgico, envolvendo-se diretamente nos resultados dos utentes com proatividade. Ao abranger apenas uma patologia, o cancro colorretal, o cuidado torna-se ainda mais individualizado e eficiente. A complexidade do papel do enfermeiro é irrefutável.

A plataforma ERAS permite ainda ao enfermeiro aceder a uma pluridimensionalidade de variáveis e analisar com precisão os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, facilitando os processos avaliativos e o desenvolvimento e produção de conhecimento científico na enfermagem (Mendes, Ferrito e Gonçalves, 2018).

Esta experiência foi enriquecedora na medida em que a CEPO espelha uma visão inovadora e estruturada dos cuidados de enfermagem. Contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos no cuidado à pessoa com cancro colorretal, enquanto doença crónica, na fase pré-operatória da transição de cuidados, com a finalidade da melhoria da qualidade de cuidados prestados. Ressalvo que infelizmente, por motivos institucionais, o guia orientador e o inquérito de satisfação não poderão ser partilhados.

2.1.3. Serviço de Cirurgia Geral – Hospital C

O terceiro estágio decorreu no Serviço de Cirurgia Geral de um hospital distrital, pertencente à ULS onde o projeto da VEPO será implementado. Decorreu entre 4 de novembro e 6 de dezembro de 2019, com a totalidade de 120 horas. A seleção baseou-se no conhecimento da realidade pré-operatória relativa ao serviço de internamento, período que antecede a chegada da pessoa com doença oncológica ao BO, assumindo um papel facilitador na identificação de necessidades da pessoa nesse período, e na adequação das intervenções existentes no serviço ao planeamento da VEPO, maximizando o plano estratégico no sentido da continuidade de cuidados. De acordo com Benner (2001) para compreender o significado específico de qualquer intervenção de enfermagem é necessário conhecer a situação

e o contexto em que esta se desenvolve, permitindo a identificação e a descrição dos conhecimentos incluídos na prática, numa abordagem interpretativa dos cuidados.

Este estágio teve como objetivo geral desenvolvi competências de EEEMC na vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem no pré-operatório à pessoa com doença oncológica no pré-operatório. Nesse âmbito estabeleci ainda os seguintes objetivos específicos:

- **Integrar a equipa multidisciplinar do serviço e a dinâmica funcional e organizacional**

A concretização deste objetivo iniciou-se com a atividade de exposição do projeto da VEPO ao enfermeiro chefe e à equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral, durante a primeira semana de estágio, através de uma sessão de formação, disposta em anexo com o inerente plano de sessão (apêndice 8). Permitiu caracterizar a VEPO e reforçar a sua importância, nomear as implicações da doença oncológica e da cirurgia, e ainda apresentar as ideias centrais do projeto. A sessão abrangeu a participação de 80 % da equipa de enfermagem alcançando o objetivo inicial proposto. Por indisponibilidade temporal da equipa, a avaliação da sessão não foi efetuada, sendo que posteriormente recorri a sondagens de opinião para avaliação da mesma, na qual a maioria a considerou a formação pertinente e esclarecedora, reconhecendo a importância do projeto na instituição e demonstrando disponibilidade para colaborar. Não identifiquei dificuldades nem obstáculos na atividade, sendo que o meu desempenho de funções na mesma instituição hospitalar se assumiu como um fator facilitador na interação com a equipa.

Na concretização deste mesmo objetivo realizei ainda diversas atividades, entre as quais a realização da visita guiada ao serviço, consulta de documentos disponíveis no serviço (normas de procedimento, protocolos ou recomendações de boas práticas), conversas informais com o enfermeiro chefe e equipa de enfermagem, assim como a observação direta da prática de cuidados, permitindo conhecer de forma mais aprofundada o contexto onde a VEPO irá decorrer. Meleis (2010), afirma que é necessário atender-se aos fatores ambientais que medeiam a situação da transição, ou seja, conhecer o contexto onde se estabelece o cuidado entre pessoa e ambiente, procurando colmatar as condicionantes circunstanciais do meio, para desta forma intervir no sentido de potenciar um ambiente seguro e tranquilo, promotor da transição. Por outro lado, a consulta de documentos foi essencial para a compreensão das

dinâmicas organizacionais e funcionais do serviço e hospital onde se insere, e ainda para a compreensão da cultura do serviço ao nível da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No momento de acolhimento da pessoa ao serviço, e em conformidade com as observações obtidas no primeiro estágio, identifiquei igualmente a presença de uma barreira física na interação entre a pessoa cuidada e o enfermeiro, uma vez que o acolhimento ao serviço também é realizado junto nas unidades das pessoas, comprometendo a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, pelos constrangimentos anteriormente descritos. Após expor a problemática à chefia de enfermagem, sugeri encontrar-se uma solução para este problema, não só para a realização do acolhimento da pessoa ao serviço de internamento, mas também para a realização da VEPO. Neste sentido, e após reflexão por parte da chefia, a mesma decidiu que ambas as atividades poderiam ser realizadas na sala de espera das visitas do serviço anexo (unidade de cuidados pós-cirúrgicos), espaço que habitualmente não é aproveitado.

Elaborei um texto de caracterização do serviço de Cirurgia Geral (apêndice 9), que permitiu identificar uma lacuna grave na prestação de cuidados, nomeadamente a inexistência de acompanhamento de enfermagem à pessoa proposta para cirurgia, no período que decorre entre a proposta cirúrgica e a admissão no serviço de internamento para cirurgia (habitualmente na véspera da mesma). De acordo com Meleis et al. (2000), o apoio inadequado e a ausência de informações, são identificados enquanto agentes inibidores de uma transição saudável, condicionando a avaliação dos padrões de resposta à transição. Por outro lado, a AESOP (2006) defende que a VEPO deve iniciar-se logo após o planeamento da cirurgia. De forma a colmatar a lacuna, planeei o recurso a uma estratégia de promoção de conhecimentos com a entrega de um guia informativo à pessoa proposta para cirurgia, a ser entregue no momento da proposta cirúrgica, com informações relevantes ao internamento e rotinas, aproximando a pessoa à realidade hospitalar.

- **Observar as dinâmicas do serviço no âmbito da preparação pré-operatória à pessoa com doença oncológica**

As experiências de observação na e sobre a prática de cuidados de enfermagem no âmbito da preparação pré-operatória à pessoa com doença oncológica foram importantes para adquirir competências relativas à intervenção do enfermeiro nesse

período, que segundo Malley, Kenner e Blakeney (2015) se centra na identificação, definição e estratificação dos fatores de risco e vulnerabilidades das pessoas, em toda a trajetória de cuidado perioperatório, não se cingindo apenas à prevenção de complicações associados ao procedimento cirúrgico e anestésico.

Relativamente à prevenção de complicações relacionadas com a Infeção do Local Cirúrgico (ILC), o serviço rege-se pela Norma 024/2013 da Direção Geral de Saúde (DGS, 2013), na qual o seu sucesso “depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios” (DGS,2013, p.18). Neste âmbito, é fulcral que a VEPO englobe uma estratégia integrada e orientada para assegurar os cuidados pré-operatórios, prevenir complicações e planear o pós-operatório transmitindo à pessoa as intervenções a que será sujeito. Ao compreender a razão das intervenções a que irá ser submetido, a pessoa consciencializa-se relativamente aos cuidados de que necessita, reconhece as suas mudanças e a experiência vivenciada, envolvendo-se de forma mais efetiva na transição e assumindo por isso um papel proactivo nos seus cuidados de saúde, e alcançando indicadores de resultados no domínio (mestria) de competências e comportamentos necessários para gerir a nova situação (enquanto) (Meleis et al., 2000).

Na prática de cuidados de enfermagem neste serviço observei regularmente o incumprimento de rotinas pré-operatórias instituídas, comprometendo a segurança da pessoa que é proposta para cirurgia e o sucesso da prevenção da ILC, registando-se inclusive um episódio de cancelamento cirúrgico por inexistência de colheita de sangue para tipagem. A segurança dos doentes (*Patient Safety*) objetiva a ausência de danos evitáveis no doente durante o processo de cuidados de saúde, assumindo um papel fundamental para a prestação de serviços de saúde de qualidade (WHO, 2009). O justificativo por parte da chefia para o incumprimento relacionou-se com a inexperiência da equipa de enfermagem do serviço (maioritariamente enfermeiros com menos de 1 ano de experiência), pela escassez de recursos humanos no serviço e o volume crescente de trabalho, que por sua vez prejudicam também a qualidade dos cuidados no momento de acolhimento da pessoa ao serviço e a promoção de conhecimentos no pré-operatório por indisponibilidade temporal. No sentido de prevenir complicações associadas aos referidos incumprimentos elaborei uma *checklist* pré-operatória de sistematização de procedimentos inerentes a este período (apêndice 10), que teve por base as orientações da DGS (2013) para a prevenção da

ILC, mas também as linhas de orientação para a segurança cirúrgica da Organização Mundial de Saúde -Cirurgia Segura Salva Vidas da WHO, traduzida para a versão portuguesa da DGS (DGS, 2010), a qual engloba uma Lista de Verificação de Cirurgia Segura. Esta lista representa uma ferramenta essencial na gestão de risco do BO, enumerando “os principais problemas potencialmente associados a cada uma das fases da cirurgia (antes, durante e após), com envolvimento ativo de todos os profissionais de saúde que constituem a equipa cirúrgica” (p.1). As suas orientações reforçam o estabelecimento de práticas de segurança, oportunas e eficientes, que garantem benefícios nas diferentes etapas do processo perioperatório, com reduções significativas nas taxas de complicações e mortalidade associadas a uma cirurgia, sem acarretar sobrecarga aos prestadores nem ao sistema (DGS, 2010). A *checklist* contemplou as questões da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, e foi elaborada enquanto linha orientadora do cuidado, embora com carácter flexível, devendo acompanhar o processo clínico da pessoa e ser gradualmente preenchida pelo enfermeiro responsável do serviço de internamento.

Para além da observação, colaborei nas atividades de realização das rotinas pré-operatórias, nomeadamente no acolhimento da pessoa no internamento e inerente recolha de dados de enfermagem, procedi à validação do consentimento informado, colaborei na preparação intestinal, tricotomia e ainda no acompanhamento da pessoa ao BO. Todas estas atividades permitiram aprofundar o conhecimento da realidade pré-operatória e circuitos instituídos, no sentido de delinear uma estratégia mais adequada ao contexto institucional, evitando a replicação de informações e de intervenções de enfermagem no acompanhamento à pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia. Neste âmbito, e tendo por base uma prática reflexiva, elaborei um jornal de aprendizagem com recurso ao ciclo de *Gibbs*, relativo ao acolhimento da pessoa com neoplasia do cólon sigmoide no pré-operatório, ao serviço de cirurgia geral (apêndice 11).

A observação da consulta de enfermagem de apoio à pessoa com estoma, designada neste serviço de consulta de estomaterapia, foi outra atividade desenvolvida, permitindo conhecer o apoio prestado de forma a complementar as intervenções de enfermagem e/ou encaminhar a pessoa para a consulta. É integrante do serviço de cirurgia geral e surgiu como reflexo da elevada incidência de cancro colorretal nacional e em concreto nesta região específica, manifestada por um aumento do número de cirurgias relacionadas com a patologia, conforme revelam os dados da DGS (2017)

reportados no Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. O desafio do enfermeiro na consulta de estomaterapia centra-se na compreensão dos processos de transição da pessoa face à futura condição de ostomizado, com vista a minimizar o impacto da ostomia na qualidade de vida da pessoa e promover a adaptação à nova realidade (Meleis et al., 2000; Pinheiro, 2013). De acordo com Meleis et al. (2000), a transição apresenta propriedades que se inter-relacionam, tais como a consciencialização, envolvimento no autocuidado ao estoma, capacidade de adaptação e o próprio evento crítico da cirurgia, sendo que o enfermeiro deverá desenvolver intervenções que promovam a facilitação da experiência de transição, nomeadamente com a marcação prévia do estoma, promoção de conhecimentos sobre o que esperar durante o processo de transição e as estratégias úteis a recorrer na gestão da transição. De acordo com Pereira, Soares, Russo, Teles, Lenza e Sonobe (2016), o fornecimento de informações no pré-operatório de uma cirurgia oncológica é valorizado pela pessoa que o recebe, traduzindo-se numa redução de ansiedade e prevenção de complicações, e pode inclusivamente diminuir o stress psicossocial face a cirurgias mutiladoras, como a construção de um estoma ou uma mastectomia.

Efetuei a observação de 10 consultas de enfermagem de apoio à pessoa com estoma e respetivos registos de enfermagem informatizados em *Sclínico*, os quais têm por base a identificação de diagnósticos de enfermagem através da CIPE. Constatou-se que a ansiedade e o défice de conhecimentos foram dois dos diagnósticos de enfermagem presentes em todas as situações analisadas, pelo que o enfermeiro na VEPO deverá incidir igualmente nestes dois focos, assumindo um papel complementar no processo de transição da pessoa com doença oncológica proposta para ostomia. Da totalidade das consultas observadas, apenas 4 se reportaram a consultas de pré-operatório, o que pressupõe a existência de uma provável barreira no encaminhamento prévio da pessoa à consulta de estomaterapia no período que precede a sua cirurgia, sendo que sugeri reforçar junto da equipa médica o encaminhamento precoce, o qual poderá ocorrer igualmente por referenciação do enfermeiro durante a realização da VEPO.

Elaborei um texto de caracterização da consulta de estomaterapia no serviço (apêndice 12), evidenciando a intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa com cancro colorretal no período pré-operatório.

- **Prestar cuidados de enfermagem no âmbito da preparação pré-operatória à pessoa com doença oncológica**

Durante a prática de cuidados deparei-me com inúmeras experiências distintas, que me permitiram aprofundar o desenvolvimento de competências na identificação de condições facilitadoras ou dificultadoras da transição, conforme evidenciado na teoria de Meleis (Meleis, 2010), permitindo delinear de forma mais perspicaz um plano de cuidados individualizado, e por outro lado desenvolver competências no âmbito do estabelecimento da relação com a pessoa cuidada e sua família.

De acordo com a EONS (2013), a prestação de cuidados de enfermagem em oncologia pode expor os enfermeiros a situações muito difíceis, angustiantes e até extremamente desafiadoras, podendo conduzir a stress, insatisfação no trabalho ou até esgotamento emocional, exigindo como tal uma preparação educacional prévia e competências acrescidas e treino em comunicação. De acordo com a mesma fonte, a comunicação eficaz centrada na pessoa é um fator-chave para ambos os intervenientes no cuidado, enquanto elemento facilitador, permitindo aprofundar a relação empática, promover a adesão a tratamentos e a segurança, contribuir para a ocorrência de mudanças comportamentais, e ainda para a melhoria de resultados em saúde relativa aos indicadores de satisfação e recuperação da pessoa cuidada. Surgiram algumas dificuldades comunicacionais na prestação de cuidados, na medida em que a comunicação é uma competência menos treinada pelo enfermeiro do BO, contexto fortemente marcado pela influência do modelo biomédico na prática de cuidados.

Todavia, procurei sistematicamente explorar e refletir sobre o estado emocional das pessoas neste período pré-operatório, de forma a gerir sentimentos e expectativas, minimizar ansiedade e promover *coping*. De acordo com Karkow et al. (2015), o enfermeiro por ser um dos profissionais mais próximo das pessoas cuidadas, pode desenvolver escuta aberta e acolhedora oferecendo suporte emocional à pessoa com doença oncológica e sua família. Neste âmbito elaborei um estudo de caso referente ao processo de transição na pessoa com doença oncológica intestinal proposta para ostomia (apêndice 13), no qual se procedi à análise dos elementos dificultadores e facilitadores presentes na transição e ao défice de conhecimentos, objetivando um padrão de resposta de confiança e *coping* face à nova situação de ostomizado traduzido pelo domínio de novas competências (mestria) no autocuidado ao estoma intestinal, enquanto indicador de resultado da transição (Meleis, 2010).

De acordo com todas as evidências anteriores, conclui que a prevenção de complicações, o suporte emocional e a promoção de conhecimentos são três dos pilares essenciais do cuidar durante o período que antecede uma cirurgia oncológica.

2.1.4. Bloco Operatório – Hospital C (contexto de trabalho)

O último campo de estágio decorreu no meu local de trabalho, o BO de uma ULS de um hospital distrital, a mesma instituição hospitalar do estágio anterior, no período compreendido entre 9 de dezembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020, perfazendo a totalidade de 180 horas. Estabeleci enquanto objetivo geral contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem no âmbito da realização da VEPO à pessoa com doença oncológica. De seguida explano os respetivos objetivos específicos.

- **Reforçar a importância da VEPO aos enfermeiros da equipa**

A primeira atividade decorreu em paralelo com a realização do primeiro estágio. Considerando a sugestão de participação ativa dos pares no projeto, e atendendo ao processo de Bolonha da Direção-Geral de Ensino Superior (DGES) (DGES, 2010), na promoção de autonomia do estudante e participação no seu processo de aprendizagem, surgiu a ideia de assinalar mensalmente no serviço, de forma simbólica diferentes tipos de cancros, na intencionalidade de validar o critério de inclusão da população alvo do projeto e a importância da intervenção do enfermeiro do BO no processo de transição cirúrgico decorrente desta doença crónica. Recorri à exposição de um pequeno painel informativo alusivo a diferentes tipos de cancros, e à distribuição de crachás correlacionados, a serem utilizados pelos enfermeiros na sua farda durante a prestação de cuidados (apêndice 14). Embora a atividade não tenha sido contemplada em cronograma inicial, revigorou o modelo concetual de acreditação em saúde estabelecido pela DGS (2014), na qual se torna essencial que os profissionais de saúde se apercebam que são eles os atores da melhoria da qualidade dos cuidados e que compreendam o seu papel no caminho da excelência organizacional através da análise sistemática da sua intervenção atual face ao que deveriam estar a fazer, consciencializando-os da lacuna neste âmbito e no cumprimento do dever do enfermeiro na atualização permanente de conhecimentos e no respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar das pessoas, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Lei n.º 156/2015, 2015), onde a VEPO se enquadra, legitimando assim a implementação da VEPO no serviço.

Os resultados da atividade foram obtidos através de sondagens de opinião aos enfermeiros, permitindo aferir, na sua generalidade, que os enfermeiros deste serviço estão sensibilizados para o impacto da doença oncológica, todavia, mencionam que o maior foco do seu cuidado se centra no procedimento cirúrgico, limitando o seu papel ao longo do processo de transição inerente. Foi ainda consensual que a atividade promoveu a consciencialização da necessidade de uma intervenção de enfermagem durante o período pré-operatório, reconhecendo que a VEPO poderá colmatar essa lacuna. A atividade revelou-se estrategicamente positiva no alavanque da procriação do PIS e no envolvimento dos profissionais no projeto, assumindo-se enquanto fator motivacional e de mudança no serviço. A atividade superou largamente as expectativas verificando-se a adesão de outros profissionais à atividade (cirurgiões, anestesistas, assistentes operacionais e enfermeiro de cirurgia geral) à atividade, e despertando a curiosidade nos profissionais face à celebração do mês seguinte. A maior dificuldade prendeu-se com o enquadramento de diferentes tipos de cancro para cada mês, constatando-se uma inexistência de dias comemorativos alusivos a alguns tipos de cancro, como o cancro do colo do útero que é assinalado em março apenas no Brasil, sendo que a seleção se baseou apenas numa pesquisa livre na internet.

No início do estágio procedi à apresentação do projeto com a presença de 90% da equipa de enfermagem do BO, durante a primeira semana de estágio, recorrendo a interações diárias com os pares na prestação de cuidados e durante as passagens de turno, privilegiando o recurso à comunicação verbal e a uma estratégia mais individualizada.

Na semana seguinte realizei a sessão de formação intitulada de: *“Importância da VEPO à pessoa com doença oncológica”* (já apresentada anteriormente no serviço de cirurgia geral), sendo que o planeamento da sessão e os conteúdos encontram-se dispostos em apêndice comum (apêndice 8). Na sessão participaram 18 pessoas, o que corresponde a uma percentagem de 60% da equipa, não alcançando o indicador de avaliação esperado que se estabeleceu em 90%, devido a urgências cirúrgicas em curso e ausências de enfermeiros no serviço por motivos de baixa profissional. Agendei nova sessão, mas infelizmente pelo excesso de turnos extraordinários da equipa, não foi possível ser replicada no espaço temporal do estágio. Para avaliar a sessão de formação utilizei o instrumento de avaliação adotado na instituição (anexo

2), o qual foi entregue aos participantes no final da sessão, sendo que os seus resultados foram evidenciados no gráfico seguinte (gráfico 4).

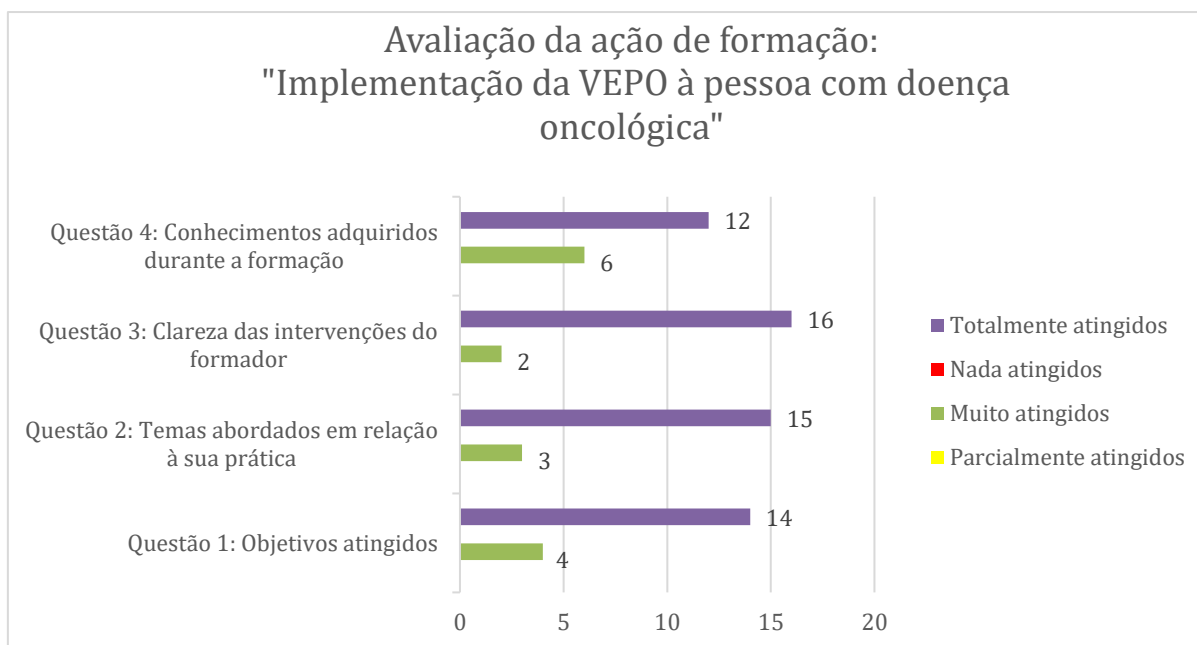


Gráfico 4 – Avaliação da sessão de formação: “Implementação da VEPO à pessoa com doença oncológica

Os resultados obtidos evidenciaram uma avaliação bastante positiva, sendo os objetivos foram totalmente atingidos na maioria das questões, e alguns muito atingidos. Na questão aberta relativa à contribuição da ação de formação para a mudança de atitudes na prática profissionais, dois dos participantes mencionaram que gostariam que a VEPO se tornasse numa prática rotineira do serviço, alargando a sua abrangência a todas as pessoas propostas para cirurgia, demonstrando disponibilidade em colaborar na nova realidade do serviço.

Na intencionalidade de reforçar a relevância da atividade da VEPO no serviço e a estratégia selecionada, realizei um poster com o título: “*Importância da VEPO*” (apêndice 15) recorrendo aos resultados baseados na evidência científica e da revisão *scoping*. O póster foi exposto na zona de acolhimento do serviço de forma a promover a visibilidade da intervenção de enfermagem, inclusive para outros profissionais e utilizadores do BO. A seleção e gestão de conteúdos, assim como a disposição gráfica, foram os elementos mais difíceis de contornar.

- **Programar a implementação da VEPO no serviço**

A conceção da VEPO foi programada continuamente ao longo de todo o percurso formativo, reajustando a estratégia consoante os resultados obtidos nas atividades realizadas, sendo que a perícia adquirida no primeiro estágio contribuiu fortemente para este planeamento. Todavia, de acordo com Benner (2001), o desenvolvimento do enfermeiro perito poderá ser condicionado pela capacidade de interiorização, reflexão e características individuais do próprio sujeito, ou pelas experiências adquiridas nos diferentes contextos profissionais. Neste sentido, a planificação do projeto assumiu um carácter individual na planificação do projeto, tendo em conta as minhas experiências formativas, profissionais e pessoais anteriores.

Os dados obtidos nos diversos contextos formativos permitiram sustentar o planeamento multi-estratégico da VEPO baseado na promoção de conhecimentos, com recurso a informações dispostas em guias e ainda um breve filme de socialização ao BO, fornecendo as informações visuais relativas às características ambientais do BO, na intencionalidade de preparar a pessoa para a cirurgia e conseqüentemente minimizar a sua ansiedade.

Segundo um estudo de Gonçalves e Medeiros (2016), a ansiedade é o diagnóstico de enfermagem presente com maior frequência no período pré-operatório, manifestando-se em 44,3% das pessoas que serão submetidas a procedimentos cirúrgicos. A informação transmitida no pré-operatório (relativa aos procedimentos anestésicos e/ou cirúrgicos, cuidados perioperatórios, controle de dor e socialização ao ambiente do BO com recurso a fotografias reais relativa à caracterização física do serviço, equipamentos e vestuário), contribuiu para a minimização da ansiedade e minimização de complicações pós-operatórias manifestadas por diminuição de náuseas, vômitos, estabilização dos sinais vitais (com menores resultados hemodinâmicos de tensão arterial e frequência cardíaca), redução da intensidade de dor nas quatro horas após a cirurgia, um maior conforto na mobilização e uma cooperação mais eficiente (Sadati et al., 2013; Lemos et al., 2019). Desta forma conclui-se que a “orientação do paciente no período pré-operatório deve ser o atendimento padrão para minimizar a ansiedade dos pacientes antes da cirurgia, especialmente os pacientes com câncer” (Lemos et al., 2019, p. 2).

Relativamente à preparação da pessoa para a sua cirurgia, de acordo com um estudo de Martin, Finlayson e Brooke (2017), as pessoas com maior acesso a informações

de saúde antes e depois da cirurgia sentiram-se mais preparadas para as transições de cuidados relacionados com a sua cirurgia, e tiveram menores taxas de readmissão hospitalar em 30 dias, sendo o conhecimento identificado como principal elemento facilitador da transição. Segundo o mesmo estudo, as pessoas no pré-operatório demonstraram receptividade relativamente a diferentes tipos de recursos de informações para além das verbais, incluindo informações escritas em guias ou em dispositivos interativos como vídeos, aplicativos ou sites específicos, sendo que instruções escritas foram relatadas em 78% dos casos, constituindo o recurso de informação mais facultado no pré-operatório. Neste sentido, o recurso a dois guias (informativo e de acolhimento) e ao vídeo de socialização ao BO, reforça a estratégia de implementação da VEPO.

A preparação e o conhecimento são identificados por Meleis et al. (2000), como condições pessoais da transição a que o enfermeiro deve estar desperto na intencionalidade de potenciar a adaptação à nova situação, vivenciando uma experiência cirúrgica mais tranquila e segura, visando alcançar um padrão de resposta positivo, através de indicadores de processo como a pessoa sentir-se conectada e/ou situada ao contexto ambiental onde se processará o cuidado, ou indicadores de resultado, com o domínio de novas competências, adquirindo mestria pelos conhecimentos promovidos e habilidades na manutenção da sua autonomia e recuperação pós-operatória.

Todavia, de acordo com os resultados de um estudo de Pereira, Soares, Russo, Teles, Lenza e Sonobe (2016), a maioria dos participantes evidenciou que a intervenção educativa pré-operatória norteou e diminuiu a ansiedade relacionada com a cirurgia, contudo nem sempre se revelou construtiva verificando-se em alguns casos que as primeiras informações eram esclarecedoras, mas que ao longo do processo o excesso de informação gerou confusão e agravou medos e inseguranças. Este facto reforça a importância do cumprimento do limite temporal da execução da VEPO, 20 a 30 minutos, conforme observado durante o primeiro estágio, assumindo-se como uma proposta adequada à realidade do PIS.

Paralelamente, Meleis (2010) afirma que por sua vez, a procura de informação da pessoa junto do profissional de saúde é identificada enquanto propriedade de envolvimento da pessoa nos seus próprios cuidados de saúde.

Relativamente à transição, Meleis et al. (2000) considera que as alterações físicas e psicológicas, as crenças e atitudes culturais, bem como o nível socioeconómico, podem revelar-se componentes que exercem influência sobre a experiência de transição, positiva ou negativamente, condicionando os padrões de resposta, como o sentir-se ligado, interagir, estar situado ou mesmo interferir no desenvolvimento de confiança e *coping*.

Relativamente às condições sociais da transição, identificadas por para Meleis et al. (2000), estas serão igualmente objeto de análise do enfermeiro durante a VEPO. De acordo com o mesmo autor, as condições sociais podem tornar-se potencialmente facilitadoras através do recurso a grupos de apoio locais a pessoas com doença oncológica, ou potencialmente inibidoras da transição perante a presença de receios relacionados com o estigma social do cancro, ou constrangimentos na interação social com os amigos ou no regresso à vida laboral após a cirurgia, com repercussões na qualidade de vida da pessoa e sua família, pelo que cabe ao enfermeiro explorar essas condições sociais e intervir consoante as necessidades detetadas.

A doença oncológica exige por sua vez um planeamento de cuidados e uma intervenção educativa que atendam à individualidade e necessidades de cada pessoa, assim como um envolvimento multidisciplinar (Pereira et. al, 2016), pelo que a estratégia de encaminhamento para outros profissionais da equipa de saúde deverá ser valorizada na estruturação do PIS.

De acordo com os resultados obtidos ao longo dos estágios anteriores, delinee a estratégia de implementação da VEPO no serviço, com base nos seis enunciados descritivos do exercício da profissão de enfermagem, estabelecidos de acordo com os padrões de qualidade em saúde parametrizados pela OE (OE, 2001), concretamente:

1. Satisfação do cliente:

a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde (p.14);

2. Promoção da saúde: “promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e

desenvolvimento” e “o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (p.14 e 15);

3. Prevenção de complicações:

a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (...) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados. (p. 15);

4. Bem-estar e o autocuidado:

a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar / complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados (p. 16);

5. Readaptação funcional:

a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; a otimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional. (p.17);

6. Organização dos cuidados de enfermagem:

a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente; a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade. (p. 18).

A estratégia de implementação da VEPO englobou a elaboração de uma Norma Regulamentar da VEPO à pessoa com doença oncológica, de acordo com as orientações estruturais da elaboração de normas da instituição (apêndice 16). A presente norma por sua vez englobou a elaboração de diversos apêndices, os quais se passam a citar:

- Folha de registos de enfermagem da VEPO;
- Dois guias orientadores:
 - ✓ *Guia informativo para o utente proposto a cirurgia* – entregue no momento da efetivação de proposta cirúrgica;
 - ✓ *Guia de Acolhimento ao utente BO* – entregue no momento de realização da VEPO;

- Filme de Socialização ao BO – exposto na sala de espera da consulta de anesthesiologia, contexto comum a todas as pessoas propostas para cirurgia (disposto em link para visualização);
- Ficheiro *Microsoft Office Excel* para registo estatístico da VEPO;
- Inquérito de satisfação da VEPO;
- Folha de Auditoria da Norma (valida a aplicabilidade da norma).

Os guias e filme de socialização reforçam a promoção de conhecimentos e a prevenção de complicações, englobando as informações relativas às rotinas institucionais, diretrizes da prevenção da ILC, *guidelines* do projeto ERAS e da evidência científica resultante da revisão *scoping*. Saliento no guia de acolhimento a exposição da escala numérica de avaliação da dor (0 a 10), recurso em uso no serviço do BO. De acordo com Meleis (2010), o conhecimento e a compreensão da experiência que irá vivenciar, permite a aquisição de padrões de resposta positivos como o sentir-se situado, ser parte integrante do contexto em que se encontra inserido, interagir, e implica a criação de novos significados e percepções, e desenvolvimento de *coping* (Meleis, 2010; Meleis et. al., 2000).

Relativamente à folha de registos de enfermagem da VEPO, a sua projeção atendeu à continuidade dos cuidados da equipa multidisciplinar, integrando o processo clínico da pessoa, a transmissão de informações entre pares e o encaminhamento para outros profissionais consoante as necessidades detetadas. Tendo em conta a escassez de recursos humanos de enfermagem no serviço de internamento e o excesso de trabalho, o enfermeiro do BO poderá ser o primeiro profissional de saúde a proceder ao acolhimento da pessoa na instituição hospitalar. A folha de registos contemplou uma lista orientadora das intervenções de enfermagem no sentido de facilitar a ação do enfermeiro e se proceder ao registo do plano de cuidados. Estabeleci esta listagem de acordo com a listagem CIPE realizada no primeiro estágio. Segundo a ICN (2016), a CIPE é um instrumento internacional que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros e profissionais de saúde utilizando uma científica e unificada, facilitando a identificação das necessidades da pessoa e sustentando a tomada de decisão do enfermeiro, fornecendo uma orientação uniformizada aos enfermeiros do BO, facilitando a sua integração ao projeto, constituindo um importante pilar do PIS.

A folha de enfermagem dispõe também de uma lista com os conhecimentos pré e pós-operatórios inerentes à realização de uma cirurgia. Os conhecimentos foram selecionados com base programa ERAS, e nas três categorias de conhecimentos perioperatório desenvolvidas por Walker (2007):

- 1) informações relacionadas com a saúde (relativas ao autocuidado, controlo de dor pós-operatória ou encorajamento à deambulação precoce);
- 2) ensino de habilidades (exercícios/atividades que podem ajudar a reduzir a incidência de complicações pós-operatório);
- 3) apoio psicossocial (intervenções com o intuito de reduzir a ansiedade e possíveis estratégias de *coping*).

Organizei a disposição da folha de registos de enfermagem em cinco áreas distintas, novamente relacionadas com os enunciados descritivos da qualidade dos cuidados (OE, 2001), e que passo a citar:

- identificação pessoal e avaliação física e do estado de saúde,
- prevenção de complicações - avaliação de riscos no sentido de identificar precocemente os efeitos indesejáveis e intervir,
- bem-estar e autocuidado - exploração de expectativas face à doença, cirurgia e anestesia de forma a facilitar a orientação do suporte emocional, promover bem-estar e/ou alívio do sofrimento e minimizar os efeitos negativos do impacto da doença oncológica na qualidade de vida da pessoa e família,
- readaptação funcional – otimização de capacidades e adaptação à nova situação de vida ou a alterações provocadas pela cirurgia, identificação da rede de apoio e encaminhamentos necessários,
- promoção da saúde – promoção de novos conhecimentos com vista a aquisição de novas aprendizagens e novas capacidades.

A flexibilidade de horário para a realização da VEPO foi outra das apostas no sentido de atender às rotinas pré-operatórios do serviço de internamento, e não inviabilizar o seu cumprimento ou limitar a disponibilidade da pessoa para a interação com o enfermeiro que realiza a VEPO. Foi definido preferencialmente o horário da manhã (das 10 horas às 15:30), sendo que em caso de impossibilidade de ambas as partes, pode prolongar-se para o turno da tarde (até às 21 horas).

A VEPO enquadra ainda a validação do consentimento informado, considerando o

dever de informação do enfermeiro, disposto no artigo 105º do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015, 2015), no respeito, defesa e promoção do direito da pessoa ao consentimento informado, pelo que o enfermeiro deverá certificar-se se a pessoa está devidamente informada, e se compreendeu a informação relativa aos cuidados de saúde propostos, pressupondo uma vontade esclarecida. O esclarecimento de dúvidas promovido durante a VEPO enquadra ainda o dever de informação acima mencionado, considerando a responsabilidade e cuidado do enfermeiro em atender a todo o pedido de informação ou explicação feito pela pessoa em matéria de cuidados de enfermagem.

Projetei ainda que a VEPO seja realizada em sala própria, de forma a não incumprir os pressupostos do código deontológico do enfermeiro, no respeito pela intimidade, na salvaguarda de privacidade e intimidade da pessoa no exercício das suas funções e do dever do sigilo, evitando partilhar informação pertinente com outras pessoas não implicados no plano terapêutico e não desconsiderando a confidencialidade das informações a que toma conhecimento (Lei n.º 156/2015, 2015).

Conforme disposto na norma regulamentar elaborada, preconizei, sempre que possível, a inclusão da família na realização da VEPO. De acordo com Karkow et al. (2015), o papel da família no processo de transição associado à recuperação do seu familiar com cancro é crucial, devendo por isso ser valorizado e estimulado com vista à obtenção de um cuidado mais efetivo e com melhores respostas. No entanto, a presença de alguns fatores internos no sistema familiar, como a qualidade das interações entre os seus membros e respetivos papéis, a comunicação que estabelecem, bem como dos significados que atribuem à doença poderão comprometer a adaptação individual e familiar à situação de crise (Silva e Zago, 2005; Albuquerque e Cabral, 2015). Segundo Meleis et al. (2000) a família é identificada como uma condição comunitária que permite facilitar ou inibir o decorrer das transições, pelo que a VEPO pode revelar-se estrategicamente útil uma vez que permite que o enfermeiro avalie se a família/pessoa significativa constitui efetivamente um fator facilitador à transição ou se pode tornar-se dificultador, e de que forma poderá potenciar a sua intervenção com vista a uma transição saudável do seu membro familiar.

Na Norma Regulamentar, estabeleci dois tipos de indicadores de avaliação, nomeadamente: taxa de efetividade da VEPO (que analisa o diferencial entre o

número de VEPO programadas e as efetuadas) e a satisfação das pessoas abrangidas pela VEPO, que se reporta a um questionário de avaliação com diferentes itens.

No cálculo da taxa de efetividade da VEPO, contrariamente aos dados obtidos no primeiro estágio, considerei que sejam considerados todos os critérios de incumprimento da VEPO, inclusive os não imputáveis aos enfermeiros do BO, traduzindo resultados mais reais. Desta forma, elaborei um ficheiro *excel* que permite obter o cálculo automático mensal da taxa de efetividade de VEPO e justificar no caso de incumprimento o motivo com base em critérios pré-definidos.

Elaborei também um inquérito de satisfação aplicável à pessoa abrangida pela intervenção de enfermagem da VEPO, atividade que atende à Lei de Bases da Saúde (Lei nº95/2019 de 04/09), a qual afirma ser necessário avaliar permanentemente os cuidados de saúde, num sistema completo e integrado que inclua a satisfação dos doentes e dos profissionais. O mesmo integrou um questionário escrito, apostando na ponderação e sinceridade das respostas, e recorreu à utilização de uma escala de Likert de 5 valores, com informação complementar descritiva. O inquérito engloba a avaliação do grau de satisfação da VEPO (estratégia implementada e intervenção de enfermagem), contributo da VEPO no pré-operatório e contributo da VEPO no pós-operatório. Será previamente sujeito a aprovação pelo conselho de administração da ULS, para ser entregue pelo enfermeiro no dia da realização da VEPO, juntamente com o guia de acolhimento. O enfermeiro deverá explicitar que o inquérito é facultativo e anónimo, que só deverá ser preenchido no pós-operatório e no final ser entregue a um dos enfermeiros do serviço de internamento. A linguagem utilizada foi clara e objetiva, de forma a tornar-se acessível a pessoas com diferentes níveis de escolaridade. A questão relativa à satisfação global da VEPO foi definida enquanto indicador único avaliativo da satisfação dos utentes, sendo que as restantes questões visam a análise da estratégia implementada com vista à sua redefinição e/ou melhoria das práticas de enfermagem.

Todos os documentos elaborados foram sujeitos a análise prévia por parte da equipa de enfermagem do BO antecedendo a sua divulgação, envolvendo os pares na conceção do projeto. Criei também um dossier específico e devidamente identificado, com a toda a documentação relativa à VEPO e alguma bibliografia que transpunha a evidência científica na área. Coloquei o dossier em local de boa visibilidade e fácil

acesso. A atividade decorreu sem dificuldades e a equipa manifestou um feedback positivo.

- **Formalizar a implementação da VEPO à Direção de Enfermagem**

Para a concretização deste objetivo específico, e atendendo as considerações éticas e deontológicas de projeto, formalizei o pedido de autorização da implementação do projeto na instituição. Embora o planeamento inicial englobasse a aplicabilidade de todas as atividades delineadas, por motivos alheios relacionados com a mudança dos elementos responsáveis pela administração da ULS, foi necessário redefinir a estratégia, sendo que a referida administração não avaliava no momento nem os guias nem o filme, os quais implicariam uma tomada de decisão concertada e avaliação por parte de duas comissões, da qualidade e de ética, o que não ocorreria em tempo útil devido à limitação temporal do estágio. Em concordância com a minha chefe, solicitei apenas o pedido de implementação da VEPO na instituição com aplicação da folha de registos de enfermagem e do inquérito de satisfação, através de um documento escrito a solicitar as autorizações ao conselho de administração da ULS, o qual teve parecer positivo (apêndice 17). Pode concluir-se que a atividade ficou aquém do planeado, limitando o potencial estratégico da VEPO, embora possa ser aplicável num futuro próximo.

- **Implementar a VEPO à pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia**

A primeira atividade consistiu na apresentação final do projeto à equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, presencialmente durante as passagens de turno, por e-mail, durante a prestação de cuidados e disponibilizando os documentos relacionados no dossier específico da VEPO. Para os restantes elementos da equipa, nomeadamente cirurgiões, anestesistas, enfermeiros do serviço de cirurgia geral e da consulta de estomaterapia, o projeto foi exposto a 90% de cada uma das equipas, através da comunicação individual com os responsáveis de cada grupo profissional incentivando a partilha de informações com os pares. O fato da equipa de enfermagem do BO ter participado na elaboração do projeto e dos documentos inerentes, tornou esta atividade facilitadora.

Efetuei o acompanhamento formativo dos enfermeiros para o desempenho da VEPO, com recurso a uma estratégia faseada e integrada, desde o início da implementação do PIS no serviço, em dezembro de 2019, integrando três fases distintas:

- 1ª fase (inicial) – observação da VEPO por parte do formando, sendo que o formador assegura exclusivamente a atividade;
- 2ª fase (intermédia) – realização da VEPO de forma conjunta, o formando assume a responsabilidade da atividade e assume um papel ativo, o formador promove apenas orientações de forma a reforçar ou corrigir a intervenção;
- 3ª fase (final) – realização da VEPO de forma autónoma, embora sob supervisão.

Independentemente da fase, a estratégia formativa dos enfermeiros englobou dois momentos distintos de *briefings*:

- 1) *Briefing Inicial* (antecede a realização da VEPO) – efetuei uma análise prévia dos dados demográficos, tipo de cancro, cirurgia proposta, tratamentos oncológicos efetuados e outros, relativamente à pessoa cuidada, com recurso à informação disposta na consulta de anestesiologia e em processo clínico, ambos dispostos informaticamente;
- 2) *Briefing Final* (no término da VEPO) – efetuei uma reflexão relativa à intervenção efetuada e desempenho prestado, assim como a partilha de dúvidas e sugestões.

Cada processo formativo foi devidamente registado numa tabela, na qual constou a identificação de todos os enfermeiros do serviço, sendo que cada enfermeiro teve em média duas experiências formativas, abrangendo 70% dos enfermeiros do serviço, resultados não superados pelo reflexo dos constrangimentos da escassez de recursos humanos no serviço. A estratégia utilizada permitiu conferir segurança e tranquilidade aos formandos, opinião expressa pela maioria.

A última atividade na concretização deste objetivo específico correspondeu à realização da VEPO. Utilizei a folha de registos de enfermagem especificamente elaborada, que demonstrou ser objetiva, de fácil preenchimento e corresponder aos objetivos da VEPO, permitindo delinear um planeamento de cuidados personalizado e orientar o cuidado. Criei uma pasta própria de fácil transporte, contendo os documentos estritamente necessários à VEPO (folha de registos, guia de acolhimento e inquérito de satisfação), devendo o enfermeiro fazer-se acompanhar pela mesma. Procedi ao registo estatístico da VEPO em ficheiro *Microsoft Office Excel*, que se revelou simples e de fácil preenchimento, permitindo obter automaticamente a taxa de efetividade da VEPO e identificar as causas do incumprimento. Todavia alguns colegas manifestaram descontentamento pela existência de mais um registo de enfermagem.

Efetuei na totalidade, 47 VEPO entre 1 de dezembro de 2020 e 7 de fevereiro de 2021, de diferentes especialidades, à exceção da ortopedia na qual não se registou nenhuma cirurgia decorrente de doença oncológica. Alcançou-se uma taxa de efetividade mensal elevada, entre 95 a 100%, conforme se pode constatar no gráfico seguinte (gráfico 5), constituindo esta taxa o indicador de avaliação da atividade.

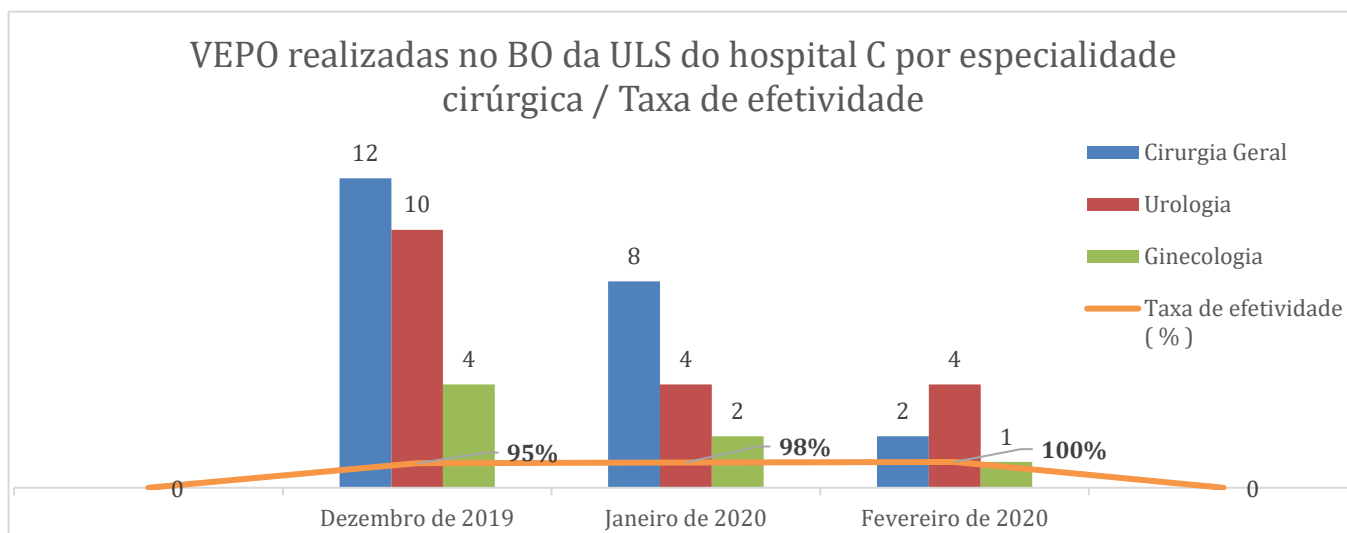


Gráfico 5 – VEPO realizadas no BO da ULS do hospital C por especialidade cirúrgica / Taxa de efetividade

As VEPO decorreram conforme o estabelecido em normativo, sem necessidade de se proceder a alterações. A duração das visitas foi sujeita a monitorização contínua, e respeitado o tempo médio de 25 a 35 minutos, excetuando-se em quatro situações nas quais se prolongou em 15 minutos. Ao longo do tempo verifiquei uma redução de 10 a 15 minutos na duração total de cada visita efetuada pelos colegas, nunca inferior a 25 minutos, pressupondo como tal uma evolução no sentido futuro do desenvolvimento de perícia.

Apenas em três situações não foi possível realizar a VEPO na sala específica. Consoante as necessidades detetadas, efetuei 18 encaminhamentos para outros profissionais de saúde, que passo a nomear por ordem crescente de ocorrência: enfermeira do serviço de cirurgia geral, cirurgião, anestesista e enfermeiro da consulta de estomaterapia.

No decorrer da implementação do PIS, verifiquei que no momento de acolhimento da pessoa no BO, a transmissão de informação por parte dos colegas de cirurgia geral para com o enfermeiro do BO, não correspondia ao espectável. Face ao problema detetado, considerei necessário delinear uma estratégia corretiva, através da

utilização da ferramenta ISBAR na transição de cuidados em momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados descrita em norma da DGS (DGS, 2017), com o qual o acolhimento no BO se coaduna. De acordo com a mesma fonte, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz padronizada na transição de cuidados de saúde, visando a continuidade e segurança nos cuidados, sendo que são utilizadas Mnemónicas para assegurar uma comunicação eficaz, concretamente: **I** (identificação), **S** (situação), **B** (antecedentes), **A** (avaliação) e **R** (recomendações). A atividade consistiu na elaboração de um poster alusivo à norma ISBAR (apêndice 18), o qual foi disposto na zona de acolhimento do BO e na sala de enfermagem, reforçando a relevância do cumprimento da presente norma, embora tenha sido também reforçada verbalmente. A sugestão foi bem aceite e cumprida por ambas as equipas (BO e serviço de cirurgia), sendo que a VEPO nunca poderá anular a comunicação na transição de cuidados.

- **Avaliar a implementação do projeto**

Para a concretização deste objetivo, analisei os resultados dos inquéritos de satisfação das pessoas abrangidas pela VEPO, recolhidos no serviço de cirurgia no final de cada mês. A amostra obtida reportou-se a 90% das VEPO efetuadas, na medida em que o preenchimento dos inquéritos é facultativo e 10% dos inquéritos não foram entregues. Constatei que 70% dos inquiridos têm entre 65 a 80 anos, e pertencem maioritariamente ao sexo masculino. Da totalidade da amostra 90% mencionaram o índice máximo de satisfação, muito satisfeito (índice 5) e 10% afirmaram estar satisfeitos pela intervenção (índice 4), superando as metas definidas.

Relativamente à opinião das pessoas sobre a intervenção de enfermagem na VEPO (preservação da privacidade, tipo de questões e linguagem utilizadas, disponibilidade do enfermeiro e tempo para esclarecimento de dúvidas), obtive resultados positivos, 40% satisfeitos e 60% muito satisfeitos, o que pressupõe a implementação de uma estratégia eficiente. Nos contributos da VEPO, 40% da amostra identificou a diminuição da ansiedade, 50% identificou o esclarecimento de dúvidas e 10% mencionaram o auxílio na recuperação após a cirurgia, sendo que todas as respostas validam o contributo da intervenção de enfermagem na transição da pessoa com doença oncológica no pré-operatório. Nas questões referentes ao pós-operatório, 100% da amostra considerou que a informação fornecida coincidiu com o que se passou na realidade, que se estabeleceu uma relação de confiança com o enfermeiro do BO e que gostariam de ser novamente visitado pelos enfermeiros do BO caso

necessitassem de ser sujeitos a nova cirurgia, resultados similares ao de um estudo de Melo et al. (2013), em que 92,5% da amostra afirmou que gostaria de ser abrangido novamente pela VEPO se necessário.

As questões de avaliação relativas aos guias e vídeo foram omissas uma vez que os mesmos não foram aplicados.

Relativamente à análise da taxa de efetividade ao longo dos meses entre dezembro 2019 e fevereiro 2020, obtive resultados bastante satisfatórios, entre 95 e 100%.

Como indicador avaliativo da atividade procedi à partilha do balanço final do projeto com a equipa de enfermagem do BO e das futuras perspetivas da VEPO neste serviço. O balanço foi exposto em programa *powerpoint* no computador da sala de enfermagem, e partilhado com os colegas durante uma semana nas passagens de turno (apêndice 19). Foi bastante positivo, excedendo as expectativas iniciais, não só pelos resultados excelentes ao nível da efetividade da VEPO e da satisfação das pessoas abrangidas pela intervenção, mas também pela adesão e empenho da equipa face ao projeto. Perspetivei assegurar à *posteriori* uma divulgação semestral via email das taxas de efetividade da VEPO e dos resultados dos inquéritos de satisfação, para toda a equipa de enfermagem do BO.

Efetuei ainda dois questionários no *Google Forms*, disponíveis online através de um link, na intencionalidade de avaliar o impacto da implementação da VEPO na perspetiva das equipas de enfermagem, do BO e do serviço de cirurgia geral, ambos dispostos em apêndice (apêndice 20). Em ambas as perspetivas, 100% dos enfermeiros inquiridos consideraram importante a implementação da VEPO na instituição, sendo igualmente unânime que a intervenção constituiu uma mais valia para a pessoa. De acordo com a perspetiva dos enfermeiros do serviço de internamento, a implementação da VEPO beneficiou os utentes maioritariamente ao nível do conhecimento relativo às rotinas pré-operatória, tornando-os mais informados e minimizando aparentemente a sua ansiedade. Na perspetiva dos enfermeiros do BO, 66,7% consideraram que a estratégia implementada foi totalmente adequada, sendo que 95,8% pretendem assegurar a continuidade do projeto no serviço. A nível pessoal, a maioria considera que a VEPO permite uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, uma relação de proximidade com o utente e ainda uma realização profissional. Nos contributos da VEPO para com os utentes, mencionam que a minimização de ansiedade, o envolvimento do utente nos seus cuidados de

saúde, a promoção de conhecimentos e o suporte emocional são as intervenções mais relevantes, sendo que apenas 50% considera a minimização do risco.

2.2. Questões éticas e deontológicas

Os princípios éticos e deontológicos do projeto foram salvaguardados, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça, que deverão nortear qualquer trabalho de investigação. Toda a intervenção de enfermagem inerente a este projeto, teve por base os estatutos e REPE da OE publicados na Lei n.º 156/2015 (2015), ressaltando-se o dever do enfermeiro expresso no artigo 100º do CAPÍTULO VI da deontologia profissional, em “Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional”(p. 8078). Nesse sentido, considere igualmente as questões éticas em relação à salvaguarda dos direitos das pessoas envolvidas, nomeadamente no respeito à integridade e ao sigilo, assim como no respeito pelo consentimento livre e esclarecido sobre a participação no estudo ou livre recusa e/ou desistência à participação no projeto, em qualquer etapa do processo.

De acordo com o artigo 6º dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2006), qualquer intervenção médica, assim como as pesquisas científicas e investigações,

só devem ser realizadas com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo. (p.7).

Na interação entre pares, concretamente na observação direta de práticas de cuidados, entrevistas, sondagens de opinião ou ainda na avaliação participativa da importância da VEPO na perspetiva dos enfermeiros, atendi ao consentimento verbal prévio dos participantes e à confidencialidade no tratamento e divulgação dos dados obtidos, omitindo o sujeito e a instituição de saúde em estudo.

Relativamente ao inquérito de satisfação das pessoas em estudo, disponibilizei por escrito no prefácio, a informação referente à finalidade e aos objetivos do mesmo. Assegurei o anonimato dos participantes na medida em que nunca solicitei qualquer tipo de dado ou identificação da pessoa, assim como a garantia de confidencialidade

dos dados. Reforcei a livre recusa e/ou desistência à participação no projeto, em qualquer fase do processo. A aplicabilidade dos inquéritos de satisfação às pessoas abrangidas pela intervenção, assim como a implementação do PIS foram submetidos a autorização formal em documento escrito, ao Conselho de Administração da ULS em causa, o qual emitiu parecer positivo por parte da Direção de Enfermagem, notificando por sua vez a comissão de ética hospitalar, equipa que a minha chefe integra. Os guias e o filme não foram submetidos a autorização formal, não podendo por isso ser postos em prática sob risco de violação de princípios éticos. No término do projeto, assumi o compromisso de honra de proceder à divulgação dos resultados na instituição onde o mesmo decorreu.

A consulta de processos clínicos e de documentação escrita, assim como a partilha de dados estatísticos institucionais foram facultados por parte das chefias de enfermagem dos serviços, com conhecimento das respetivas Direções de Enfermagem, autorizando verbalmente a divulgação dos dados, única e exclusivamente para o contexto formativo, sob compromisso de respeito ao anonimato e confidencialidade dos dados.

Todavia, considerando que a pessoa com doença oncológica possa encontrar-se particularmente vulnerável, física e emocionalmente, é necessário refletir sobre os potenciais riscos para a saúde, bem-estar, valores ou dignidade dessas mesmas pessoas ao participarem neste tipo de projetos ou investigações (Albuquerque e Cabral, 2015). Esta fato remete-nos para uma reflexão, na medida em que a intencionalidade do projeto e os procedimentos integrantes, possam eventualmente não ser tão inócuos como aparentam.

A implementação do projeto decorreu sob acompanhamento e supervisão da enfermeira responsável de serviço no qual foi implementado o PIS, e da orientadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

2.3. Competências desenvolvidas

O desenvolvimento deste projeto de intervenção em serviço atendeu à análise das necessidades das pessoas com doença oncológica no período pré-operatório, através da efetivação da VEPO, na finalidade de promover uma melhor experiência de transição e paralelamente uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem. A execução das atividades planeadas face aos objetivos gerais e específicos para cada

campo de estágio, centraram-se no propósito final da aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e Específicas de EEEMC à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa da OE, para além de Competências de Enfermeiro Especialista em Oncologia descritas pela EONS e de Competências de Mestre segundo os Descritores de Dublin.

Segundo Benner (2004), a multiplicidade de experiências promove a construção do conhecimento clínico do enfermeiro possibilitando a aquisição de competências. Neste sentido, as experiências vivenciadas nos diferentes campos de estágio e a execução das atividades desenvolvidas no âmbito da implementação e desenvolvimento do PIS conduziram ao desenvolvimento das competências acima citadas.

Atendendo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descritas pela OE (OE, 2019), desenvolvi conhecimentos aprofundados num domínio específico da enfermagem, nomeadamente no cuidado à pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia no período que antecede a cirurgia, assumindo um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (competência B1.2). Neste mesmo domínio da melhoria contínua da qualidade, garanti um ambiente terapêutico e seguro, centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gestão do risco associado ao procedimento cirúrgico. No domínio da gestão de cuidados (C1.1.3.), a intervenção centrou-se na melhoria da informação do enfermeiro perioperatório do BO para a tomada de decisão no processo de cuidar na pessoa com doença oncológica, otimizando a resposta da equipa de enfermagem do BO e a articulação na equipa multidisciplinar de saúde. Por último, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a praxis clínica especializada foi baseada em evidência científica, assumindo a responsabilidade de ser facilitador nos processos de aprendizagem, em contexto de trabalho (competência D2.1) e suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da VEPO (D2.2.).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEEMC descritos pela OE (OE, 2018), foi assegurado o desenvolvimento de competências na área do cuidado à pessoa e família/cuidadores na vivência dos processos complexos decorrentes de doença crónica, com o qual se coaduna a doença oncológica e a

cirurgia, englobando ainda uma intervenção na otimização do ambiente no período pré-operatório e nos processos terapêuticos inerentes.

Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa descritos pela OE (OE, 2018), foi garantido o cuidado à pessoa com doença crónica oncológica proposta para cirurgia, e dos seus familiares/cuidadores no contexto pré-operatório, na finalidade da promoção de uma transição cirúrgica saudável e preservação da dignidade da pessoa cuidada (competência L5). A intervenção de enfermagem centrou-se na diminuição do sofrimento associado ao desconhecido e à falta de informações no período pré-operatório (rotinas, ambiente e procedimento cirúrgico e inerentes repercussões futuras), e na maximização de bem-estar, conforto e qualidade de vida, através da redução da ansiedade pré-operatória, medidas de controlo de dor, promoção de um ambiente seguro e tranquilo na prática de cuidados, prevenção de complicações e ainda a promoção da recuperação pós-operatória, do autocuidado e/ou hábitos de vida saudáveis. Neste mesmo âmbito foram igualmente desenvolvidas competências no estabelecimento da relação terapêutica com essas mesmas pessoas no período que antecede a sua cirurgia, integrando uma filosofia de cuidados holísticos e complexos, que suporte e consolide os recursos pessoais enquanto elementos facilitadores da transição e promova a tomada de decisão centrada na pessoa (competência L6). No ambiente terapêutico desenvolveram-se ainda competências no domínio da comunicação, ajuste de expectativas face à cirurgia e esperança realista relacionada com o impacto da cirurgia e prognóstico futuro.

Atendendo aos descritivos de Competências de Enfermeiro Especialista em Oncologia definidos pela EONS (2013), a intervenção de enfermagem foi continuamente baseada na pesquisa de evidência, aplicável aos cuidados à pessoa com doença oncológica. A implementação da VEPO permitiu ainda a efetivação de uma avaliação abrangente de enfermagem no cuidado a essas mesmas pessoas, atendendo aos fatores físicos, sociais, culturais, psicológicos e espirituais intrínsecos ao seu processo de transição cirúrgico, estabelecendo planos de cuidados personalizados com base nos riscos, necessidades e preferências individuais da pessoa em causa. Foram igualmente desenvolvidas competências relativas à informação e comunicação à pessoa com doença oncológica.

O projeto permitiu ainda a aquisição de competências de Mestre de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de Bolonha (DGES, 2010), ao integrar

conhecimentos e capacidades para lidar com situações complexas, através de trabalhos desenvolvidos, práticas reflexivas ou estágios, na intencionalidade de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia. Assegurou-se ainda uma especialização de natureza académica, nomeadamente na área da VEPO à pessoa com doença oncológica, com recurso a atividades de investigação como a *revisão scoping*, permitindo mais uma vez evidenciar a relevância da evidência científica para a mudança de práticas e produção de conhecimento em enfermagem, assim como adquirir e desenvolver competências na capacitação do uso de metodologias de pesquisa de evidência científica e divulgação dos resultados aos pares, contribuindo conseqüentemente para o desenvolvimento da profissão de enfermagem enquanto ciência.

3. AVALIAÇÃO

A avaliação incide sobre uma análise reflexiva e fundamentada dos pontos fortes, enquanto impulsionadores do projeto ou mais-valia e dos pontos fracos, enquanto fragilidades ou fraquezas inerentes ao seu desenvolvimento.

Enquanto ponto fraco evidencia-se o excesso de atividades formativas projetadas em cada local de estágio face ao período temporal disposto. O projeto revelou-se um pouco ambicioso, requerendo um esforço acrescido e a adoção de estratégias eficazes de gestão do tempo, na intencionalidade do cumprimento do cronograma estabelecido. Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), um projeto tem um carácter prolongado e faseado, contudo deve ser exequível. Exige como tal empenho, dedicação e entrega, de forma a alcançar os objetivos propostos, melhorar as potencialidades individuais do autor e promover as aprendizagens. É essencial rentabilizar o tempo disponível para atingir melhores e mais rápidos resultados Fortin (1999).

A seleção do primeiro contexto formativo constituiu um dos pontos fortes do projeto uma vez que os enfermeiros da instituição em causa detinham o conhecimento científico e experiencial, resultante de uma vasta e longa experiência na área da VEPO. Permitiu adquirir perícia clínica, para posterior mobilização de conhecimentos à projeção da VEPO e respetiva implementação. Segundo Benner (2004), a perícia clínica resulta do conhecimento teórico e prático, traduzindo-se na capacidade de tomar decisões clínicas perante situações complexas.

No decorrer da implementação do projeto certificou-se a exequibilidade do mesmo no serviço e na instituição de saúde, assim como o seu contributo na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros perioperatórios às pessoas com doença oncológica, alcançando os objetivos propostos com empenho e dedicação. O projeto transpôs a sua intervenção para além do percurso académico, perpetuando-se em funcionamento até ao presente dia, não obstante à escassez de recursos humanos de enfermagem, mantendo uma taxa de efetividade elevada, superior a 95%.

Enquanto mais-valias reforço ainda a estratégia contínua de envolvimento e participação da equipa de enfermagem em todas as etapas do projeto, a coordenação eficiente, assim como a sensibilização e consciencialização da problemática. Fortin

(1999) afirma que a estratégia de um projeto deva centrar-se na utilização adequada de recursos, metodologias e na articulação entre os membros que integram o projeto, promovendo a sua adesão. Nesse sentido, o projeto manteve a nomenclatura de VEPO e não de consulta de enfermagem pré-operatória, contrariando o enquadramento atual preconizado pela DGS na prestação de cuidados pré-operatórios, na medida em que os profissionais de enfermagem envolvidos no projeto demonstraram discórdia e contrariedades ao novo conceito, pelo que se preferiu em prol do envolvimento dos profissionais envolvidos no projeto manter a terminologia do projeto de VEPO, conforme os mesmos haviam disposto nas sondagens de opinião. O novo paradigma de consulta pré-operatória desenquadra-a do seu conceito tradicional de consulta enquanto atividade realizada em espaço físico específico, todavia acarreta uma mudança de mentalidade institucional, para a qual nem a instituição de saúde nem os respetivos profissionais se demonstravam preparados. Um projeto de intervenção nestes moldes poderia condicionar a sua implementação pela fraca adesão dos enfermeiros ao projeto, pela limitação temporal do estágio, ou ainda por questões burocráticas ou financeiras institucionais.

Corroborando o envolvimento dos enfermeiros no projeto, recorri ainda a uma avaliação intermédia da intervenção, analisando a perspetiva dos enfermeiros do serviço de cirurgia geral e bloco operatório face à VEPO. Segundo Rui, Ferrito e Nunes (2010), a avaliação intermédia permite analisar as primeiras críticas do projeto e reajustar as estratégias. Nesse sentido foram construídos e aplicados, dois formulários distintos, através da plataforma *Google Forms*. Foi facilitador na medida em que permitiu analisar o caminho traçado, obter um balanço para avaliar a intervenção e refletir sobre novas estratégias. Os enfermeiros reconheceram os contributos da sua intervenção na VEPO, sentiram-se motivados e expressaram contentamento na interação com a pessoa.

Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), a imprevisibilidade está implícita a qualquer projeto, pode conduzir a novos rumos, tornando o projeto dinâmico e flexível. Assim sendo, no decorrer do mesmo surgiu uma condicionante relacionada com a mudança organizacional da administração hospitalar. A autorização da divulgação dos meios audiovisuais contemplados no projeto (guias informativos e filme) foi adiada, refutando o seu enriquecimento. Todavia a VEPO espelha por si mesmo a sua relevância e traduz ganhos em saúde para a pessoa com doença oncológica e sua família.

Outra das limitações reside no fato de não ter sido possível utilizar um instrumento para quantificar os resultados da VEPO na pessoa, nomeadamente a avaliação do *distress*, enquanto indicador da saúde mental da população, não remetendo necessariamente para um diagnóstico clínico, ainda que se caracterize por sintomas presentes em algumas patologias mentais (NCCN, 2017). Segundo a mesma fonte, o *distress* representa uma experiência desagradável de natureza física, mental, social ou espiritual que interfere na capacidade de lidar com a doença, podendo interferir na maneira de pensar, sentir ou agir.

Nos diversos contextos formativos saliento enquanto positivo, a receptividade das equipas de enfermagem e o apoio exímio dos orientadores de estágio, promovendo a aprendizagem e contribuindo para o sucesso da implementação do projeto.

3.1. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados

O presente PIS contribuiu para a valorização da profissão de enfermagem, na medida em que a “investigação permite desenvolver e consolidar os conhecimentos, constituindo-se como um contributo para a visibilidade dos cuidados de enfermagem” (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010, p.35). A prática de enfermagem na VEPO baseada na evidência científica permitiu centrar a prestação de cuidados na procura da excelência dos cuidados de enfermagem, na intencionalidade de capacitação da resposta da pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia, aos inerentes processos de vida experienciados, facilitando o processo de transição em causa e tornando a sua vivência mais saudável e positiva.

A desenvolvimento e implementação deste projeto centrou-se numa estratégia estruturada, multidimensional e multidisciplinar, fundamental para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica, e aplicável ao domínio do exercício profissional do EEEPSCP. Atendendo aos sistemas de melhoria contínua da qualidade em saúde, de acordo com os padrões de qualidade parametrizados pela OE (2001), garantiu-se o cumprimento das premissas de qualidade de saúde, cada vez mais impostas pelas organizações de saúde, profissionais de saúde e utentes, assim como à individualidade da pessoa cuidada. A atividade de elaboração da norma regulamentar da VEPO e da folha de registos de enfermagem enquadraram o enunciado descritivo da organização dos cuidados de enfermagem, enquanto que os guias e

filme atenderam à promoção da saúde e prevenção de complicações. O inquérito de satisfação visou a avaliação da satisfação da pessoa face aos cuidados prestados, enquanto que a elaboração da listagem CIPE com as intervenções de enfermagem promotoras da transição enquadrou o enunciado descritivo da qualidade no âmbito do bem-estar, autocuidado e readaptação funcional.

A avaliação da satisfação das pessoas relativamente à VEPO evidenciou que 95 a 100% das pessoas ficaram muito satisfeitas pela intervenção, sendo que 100% das pessoas demonstraram interesse em ser abrangidos novamente pela VEPO no caso de necessitarem de ser submetidos a nova cirurgia.

O PIS permitiu induzir mudanças comportamentais no dia-a-dia do enfermeiro do BO na prestação de cuidados à população alvo do projeto, reforçando um cuidado humanizado e centrado na individualidade, na preparação e acompanhamento da pessoa com doença oncológica para a sua cirurgia, reforçando a inclusão da família no processo de transição. Permitiu denotar ainda a adequação da tomada de decisão na prestação de cuidados de forma mais assertiva, um acolhimento mais humanizado no BO e incitar a prática reflexiva no cuidado.

Um dos grandes alicerces do projeto centrou-se na consciencialização e reconhecimento da relevância da VEPO na equipa multidisciplinar, especialmente pelos pares e chefia de enfermagem, validada pelos resultados obtidos nas sondagens de opinião e pelo sucesso na adesão ao projeto por parte dos enfermeiros do BO e de cirurgia geral, contribuindo inclusive para o fortalecimento da relação entre ambos.

A finalização deste percurso formativo permitiu assumir um comprometimento na melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica no perioperatório, pressupondo uma permanente atualização dos conhecimentos oriundos da evidência científica e a respetiva disseminação, assim como o desenvolvimento de novas competências. Este projeto contribuiu para o desenvolvimento contínuo da profissão de enfermagem, enquanto ciência e profissão.

4. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

A pessoa que vai ser submetida a cirurgia integra um sistema completamente desconhecido que acarreta riscos e alteração do seu bem-estar. Por outro lado, a complexidade da doença oncológica e a sua cronicidade remetem o ser humano ao confronto com inúmeros desafios e até com a possibilidade de finitude da vida.

As mudanças no estado de saúde e doença dos indivíduos geram um processo de transição. A diversidade, complexidade e a dimensionalidade da experiência cirúrgica e da doença oncológica requerem por isso o desenvolvimento de intervenções de enfermagem eficazes na capacitação da pessoa e família no sentido de maximizar a resposta adaptativa ao evento e promover a melhoria da qualidade de vida dos mesmos, promovendo desta forma uma transição saudável.

A VEPO reflete a intervenção da enfermagem perioperatória que melhor satisfaz as necessidades das pessoas que experienciam uma cirurgia, promovendo uma aproximação ao meio que o rodeia, uma experiência mais tranquila e segura, assim como uma recuperação cirúrgica adequada. Através de uma interação pessoal e empática entre o enfermeiro do BO e a pessoa e sua família, a VEPO é efetuada na véspera da cirurgia, beneficiando ambas as partes envolvidas no processo do cuidado com vista a tornar a experiência mais positiva. A sua relevância é ampla e indiscutível.

Em cirurgias do foro oncológico, acresce a transição de cronicidade da doença oncológica com a inerente multiplicidade de implicações nas diferentes dimensões de vida. Perante a complexidade da doença oncológica e os constrangimentos/vulnerabilidades decorrentes de uma cirurgia, o enfermeiro assume um papel preponderante, enquanto elemento facilitador da experiência em curso. Nesse contexto o enfermeiro programa um atendimento sustentado num planeamento de cuidados humanizado e individualizado, centrado na pessoa enquanto ser único. Este papel coaduna-se com as competências do enfermeiro de oncologia definido pela EONS (2018) como o profissional qualificado que tem domínio e total responsabilidade para prestar cuidados essenciais de enfermagem às pessoas afetadas pelo cancro, no encontro com a pessoa e família e no estabelecimento de uma relação terapêutica.

O projeto de intervenção em serviço com o tema: “Implementação da visita de enfermagem pré-operatória à pessoa com doença oncológica”, evidenciou um desafio acrescido aos enfermeiros de BO, no cuidado à pessoa oncológica proposta para

cirurgia e sua família, na procura da excelência dos cuidados de enfermagem. Ele reflete um percurso realizado em quatro contextos hospitalares distintos, repletos de experiências e oportunidades que se complementam entre si, com recurso a uma metodologia de projeto. De acordo com Benner (2004), o enfermeiro constrói o seu conhecimento clínico através da multiplicidade de experiências, adquirindo competências.

Os objetivos propostos foram adequados e alcançados com disciplina, dedicação e resiliência. A eficiência da estratégia utilizada e a liderança assertiva foram identificados enquanto alicerces essenciais do sucesso da implementação de um projeto construído de raiz. Durante o processo foi valorizado o processo formativo dos pares e a sensibilização para a problemática, no sentido de envolver e motivar a equipa de enfermagem no projeto e reforçar a importância do papel do enfermeiro na promoção de uma transição saudável.

Os resultados permitiram certificar a contribuição positiva da VEPO na transição da pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia. Foram identificadas as intervenções de enfermagem promotoras dessa transição, concretamente a minimização do risco, suporte emocional e promoção de conhecimentos. As pessoas abrangidas pela VEPO validaram a importância da VEPO, manifestando positivamente a sua satisfação por terem sido abrangidas pela intervenção.

Este projeto adequou-se na íntegra ao contexto laboral selecionado, pela inexistência da VEPO no serviço e permitiu difundir a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica e sua família no BO. Contribuiu igualmente para o desenvolvimento da profissão valorizando as intervenções autónomas de enfermagem e o recurso à evidência científica no cuidar.

O projeto evidenciou ganhos de ordem profissional, através da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e de perícia, mas igualmente de ordem pessoal, promovendo o autoconhecimento e maturidade rumo a um processo evolutivo enquanto ser humano. O recurso à metodologia de projeto foi desafiante e promoveu a visibilidade da enfermagem na instituição hospitalar e na equipa multidisciplinar de saúde.

Com o término do percurso formativo, equaciona-se a continuidade do projeto no serviço. O sucesso da prossecução da VEPO dependerá provavelmente do

envolvimento da chefia de enfermagem no processo, na relevância que a equipa atribui à atividade e da análise periódica dos indicadores de resultados, enquanto fator motivacional e de custo-eficácia. Infelizmente tenho consciência que a escassez de recursos humanos de enfermagem nos serviços de saúde é uma realidade constante, que poderá condicionar a efetividade diária da VEPO neste serviço. Objetiva-se ainda a aplicabilidade dos meios audiovisuais implícitos na norma (guias e filme).

Num futuro próximo, planeio ainda aprofundar competências no âmbito da comunicação, e em concreto na pessoa com doença oncológica, em cursos ou workshops, disseminando posteriormente os conhecimentos à restante equipa de enfermagem através de sessões formativas.

A longo prazo perspectiva-se uma redefinição dos critérios de inclusão da população abrangida pela VEPO, ampliando a intervenção a toda a população adulta proposta a cirurgia eletiva, não se limitando apenas a pessoas com doença oncológica.

A avaliação do *distress*, com recurso a uma escala de avaliação poderá também integrar, num futuro mais longínquo a atividade da VEPO no pré-operatório, reforçando o acompanhamento contínuo da pessoa no decorrer da sua doença oncológica. Todavia, seria necessário integrar uma estratégia que permitisse efetuar a avaliação de *distress* em momentos distintos, requerendo por parte do enfermeiro do BO maior disponibilidade temporal e uma intervenção prévia ao momento da admissão hospitalar para cirurgia, necessitando de existir uma referenciação por parte de outro profissional de saúde das consultas externas ou da oncologia, para iniciar-se a VEPO.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, E.; Cabral, A. (2015). *Psico-oncologia – Temas Fundamentais*. Lisboa: Edições Lidel. ISBN: 978-989-752-136-2.
- Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN). (2007). Recommended Practices for Managing the Patient Receiving Local Anesthesia. 85(5). p. 965-971.
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2020). AORN position statement on advanced practice registered nurses in the perioperative environment. 112(4). p. 388-390.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-16-X.
- Bastos, M.; Fernandes, M. (2013). Contributos da visita pré-operatória de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. Edições Sinais Vitais. 4 (2). p.57-63.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem (Edição Comemorativa)*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2004). De principiante a perito. *Revista Servir*. 44 (3). p. 23-27.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures. Lusociência.
- Carvalho, C. (2008). A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 54 (1). p. 87-96.
- Chirstóforo, B; Carvalho, D. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 43(1). p. 14-22.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel. ISBN 9789727571093.
- Costa, P.; Leite, R. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 55(4). p. 355–364.
- Decreto-Lei N.º 107/2008. (2008). *Processo de Bolonha no ensino superior*. Diário da República, I Série (N.º 121 de 2008-06-25), 3835-3853. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>

- Direção Geral da Saúde (DGS) (2014). Portugal – Doenças Oncológicas em números 2014: programa nacional para as doenças oncológicas. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em: 05.01.2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2014-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2013). Norma nº 024/2013: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em: 03/11/2019. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/prevencao-da-infecao-do-local-cirurgico.pdf>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Lisboa: DGS. Acedido em: 15/12/2020. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde Direção-Geral da Saúde. ISBN 978-972-675-206-6. Acedido em: 05.01.2021. Disponível em: [Guia de Apoio à Autoavaliação de Unidades de Saúde \(1\).pdf](#)
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – 2017. Lisboa: DGS. Acedido em: 02/09/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-oncologicas.aspx>
- Direcção-Geral da saúde. (2010). Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da Organização Mundial de Saúde - Cirurgia Segura Salva Vidas. Acedido em: 10/09/2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8
- Direcção-Geral do Ensino Superior (DGES). (2010). Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior. Acedido a 02.06.2019. Disponível em https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qg-eees_0.pdf
- European Oncology Nursing Society (EONS) (2013). Cancer Nursing Curriculum (4ª ed.). Bruxelas: European Oncology Nursing Society. Acedido a 30/05/2019. Disponível em:

<http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search>

- European Oncology Nursing Society (EONS) (2018). The Cancer Nursing Education Framework. UK. Acedido em: 30/05/2019. Disponível em: <https://www.cancernurse.eu/wp-content/uploads/2020/05/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf>
- Ferreira, L.; Santos; Bulcão, E. (2012). Emoções face ao diagnóstico de doença oncológica. Revista Online Onco. News. VI (20). p. 20-27. Acedido em: 05/10/2019. Disponível em: <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/54-art.pdf>
- Flório, M. e Galvão, C. (2003). Cirurgia Ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no perioperatório. Rev Latino-am Enfermagem. 11(5). p. 630-637. Acedido em: 05/11/2019. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta. ISBN: 9789898075185.
- Fortin, M. (1999). O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. Loures: Lusociência. ISBN: 972-47-1725-9.
- Frias, T.; Costa, C.; Sampaio, C. (2010). O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. Revista Mineira de Enfermagem. 14(3). p.345-352.
- Gonçalves, T. e Medeiros, V. (2016). A vista pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. Revista Sobecc. 21(1). p. 22-27.
- Gonçalves, M.; Cerejo, M. e Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. Revista de Enfermagem Referência. Série IV (14). p. 17-26.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8.
- International Council of Nurses (ICN). (2016). CIPE® Versao 2015 –Classificação internacional para a prática de enfermagem. Loures: Lusodidacta.
- Jesus, J.; Abreu, V. (2014). Humanização em Bloco Operatório. In A., Duarte; O., Martins (Eds.), Enfermagem em Bloco Operatório (pp. 39-44.). Lisboa: Edição Lidel.

- Karkow, M; Girardon-Perlini, N.; Stamm, B.; Camponogara, S.; Terra, M.; Viero, V. (2015). Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. *Revista Mineira de Enfermagem*. 19(3). p. 741 –746.
- Lei N.º 95/2019 (2019). *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República, I Série (N.º 169 de 2019-09-04), 55-66. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>
- Lei n.º 156/2015 (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, I Série (N.º 181 de 2015-09-16), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lemos, M; Lemos-Neto, S.; Barrucandb, L.; Verçosa, N.; Tibirica, E. (2019). A informação no pré-operatório reduz a ansiedade pré-operatória em pacientes com câncer submetidos à cirurgia: utilidade do Inventário Beck de Ansiedade. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 69(1). p. 1–6.
- Lourenço, M. (2004). *Cuidar no bloco operatório*. Lisboa: Nursing. 187. p. 25-28.
- Malley, A.; Kenner, C.; Kim, T.; Blakeney, B. (2015) The role of the nurse and the perioperative assessment in Patient Transitions. *AORN Journal*.102 (2). p. 181-189.
- Marek, J.; Boehnlein, M. (2003). *Enfermagem no Pré-Operatório*. In W., Phipps; J, Sands; J. Marek (Eds.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (pp. 525-614). Loures: Lusociência.
- Martin, L.; Finlaysone, S.; Brooke, B. (2017). Patient preparation for transitions of surgical care: is failing. *World Journal of Surgery*. 41. p. 1447-1453.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, Eun-Ok; Messias, H.; Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1). p. 12-28.
- Melo, J.; Teixeira, A.; Novo, A.; Figueiredo, M. e Branco, N. (2013). *Visita de Enfermagem Pré-operatória – A opinião dos doentes*. *Millenium*. 44. p. 171-182.
- Mendes, I; Ferrito, C; Gonçalves, M. (2018). *Intervenções de enfermagem no programa Enhanced Recovery After Surgery: scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(6). p. 2991-2999.

- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2017). Distress Guidelines for patients Version 1.2017. Acedido em: 10 de Outubro de 2019. Disponível em: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/index.html>
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2017). Distress Guidelines for patients Version 1.2017. Acedido em: 10 de Outubro de 2019. Disponível em: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/index.html>
- Oncology Nursing Society (ONS) (2007). Oncology nurse practitioner competencies. Acedido em: 04/12/19. Disponível em: <https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/oncology-nurse-practionercompentencies.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em:12/01/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em:12/01/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/R Regulamento competencias comuns enfermeiro.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa. Acedido em:12/01/2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Acedido em: 07/01/2019. Disponível em: [Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; 2006 \(min-saude.pt\)](#)
- Passos, U. (2009). Ansiedade, depressão, desesperança e estresse do enfermo cirúrgico oncológico (Dissertação de mestrado). Acedido em: 01/05/2020. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/2007/1/Uelen%20Camargo%20dos%20Passos.pdf>

- Pereira, F. (2013). Predisposição psicológica de adaptação comportamental à patologia oncológica. *Revista Evidências*. p. 26-40.
- Pereira, A.; Soares, V.; Russo, T.; Teles, A.; Lenza, N; Sonobe, H. (2016). O ensino pré-operatório na perspectiva de pacientes oncológicos. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 10 (2). p. 449-456.
- Peixoto, N.; Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV* (11). p. 121-132.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Montreal: Lusociência.
- Pinheiro, L. (2013). O impacto da marcação da ostomia no autocuidado ao estoma e qualidade de vida. *Revista de investigação em enfermagem. Série II* (4). p. 49-56.
- Ribeiro, P. (2010). Pré-operatório: O universo da apreensão e desconhecimento: Estudo de factores que influenciam o nível de ansiedade estado do doente no pré-operatório. *Revista Investigação em Enfermagem*. 22.
- Ruivo, M.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15. p.1-37. Acedido a 25.05.2019. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/241273228/Metodologia-de-Projecto>
- Sadati, L.; Mehdizadeh, A.; Shoar, S.; Tamannaie, Z.; Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian journal of caring sciences*. 27(4). p. 994-998.
- Sales, C.; Cassarotti, M.; Piolli, K.; Cristine; M.; Matsuda, L.; Wakiuchi, J. (2014). O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 15 (4). p. 659 – 667. Acedido em: 06/11/2019. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324032212013>
- Santos, T., Aquino, A., Chibante, C. e Espírito Santo, F. (2013). The nursing team and the family member accompanying adult patients in the hospital context. An exploratory study. *Invest Educ Enferm*. 31 (2), p. 218-225.
- Santos, M.; Martins, J.; Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(3). p.7-15.
- Serra, A. (2011). *O stress na vida do todos os dias*. 3ª Edição. Coimbra: Adriano Vaz Serra Editor. ISBN: 9789729500329.

- Silva, D. e Alvim, N. (2010). Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(3). p. 427-434.
- Silva, R.; Soares, R.; Lana, L.; Birrer, J. e Mostadeiro, S. (2011). Percepção de pacientes com neoplasias esofágicas e estomacais sobre orientações pré-operatórias recebidas do enfermeiro. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 1(3). p. 431-439.
- Silva, V.; Zago, M. (2005). A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58(4). p. 476–480.
- Silva, W; Nakata, S. (2005). Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58(6). p.673-676.
- Souza, L.; Souza, M.; Pinto, A.; Cortez, E.; Carmos, T.; Nascimento; R. (2010). The benefits of preoperative nursing visits for surgical patients: a systematic review of literature. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*. 2(2). p. 797-806.
- The Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews (JBI). (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido a 02.04.2019. Disponível em https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
- Tschanz, Jennifer; Sugarman, Cathleen. (2016). Carcinogenesis – Capítulo 3 In J. Itano; J, Brant; F., Conde; M., Saria (Eds.), *Core Curriculum for Oncology Nursing* (pp.42-55). 5.º Edição. Missouri: Elsevier. ISBN: 978-1-4557-7626-9.
- Jesus, J.; Abreu, V. (2014). Humanização em Bloco Operatório. In A., Duarte; O., Martins (Eds.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 39-44.). Lisboa: Edição Lidel.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-61-5.
- Walker, J. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction?. *British Journal Of Nursing*. 16 (1). p. 27 32.
- Westerling, K.; Bergbom, I. (2008). The importance of nursing in perioperative care: a patient's perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care*. 3 (4). p. 133-144.

- Winner, M.; Wilson, A.; Ronnekleiv-Kelly, S.; Smith, T.; Pawlik, T. (2017). A Singular Hope: How the Discussion Around Cancer Surgery Sometimes Fails. *Annals of Surgical Oncology*. 24. p. 31–37.
- World Health Organization (WHO). (2009). Patient Safety. Acedido em: 12/10/2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Health Organization. (WHO) (2018). *Cancer*. Acedido em: 06/05/2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

APÊNDICES

Apêndice 1: Caracterização do serviço do Bloco Operatório

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DO BLOCO OPERATÓRIO DO HOSPITAL A

O Bloco Operatório (BO) do Hospital A, é um serviço autónomo que integra a área assistencial cirúrgica de um Centro Hospitalar, EPE. Tem como finalidade a prestação de cuidados de saúde humanizados e personalizados, decorrentes de intervenções cirúrgicas programadas ou urgentes, bem como atos de diagnóstico ou terapêutica, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos, conjugando a máxima eficácia, efetividade e eficiência.

Objetiva a melhoria da acessibilidade, qualidade, produtividade, eficiência e a maximização dos resultados de saúde da população abrangida, conforme disposto na sua Norma Regulamentar.

Dispõe de meios físicos, técnicos e humanos diferenciados e articula com os serviços utilizadores e de apoio, de forma a garantir a efetividade dos cuidados de saúde através de uma gestão otimizada dos recursos e do envolvimento dos profissionais que colaboram no Bloco Operatório. Contudo, este serviço destaca-se pela sua natureza e diferenciação técnica e tecnológica, pelo impacto na prestação de cuidados de saúde à comunidade e pelo contributo na educação e formação médica e de enfermagem com acreditação de idoneidade formativa.

O BO está localizado numa área terminal/ isolada de circulação geral do hospital, mas simultaneamente acessível ao serviço de urgência, unidade de cuidados intensivos, central de esterilização, serviços de apoio e serviços de internamento. Este serviço foi planeado e organizado de modo a facilitar o fluxo interno e externo de utentes, pessoal e material nas três áreas definidas no bloco operatório: área livre, área semi-restrita e área restrita— de acordo com as atividades específicas que se realizam em cada uma delas. Esta última área compreende o conjunto de 5 salas operatórias, 4 salas de pré-anestesia, unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA), 2 gabinetes de trabalho, 1 sala de registos, 1 gabinete administrativo, 1 sala de pausa, 1 biblioteca e 5 arrecadações.

As normas organizacionais, estrutura hierárquica e o modelo de funcionamento do BO encontra-se disposto no regulamento interno do BO. O serviço é dirigido por um médico do Centro de Responsabilidade para a Área Cirúrgica, coadjuvado pelo Responsável de Enfermagem do Bloco Operatório.

A constituição da Equipa de Enfermagem é da responsabilidade da Enfermeira/o coordenador do bloco operatório ou Chefe de Equipa de Enfermagem e

deverá respeitar o desempenho de funções de enfermagem de instrumentação, apoio à anestesia e enfermeiro circulante.

O horário normal de funcionamento do BO para cirurgia programada, distribui-se entre as 8h30 e as 20 horas nos dias úteis. Assegura-se a disponibilidade permanente de uma sala operatória para a realização de cirurgias com carácter de urgência, em todos os turnos inclusive no período noturno.

No dia anterior à cirurgia, é efetivada a visita pré-operatória de enfermagem, na qual os enfermeiros do BO se deslocam aos serviços de internamento de forma a estabelecer contato com as pessoas propostas para cirurgia programada e planearem os cuidados necessários para a intervenção cirúrgica e posterior recuperação.

As pessoas são recebidas no BO devidamente identificadas através de uma pulseira com a sua identificação pessoal e acompanhados por um enfermeiro do serviço de origem e um maqueiro. O acolhimento é efetuado por um enfermeiro e um assistente operacional do BO, tendo em conta o respeito pela privacidade da pessoa, o humanismo e a individualização dos cuidados de enfermagem. Assegura-se ainda neste momento, o cumprimento da lista de verificação pré-operatória (LVPO) disposta numa plataforma eletrónica, de forma a detetar inconformidades que inviabilizem o procedimento cirúrgico e prevenir complicações.

Para além dos registos eletrónicos de enfermagem dispostos anteriormente, inclui-se o registo clínico do intra-operatório, o consumo de consumos por utente (plataforma de gestão EKANBAN) e ainda os registos na plataforma da DGS: Cirurgia Segura *Salva Vidas*.

A transferência do doente para a área seguinte, a UCPA ou serviço de internamento, implica a transmissão de toda a informação pertinente aos profissionais que assumem a responsabilidade dos cuidados a prestar.

A UCPA é parte integrante do Bloco Operatório e destina-se à prestação de cuidados de doentes no pós-operatório imediato, com enfoque na vigilância, monitorização e terapêutica dos mesmos. A responsabilidade da UCPA é do serviço de Anestesiologia, coadjuvado pela Direção do BO e pela responsável de enfermagem do BO. O desempenho de funções nesta área é assegurado por enfermeiros e assistentes operacionais. O horário de funcionamento é das 8 às 23 horas de segunda a sexta-feira. Sempre que uma situação clínica o exija para além do horário estabelecido, o funcionamento é assegurado através do prolongamento do turno da tarde. Os doentes operados em regime de urgência aos fins-de-semana e feriados também deverão ser assegurados. É composta por 2 áreas contíguas, nomeadamente

a área de internamento com 5 unidades de paciente, com acesso direto à zona de transfer e corredor do BO e ainda por uma área de sujos. As 5 unidades estão separadas por cortinas laváveis e dispõem cada uma delas de monitores multiparâmetros com central de registo, sendo que a 5^o unidade é preferencialmente destinada a crianças. Os critérios de alta estão devidamente definidos e devem assegurar a manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória dos utentes, embora a responsabilidade major da alta seja da responsabilidade dos anestesistas. É contemplado o acompanhamento a menores na UCPA e proporcionada ao utente adulto a visita da pessoa significativa desde que solicitado. Em qualquer dos casos, deverá proceder-se à colocação de equipamento de proteção individual apropriado, cedido pela equipa. Aquando da alta, a transferência do doente é efetuada na zona de transfer do BO, pelo enfermeiro da UCPA e enfermeiro do serviço de internamento. Os registos de enfermagem são efetuados eletronicamente, através da aplicação EKANBAN, a qual gera um relatório que será integrado no processo eletrónico da pessoa no programa *SClinico*.

No dia seguinte à intervenção cirúrgica efetiva-se a visita pós-operatória de enfermagem, na qual os enfermeiros do BO se deslocam novamente ao serviço de origem no qual foi alocado, para avaliar a experiência cirúrgica e o estado geral do utente após a cirurgia com vista à promoção da sua recuperação. Contudo, esta visita só poderá ser realizada se a pessoa for efetivamente submetida a cirurgia e se foi abrangida anteriormente pela visita pré-operatória.

Salienta-se ainda que este serviço é acreditado pelo modelo oficial da Agência de Qualidade Sanitária de Andalucia, adotado pelo Ministério da Saúde na intencionalidade da melhoria da qualidade nas instituições de saúde, sendo que a análise dos indicadores de avaliação das visitas de enfermagem pré e pós-operatórias integram o processo de acreditação da qualidade do serviço do BO.

Visita de Enfermagem Pré e Pós-Operatória

A visita pré e pós-operatória de enfermagem surgiu de um projeto implementado pela atual chefe do serviço no ano de 2012, embora tenha sofrido alterações ao longo dos anos com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. As suas diretrizes estão dispostas num procedimento setorial e destina-se a abranger todas as pessoas passíveis de serem submetidas a cirurgia em regime convencional programado, com internamento administrativo efetuado e admissão ao serviço, até às 12 horas da véspera da cirurgia.

As visitas são efetuadas pelos enfermeiros do BO, sendo que é destacado diariamente um enfermeiro para a realização da mesma, conforme disposto no plano de distribuição de enfermagem do serviço (evitando assim desresponsabilizações no cumprimento da atividade).

Conforme consta no protocolo setorial, o objetivo das visitas pré e pós-operatórias, centra-se no estabelecimento da relação de confiança com a pessoa que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica; atenuação de receios face ao procedimento anestésico/ cirúrgico; informação sobre o percurso perioperatório; planeamento de cuidados de enfermagem para o período perioperatório e avaliação da satisfação das pessoas face aos cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório.

O protocolo preconiza que ambas as visita sejam efetuadas junto da unidade atribuída à pessoa e desenvolvidas em ambiente calmo, seguro e respeitando a privacidade e confidencialidade da pessoa e família/pessoa significativa.

Os horários de ambas as visitas são de segunda a sexta-feira das 10 horas às 14 horas e aos domingos e feriados das 10 horas às 21 horas. Nos dias úteis o horário poderá ser eventualmente alargado para o turno da tarde sempre que referenciada impossibilidade do cumprimento da atividade por parte do enfermeiro da manhã, uma vez que as pessoas poderão necessitar de se ausentar do serviço para realização de exames complementares, o que é bastante comum na área da senologia.

Os registos de enfermagem são registados numa aplicação eletrónica específica denominada de VISPOE e simultaneamente num documento de *Microsoft Office Excel* (para registo estatístico e justificativo no caso de incumprimento da atividade). Poderá aceder-se às aplicações eletrónicas através de um tablet portátil que poderá acompanhar o enfermeiro durante as visitas nos serviços de internamento, ou posteriormente nos computadores do BO

No final de cada mês o enfermeiro com responsabilidade na auditoria interna no âmbito das visitas pré e pós-operatórias, deverá analisar os dados dos indicadores de qualidade definidos e partilhar os resultados à enfermeira coordenadora do BO que por sua vez valida os resultados para a comissão de qualidade do hospital.

Um dos indicadores de qualidade consiste na Taxa de Efetividade da Visita Pré e Pós-Operatória de Enfermagem por Especialidade Cirúrgica, obtida através do seguinte cálculo:

$$\frac{\text{Nº de Visitas Realizadas por Especialidade Cirúrgica}}{\text{Nº Total de Utentes submetidos a cirurgia, por Especialidade Cirúrgica}} \times 100$$

Assim sendo foram previamente definidos critérios de exclusão aplicáveis à realização da visita pré-operatória e devidamente justificáveis não imputados à responsabilidade da equipa de enfermagem do BO, aquelas situações a que todo e qualquer utente que fazendo parte do programa operatório aprovado se encontre nos seguintes critérios:

- Utentes passíveis de serem operados em cirurgia convencional programada, sem admissão ao serviço até às 12 horas da véspera da cirurgia;
- Utentes que recusem a efetivação da visita pré-operatória de enfermagem;
- Utentes com a admissão efetuada, mas ausente do serviço (em exames), em isolamento ou em cuidados de enfermagem inadiáveis;
- Utentes sem condições, para a realização da visita (confusão mental, agitação, não compreensão da língua portuguesa, muito queixoso);
- Utentes em regime de ambulatório;
- Crianças;
- Utentes provenientes do Serviço de Urgência, em serviço não protocolado ou não incluído em programa operatório.

O outro indicador de qualidade consiste na avaliação dos resultados do inquérito de satisfação referente à prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios, relativas ao bem-estar geral, dor e satisfação com os cuidados prestados pelos enfermeiros no BO, com resposta verbal e o recurso a uma escala numérica de Likert de 4 valores.

A efetivação da visita pós-operatória de enfermagem carece da verificação de determinados requisitos sem os quais não se poderá considerar como válida a sua realização. Consideram-se como critérios de exclusão da visita pós-operatória, os utentes que se encontrem nas seguintes situações:

- Utentes transferidos para a unidade de cuidados intensivos / UCPA ou em isolamento;
- Utentes cujo estado não permita a colaboração na mesma (confusão mental, agitação, muito queixoso, adormecido);
- Utentes que recusem a efetivação da visita pós-operatória de enfermagem;
- Utentes ausentes do serviço de internamento por motivos vários;
- Utentes que já tiveram alta;
- Utentes em cuidados de enfermagem inadiáveis;

- Utentes não operados;
- Óbito.

Visita de Enfermagem Pré-operatória

No dia da visita pré-operatória, o enfermeiro consulta os planos operatórios para o dia seguinte, facultados pelo secretariado do BO ou secretariado do respetivo serviço. Seguidamente valida no serviço de internamento a cama atribuída, diagnóstico, cirurgia programada, anestesia proposta e equipa multidisciplinar responsável pela cirurgia. A recolha de informação do utente poderá ser complementada através da consulta do processo clínico disposto em papel ou informático (programa *SClínico*).

O enfermeiro do BO, devidamente fardado (fardamento de cor verde) desloca-se ao serviço de internamento e solicita autorização à equipa de enfermagem em causa, para realizar a visita junto da unidade da pessoa que lhe foi atribuída.

Junto da pessoa proposta para cirurgia, o enfermeiro identifica-se, clarifica sobre os objetivos da sua intervenção e solicita autorização para a realização da visita. Embora atenda à individualidade da pessoa, a visita pré-operatória dispõe de um guia orientador definido no protocolo setorial. Salienta-se que a promoção de conhecimentos sobre as rotinas pré-operatórias, concretamente no reforço da importância de manutenção do jejum no dia da cirurgia, cuidados de higiene, vestuário adequado e remoção de adornos e próteses. A pessoa toma conhecimento sobre a referenciação dos tempos de espera no BO, a necessidade de permanência na UCPA e sua relevância, promove-se o esclarecimento de dúvidas sobre o procedimento anestésico/cirúrgico e sobre a vigilância no período pós-operatório, reforçando a importância da sua colaboração na promoção de conforto, bem-estar e na sua recuperação.

No final da visita o enfermeiro faculty à pessoa um *Guia de Acolhimento do BO*, que pretende dar a conhecer o espaço físico, o fardamento utilizado pelos profissionais e as etapas pelas quais será sujeita a pessoa no dia da sua cirurgia. A pessoa é ainda informada relativamente à continuidade dos cuidados, sobre a existência de uma visita de enfermagem no pós-operatório.

As intervenções de enfermagem implícitas à realização da Visita de Enfermagem Pré-Operatória do BO do hospital A encontram-se descritas no protocolo setorial, as quais se passam a citar:

- Estabelecimento da relação de confiança com a pessoa com doença oncológica;
- Efetivação de ensinamentos pré-operatórios - dieta líquida na véspera da cirurgia, preparação intestinal, cuidados de higiene, jejum, remoção de próteses e adornos, vestuário da pessoa e dos profissionais de saúde, percurso até ao BO, acolhimento no BO e transfer, cuidados intraoperatórios, vigilância e acompanhamento permanentes, conforto térmico, permanência na UCPA / unidade de cuidados intensivos, escala numérica da dor (0 a 10), cuidados pós-operatórios, mobilização e recuperação pós-cirúrgica;
- Socialização ao ambiente do BO;
- Planeamento de cuidados perioperatórios atendendo à individualidade do cliente;
- Validação do consentimento informado;
- Prevenção de complicações;
- Suporte emocional;
- Minimização da ansiedade;
- Preservação da confidencialidade e proteção de dados;
- Esclarecimento de dúvidas.

No término da visita pré-operatória, o enfermeiro do BO informa o colega do serviço de internamento, responsável pela pessoa, relativamente aos dados relevantes obtidos e ao planeamento de cuidados delineado.

No sentido de promover um acolhimento individualizado da pessoa no BO, preconiza-se sempre que possível, que o mesmo seja efetuado pelo enfermeiro que realizou a visita pré-operatória na véspera da cirurgia, uma vez que já estabeleceu uma relação com a pessoa cuidada, pressupondo por isso mais confiança e suporte emocional no acolhimento ao BO, e satisfazer de forma mais eficiente as necessidades identificadas.

Visita de Enfermagem Pós-operatória

No decorrer do agendamento das visitas pré-operatória, o enfermeiro pesquisa na plataforma VISPOE, quais as pessoas que foram submetidas a cirurgia no dia anterior que tenham sido abrangidas pela visita pré-operatória. Seguidamente dirige-se ao serviço de internamento correspondente e realiza a visita pós-operatória. Deve

ser analisada previamente a capacidade e disponibilidade da pessoa para a realização da mesma, e sua autorização para a aplicação do inquérito de satisfação, anteriormente mencionado. São reforçados alguns conhecimentos relativos ao pós-operatórios, relativos ao controlo da dor, promoção de bem-estar, recuperação pós-cirúrgica, promoção de estilos de vida saudáveis, consoante as necessidades detetadas e ainda o esclarecimento de dúvidas.

No final da visita procede-se igualmente ao registo informático na plataforma VISPOE e programa *Microsoft Office Excel*.

Apêndice 2: Poster: A Visita Pré e Pós-Operatória de Enfermagem

A VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ E PÓS OPERATÓRIA DO HOSPITAL A

A Visita de Enfermagem Pré-operatória (VEPO) oferece uma dimensão humanista do enfermeiro perioperatório, e assume-se como atividade de excelência na qualidade dos cuidados de enfermagem.¹ Visa globalmente tranquilizar o utente na procura de uma melhoria do seu bem-estar, num ambiente novo e hostil.²

Qualquer cirurgia se associa a um processo de transição, requerendo adaptação por parte do utente e família / pessoa significativa. O enfermeiro assume-se como o elemento facilitador dessa transição, de forma a proporcionar uma experiência cirúrgica o menos traumatizante possível.³

CARACTERIZAÇÃO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA ^{1,4}

- Intervenção autónoma de enfermagem integrada numa atuação multidisciplinar;
- 1º elo do período perioperatório;
- Estabelecimento da relação de confiança: enfermeiro- utente;
- Planeamento de cuidados individualizado;
- Envolvimento do utente nos seus cuidados de saúde.

ESTRUTURAÇÃO VISITA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM



- ◆ Avaliação inicial;
- ◆ Minimização da ansiedade;
- ◆ Suporte educativo / Ensinos;
- ◆ Suporte emocional e gestão de coping;
- ◆ Socialização ao ambiente do Bloco Operatório;
- ◆ Prevenção de complicações/ gestão de risco;
- ◆ Esclarecimento de dúvidas.



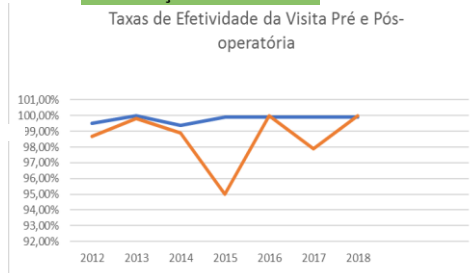
- ◆ Inquérito de Satisfação da experiência do utente no intraoperatório;
- ◆ Avaliação do bem-estar geral, conforto e dor;
- ◆ Promoção de conhecimentos: recuperação pós-operatória e estilos de vida saudáveis;
- ◆ Esclarecimento de dúvidas.



“Aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo”
(Benner, 2001, p.17).⁶

Hospital

Balçoço 2012-2018



◆ A taxa de efetividade da VEPO mantém-se constante ao longo dos anos, atingindo os 95 a 100% desde 2012. O indicador de qualidade reflete o reconhecimento da importância da atividade por parte da equipa de enfermagem do bloco operatório.

◆ No ano de 2018 verificou-se um decréscimo no cumprimento da VEPO face à programação inicial, maioritariamente originado por motivos não imputáveis ao bloco operatório, devidamente contemplados nos critérios de exclusão do protocolo setorial da VEPO.

◆ Aproximadamente 50% das VPO não efetuadas relacionam-se com a não admissão do cliente no serviço de internamento, pressupondo alterações de caráter administrativo, mas também um alargamento do horário da visita, tal como já é aplicável na área da senologia, dada a complexidade da trajetória da doença oncológica. A proposta objetiva contornar os obstáculos, de forma a abranger a VEPO a todas as especialidades cirúrgicas. Contudo, a sugestão requer um aumento de recursos humanos de enfermagem no serviço do bloco operatório.

2018



Visitas Não efetuadas (2018): Critérios de Exclusão



◆ A satisfação global do utente face aos cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório é avaliada através da aplicação de um questionário na visita pós-operatória, sendo que em 2018 os resultados atingiram os 100%.

Referências bibliográficas:

- 1 - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta. ISBN972-8930-16-X;
- 2 - Lourenço, M. (2004). *Cuidar no bloco operatório*. Lisboa: Nursing. 187. p. 25-28;
- 3 - Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing company. ISBN: 978-0-8261-0535-6;
- 4 - Jesus, J.; Abreu, V. in Duarte, A.; Martins, O. (2014). Humanização em Bloco Operatório. *Enfermagem em Bloco Operatório*. 1ª edição. Lisboa: Edição Lidel. ISBN: 978-972-757-959-4. p.39-44;
- 5 - Souza, L. et al. (2010). Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico: revisão sistemática de literatura. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online*. 2 (2). p.797-80;
- 6 - Benner. P. (2001). *De Iniciado a Perito - A excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Ed.;

Apêndice 3: Entrevista enfermeiro perito

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

**CAPACITAÇÃO DO ENFERMEIRO NA VISITA DE ENFERMAGEM
PRÉ-OPERATÓRIA (VEPO)**

1) Considera relevante a realização da VEPO para a pessoa proposta a cirurgia? Porquê?

A VEPO é essencial para a pessoa que vai ser submetida a uma cirurgia, e faz sentido para ambos os intervenientes, enfermeiro e pessoa.

Para a pessoa faz sentido porque a tranquiliza bastante conhecer previamente alguém da equipa de profissionais de saúde que vai cuidar de si, e percebe que o enfermeiro demonstra preocupação e interesse para com a sua situação. A pessoa adquire mais conhecimento sobre o percurso e ambiente a que vai ser exposto, e promove o emponderamento nos seus cuidados de saúde.

Para o enfermeiro é vantajoso na medida em que facilita o estabelecimento da relação com a pessoa, permite o planeamento de cuidados individualizados, o despiste de complicações e encaminhamento precoce, e ainda a continuidade dos cuidados.

2) Qual a importância que atribui a esta visita enquanto atividade de enfermagem?

É uma atividade de enfermagem autónoma e muito relevante para a melhoria dos cuidados de saúde. Permite conhecer a pessoa como um todo, com uma visão global, envolvendo também os familiares / pessoas significativas no processo. Atende-se à dinâmica familiar e envolvimento de todos nos cuidados de saúde, ensinos e no processo de recuperação.

Não é semelhante nem substitui a consulta pré-anestésica de enfermagem, é muito mais que isso porque permite acompanhar a pessoa na sua experiência cirúrgica. O enfermeiro assume-se como o elo de ligação entre a pessoa e a equipa multidisciplinar de saúde.

3) Quais as intervenções de enfermagem que considera mais relevantes na VEPO?

- Estabelecimento da relação de confiança com a pessoa antes da sua cirurgia;
- Planeamento de cuidados individualizados, uma vez que permite conhecer o cliente como um todo e ajustar os cuidados às suas necessidades;
- Apoio psicossocial, permitindo a livre expressão de sentimentos;
- Minimização de ansiedade;
- Esclarecimento de dúvidas.

4) Que competências deve o enfermeiro deter para efetuar a VEPO?

O enfermeiro que executa a VEPO deve deter um conhecimento perioperatório vasto para que consiga adequar as suas intervenções à pessoa e situação em

causa. É necessário conhecer bem a dinâmica do bloco operatório, as rotinas, as funções de cada elemento da equipa, as técnicas cirúrgicas e anestésicas, as alternativas e hipóteses a considerar para cada situação específica e as possíveis complicações.

É necessário facultar a informação inerente à cirurgia à pessoa, mas ter simultaneamente a capacidade e sensibilidade de gerir essas mesmas informações de forma a não lhe acrescer ansiedade nem criar expectativas irrealistas. A pessoa esclarecida e informada nem sempre detém a informação mais favorável, por vezes é necessário até ocultar alguma informação, essa é talvez a competência mais difícil de desenvolver.

O enfermeiro deve valorizar o trabalho de equipa, articulando com os outros profissionais de saúde e com a pessoa, para dar resposta às necessidades detetadas.

Deve transmitir claramente à pessoa cuidada, confiança e segurança de um acompanhamento contínuo, de que nunca estará sozinho.

5) A que se deve o sucesso da efetivação regular e permanente da VEPO na vossa instituição ao longo dos anos?

A uma “ginástica” (SIC) da equipa de enfermagem que apesar das dificuldades e falta de recursos humanos, conseguem manter a motivação e interesse em cumprir esta atividade. A equipa compreende a importância da VEPO e reconhece as vantagens para as pessoas, inclusive a sua gratidão. Coexiste um sentimento de orgulho e de satisfação.

É uma atividade que integra a distribuição das funções de enfermagem no bloco operatório, sendo destacado um elemento de enfermagem diariamente para a sua realização, o que por si só gera responsabilização ao profissional de saúde e evita o incumprimento da mesma.

A monitorização regular da atividade, uma vez que a VEPO é um dos indicadores dos padrões de qualidade auditados, permite um maior compromisso e maior ajuste, de forma a manter o cumprimento da atividade.

Os internamentos de curta duração e os agendamentos operatórios de última hora são condicionantes que desafiam futuramente a VEPO.

Apêndice 4: Revisão *Scoping*

Contributos da visita pré-operatória de enfermagem na promoção de uma transição saudável na pessoa com doença oncológica proposto para cirurgia: Protocolo de Revisão Scoping

Vanessa Sofia Miguéis Gomes Seromenho da Silva ¹

Orientadora: Professora Eunice Sá ²

Sumário

Problemática: A complexidade da doença oncológica aliada à proposta de uma intervenção cirúrgica, potenciam fragilidades e implicam modificações na vida do doente oncológico e família. O enfermeiro deve assumir um papel fundamental enquanto elemento facilitador do processo de transição saudável no período pré-operatório.

Objetivo: Mapear e sintetizar a evidência existente relativamente aos contributos da visita de enfermagem pré-operatória (VEPO) na promoção de uma transição saudável da pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia, com a finalidade de melhorar os cuidados de enfermagem prestados.

Questão de revisão scoping: Quais as intervenções de enfermagem da VEPO que contribuem para a promoção de uma transição saudável da pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia?

Palavras-chave: visita pré-operatória, doente oncológico, cirurgia oncológica, intervenções de enfermagem e transição.

1- Enfermeira no Bloco Operatório Central da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano; 2 – Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Background:

O cancro apresenta-se como uma importante causa de morbilidade e mortalidade, a nível mundial. De acordo com o Plano Nacional para as Doenças Oncológicas (DGS, 2017), o cancro representa a segunda causa de morte em Portugal, e as taxas de incidência de cancro, tal como no resto da Europa continuam a aumentar, fruto do sucesso e evolução dos tratamentos de cancro. O mesmo autor menciona um aumento da procura de cirurgias por neoplasia maligna de 1,9% em 2015 face ao ano anterior e um aumento da capacidade de resposta de 2,6%, que reflete a capacidade do SNS em acomodar o aumento de necessidades.

Ribeiro (2010) caracteriza a cirurgia como

um acontecimento crítico, uma realidade muitas vezes abruptamente imposta, provocando alterações profundas na vida de cada um, e implicações no bem-estar e na saúde, nos padrões

fundamentais da vida a nível individual e familiar produzindo mudanças de papéis, nas relações, nas identidades, nas capacidades e nos padrões de comportamento. É percebida como um acontecimento stressante, ao qual é atribuído uma conotação negativa, assustadora e ameaçadora da integridade física e mental. (p.8).

Qualquer cirurgia se associa a uma transição, requerendo adaptação do utente. O enfermeiro assume-se como o elemento facilitador dessa transição.

O período pré-operatório é caracterizado por 3 fases que caracterizam, como seja o pré, intra e pós-operatório (AESOP, 2006). Contudo este projeto irá apenas focar-se na fase pré-operatória, na qual ocorre uma elevada sobrecarga emocional para o doente e família, sendo fundamental uma preparação psicológica e educacional antes da cirurgia, especialmente decorrente de doença oncológica pelo seu impacto, estigma e cronicidade. Esse apoio poderá ser alcançado através da realização da VEPO.

A VEPO deverá assentar num contato prévio entre o enfermeiro/doente, a manter continuamente ao longo do processo cirúrgico, pressupondo uma avaliação holística e refletindo as necessidades detetadas para o cliente (Santos, Martins e Oliveira, 2014). Esta visita facilita o processo de conhecer o doente, permite um acolhimento personalizado no BO, atende à individualidade da pessoa e reforça o paciente enquanto sujeito ativo dos seus cuidados, quer através da promoção da validação do consentimento informado, quer através de estratégias de promoção de minimização de ansiedade e colaboração na planificação dos cuidados. Assume-se como uma intervenção autónoma de enfermagem integrada numa atuação multidisciplinar (Jesus e Abreu, 2014).

Silva e Nakata (2015) afirmam que necessitamos “visualizar novos horizontes e procurar humanizar mais a assistência aos nossos pacientes, valorizando os aspetos emocionais com relação ao medo, pois eles têm medo da dor, da anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado; têm medo de mostrar o medo e de mil e uma fantasias e, principalmente, o medo de morrer” (p.676). Segundo os mesmos autores, a VEPO oferece uma dimensão humanista e menos tecnicista dos enfermeiros perioperatórios.

Segundo Frias, Costa e Sampaio (2010), a VPOE reduz ainda o nível de ansiedade dos pacientes propostos para cirurgia, quando comparado a um grupo controle. De acordo com Gonçalves e Medeiros (2016), a não realização da VEPO fragiliza o processo de assistência no período pré-operatório e pode mesmo contribuir para o cancelamento ou suspensão da cirurgia, na medida em que a ansiedade poderá provar graves alterações nos sinais vitais dos utentes propostos para cirurgia.

A interação que ocorre no contexto da VEPO, pressupõe competência e capacidades comunicacionais do enfermeiro. A realização desta visita requer experiência por parte do enfermeiro, uma vez que “Aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo” (Benner, 2001, p.17). É necessário o enfermeiro estar presente no encontro que estabelece com o paciente durante a VPO, não se limitando a uma presença física. Visa “globalmente tranquilizar o utente na procura de uma melhoria do seu bem-estar, num ambiente novo e hostil (Lourenço, 2004, p.26).

A VEPO deve ser realizada na véspera da operação e, sempre que viável, pelo enfermeiro que irá receber o doente ou acompanhá-lo durante o ato cirúrgico (Lourenço, 2004). Em contradição Potter e Perry (2006) referem que a altura ideal para consulta pré-operatória é antes da admissão do doente no hospital, sendo que após o seu internamento, devemos apenas reforçar as indicações já proporcionadas. Neste âmbito pretende-se iniciar suporte educacional ainda na consulta externa logo após a proposta cirúrgica e posteriormente durante a consulta de anestesiologia, para que na véspera da cirurgia o doente possa estar mais esclarecido e tranquilo, privilegiando o suporte emocional nesta fase.

Segundo Melo, Teixeira, Novo, Figueiredo e Branco, N. (2013), os doentes consideram a VEPO como crucial na melhoria e qualidade dos cuidados. Mencionam que esta visita veio dar resposta às suas necessidades e deixá-los menos receosos e menos deprimidos. Saliendam a orientação e esclarecimento de dúvidas relativas às características ambientais do BO e técnicas anestésico-cirúrgicas, transmitidas por parte dos profissionais do BO, peritos no assunto em causa. Reforçam ainda satisfação e tranquilidade ao serem acolhidos no serviço por alguém que já conhecem.

Para se obter uma transição saudável o utente e família necessitam de preparação para a realização da cirurgia, desde o pré-operatório. No que concerne às estratégias do cliente oncológico para enfrentar a doença e a cirurgia, as intervenções de enfermagem deverão ajudar o utente a orientá-lo para as mudanças, conhecer expectativas, com vista à promoção de uma transição saudável (Costa, Leite, 2009).

Kruzik (2009) relata mesmo casos de dor inesperada, fadiga e incapacidade de cuidar de si mesmo em doentes sem preparação pré-operatória.

A transição é um processo de mudanças que remetem para uma reorganização interior, com vista à adaptação à nova circunstância de vida com vista à obtenção de equilíbrio e bem-estar (Meleis, 2010).

Neste âmbito, o enfermeiro deve intervir no processo de transição, para enfrentar tanto a doença oncológica, como a cirurgia a que irá ser submetido, com a aquisição de saberes e recursos necessários. Tem cada vez mais um papel multifacetado, fundamental na facilitação da vivência de transição de doença, estabelecendo uma relação de ajuda e empatia com o utente. As intervenções deverão ser planeadas, adequadas às necessidades e baseadas na reflexão, decisão e ação no processo de cuidar, visando a satisfação das necessidades afetadas (Santos, Martins e Oliveira, 2014).

Souza, Souza, Pinto, Cortez, Carmos e Nascimento (2010), reforçam a importância da VEPO e a partilha de influência mútua entre enfermeiro e a pessoa. Salientam ainda vantagens evidentes no processo de comunicação e confiança, ajudando o cliente a adaptar-se ao ambiente hospitalar, minimizando receios e ansiedades com vista à promoção de uma transição saudável, aceitação da doença e uma boa recuperação.

Segundo a DGS (2012), os resultados positivos em indicadores de saúde produzem ganhos em saúde. Traduzem-se por aumento dos anos de vida, redução de episódios de doença ou redução da sua duração, redução de situações de incapacidade temporária ou permanente, aumento da funcionalidade física e psicossocial, redução do sofrimento humano evitável e melhoria da qualidade de vida. Relativamente aos contributos da VEPO para o doente oncológico, Souza et al. (2010) afirma que as intervenções de enfermagem associadas à prevenção de complicações durante a VEPO promovem rápida convalescença, evitam infeções hospitalares, poupa tempo, reduzem gastos, preocupações, amenizam a dor e aumentam a sobrevivência do paciente.

Este estudo foi delineado para dar resposta à importância da VEPO e aos seus contributos visando uma transição saudável da pessoa com doença oncológica proposto para cirurgia. Existem alguns estudos referentes à temática da VEPO nas bases de dados *Cinahl* e *Medline*, embora não direcionados para o doente oncológico. Por esse motivo pretende-se contribuir para a produção de conhecimentos.

Foi efetuada uma pesquisa preliminar na base de dados de *Joanna Briggs Institute* e obtiveram-se 18 resultados de artigos relacionados com a temática da visita pré-operatória, evidenciando a importância da mesma. Contudo relativamente à inclusão da população oncológica existe apenas 1 artigo com o título: "Clinical effectiveness of psycho-educational interventions to reduce perioperative anxiety in oncology patient: A systematic review".

Objetivo:

Como objetivo desta revisão *scoping* estabelece-se mapear e sintetizar a evidência existente relativamente aos contributos da VEPO na promoção de uma transição saudável da pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia, com a finalidade de melhorar os cuidados de enfermagem prestados.

Crítérios de inclusão

Tipos de participantes (População)

Foram incluídos estudos a todos os indivíduos com doença oncológica, propostos para cirurgia, independentemente do tipo de tumor e sexo, com idade igual ou superior a 18 anos e menor que 90 anos.

Conceito

Foram selecionados todos os estudos que exploram, identificam e/ou descrevem a importância e os contributos da VEPO para a pessoa com doença oncológica proposta para cirurgia. São incluídos ainda os estudos que identifiquem as intervenções de enfermagem e o papel do enfermeiro na VEPO, ou ainda os estudos que relatem a experiência de doentes oncológicos submetidos a cirurgia e que tenham tido uma intervenção de enfermagem através da VEPO.

Contexto

Considerou-se todos os contextos do período pré-operatório, que abordem a visita de enfermagem pré-operatória.

Tipo de Estudos

Incluem-se todos os tipos de estudos, quantitativos e qualitativos ou mistos, publicados a partir de janeiro do ano de 2010 até Junho de 2019, nos idiomas de português, inglês e espanhol, em *full text*.

Estratégia de Pesquisa

Inicialmente foi efetuada uma leitura flutuante de forma a definir os termos de pesquisa em linguagem natural associados à nossa questão. Seguidamente procedeu-se à indexação dos termos identificados em linguagem natural com recurso à opção *Cinahl Subject Headings* na base de dados *Cinahl* e *MeSH 2018* da *Medline*, obtendo os termos indexados, conforme disposto na tabela seguinte (tabela 1).

	Palavras-chave em linguagem natural	Termos indexados CINAHL	Termos indexados MEDLINE
População	<i>Oncological patients</i> (doentes oncológicos)	<i>Cancer patient</i>	<i>Oncology patients</i>
	<i>Oncologic surgery</i> (cirurgia oncológica)	<i>Oncology surgery</i>	<i>Surgical oncology</i>
	<i>Surgical patients</i> (Pacientes cirúrgicos)	<i>Surgical patients</i>	<i>Surgical patients</i>
Conceito	<i>Nursing interventions</i> (intervenções de enfermagem)	<i>Nursing interventions</i>	<i>Nursing</i>
			<i>Oncology nursing</i>
		<i>Nursing Assessment</i>	<i>Nursing process</i>
			<i>Nursing care</i>
		<i>Preoperative Education</i>	<i>Nursing Assessment</i>
	<i>Transition</i> (Transição)	<i>Transitional care</i>	<i>Transitional care</i>
		<i>Health transitions</i>	<i>Health transitions</i>
		<i>Phase transition</i>	
	<i>Oncology nursing</i>	<i>Oncology nursing</i>	<i>Oncology nursing</i>
Contexto	<i>Preoperative visit</i> (visita pé-operatória)	<i>Preoperative period</i>	<i>Preoperative period</i>
		<i>Preoperative care</i>	<i>Preoperative care</i>
		<i>Preoperative nursing</i>	<i>Preoperative nursing</i>
		<i>Nursing visit</i>	<i>Nursing visit</i>

Tabela 1 – Tabela descritiva das palavras-chave em linguagem natural e dos termos indexados na *Cinahl* e *Medline*

Por fim efetuou-se a pesquisa nas duas bases de dados, utilizando todos os termos em linguagem natural e termos indexados, empregando os operadores Booleanos *OR* e *AND*, conforme evidenciado no anexo I e II.

Extração dos Resultados

Segundo *Joanna Briggs Institute* (2015), o processo de extração dos dados em revisões *scoping* é feito com recurso a um guia norteador que fornece um resumo lógico e descritivo dos resultados de acordo com o objetivo e a questão PCC. Assim, os dados serão extraídos por dois revisores independentes, com recurso a um instrumento de extração.

Obtiveram-se na base de dados *Cinahl* e *Medline*, a totalidade de 301 e 206 artigo respetivamente. Os artigos obtidos foram sujeitos a filtros nomeadamente *full*

text e a data de publicação compreendida entre Janeiro de 2010 a Julho de 2019 e língua: português, inglês e espanhol. Os artigos sujeitos a estes filtros consistem em 41 artigos da *Cinahl* e 30 artigos da *Medline*. Na Tabela 2 são apresentados os resultados obtidos na *Cinahl* e *Medline* após introdução dos filtros.

Tabela 2 – Pesquisa dos artigos após utilização de filtros

Os artigos resultantes da pesquisa nas duas bases de dados perfazem os 71 artigos. Foram excluídos 4 artigos por se encontrarem repetidos. De seguida foi efetuada uma leitura aprofundada de todos os artigos alcançados, atendendo aos

Base de dados	EBSCO	
	CINAHL	MEDLINE
Artigos	301	206
Filtros	<ul style="list-style-type: none"> • Full text • Artigos de Janeiro de 2010 a Julho de 2019 • All Adults • Inglês, português e espanhol 	<ul style="list-style-type: none"> • Full texto • Artigos de Janeiro de 2010 a Julho de 2019 • All Adults • Inglês, português e espanhol
Artigos filtrados	41	30

critérios de inclusão, resumo e metodologia. Foram ainda excluídos todos aqueles artigos que não respondiam à questão de partida do projeto, sendo que 56 artigos abordavam apenas a intervenção de enfermagem no pré-operatório sem a enquadrar no contexto da VEPO.

Todavia optou-se por incluir os artigos referentes à VEPO da pessoa proposta a cirurgia sem diagnóstico de doença oncológica, em virtude da minoria de artigos direcionados para a população com doença oncológica. Nesse sentido, selecionou-se apenas 10 artigos para leitura integral.

Embora a pesquisa tivesse sido realizada na base de dados *Cinhal* e *Medline*, foi ainda efetuada uma outra pesquisa de literatura em livros, artigos, teses de mestrado e doutoramento e websites, visando o enriquecimento da revisão da literatura.

Por fim será disposto na tabela 3 a análise dos artigos obtidos através da *Scoping Review*.

Tabela 3 – Tabela de análise dos artigos obtidos através da *Scoping Review*.

	TÍTULO (Autores/ Ano)	OBJETIVO E METODOLOGIA	RESULTADOS / CONTRIBUTOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
1	<p>O ensino pré-operatório sob a perspectiva de pacientes oncológicos.</p> <p>(Pereira, Soares, Russo, Teles, Lenza, Sonobe, 2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: analisar as expectativas dos doentes oncológicos relativamente às informações pré-operatórias fornecidas pelos profissionais de saúde. • Tipo de estudo: exploratório, de abordagem qualitativa, realizado numa unidade de internamento cirúrgico de um hospital universitário paulista, com 16 doentes com cancro colorretal • Recorreu-se a entrevistas individuais. 	<ul style="list-style-type: none"> • A informação pré-operatória fornecida ao doente oncológico pelos diversos profissionais de saúde é entendida de diferentes formas. • O fornecimento de informações sobre a cirurgia mutiladora pode diminuir o stress psicossocial, o que influencia o internamento e alta hospitalar do doente. • O enfermeiro tem um papel importante para complementar e explicar com maior clareza ao doente, as informações fornecidas por outros profissionais. • O doente evidencia a importância da equipa de enfermagem na visita pré-operatória, no acolhimento e na resposta às suas necessidades. • No ensino pré-operatório, os doentes valorizam o fornecimento de informação que promova o entendimento da sua situação de saúde, traduzindo-se, assim, na diminuição da ansiedade e prevenção de complicações e ainda na adoção de hábitos de vida saudáveis. • O ensino pré-operatório dos doentes deve envolver uma equipa multidisciplinar devido às necessidades específicas do doente oncológico. Poderá ainda resultar no estímulo para o auto-cuidado e a prevenção de complicações pós-operatórias nos pacientes com cancro do cólon e recto. • A intervenção educativa deve atender à individualidade e necessidades de cada doente, evitando ser excessiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento da equipa multidisciplinar. • Promoção de conhecimentos: situação de saúde, preparação física, ambiente do bloco operatório, uso de equipamentos e dispositivos no pós-operatório, hábitos de vida saudáveis. • Estímulo para o auto-cuidado / adaptação ao estoma. • Prevenção de complicações pós-operatórias nos pacientes com cancro colorretal. • Envolvimento da família no processo. • Esclarecimento de dúvidas e receios.
2	<p>A informação no pré-operatório reduz a ansiedade pré-operatória em pacientes com cancro submetidos à cirurgia: utilidade do Inventário Beck de Ansiedade</p> <p>(Lemos, Lemos-Neto, Barucandb, Verçosa, Tibirica, 2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: investigar os efeitos da orientação pré-operatória sobre o nível de ansiedade de doentes com cancro submetidos a cirurgia. • Tipo de estudo: estudo observacional de curto prazo, a 72 utentes do sexo feminino com o diagnóstico de cancro do endométrio, propostas para cirurgia durante a consulta pré-anestésica, 15 dias antes da cirurgia. • Recorreu-se a um inventário Beck de ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> • As pessoas com doença oncológica apresentam desafios adicionais relacionados com a doença, tratamentos e ainda com o impacto da cirurgia na sua imagem corporal e no seu bem-estar. • Os utentes que receberam informações pré-operatórias obtiveram menores valores hemodinâmicos (tensão arterial e frequência cardíaca) quando comparados com o grupo que não recebeu qualquer informação. • O conhecimento do utente sobre o seu procedimento cirúrgico e anestésico contribuiu para a redução dos níveis de ansiedade de leve a mínima. • O nível de ansiedade dos utentes que não receberam qualquer tipo de informações pré-operatórias mantiveram-se constantes até ao final da consulta pré-anestésica. • A orientação pré-operatória deve ser um padrão de cuidado para a minimização da ansiedade antes da cirurgia nos utentes com cancro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de conhecimentos: procedimentos cirúrgicos e anestésicos, cuidados perioperatórios e controle da dor. • Demonstração de fotografias reais no computador: vestuário, ambiente do bloco operatório, salas operatórias, procedimentos anestésicos e cirúrgicos, dispositivos de monitorização e procedimentos de alívio da dor.

3	<p>Effectiveness of Preoperative Visitation on Postanesthesia Complications</p> <p>(Bagheri, Ebrahimi, Abbasi, Atashsokhan, Salmani, Zamani, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: avaliar o efeito da visita pré-operatória nas complicações pós-anestésicas em procedimentos cirúrgicos de hérnias. Tipo de estudo: estudo quase experimental a 70 utentes propostos a cirurgia eletiva para reparação de hérnias. Recorreu-se a um questionário demográfico e uma lista de verificação de sinais vitais e de complicações pós-anestésicas. 	<ul style="list-style-type: none"> A visita pré-operatória nas 24 h. antes da cirurgia foi eficaz na redução de náuseas, vômitos e tremores nos utentes submetidos a cirurgia eletiva de reparação de hérnias. Contudo, não demonstrou qualquer impacto nos sinais vitais dos utentes. Foi verificado um aumento de agitação no pós-operatório imediato no grupo experimental (submetido à visita pré-operatória) em comparação com o grupo controle. Os enfermeiros perioperatórios devem estar alertas para identificar e relatar as complicações pós-operatórias. As complicações pós-operatórias são frequentes, desconfortáveis e angustiantes para os utentes, podendo conduzir a um aumento do tempo de internamento hospitalar. A educação pré-operatória foi identificada como uma intervenção valiosa. 	<ul style="list-style-type: none"> Promoção de conhecimentos: tipo de cirurgia e de anestesia, duração do procedimento, equipamentos, ambiente da sala operatória e recobro. Educação pré-operatória relativa à prevenção de complicações pós-operatórias. Suporte emocional.
4	<p>Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial</p> <p>(Sadati, Mehdizadeh, Shoar, Tamannaie, Chaichian, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Avaliar os efeitos da visita pré-operatória de enfermagem na ansiedade e nas complicações pós-operatórias no doente submetido a colecistectomia laparoscópica. Tipo de estudo: estudo randomizado prospetivo, em 2 grupos: um com visita pré-operatória de enfermagem no dia anterior e no próprio dia da cirurgia e outro grupo sem visita. A ansiedade foi avaliada através do inventário de ansiedade do estado-traço de Spielberger. 	<ul style="list-style-type: none"> A visita pré-operatória diminui a ansiedade no grupo de intervenção em relação ao grupo que não teve visita pré-operatória. A visita pré-operatória contribui para a diminuição de náuseas, vômitos e estabilização dos sinais vitais no período pós-operatório, minimizando complicações pós-operatórias. Verificou-se ainda uma redução da dor nas 4 horas após a cirurgia, maior conforto na mobilização e uma cooperação mais eficiente no pós-operatório. Sugere-se que a visita pré-operatória de enfermagem deva ser integrada nos cuidados prestados aos doentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Minimização e gestão de riscos pré-operatórios. Promoção de conhecimentos: ambiente cirúrgico, equipa, procedimento cirúrgico e anestésico, benefícios da laparoscopia VS laparotomia, dor, cuidados pós-operatórios e recuperação pós cirúrgica. Suporte emocional.
5	<p>A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos</p> <p>(Gonçalves, Medeiros, 2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: identificar a visita pré-operatória como um fator que possibilita a minimização do nível de ansiedade apresentado pelo doente cirúrgico. Tipo de estudo: estudo exploratório prospetivo, com uma amostra de 20 doentes que foram submetidas ao procedimento histerectomia total ou parcial, por qualquer técnica cirúrgica. Recorreu-se a um inventário de ansiedade estado IDATE-E. 	<ul style="list-style-type: none"> A ansiedade é o diagnóstico de enfermagem presente em maior frequência no período pré-operatório nos pacientes que serão submetidos a um procedimento cirúrgico. Os doentes que receberam as informações sobre os procedimentos anestésico-cirúrgico a que iriam ser submetidos no decorrer da visita pré-operatória, evidenciaram uma diminuição dos níveis de stress bem como de ansiedade. A visita pré-operatória de enfermagem é um ato de relevância dos cuidados bio-psico-socio-espíritual, tornando o procedimento cirúrgico mais tranquilo para o paciente e diminuindo ou prevenindo os fatores stressantes. O estudo evidencia que a ansiedade está presente em 44,3% dos pacientes no período pré-operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> Promoção de conhecimentos relativo ao período perioperatório (desde a preparação para o procedimento até ao recobro). Suporte emocional.

6	<p>Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing</p> <p>(Fortacín, Fortuño, Pluig, Casas, Prunera, Morillo, 2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: avaliar a eficácia da visita pré-operatória de enfermagem enquanto ferramenta eficaz na diminuição da ansiedade pré-operatória e da dor no pós-operatório. • Tipo de estudo: estudo randomizado e de caso controle, em 2 grupos de 30 doentes cada, submetidos a cirurgia de prótese de joelho, anca e artrose lombar. A visita pré-operatória foi efetuada apenas a um dos grupos, no dia anterior á cirurgia. • Recorreu-se ao teste de inventário de ansiedade do estado-traço 	<ul style="list-style-type: none"> • O grupo que recebeu a visita pré-operatória diminui a sua ansiedade e aumentou o bem-estar em relação ao grupo que não a recebeu. • O grupo sem visita pré-operatória apresentou um aumento da dor no período pós-operatório. • A transmissão de informação ao doente durante a visita pré-operatória de enfermagem é importante uma vez que reduz a ansiedade e diminui a dor até 72 horas após cirurgia. • A visita pré-operatória de enfermagem reforça a qualidade e humanização dos cuidados de enfermagem. • Este estudo propõe investigações futuras no âmbito da identificação das necessidades do doente cirúrgico para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de bem-estar. • Validação do consentimento informado. • Promoção de conhecimentos. • Minimização e controle da dor no pós-operatório. • Suporte emocional. • Cuidado humanizado.
7	<p>Patient Preparation for Transitions of Surgical Care: Is Failing to Prepare Surgical Patients Preparing Them to Fail?</p> <p>(Martin, Finlayson, Brooke, 2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: determinar se o grau de exposição a recursos de informação de saúde no pré e pós-operatório aumenta a preparação dos utentes para a cirurgia e diminui a readmissão hospitalar. • Tipo de estudo: estudo transversal em 1917 doentes e cuidadores membros da Aliance Health nos EUA e com experiência cirúrgica inferior a 18 meses. • Recorreu-se a entrevistas e questionários de satisfação 	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes com maior acesso a informações de saúde antes e depois da cirurgia, sentem-se mais preparados para as transições de cuidados associada à cirurgia, e têm menores taxas de readmissão hospitalar aos 30 dias. • Os recursos de informação em saúde podem ser escritos, verbais (face to face ou em reuniões com outros doentes), em vídeos ou interativos (vídeos, smartphone, portal de utentes, aplicativos ou links de sites específicos). • No pré-operatório os doentes demonstram recetividade aos diferentes tipos de recursos de informação facultados pela equipa de saúde. • As instruções escritas foram o recurso mais comum fornecido antes e após a cirurgia pela equipa de saúde. • As informações escritas e a pesquisa na Internet foram os recursos de informação mais utilizados pelos doentes e cuidadores. • Os doentes sentem-se mais preparados para a alta quando as informações são efetuadas face-to-face, escritas ou em vídeo, e menos em sites ou internet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de conhecimentos. • Partilha de conhecimentos através da disponibilização de diferentes tipos de recursos de informação.

8	<p>The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions</p> <p>(Malley, Kenner, Kim, Blakeney, 2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: identificar as contribuições de enfermagem para as transições no cuidado no ambiente perioperatório, assim como identificar o papel da avaliação pré-operatória nessa transição. • Tipo de estudo: estudo descritivo qualitativo a 24 enfermeiros num centro médico. • Recorreu-se a entrevistas semiestruturadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • A área pré-operatória é a primeira transição no atendimento a um doente cirúrgico e deve ser considerada uma dimensão crítica da transição assistencial. • A reflexão dos enfermeiros permitiu identificar 4 temas essenciais da avaliação pré-operatória: compreensão do paciente e vulnerabilidades, comunicação multidimensional, gestão de expectativas e papel do enfermeiro na compensação de lacunas. • Os enfermeiros contribuem para a facilitação da transição no cuidado e são os profissionais de saúde mais preparados para o fazer. • Os enfermeiros reconhecem a importância da avaliação pré-operatória da enfermagem na identificação das necessidades, vulnerabilidades e fatores de risco dos utentes, não apenas para cirurgia, mas também para toda a trajetória de cuidados perioperatórios. • A falta de comunicação entre a equipa de saúde foi identificada pelos enfermeiros enquanto lacuna na transmissão de informações de saúde do doente, condicionando a transição para a cirurgia. A inadequação da comunicação é multidimensional e interdisciplinar, ocorrendo entre o médico e utente, em vários pontos no cuidado ou ainda entre o movimento do doente nos diferentes ambientes de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de necessidades dos doentes e satisfação das mesmas. • Identificação e avaliação dos fatores de risco e vulnerabilidades decorrentes da cirurgia e de todo o período perioperatório. • Minimização e gestão de riscos pré-operatórios. • Envolvimento da equipa multidisciplinar. • Transmissão adequada de informações / comunicação multidimensional. • Gestão de expectativas. • Suporte emocional. • Envolvimento da família no processo. • Esclarecimento de dúvidas.
9	<p>Multi-professional team care: discourse of women in preoperative mastectomy</p> <p>(Nascimento, Fonsêca, Andrade, Leite, Zaccara, Costa, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: investigar a equipa multidisciplinar relativamente à preparação de mulheres propostas a mastectomia no pré-operatório. • Tipo de estudo: estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado a 7 mulheres propostas para mastectomia na clínica cirúrgica de um hospital público em João Pessoa - PB. • Recorreu-se a entrevistas semiestruturadas e análise de discurso do sujeito coletivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • O envolvimento da equipa multidisciplinar, nas áreas da Medicina, Enfermagem, Serviço Social e Nutrição, é essencial ao bem-estar da mulher no período pré-operatório de mastectomia. • A comunicação entre os profissionais de saúde é relevante para a prática do acolhimento. • O enfermeiro tem um papel fundamental na equipa multidisciplinar, atuando enquanto promotor de um cuidado humanizado, tendo em conta a cirurgia e a mutilação decorrente da mastectomia. • O papel do enfermeiro é atender às necessidades biopsicossociais dos utentes, proporcionando que o internamento se torne um momento agradável, garantindo a estabilidade biológica e emocional de mulheres, o que facilitará a mastectomia pré-operatória. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento da equipa multidisciplinar. • Encaminhamento para outros profissionais de saúde: psicólogo, assistente social, ou nutricionista. • Transmissão adequada de informações. • Acolhimento humanizado. • Promoção de bem-estar. • Avaliação da situação de saúde e hábitos de vida. • Identificação e satisfação das necessidades biopsicossociais. • Suporte emocional. • Suporte espiritual. • Promoção de conhecimentos: jejum, remoção de objetos e acessórios e vestuário, rotinas pré-operatórias, procedimento cirúrgico e percurso perioperatório.

<p>10</p>	<p>Visita de enfermagem pré-operatória – A opinião dos doentes</p> <p>(Melo, Teixeira, Novo, Figueiredo, Branco, 2013).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: conhecer a opinião dos doentes sujeitos à visita de enfermagem pré-operatória e a perceção dos mesmos sobre a sua utilidade. • Tipo de estudo: estudo descritivo simples, quantitativo a 107 doentes submetidos a cirurgia no hospital S. Teotónio-Viseu. • Recorreu-se a um questionário com questões de resposta fechada, aberta e de opinião. 	<ul style="list-style-type: none"> • A VEPO está referenciada enquanto boa prática de enfermagem no período perioperatório, visando preparar um atendimento personalizado, que permita ao doente cirúrgico sentir um ambiente de segurança e confiança. • Cerca de 68% dos doentes consideraram a VEPO como útil, na medida em que proporcionou uma maior disponibilização de conhecimentos (mais informação) e uma intervenção na área emocional, proporcionando segurança e tranquilidade aos doentes. • A maioria dos inquiridos considerou alguns aspetos relevantes na VEPO, nomeadamente: contato com o enfermeiro do bloco operatório, oferta de um folheto informativo, explicação de procedimentos no bloco operatório e maior confiança/menos receio do bloco operatório, cirurgia e anestesia. • Dos entrevistados, 100% consideram a VEPO como um acontecimento positivo e 41,2% afirmam ter ocorrido algum acontecimento marcante durante a visita. • Foram identificados os seguintes acontecimentos marcantes na VEPO, os quais se passa a citar por ordem percentual de resposta, nomeadamente: esclarecimento, simpatia, confiança, disponibilidade e clareza da informação. • Perspetivando uma futura intervenção cirúrgica, 92,5% dos inquiridos demonstraram vontade em receber novamente a VEPO. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de conhecimentos. • Suporte emocional (tranquilidade e confiança). • Distribuição de um panfleto alusivo aos procedimentos e especificidades do bloco operatório. • Esclarecimento de dúvidas.
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Apresentação e interpretação dos resultados

O objetivo desta revisão *scoping* de literatura foi analisar e mapear o conhecimento existente sobre o contributo da VEPO na promoção de transição cirúrgica saudável.

Para dar resposta a este objetivo, foram selecionados dez artigos para demonstrar a problemática em estudo. A abordagem utilizada nesses artigos foi maioritariamente quantitativa, sendo que apenas os artigos 1,8 e 9 são qualitativos. As metodologias foram variáveis.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica no pré-operatório evidencia bastantes desafios, quer pela complexidade da doença oncológica, quer pela vulnerabilidade decorrente do procedimento cirúrgico.^{1,2}

As pessoas com doença oncológica apresentam desafios adicionais relacionados com a doença, tratamentos e ainda com o impacto da cirurgia na sua imagem corporal e bem-estar.^{2,9} A literatura evidencia então uma ansiedade acrescida nesta população, sendo a ansiedade identificada em todos os artigos analisados enquanto fator condicionante da transição da cirurgia.^{1, 2, 4, 5, 6, 8, 9}

A visita pré-operatória representa o início do planeamento dos cuidados de enfermagem ao bloco operatório ^{1,10}, assim como o início da fase de transição no cuidado ao outro. ^{7,8}

Está referenciada enquanto boa prática de enfermagem no período perioperatório, visando preparar um atendimento personalizado, que permita desenvolver um ambiente de segurança e confiança na pessoa e família. ^{1, 2, 4, 10} Reforça ainda a qualidade e humanização dos cuidados de enfermagem.^{6,9}

O papel do enfermeiro que efetua a VEPO é essencial na avaliação pré-operatória das necessidades e fatores de riscos da pessoa em causa, fatores estes que poderão condicionar a experiência cirúrgica, de forma negativa ou positiva.^{1, 8, 9}

Um estudo de análise da perspetiva dos enfermeiros relativamente aos contributos da VEPO na transição dos cuidados, evidencia 4 pressupostos essenciais do cuidado: compreensão da pessoa e suas vulnerabilidades, comunicação multidimensional, gestão de expectativas e papel do enfermeiro na compensação de lacunas.⁸

A VEPO proporciona ainda a validação do consentimento informado, educação pré-operatória e orientação para a cirurgia, suporte emocional e gestão de expectativas da pessoa face ao diagnóstico e cirurgia, de dúvidas e promoção da recuperação anestésica da pessoa.^{1, 2, 4, 6, 10}

A educação pré-operatória destaca-se na intervenção de enfermagem da VEPO, tendo sido abordada em todos os artigos analisados. Esta prática tem como finalidade o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas na melhoria da qualidade de vida da pessoa, contribuindo simultaneamente para que o processo de transição decorra de forma saudável.^{1, 8} Deve ser um padrão de cuidado para a minimização da ansiedade antes da cirurgia nos utentes com cancro.²

Os níveis de ansiedade pré-operatória reduzem significativamente quando as pessoas adquirem informação antes da cirurgia, relativa aos procedimentos cirúrgicos, anestésicos e ao ambiente envolvente, traduzindo-se numa redução da tensão arterial e a frequência cardíaca. ^{2, 5, 6} Existe ainda evidência que a educação pré-operatória diminui a dor até 72 horas após cirurgia e aumenta o bem-estar. ^{3, 4, 6} Estudos aludem que a referida intervenção influi no pós-operatório, diminuindo ainda a ocorrência de náuseas e vômitos, permitindo a estabilização dos sinais vitais e uma cooperação mais eficiente, contribuindo para a minimização de complicações pós-operatórias e consequentemente redução do tempo de internamento hospitalar.^{3, 4}

As informações mais relevantes transmitidas na realização da VEPO incluem explicação de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, ambiente e características do bloco operatório, equipamentos e dispositivos pós-operatórios. ^{1, 2, 4, 10} A educação pré-operatória integra ainda o planeamento da alta, na medida em que se procura potenciar o período perioperatório, promovendo conhecimentos que auxiliam o retorno ao domicílio e a gestão de stress.^{1, 6}

Todavia, a evidência científica remete para que após a educação pré-operatória a pessoa sujeita à intervenção possa refletir sobre os conhecimentos transmitidos e se proceda à validação das aprendizagens alcançadas. ¹

As pessoas com maior acesso a informações de saúde antes e depois da cirurgia, sentem-se mais preparados para as transições de cuidados associada à cirurgia, e têm menores taxas de readmissão hospitalar aos 30 dias. ⁷ As instruções escritas foram o recurso mais comum fornecido pela equipa de saúde

constituindo um fator educativo que reforça a promoção de conhecimentos no pré-operatório. 7, 10

Um estudo relativo a doentes oncológicos de cancro do cólon e reto alude que devido às suas necessidades específicas relacionadas com o percurso da doença, cirurgia mutiladora e adaptação ao estoma intestinal, a educação pré-operatório torna-se essencial para a promoção e estímulo do autocuidado, prevenção de complicações pós-operatórias e preparação psicoemocional da pessoa e família. 1

Segundo um estudo que perspetiva a opinião das pessoas sobre a VEPO, a intervenção de enfermagem é valorizada, caracterizando-a enquanto acontecimento positivo e útil à experiência cirúrgica, reforçando o valor primordial da mesma. O esclarecimento, simpatia, confiança, disponibilidade e clareza da informação foram os acontecimentos mais marcantes que foram relatados pelas pessoas sujeitas à VEPO, que demonstraram igualmente satisfação por estabelecerem contato presencial com os enfermeiros do bloco operatório. 10

Um estudo relativo a mulheres propostas a mastectomia reforça o papel fundamental do enfermeiro na equipa multidisciplinar durante o pré-operatório, atuando enquanto promotor de um cuidado humanizado, tendo em conta a cirurgia e a mutilação decorrente da mastectomia. 9 Durante a VEPO o enfermeiro poderá providenciar o envolvimento de outros profissionais, consoante as necessidades detetadas. 1

A literatura sugere o desenvolvimento de competências na área da comunicação para a efetivação da VEPO, e uma transmissão adequada de informações de saúde da pessoa à equipa multidisciplinar, facilitando o acolhimento da pessoa no bloco operatório e o processo de transição. 8, 9

Limitações dos estudos

Os estudos 3, 4, 5, 6 e 7 evidenciam uma intervenção generalizada da VEPO, sem adequar a intervenção na área oncológica, e descurando a complexidade inerente à doença oncológica. Apenas os estudos 1, 2 e 9 abordam a intervenção de enfermagem na pessoa com doença oncológica.

A evidência da ansiedade no período pré-operatório é descrita em todos os artigos analisados, contudo identifica-se uma falta de estudos que abordem outros fatores condicionantes decorrentes da cirurgia.

A perspetiva da cirurgia enquanto processo de transição evidencia uma lacuna na sustentação do conhecimento por falta de estudos, sendo que apenas os artigos 7 e 8 abordam esta temática.

Os estudos 4 e 9 remetem apenas para um tipo de cirurgia específica, limitando a sua evidência.

Limitações da *scoping review*

Na *scoping review* os idiomas dos artigos evidenciados eram apenas em inglês e português, não existindo qualquer artigo em espanhol.

Verificou-se a existência de bastantes artigos relativos à VEPO em anos anteriores a 2010, que embora pudessem comprometer a qualidade de evidência científica, poderiam por outro lado enriquecer este trabalho. Este facto sugere provavelmente uma nova dimensão da perspetiva da VEPO, enquanto consulta de enfermagem pré-operatória.

Conclusão

A revisão *scoping* permitiu identificar os contributos que advém da realização da VEPO, nomeadamente na redução da ansiedade pré-operatória, promoção de conhecimentos/educação pré-operatória, na minimização e gestão de riscos perioperatórios e ainda na promoção da recuperação pós-operatória.

Reforçou ainda a relevância do papel do enfermeiro na promoção de uma transição saudável e conseqüentemente na melhoria da prática de cuidados de enfermagem.

Referência bibliográficas

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP).(2006). Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-16-X.

- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Costa, P.; Leite, R. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 55(49). p.355-364.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2012). Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016. Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – 2017. Lisboa: DGS.
- Frias, T.; Costa, C.; Sampaio, C. (2010). O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. *Revista Mineira de Enfermagem*. 14(3). p.345-352.
- Gonçalves, Thiago; Medeiros, Veronica. (2016). A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista Sobecc*. 21 (1). p. 22-27.
- Jesus, J.; Abreu, V. (2014). Humanização em Bloco Operatório. In A., Duarte; O., Martins (Eds.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 39-44.). Lisboa: Edição Lidel.
- Kruzik, N. (2009). Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. *AORN Journal*. 90(3). p.381-387.
- Lourenço, M. (2004). Cuidar no bloco operatório. Lisboa: Nursing. 187. p. 25-28.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Melo, J.; Teixeira, A.; Novo, A.; Figueiredo, M. e Branco, N. (2013). Visita de Enfermagem Pré-operatória – A opinião dos doentes. *Millenium*. 44. p. 171-182.
- Potter, P.; Perry. A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5ªed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-24-0.
- Ribeiro, P. (2010). *Pré-operatório: O universo da apreensão e desconhecimento: Estudo de factores que influenciam o nível de ansiedade*

estado do doente no pré-operatório. Revista Investigação em Enfermagem. 22.

- Santos, M.; Martins, J.; Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. Revista de Enfermagem Referência. 4(3). p.7-15.
- Silva, W; Nakata, S. (2005). Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgico. Revista Brasileira de Enfermagem. 58(6). p.673-676.
- Souza, L.; Souza, M.; Pinto, A.; Cortez, E.; Carmos, T.; Nascimento; R. (2010). The benefits of preoperative nursing visits for surgical patients: a systematic review of literature. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. 2(2). p. 797-806.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido a 02.04.2019. Disponível em https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

ANEXO I – PESQUISA EXPLORATÓRIA COM OS TERMOS INDEXADOS NA
CINAHL



Tuesday, November 03, 2020 3:32:30 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S23	S6 AND S14 AND S20	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20100101-20190731; Faixas Etárias: All Adult Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	41
S22	S6 AND S14 AND S20	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20100101-20190731; Faixas Etárias: All Adult Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	42
S21	S6 AND S14 AND S20	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	301
S20	S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	96,101
S19	nursing visit	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	475

S18	preoperative nursing visit	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados – CINAHL Complete	19
S17	preoperative care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados – CINAHL Complete	79,342
S16	preoperative period	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	16,835
S15	preoperative visit	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	590
S14	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	539,799
S13	preoperative education	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,991
S12	nursing assessment	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados – CINAHL Complete	48,438
S11	health transitions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,890
S10	transitional care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	9,935
S9	oncology nursing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	22,910

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - CINAHL Complete	
S8	transition	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	443,411
S7	nursing interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	22,288
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	310,810
S5	surgical patients	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	39,118
S4	oncology surgery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,193
S3	cancer patients	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	267,302
S2	oncologic surgery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,706
S1	oncological patients	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,072

ANEXO II – PESQUISA EXPLORATÓRIA COM OS TERMOS INDEXADOS NA
 MEDLINE



Tuesday, November 03, 2020 3:32:30 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S28	S6 AND S19 AND S25	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20100101- 20190731; Relacionados com a Idade: All Adult: 19+ years Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	30
S27	S6 AND S19 AND S25	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20100101- 20190731; Relacionados com a Idade: All Adult: 19+ years Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	31
S26	S6 AND S19 AND S25	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	206

S25	S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	72,493
S24	nursing visit	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	254
S23	preoperative nursing visit	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9
S22	preoperative care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	62,410
S21	preoperative period	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	10,237
S20	preoperative visit	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	420
S19	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,133,022
S18	nursing assessment	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	29,572

S17	oncology nursing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,696
S16	phase transition	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	39,078
S15	health transitions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,135
S14	transitional care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	7,258
S13	nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	52,891
S12	nursing process	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,480
S11	oncology nursing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,696
S10	nursing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	739,300

S9	oncology nursing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,696
S8	transition	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	397,923
S7	nursing interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	6,654
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	66,561
S5	surgical patients	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	23,488
S4	surgical oncology	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	34,085
S3	oncology patients	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	5,582
S2	oncologic surgery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,542

S1	oncological patients	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,753
----	----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Apêndice 5: Jornal de Aprendizagem

JORNAL DE APRENDIZAGEM DO BO DO HOSPITAL A: Visita Pré-Operatória de Enfermagem à pessoa com cancro de mama

INTRODUÇÃO

Com recurso ao ciclo de *Gibbs*, procedeu-se à realização deste jornal de aprendizagem recorrendo à prática reflexiva, enquanto “condição indispensável para o desenvolvimento profissional e intelectual dos estudantes...é vista como uma habilidade indispensável no contexto clínico” (Peixoto e Peixoto, 2016, p.121).

A prática reflexiva é uma ferramenta importante não só para o crescimento profissional, mas também pessoal do enfermeiro, na medida em que se efetua uma análise de atitudes e comportamentos decorrentes de uma situação vivenciada. Os seus *outcomes* promovem um conhecimento mais pleno de si mesmo enquanto ser humano, e integram novas competências e saberes com vista à evolução e melhoria da prática de cuidados.

Objetiva-se a descrição, análise e reflexão sobre os comportamentos e atitudes resultantes da experiência vivenciada com uma pessoa com cancro de mama. A interação ocorreu durante uma visita de enfermagem pré-operatória (VEPO) efetuada no contexto de estágio A. Esta visita, de acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006), “representa, numa perspetiva de continuidade, o primeiro elo de cadeia do processo dos cuidados perioperatórios” (p. 122), garantindo a qualidade dos cuidados prestados à pessoa e família. Segundo os mesmos autores, a VEPO é realizada na véspera da cirurgia, na qual os enfermeiros do bloco operatório (BO) se deslocam ao serviço de internamento para estabelecer interação com a pessoa que irá ser submetida a um procedimento cirúrgico.

ETAPA 1: DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Uma das atividades contempladas no cronograma do projeto era a prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da realização da VEPO, com vista a adquirir perícia na área.

O enfermeiro perito “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” articulando a sua formação teórica com a sua experiência prática (Benner, 2001, p.58). No decurso do desenvolvimento de perícia na realização de diversas VEPO efetuadas no estágio A, ressalva-se a vivência de uma experiência marcante pela sua vulnerabilidade familiar acrescida.

A reflexão incidiu sobre uma senhora de 60 anos de idade, com o nome de M.P., com o diagnóstico de neoplasia maligna da mama e intervenção cirúrgica programada de mastectomia radical da mama direita com esvaziamento axilar. Saudável, sem antecedentes pessoais de doença nem cirúrgicos.

Estava internada no serviço de cirurgia geral e a VEPO foi realizada na manhã anterior à cirurgia. No momento do nosso primeiro encontro senti que estaria cansada, ansiosa e apreensiva, o que poderia ser legítimo face à proximidade do procedimento cirúrgico. Iniciando a interação, questionei-a sobre os sentimentos inerentes a esta experiência cirúrgica e ao diagnóstico da sua doença crónica, tentando explorar as suas expectativas e receios inerentes. Respondeu-me prontamente: “sinto medo, que algo possa correr mal, nem posso imaginar tal possibilidade, seria uma catástrofe” (SIC). Face à ansiedade detetada pela possibilidade de ocorrência de complicações inerente à sua cirurgia, identificada enquanto dificultador da transição, tentei perceber quais as suas causas reais. Na comunicação com a senhora M.J. percebi que a ansiedade não decorria do procedimento cirúrgico nem anestésico, nem da alteração corporal inerente, mas sim da morte ou perda de autonomia para cuidar do filho, verbalizando: “o que será do meu filho sem mim, ele depende de mim para toda a vida” (SIC). A senhora M.P. era viúva e tinha um filho de 30 anos com síndrome de Down que coabitava com ela. Sem qualquer outro apoio familiar, à exceção de uma irmã, o filho dependia dela para o desempenho das suas atividades de vida. A sua vida era planeada em função do mesmo, uma vez que já estava reformada. Estavam ambos temporariamente privados de estarem juntos, e de poderem demonstrar o amor e carinho diários a que estavam acostumados. O filho foi entregue à sua irmã e embora compreendesse a

ausência da mãe encontrava-se agitado e até um pouco agressivo para com a sua tia.

Fiquei ainda mais surpreendida quando me revela: “podem-me tirar a mama toda, posso ter dores, mas deixem-me voltar a casa o quanto antes e viver ainda alguns anos mais” (SIC), Reforcei a importância do seu envolvimento e participação nos seus cuidados de saúde, sendo que a mesma demonstrou receptividade e manifestou confiança na equipa de saúde: “confio totalmente na vossa equipa e nas vossas decisões, estou aqui para me curar” (SIC).

De acordo com Meleis (2010) a cirurgia associa-se a um processo de transição do tipo saúde-doença, caracterizado por mudanças, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, requerendo adaptação da pessoa. O mesmo autor afirma que a transição pode ser influenciada pela presença de fatores que influenciam o decurso da experiência, denominados de fatores facilitadores e inibidores, os quais influem no padrão comportamental de resposta da pessoa ao evento, neste caso a cirurgia. Tendo em conta que a preparação e o conhecimento são condições pessoais da transição (Meleis, 2010), que podem tornar-se facilitadoras da transição, pensei em promover os conhecimentos relativos à envolvimento do ambiente no BO, percurso e etapas que iria vivenciar no decorrer do processo cirúrgico, e por outro lado promover estratégias de adaptação face à alteração da imagem corporal decorrente da mastectomia. Todavia percecionei que a senhora M.J. não estava receptiva a estas intervenções de enfermagem, demonstrando-se inquieta e indisponível para compreender as informações transmitidas, uma vez que mantinha o foco na problemática da gestão da sua dinâmica familiar.

A ansiedade e a falta de apoio familiar foram identificadas enquanto elementos dificultadores da transição. A senhora M.J. estava demasiada ansiosa e focada no seu problema familiar, encontrando-se hipertensa com tensão arterial de 180/90 mmhg. Foi acionado de imediato o protocolo de hipertensão arterial do serviço, assim como o protocolo pré-operatório de prescrição de medicação ansiolítica.

A falta de apoio familiar para cuidar do filho não só durante a sua ausência, mas no seu dia-a-dia foi debatida com a pessoa de forma a conhecer o contexto familiar e da comunidade (condições da transição), pelo que sugerir encaminhamento para a assistente social, desmistificando que a intervenção da

área de apoio social se cingisse apenas aos casos de disfuncionalidade familiar. Informei-a de que o apoio poderia ser útil a ambos e tranquilizante caso houvesse uma nova necessidade de ausência. A pessoa aceitou a sugestão e agradeceu a disponibilidade de escuta e suporte emocional na comunicação estabelecida, mencionando: “sinto-me agora mais calma, percebo que compreendem a minha preocupação, tudo se vai resolver” (SIC). Atendendo à continuidade dos cuidados, o enfermeiro do serviço de internamento foi informado relativamente às intervenções efetuadas e alertado para a necessidade de uma avaliação posterior no sentido de encontrar o momento mais oportuno para intervir na promoção de conhecimentos pré e/ou pós-operatórios.

As intervenções de enfermagem e medicamentosas permitiram normalizar a tensão arterial e minimizar a ansiedade no momento, sendo que a senhora M.J. manifestou estar mais calma e menos preocupada.

Posteriormente solicitou se poderia levar para o BO um objeto de culto, dado ser católica praticante. Sem saber o que responder, olhei para a minha orientadora de estágio, e a mesma respondeu: “sim pode levar, desde que seja um objeto pequeno, não tem problema” (SIC). A crença religiosa foi igualmente identificada como elemento facilitador da transição.

No dia seguinte aguardei pela senhora M.J. no BO. Ao aproximar-se do transfer acompanhada pela enfermeira do serviço de internamento trazia consigo um terço na sua mão. Esboçou-me um sorriso, e com um olhar aparentemente tranquilo referiu: “olha a minha enfermeira, sempre está cá, como prometeu” (SIC). Na mesma medida esbocei também um sorriso e referi: “estava à sua espera, vamos ajudá-la a recuperar-se e voltar a casa o quanto antes” (SIC). A senhora M.J. na sala operatória colocou a sua mão sobre a minha e referiu “estou calma e confiante, obrigada pelo seu carinho, em menos de nada volto a estar com o meu menino” (SIC). Foi anestesiada adormecendo com o terço na sua mão.

ETAPA 2: DESCRIÇÃO DE SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Era evidente o comprometimento do Autocontrolo da Ansiedade relacionado com a alteração da dinâmica familiar, manifestada através de hipertensão arterial e desatenção nas orientações pré-operatórias.

O facto de não ter promovido nenhum dos conhecimentos pré-operatórios, gerou em mim, um sentimento de falha e de não cumprimento da minha intervenção de enfermagem durante a VEPO. Senti impotência face à situação na medida em que senti que não contribui para a preparação da pessoa para a sua cirurgia e recuperação pós-operatória, nem para a adaptação às alterações corporais, as quais poderão ser impactantes. Todavia, o planeamento de cuidados atendeu à individualidade da pessoa, centrando a sua intervenção nas necessidades detetadas, concretamente na minimização de ansiedade, suporte emocional e encaminhamento para apoio social.

Revelei ainda algum constrangimento face à questão colocada da utilização do objeto de culto no BO, a qual não soube dar resposta, na medida em que desconhecia se seria possível adotar esta flexibilidade contornando as regras definidas no BO, pelo que não assumi em pleno a tomada de decisão, solicitando apoio da orientadora de estágio.

Etapa 3: AVALIAÇÃO

A ansiedade é “uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (ICN, 2016, p.40). Surge na “presença de um sentimento de ameaça, de frustração ou de conflito face à satisfação de uma necessidade ou na concretização de um objetivo” (Chalifour, 2008, p.98), neste caso concreto não só pela cirurgia, mas igualmente pela dinâmica familiar alterada, originando então emoções diferentes em cada indivíduo e provocando desconforto. A ansiedade demonstrou-se enquanto fator dificultador à transição da experiência cirúrgica da senhora M.J.

De forma a projetar-se a redução da ansiedade para um grau mais reduzido, demonstrou-se disponibilidade de escuta, intervenção medicamentosa e encaminhamento social. Segundo Townsend (2011), se a ansiedade se mantiver em grau moderado verifica-se uma diminuição de ordem percetiva, na qual o indivíduo está menos alerta para os eventos ambientais, a sua a

atenção/concentração diminui e manifestam-se respostas psicofisiológicas, como a hipertensão arterial.

A presença de ansiedade foi identificada enquanto fator dificultador à transição em causa, requerendo intervenção.

Contudo identifica-se a família (o filho), enquanto fator facilitador da transição da senhora M.J., sendo que o seu foco se centra na promoção de autonomia para recuperação mais precoce possível, com o retorno ao lar e reencontro com o filho. Encara a cirurgia enquanto esperança de cura, uma oportunidade de continuar a cuidar do filho. As suas expectativas são positivas e relacionam-se com uma convalescença rápida e isenta de complicações.

A intervenção de enfermagem contribuiu para a minimização da ansiedade da senhora M.J., no período pré-operatório, facilitando o início da transição relativa à experiência cirúrgica.

Etapa 4: ANÁLISE

O doente oncológico, perante um internamento hospitalar para realização de procedimento cirúrgico, vive momentos de ansiedade, medo e angústia (Pereira, Soares e Russo, 2016).

Nos doentes oncológicos a prevalência da ansiedade é superior à da população em geral, com provável etiologia multifatorial, requerendo como tal um tratamento individualizado consoante a entidade sindrômica (Albuquerque e Cabral, 2015), sendo que a intervenção teve por base esta consciencialização.

Segundo Perrando, Beuter, Brondani, Roso, Santos e Predebon (2011) a prática educativa executada na preparação das pessoas proposta a cirurgia eletiva, evidencia benefícios na minimização de ansiedade e dor no pós-operatório, abrevia o tempo de recuperação e proporciona aumento de autoestima. Contudo pressupõe disponibilidade por parte da pessoa para a intervenção.

O enfermeiro detém a preparação e os conhecimentos adequados, assim como a obrigação moral e legal, de orientar as pessoas para a realização da cirurgia, esclarecendo as dúvidas relativas à cirurgia e aos cuidados pré e pós procedimento e ainda dos riscos e benefícios inerentes, recorrendo a uma linguagem clara e acessível (Souza, Souza, Pinto, Cortez, Carmos e

Nascimento, 2010). Estas informações orientam a pessoa com doença oncológica a enfrentar de forma positiva a doença e procedimentos, promovendo uma transição saudável.

Etapa 5: CONCLUSÃO

A VEPO permite uma abordagem individualizada, centrada na pessoa e nas suas necessidades, sendo que é necessário avaliar e priorizar as intervenções inerentes.

Durante a interação penso que poderia ter adotado uma postura mais flexível e menos centrada no alcance das minhas metas pessoais, na medida em que “Aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo” (Benner, 2001, p.17), pressupondo que cada VEPO é única e diferente.

O encaminhamento para outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, é uma das intervenções de enfermagem implícitas na VEPO, para o qual o enfermeiro deverá estar desperto e ser agente facilitador do processo. Poderia ter acionado, mais precocemente o envolvimento da equipa multidisciplinar de saúde, nomeadamente da assistente social e enfermeira do internamento. Delegar não é sinal de fraqueza, antes pelo contrário, demonstra consciência e uma atitude assertiva.

Etapa 6: PLANEAR A ACÇÃO

De futuro necessito aprofundar conhecimentos relativos ao âmbito de atuação dos outros profissionais da equipa multidisciplinar e aos procedimentos inerentes a este encaminhamento, na instituição de saúde onde irá ser implementado o projeto da visita de pré-operatória.

O encaminhamento poderá ser já contemplado na futura implementação da VEPO, no âmbito do projeto de intervenção em serviço.

O episódio ocorrido reforça ainda a relevância de uma intervenção de enfermagem mais precoce, antecedendo o dia da hospitalização, com a finalidade de minimizar a ansiedade inerente à cirurgia. Como tal, sugere-se a implementação de uma estratégia de promoção de conhecimentos contínua e faseada, com início logo após a proposta para cirurgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, E.; Cabral, A. (2015). Psico-oncologia – Temas Fundamentais. Lisboa: Edições Lidel. ISBN: 978-989-752-136-2.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2006). Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-16-X.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Chalifour, J. (2008). A intervenção Terapêutica - os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Volume 1. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-05-5.
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle-Range Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Peixoto, N.; Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência. Série IV (11). p. 121-132.
- Pereira, A., Soares, V.; Russo, T. (2016). O ensino pré-operatório na perspectiva, de pacientes oncológicos. Revista de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. 10 (2), p. 449-456.
- Perrando, M.; Beuter, M.; Brondani, C.; Roso, C.; Santos, T; Predebon, G (2011). O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. Revista de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. 1(1). p. 61-70.
- Souza, L.; Souza, M.; Pinto, A.; Cortez, E.; Carmos, T.; Nascimento; R. (2010). The benefits of preoperative nursing visits for surgical patients: a systematic review of literature. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. 2 (2). p. 797-806.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-61-5.

Apêndice 6: Listagem CIPE – Visita Pré-Operatória de Enfermagem

Listagem CIPE: Visita Pré-Operatória de Enfermagem

Atividades diagnósticas:

- Avaliar o potencial para aprendizagem sobre o pré-operatório
- Avaliar o potencial para aprendizagem sobre o pós-operatório
- Avaliar ansiedade
- Avaliar atitude face à cirurgia
- Avaliar adaptação no pré-operatório
- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar processo corporal por cirurgia
- Avaliar processo familiar
- Avaliar bem-estar
- Avaliar crença de saúde
- Avaliar crença religiosa

Status:

Potencialidade: Potencial para melhorar conhecimento sobre pré-operatório

- Conhecimento sobre pré-operatório
 - ✓ Avaliar conhecimento sobre pré-operatório
- Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre pré-operatório
 - ✓ Avaliar conhecimento sobre pré-operatório
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre pré-operatório
 - ✓ Instruir sobre:
 - Protocolo nutrição (dieta líquida / jejum);
 - Preparação do campo operatório (tricotomia e banho com clorhexidina);
 - Remoção de adornos, próteses e verniz nas unhas;
 - Preparação intestinal (se aplicável);
 - Vestuário (bata e meias elásticas);
 - Percurso perioperatório;
 - Acolhimento no BO;
 - Caracterização do BO: ambiente térmico, vestuário, salas e equipamentos;
 - Procedimentos anestésicos e/ou cirúrgicos;
 - Vigilância contínua;

- ✓ Validar aprendizagem sobre pré-operatório

Potencialidade: Potencial para melhorar o conhecimento sobre pós-operatório

- Conhecimento sobre pós-operatório
 - ✓ Avaliar conhecimento sobre pós-operatório
- Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre pós-operatório
 - ✓ Avaliar conhecimento sobre pós-operatório
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre pós-operatório
 - ✓ Instruir sobre:
 - Recuperação pós cirurgia (UCPA / unidade cuidados pós cirúrgicos ou unidade cuidados intensivos);
 - Presença de dispositivos / despiste de complicações;
 - Medidas de alívio da dor / escala de dor,
 - Promoção do conforto;
 - Benefícios da mobilização precoce;
 - Adequação do estilo de vida;
 - ✓ Validar aprendizagem sobre pós-operatório

Presença/ Ausência: Ansiedade

- Ansiedade
 - ✓ Avaliar presença de ansiedade
- Ausência de Ansiedade
 - ✓ Avaliar presença de ansiedade
- Presença de Ansiedade
 - ✓ Disponibilizar suporte emocional
 - ✓ Incentivar o envolvimento da família
 - ✓ Incentivar a comunicação de emoções
 - ✓ Escutar

Comprometido: Atitude face à cirurgia:

- Atitude face à cirurgia
 - ✓ Avaliar comprometimento face à cirurgia
- Atitude face à cirurgia não comprometida

- ✓ Avaliar comprometimento face à cirurgia
- Atitude face à cirurgia comprometida
 - ✓ Avaliar expectativas
 - ✓ Avaliar atitude face à doença
 - ✓ Apoiar o processo de tomada de decisão

Comprometido: Adaptação no pré-operatório

- Adaptação no pré-operatório
 - ✓ Avaliar comprometimento face à cirurgia
- Adaptação no pré-operatório não comprometida
 - ✓ Avaliar comprometimento face à cirurgia
- Adaptação no pré-operatório comprometida
 - ✓ Avaliar o coping
 - ✓ Avaliar expectativas
 - ✓ Promover a esperança
 - ✓ Ensinar sobre técnicas de adaptação
 - ✓ Orientar para psiquiatria/psicologia

Comprometido: Aceitação do estado de saúde

- Aceitação do estado de saúde
 - ✓ Avaliar comprometimento do estado de saúde
- Aceitação do estado de saúde não comprometido
 - ✓ Avaliar comprometimento do estado de saúde
- Aceitação do estado de saúde comprometido
 - ✓ Incentivar aceitação do estado de saúde
 - ✓ Promover consciencialização

Comprometido: Processo corporal por cirurgia

- Processo corporal por cirurgia
 - ✓ Avaliar comprometimento do processo corporal por cirurgia
- Processo corporal por cirurgia não comprometido
 - ✓ Avaliar comprometimento do processo corporal por cirurgia
- Processo corporal por cirurgia comprometido
 - ✓ Gerir a segurança do ambiente

- ✓ Providenciar dispositivos de segurança
- ✓ Orientar para profissional de saúde (cirurgião/anestesiologista/enfermeiro de estomatologia)

Comprometido: Processo familiar

- Processo familiar
 - ✓ Avaliar comprometimento do processo familiar
- Processo familiar não comprometido
 - ✓ Avaliar comprometimento do processo familiar
- Processo familiar comprometido
 - ✓ Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes
 - ✓ Incentivar o apoio/ suporte da família
 - ✓ Orientar para assistente social

Comprometido: Bem-estar

- Bem-estar
 - ✓ Avaliar comprometimento do bem-estar
- Bem-estar não comprometido
 - ✓ Avaliar comprometimento do bem-estar
- Bem-estar comprometido
 - ✓ Disponibilizar suporte emocional
 - ✓ Orientar para psiquiatria/psicologia

Presença/ Ausência: Crença de saúde

- Crença de saúde
 - ✓ Avaliar presença de crença de saúde
- Ausência de crença de saúde
 - ✓ Avaliar presença de crença de saúde
- Presença de crença de saúde
 - ✓ Assegurar a continuidade de cuidados

Presença/ Ausência: Crença religiosa

- Crença religiosa
 - ✓ Avaliar presença de crença religiosa

- Ausência de crença religiosa
 - ✓ Avaliar presença de crença religiosa
- Presença de crença religiosa
 - ✓ Assegurar a continuidade de cuidados

Apêndice 7: Sessão de formação – *Distress* em Senologia

PLANO DE SESSÃO

Tema: ***Distress*** – Instrumento de apoio à Visita Pré-operatória de enfermagem na área da Senologia: desafio de Projeto

Nota: Sessão enquadrada no âmbito da sensibilização do cancro da mama: Outubro Rosa a decorrer semanalmente no Bloco operatório do Hospital A

Formadora: Enf.^a Vanessa Silva

Destinatários: Enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital A

Local: Biblioteca do Bloco Operatório do Hospital A

Duração: 15 minutos

Objetivos: Que no final da sessão o formando seja capaz de:

- Nomear as implicações da doença oncológica mamária no *distress*;
- Descrever a importância do rastreio do *distress* na doença oncológica;
- Apontar a escala de avaliação do *distress*: termómetro do *distress*.

Tipo de Formação	Duração	Conteúdos	Recursos Materiais	Preletor	Método
Teórica	1	Definição de <i>distress</i>	Datashow e Computador	Enf. Vanessa Silva	Expositivo
	3	Impacto da doença oncológica na área da senologia: qualidade de vida e <i>distress</i>			
	6	Identificação e análise da escala de avaliação de <i>distress</i> aplicável à senologia: Termómetro de <i>distress</i>			
	2	Análise reflexiva da aplicabilidade da utilização da escala no serviço A: vantagens e desvantagens			
	2	Esclarecimento de dúvidas			

DISTRESS

Instrumento de apoio à Visita de Enfermagem Pré-operatória (VEPO) na
área da Senologia: desafio de Projeto

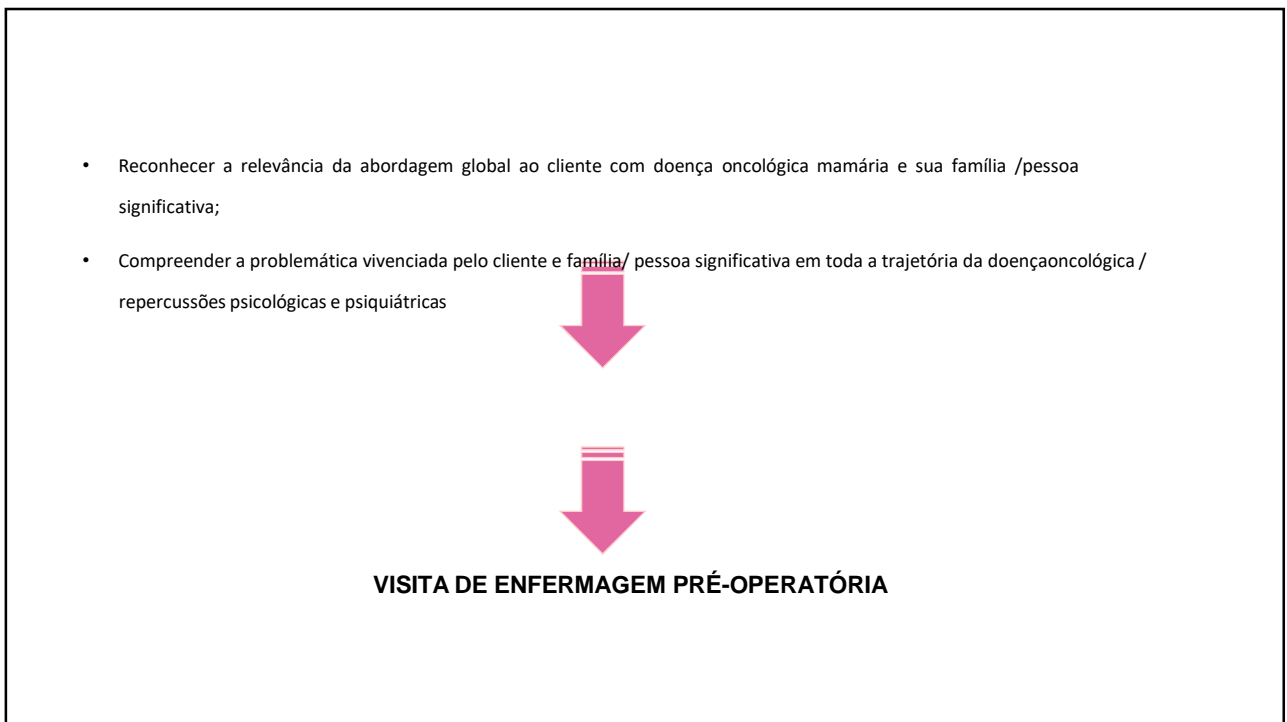
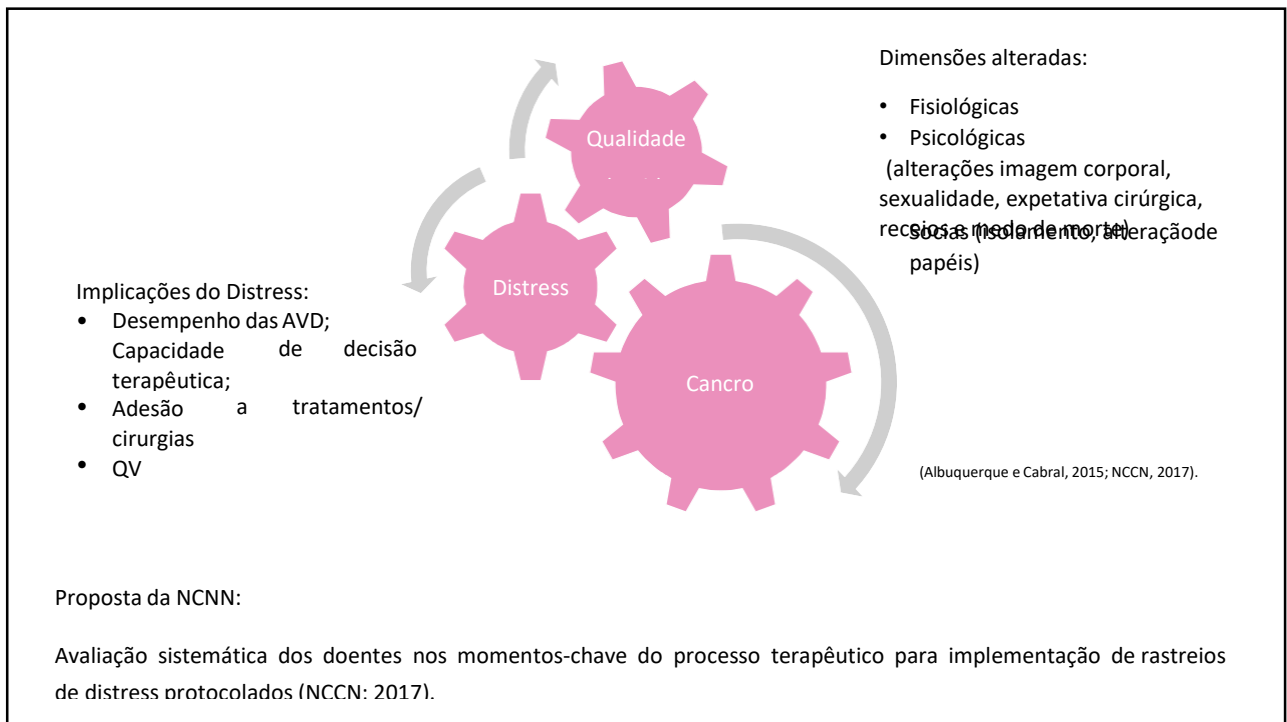
Distress:

- Experiência desagradável de natureza física, mental, social ou espiritual que interfere na capacidade de lidar com a doença, podendo interferir na maneira de pensar, sentir ou agir.
- Durante a trajetória da doença oncológica, todas as pessoas experienciam em algum momento algum nível de distress. É normal e expectável.

(National Comprehensive Cancer Network, 2017).

- 6º sinal vital (estudo Hospital de Dia Oncológico do Hospital CUF Porto).

(Oliveira, Sousa, Ferreira e Cruz, 2017).



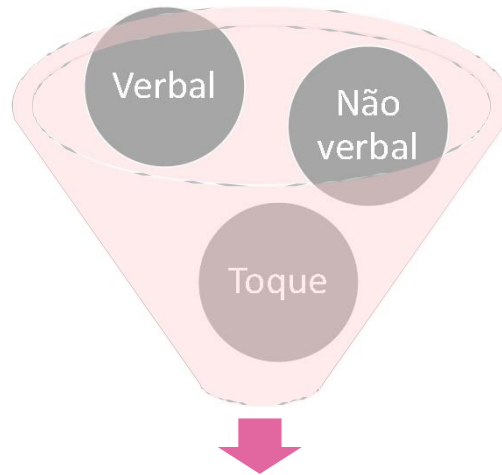
Privilegiar questões abertas:

“Como tem vivido este processo de doença?”

“Ultimamente, tem-se sentido triste?”

“Como têm sido os seus dias?”

“Tem-se sentido zangado consigo, com os que estão à sua volta, ou com a vida?”



Comunicação

(Albuquerque e Cabral, 2015).

Termómetro *Distress*

- Rastreio de *Distress*

Finalidade:

Promover o diagnóstico precoce, monitorização e tratamento eficaz do *distress* / alterações psicopatológicas na área da senologia.

TERMÓMETRO DISTRESS

Instruções:

Por favor, comece por colocar um círculo à volta do número (0-10) que melhor descreve o grau de angústia / sofrimento



Máximo Distress

Distress Mínimo

A seguir, indique se alguma das seguintes questões tem sido um problema

para si durante a última semana, incluindo hoje. Certifique-se que respondeu

PROBLEMAS DO DIA-A-DIA

- | Sim | Não | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuidar dos filhos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tarefas domésticas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Despesas de saúde |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deslocações/transportes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trabalho/escola |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Económicos |

ASPETOS RELIGIOSOS

- | Sim | Não | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perda de fé |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relação com Deus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perda de significado ou sentido de vida |

PROBLEMAS EMOCIONAIS

- | Sim | Não | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depressão |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medos/recios |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervosismo/ansiedade |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tristeza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preocupação |

PROBLEMAS FAMILIARES

- | Sim | Não | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relação com os filhos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relação com marido/parceiro(a) |

PROBLEMAS FÍSICOS

- | Sim | Não | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aparência física |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tomar banho/vestir |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificuldades respiratórias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alterações urinárias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prisão de ventre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarreia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apetite |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cansaço/fadiga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inchaço |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Febre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Caminhar/vaguear |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfartamento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Feridas na boca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Náuseas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nariz congestionado |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dores |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas sexuais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pele seca/comichão |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alterações do sono |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fornigueiros nas mãos e pés |

Outros problemas: _____

Identificação do cliente

Data: ___/___/___

Traduzido e reproduzido para português por R. Bacalhau, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil. CROL. SA. 2004 (translated)

TERMÓMETRO DISTRESS

- Instrumento simples, criado pela NCCN (2003);
- Validado para a população portuguesa (2004 - R. Bacalhau, IPO Lisboa);
- Instrumento de auto inscrição que avalia o **nível de distress**, numa escala de **0** a **10** valores. Sendo que, “0” corresponde a um valor de *distress* mínimo e “10” a um valor de *distress* máximo;
- Dispõe de uma lista de problemas agrupados em 5 dimensões:

1. Problemas do dia a dia
2. Aspectos Religiosos
3. Problemas Emocionais
4. Problemas Familiares
5. Problemas Físicos

- É solicitado que o cliente sinalize numa lista de problemas aqueles que possam contribuir para o seu sofrimento (identificação das causas prováveis);
- **Pontuações maiores ou iguais a 4** são sugestivas de um sofrimento emocional moderado a grave, **requerendo** portanto uma **avaliação complementar** ou **encaminhamento**;
- A lista de problemas pode ser orientadora e auxiliar na resolução de algumas dificuldades.

(NCCN, 2017; Gessler, Daniells, Williams, Brough, Tookman, Jones (2008).

Aplicabilidade da Escala na VEPO de Senologia

Vantagens:

- Promove a relação terapêutica entre enfermeiro e a pessoa;
- Promove o conhecimento pormenorizado da pessoa;
- Facilita o planeamento de cuidados atendendo à individualização dos cuidados;
- Promove a continuidade dos cuidados de enfermagem;
- Contribui para a minimização do impacto da doença oncológica na pessoa e família;
- Atividade que não acresce um aumento de recursos humanos de enfermagem;
- Projeto inovador em enfermagem.

Aplicabilidade da Escala na VEPO de Senologia

Dificuldades:

- Necessidade de espaço físico para a aplicação da escala (promover a privacidade / livre expressão de sentimentos);
- Envolvimento de outros profissionais da equipa multidisciplinar no projeto (articulação /reencaminhamento estruturado / continuidade de cuidados);
- Cumprimento da VEPO na área da senologia;
- Definição de um indicador de avaliação da aplicabilidade da escala;
- Implementação do projeto na instituição (pedido de autorização da escala ao autor / administração e comissão de ética).

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, E.; Cabral, A. (2015). *Psico-oncologia – Temas Fundamentais*. Lisboa: Edições Lidel. ISBN: 978-989- 752-136-2.
- Gessler, S.; Daniells, J.; Williams, R.; Brough, V.; Tookman, A.; Jones, L. (2008). Screening for distress in cancer patients: is the distress thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psycho-Oncology*. 17(6). p. 538-547.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2017). Distress Guidelines for patients Version 1.2017. Acedido em: 10 de Outubro de 2019. Disponível em: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/index.html>
- Oliveira, M.; Sousa, C.; Ferreira, A.; Cruz, A. (2017). Rastreio do *Distress*, o Sexto Sinal Vital em Oncologia: Dados Preliminares de Doentes Recém-Diagnosticados no Hospital CUF Porto. *Gazeta Médica*. 3(4). p. 130-136.

Apêndice 8: Sessão de formação: Implementação da Visita Pré-Operatória de Enfermagem à pessoa com doença oncológica

PLANO DE SESSÃO

Tema: **Implementação da Visita de Enfermagem Pré-Operatória de Enfermagem (VEPO) à pessoa com doença oncológica**

Formadora: Enf.^a Vanessa Silva

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital C / Enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital C

Data: 19 de Dezembro de 2019 / 3 Janeiro de 2020

Hora: 15:30

Local: Sala de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral /
Sala de Enfermagem do Bloco Operatório

Duração: 30 minutos

Objetivos: Que no final da sessão o formando seja capaz de:

- Descrever a importância da VEPO;
- Nomear as implicações da doença oncológica e da cirurgia;
- Apontar a Norma Regulamentar da VEPO em cirurgia oncológica programada.

Etapas	Sumário	Duração	Método	Recursos
Introdução	Objetivos	1	Expositivo	Computador e Datashow
	Contextualização e diagnóstico da situação	2		
Desenvolvimento	Impacto da doença oncológica e da cirurgia nas dimensões de vida	2		
	Definição e importância da VEPO	4		
	Intervenções de enfermagem na VEPO	5		
	Apresentação da Norma Regulamentar da VEPO no Hospital C	10		
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas	5		
Avaliação	Entrega da avaliação da sessão	1	Escrito	Folha de avaliação da sessão e caneta

Implementação da visita pré-operatória de enfermagem (VEPO) à pessoa com doença oncológica

Discente: Vanessa Gomes Silva N.º 8967

Regente: Professora Eunice Sá

Orientadora:

19 Dezembro 2019 / 3 Janeiro 2020

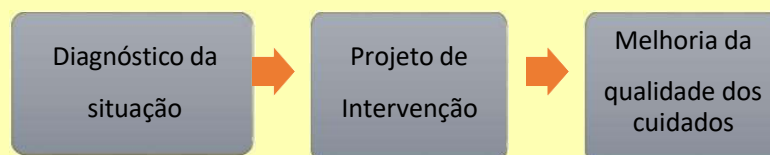
SUMÁRIO:

- Objetivos;
- Contextualização e diagnóstico da situação;
- Definição e importância da VEPO;
- Impacto da doença oncológica e da cirurgia;
- Intervenções de enfermagem na VEPO;
- Apresentação da Norma Regulamentar (NR) da visita pré-operatória de enfermagem na ULS, EPE.;
- Esclarecimento de dúvidas.

Objetivos:

- Descrever a importância da VEPO;
- Nomear as implicações da doença oncológica e da cirurgia;
- Apontar a Norma Regulamentar da VEPO em cirurgia oncológica programada.

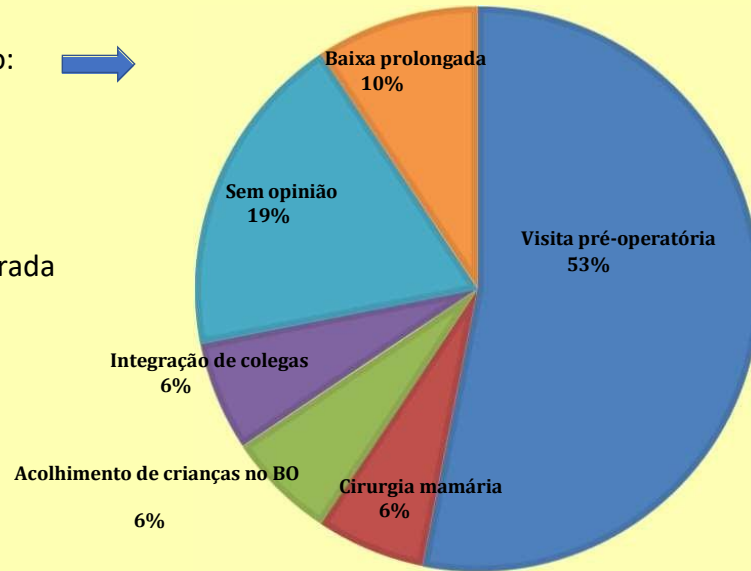
Contextualização



Opção de Enfermagem Oncológica

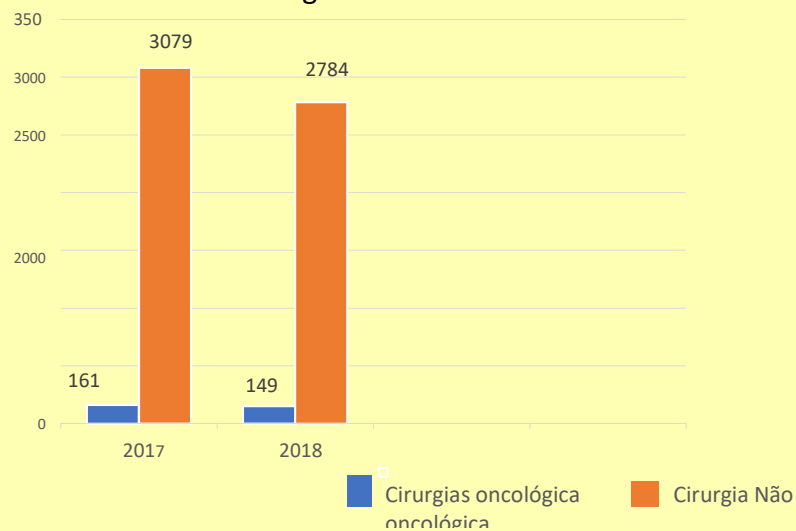
Diagnóstico da situação: →

- Sondagem de opinião
(equipa de enfermagem do BO)
- Entrevista Semi-estruturada
Narrativa (enfª Chefe do BO)



Opção de Enfermagem Oncológica

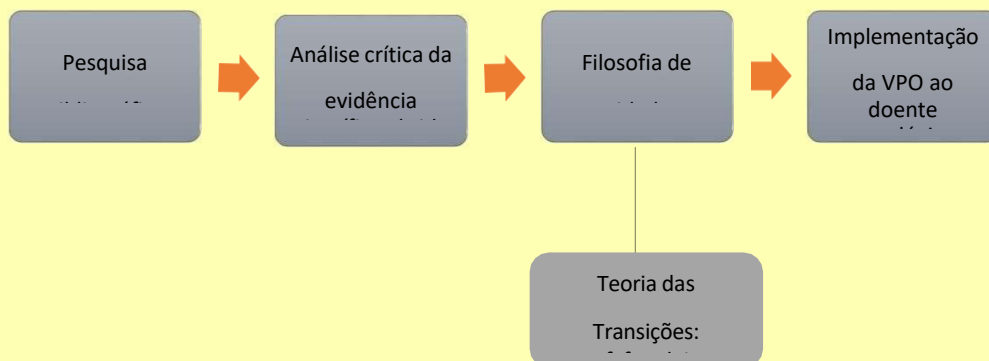
Total de cirurgias realizadas ULS

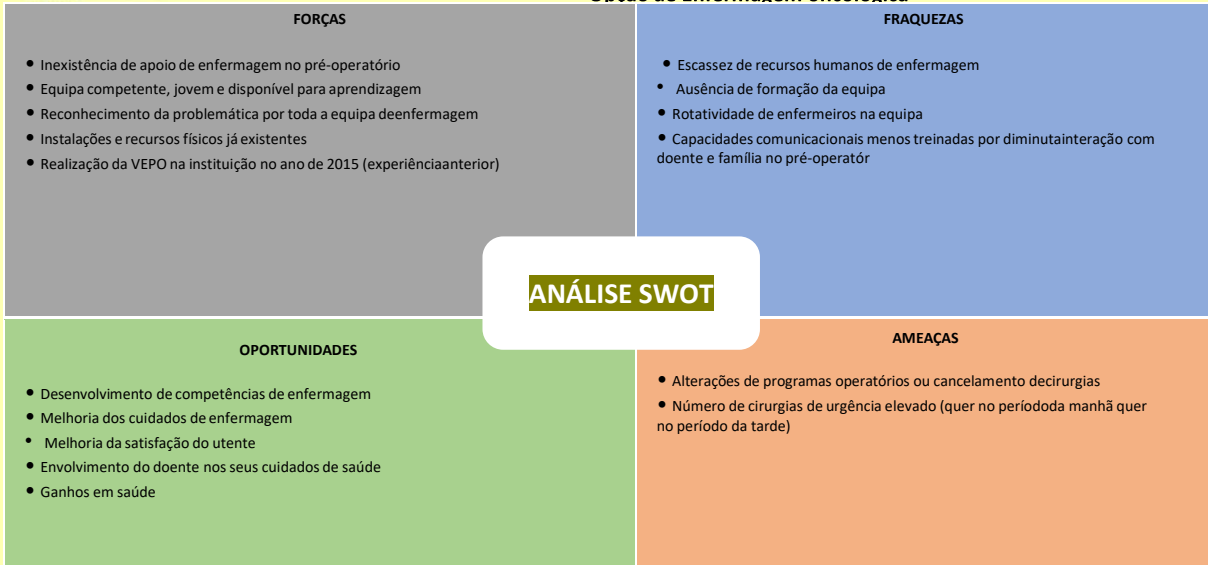


Em 2018, o cancro foi responsável por 9,6 milhões de mortes em todo o mundo (WHO, 2018).

De acordo com o Plano Nacional para as Doenças Oncológicas (DGS, 2017), o cancro representa a segunda causa de morte em Portugal.

Segundo o Plano Nacional para as Doenças oncológicas “Em Oncologia, a atividade cirúrgica tem particular importância, traduzindo tanto o acesso ao diagnóstico como ao início do processo terapêutico”, representando o tratamento primário da maioria das neoplasias (DGS, 2017, p. 17).





Estratégias para transformar as FRAQUEZAS:

Escassez de recursos humanos de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Planear VEPO para o turno da Manhã; • Função contemplada na distribuição semanal de funções
Ausência de formação da equipa	<ul style="list-style-type: none"> • Formação: Importância da VEPO • Efetuar a Norma de Procedimento, 2 folhetos (Proposta cirúrgica/ Acolhimento no BO) e 1 vídeo (socialização ao BO)
Integrações constantes de novos elementos de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de documentação da VEPO: criação do dossier de apoio/pasta partilhada • Acompanhar os colegas na realização das VPOE • Elaboração de um poster da VEPO na instituição • Divulgação da Norma na intranet • Divulgação das estratégias audiovisuais (folhetos e filme) no website da ULS
Capacidades comunicacionais menos treinadas por diminuta interação com doente e família no pré-operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a participação e treino de todos os enfermeiros da equipa na realização da VEPO

Definição de CIRURGIA:

acontecimento crítico, uma realidade muitas vezes abruptamente imposta, provocando alterações profundas na vida de cada um, e implicações no bem-estar e na saúde, nos padrões fundamentais da vida a nível individual e familiar produzindo mudanças de papéis, nas relações, nas identidades, nas capacidades e nos padrões de comportamento. É percebida como um acontecimento stressante, ao qual é atribuído uma conotação negativa, assustadora e ameaçadora da integridade física e mental. (Ribeiro, 2010, p.8).

A complexidade da **DOENÇA ONCOLÓGICA**, aliada à proposta de uma **INTERVENÇÃO CIRÚRGICA** (para fins diagnósticos, terapêuticos ou paliativos), potenciam fragilidades e implicam modificações na vida da pessoa com doença oncológica e família /pessoa significativa e pode gerar alterações da imagem corporal e limitações graves (Albuquerque e Cabral, 2015).

ALTERAÇÃO DAS DIMENSÕES DE VIDA:

Fisiológicas (dores, emagrecimento, náuseas/vómitos, anemia)

Psicológicas (alterações imagem corporal, sexualidade, expectativa cirúrgica, receios e medo de morte, estigma do cancro)

Socias (isolamento, alteração de papéis, desemprego/incapacidade da atividade profissional)

Espirituais (procura de novo significado/propósito de vida)

DISTRESS (implicações):

Experiência desagradável de natureza física, mental, social ou espiritual que interfere na capacidade de lidar com a doença, podendo interferir na maneira de pensar, sentir ou agir (NCCN, 2017).



(Albuquerque e Cabral, 2015; NCCN, 2017).

Implicações do *DISTRESS*:

- Desempenho das Atividades de Vida Diárias;
- Capacidade de decisão terapêutica;
- Adesão a tratamentos/cirurgias;
- Qualidade de Vida.

(NCCN, 2017).

TERMÓMETRO DISTRESS

Instruções:
Por favor, comece por colocar um círculo à volta do número (0-10) que melhor descreve o grau de angústia / sofrimento (*distress*) que tem sentido na última semana, incluindo hoje.

A seguir, indique se alguma das seguintes questões tem sido um problema para si durante a última semana, incluindo hoje. Certifique-se que respondeu a todas as questões.

<p>PROBLEMAS DO DIA-ADIA</p> <p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuidar dos filhos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tarefas domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Despesas de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Distúrbios do sono</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trabalho social</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Económico</p>	<p>PROBLEMAS FAMILIARES</p> <p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Relação com os filhos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Relação com marido/parecer(a)</p>
<p>PROBLEMAS RELIGIOSOS</p> <p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perda de fé</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Relação com Deus</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perda de significado ou sentido de vida</p>	<p>PROBLEMAS FÍSICOS</p> <p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aparelho físico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tomar banho/vestir</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alterações no estado</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prisão de ventre</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarreia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apetite</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cansaço fático</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inchaço</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fome</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cansado/vaguetado</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Entorpecimento</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Feridas na boca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Susto congestivo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dióxido</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas sexuais</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pele seca/comichão</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alterações do sono</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Formigamento nas mãos e pés</p>

Outros problemas: _____

Identificação do cliente: _____

Data: ____/____/____

Copyright © 2017 NCCN. Todos os direitos reservados. Este documento é propriedade intelectual de NCCN e não pode ser reproduzido sem a autorização expressa de NCCN. Tradução e reprodução para português por R. Bacalhau, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, CRUL, SA, 2004 (www.iponccn.pt).

Definição de VEPO

- VEPO “representa, numa perspetiva de continuidade, o primeiro elo de cadeia do processo dos cuidados perioperatórios” (AESOP, 2006, p. 122).
- Decorre no período pré-operatório: desde a proposta cirúrgica à entrada do doente no BO (AESOP, 2006).
- A VEPO é fundamental para satisfazer as necessidades dos doentes/familiares, em prol de uma humanização dos cuidados num bloco operatório e promover a aproximação entre o enfermeiro e o doente (AESOP, 2006).

Definição de VEPO

A VEPO facilita o processo de conhecer o doente, permite um acolhimento personalizado no BO, atende à individualidade da pessoa e reforça o paciente enquanto sujeito ativo dos seus cuidados, quer através da promoção da validação do consentimento informado, quer através de estratégias de promoção de minimização de ansiedade e colaboração na planificação dos cuidados. Assume-se como uma intervenção autónoma de enfermagem integrada numa atuação multidisciplinar.

(Jesus e Abreu, 2014).

- A VEPO permite a identificação dos processos de transição em curso, levantamento de necessidades, comunicação, ensino e preparação para procedimentos anestésico-cirúrgicos e suporte emocional eficazes, de forma a planear os cuidados de enfermagem de forma individualizada (Santos, Martins e Oliveira, 2014).
- Identificam-se as necessidades dos utentes, permitindo elaborar um plano de cuidados individualizado e sistematizado que os prepare física e emocionalmente para a cirurgia (AESOP, 2006).

Importância da VEPO

- A AORN (2007) defende que “os doentes devem ser avaliados no pré-operatório por um enfermeiro perioperatório, e que deve ficar registado e traçado um plano de cuidados individualizado” (p.965).
- A falta de informação e esclarecimento da doença e tratamento deve ser assegurado no pré-operatório, centrando a intervenção na prevenção de complicações cirúrgicas e na promoção de transição saudável (Alves et al., 2011).
- “...transmissão de informação aos doentes origina um aumento da sua satisfação, diminuindo o nível de perturbação emocional – nomeadamente da ansiedade – e uma redução no número de dias de internamento e no número de medicamentos ingeridos...” (Melo, 2005, p.14).

A quantidade e qualidade de informação a transmitir deve variar de acordo com as características individuais do utente, atender aos seus estilos de *coping* e de locus de controlo, devendo também considerar a pessoa no seu contexto familiar e social (Mendes et al., 2005).

A ansiedade no pré-operatório está associada a uma recuperação mais lenta, mais complicada e com mais dor (Kiecolt-Glaser et al. citado por Mendes et al., 2005).

Relativamente aos contributos da VEPO para o doente oncológico, Souza et al. (2010) afirma que as intervenções de enfermagem associadas à prevenção de complicações durante a VEPO promovem rápida convalescença, evitam infeções hospitalares, poupa tempo, reduzem gastos, diminuem preocupações, amenizam a dor e aumentam a sobrevida do paciente.

No que concerne às estratégias do cliente oncológico para enfrentar a doença e a cirurgia, as intervenções de enfermagem deverão ajudar o utente a orientá-lo para as mudanças, conhecer expectativas, com vista à promoção de uma transição saudável (Costa; Leite, 2009).



FILOSOFIA CUIDADOS: TEORIA DAS TRANSIÇÕES (MELEIS)

- A transição é um processo caracterizado por mudanças, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos.
- Transição Saúde-Doença: mudanças no estado de saúde que implicam processos psicológicos de adaptação, com a adoção de estratégias de *coping*.

Qualquer cirurgia se associa a uma transição, requerendo adaptação do utente.

- O enfermeiro deve assumir um papel fundamental enquanto elemento facilitador do processo de transição saudável no período pré-operatório, com ênfase no desenvolvimento de competências e aprendizagens, atendendo a uma prática centrada na pessoa e nas suas necessidades reais.

(Meleis, 2010)

**NORMA REGULAMENTAR DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM
DOENÇA ONCOLÓGICA PROPOSTA PARA CIRURGIA PROGRAMADA**

Critérios de Inclusão:

- Utente com doença oncológica proposto para cirurgia programada;
- Utentes com idade igual ou superior a 18 anos;
- Utentes com internamento efetivado;
- Todas as especialidades cirúrgicas;
- Todos os serviços de internamento.

Critérios de Exclusão:

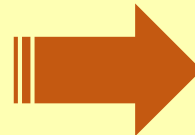
Utente internado na UCI ou em isolamento.



AUDITORIA À NORMA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Estabelecimento da relação de confiança com a pessoa com doença oncológica;
- Promoção do conhecimento (ensinos pré-operatórios/recuperação cirúrgica);
- Planeamento de cuidados perioperatórios atendendo à individualidade do cliente;
- Promoção de estratégias *coping*;
- Validação do consentimento informado;
- Prevenção de complicações / minimização de riscos;
- Socialização ao ambiente do BO;
- Suporte emocional;
- Minimização da ansiedade;
- Preservação da confidencialidade e proteção de dados;
- Esclarecimento de dúvidas.



**TRANSIÇÃO
CIRÚRGICA
SAUDÁVEL**

(Albuquerque e Cabral, 2015; AESOP, 2006; Santos, Martins e Oliveira, 2014)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



(Albuquerque e Cabral, 2015; AESOP, 2006; Santos, Martins e Oliveira, 2014)



• Folheto informativo para o utente proposto a cirurgia

• Filme: Socialização no BO

• Visita de Enfermagem Pré-Operatória e respetivos registos
• Guia de acolhimento ao utente no BO

• Inquérito de Satisfação

FOLHETO INFORMATIVO PARA O UTENTE PROPOSTO A CIRURGIA

- Entregue apenas aos utentes com doença oncológica propostos para a cirurgia;
- Administrativa do Bloco Operatório, responsável pela preparação e distribuição do folheto na Unidade Local do Acesso (ULGA), no momento do agendamento da cirurgia.

Guia Informativo para o utente proposto a cirurgia

A cirurgia pode gerar ANSIEDADE e MEDO.

Estamos aqui para o AJUDAR e ORIENTAR.

Dispõe de direitos e deveres durante a hospitalização, os quais deverá conhecer (consultar carta de direitos e deveres dos utentes).

Horário das Visitas:

14 – 16 h
18 h – 20h.

Acompanhante: poderá permanecer junto de si entre as 12h e as 20 h.

A sua satisfação é essencial, ajude-nos a tornar a sua Experiência Cirúrgica o mais agradável possível.

Guia Informativo para o utente proposto a cirurgia

INFORME O HOSPITAL COM ANTECEDÊNCIA SE:

- Não puder comparecer no dia marcado;
- Existir alguma alteração no seu estado de saúde.

A EQUIPA DO BLOCO OPERATÓRIO ESTÁ SEMPRE DISPONÍVEL PARA ESCLARECER AS SUAS DÚVIDAS.

Contactos

SERVIÇO DE BLOCO OPERATÓRIO

Guia Informativo PARA O UTENTE PROPOSTO A CIRURGIA



A nossa prioridade é a sua SEGURANÇA e o seu BEM-ESTAR!

Guia Informativo para o utente proposto a cirurgia

Vai ser submetido a uma CIRURGIA, pelo que é importante estar informado sobre o se vai passar consigo, e o que poderá fazer para que corra tudo da melhor maneira.

Os médicos devem esclarecê-lo sobre o tipo de cirurgia e de anestesia que lhe propõem.

Para a autorizar a realização da cirurgia e da anestesia é necessário que leia e assinie dois documentos - **CONSENTIMENTO INFORMADO**



PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA

TRAZER para o hospital:

- Cartão de cidadão;
- Exames anteriores;
- Medicação do domicílio (que deverá ser entregue ao enfermeiro responsável do internamento);
- Pijama/camisã de dormir, roupa interior, chinelo e roupa;
- Artigos de higiene pessoal;
- Livros e revistas.

Informe os profissionais de saúde se for portador de pacemaker ou próteses.

Guia Informativo para o utente proposto a cirurgia

É PROIBIDO NO HOSPITAL:

- **Objetos pessoais de valor;**
- **Camisã;**
- **Verniz nas unhas.**

RECOMENDAÇÕES:

Evite consumir tabaco e bebidas alcoólicas nas 24 horas antes da cirurgia.

Mantenha-se ativo até ao dia da cirurgia. Se possível procure fazer pequenas caminhadas.

ROTINAS ANTES DA CIRURGIA

Na chegada ao internamento, vai ser questionado sobre o seu estado de saúde e hábitos de vida.

Poderá ser necessário:

- Efetuar outros exames e análises;
- Retirar pelos do local a operar (tricotomia);
- Assinalar o local a operar com uma caneta.

VÉSPERA DE CIRURGIA

- Tome banho com um gel apropriado que será fornecido pelo serviço onde está internado;
- Cumpra a preparação do intestino, se necessário;
- Procure dormir bem e manter a calma.

Guia Informativo para o utente proposto a cirurgia

DIA DA CIRURGIA

- **Não pode comer qualquer alimento ou beber líquidos, nem água (JEJUM);**
- Tome **apenas a medicação que o enfermeiro responsável lhe autorizar;**
- Retire próteses dentárias e/ou oculares, anéis, pulseiras, relógios, colares, brincos, maquilhagem e verniz das unhas;
- Tome **banho com um gel apropriado e vista apenas a bata e meias elásticas** (artigos fornecidos pelo serviço de internamento);
- Procure controlar a **ansiedade**.

Estará sempre vigiado por um enfermeiro e poderá ter algumas sondas e drenos (tubos).

- Alertar sempre que tiver dores ou qualquer desconforto;
- Evitar esforços físicos;
- Levantar da cama o quanto antes (sendo que na primeira vez após a cirurgia é obrigatório estar acompanhado pelo enfermeiro).



DEVERÁ CUMPRIR RIGOROSAMENTE AS INSTRUÇÕES DADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL.

FOLHA DE REGISTOS
DE ENFERMAGEM DA VEPO

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM BLOCO OPERATÓRIO	
Identificação do utente	
Serviço: _____ Cama: _____	
Data da cirurgia: ____/____/____	
Cirurgião: _____	
Diagnóstico: _____	Direita <input type="checkbox"/> Laparotomia <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Recidiva <input type="checkbox"/> Não Aplicável <input type="checkbox"/>
Cirurgia programada: _____	
DADOS PESSOAIS	
Profissão: _____	Coabitação: _____
Consumos (especificar quantidade): Tabaco <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	
Próteses: Dentária Superior <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Outros: _____ Dentária Inferior <input type="checkbox"/>	
Dispositivos: Pacemaker <input type="checkbox"/> Implants <input type="checkbox"/>	
Implantes: Joelho <input type="checkbox"/> Anca <input type="checkbox"/> Ombro <input type="checkbox"/>	
AVALIAÇÃO FÍSICA	
Peso: _____ Kg	Altura: _____ cm
Integridade Cutânea	Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações <input type="checkbox"/> Obs: _____
Nutrição	Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações <input type="checkbox"/> Obs: _____
Eliminação Intestinal	Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações <input type="checkbox"/> Obs: _____
Eliminação Vesical	Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações <input type="checkbox"/> Obs: _____
Sono/Repouso	Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações <input type="checkbox"/> Obs: _____
Atividade Motora	Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações <input type="checkbox"/> Obs: _____

10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica

ANTECEDENTES SAÚDE						
ANTECEDENTES PESSOAIS:						
ANTECEDENTES CIRÚRGICOS:						
MEDICAÇÃO HABITUAL	Medicamento	Dose	Posologia	Medicamento	Dose	Posologia
AVALIAÇÃO DE RISCOS						
Suspendeu Anticoagulantes/ N.º dias: _____ ENOXAPARINA: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Última toma: _____						
ALERGIAS (medicamentosas/alimentares): NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Especificar: _____						
Tratamento Oncológico: Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outros: _____						
Anestesia Programada					ASA _____	
Entubação Difícil NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Obs: _____						
Necessidade de UCI NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Obs: _____						
Reserva de Hemoderivados UCE: _____ u. Plasma: _____ u. Plaquetas: _____ u. Outros: _____						

AVALIAÇÃO EMOCIONAL		
Orientação/ Estado		
AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO		
Relativo à doença		Consentimento Informado:
Relativo à cirurgia		Cirúrgico <input type="checkbox"/> Anestésico <input type="checkbox"/>
Relativo à Anestesia		<u>Obs:</u>
EXPECTATIVAS		
Crenças		
Cirurgia		
Perspetivas futuras		
Apoio Familiar/Social		

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
<input type="checkbox"/>	Abordar o utente identificando-se	
<input type="checkbox"/>	Informar o utente dos objetivos deste procedimento	
<input type="checkbox"/>	Avaliar a disponibilidade do utente para a efetivação da visita	
<input type="checkbox"/>	Iniciar a avaliação inicial	
<input type="checkbox"/>	Validar a entrega do guia informativo para o utente proposto para cirurgia e esclarecer dúvidas relativas ao mesmo	
<input type="checkbox"/>	Validar a visualização do filme sobre o ambiente no BO e esclarecer dúvidas relativas ao mesmo. <small>Temáticas englobadas: Trajetória enfermaria-BO, vestuário dos profissionais e do utente, ambiente térmico, entrada no BO, sala de acolhimento, sala operatória e equipamentos, necróbio (UCPA).</small>	
<input type="checkbox"/>	Efetivar os ensinamentos pré-operatórios:	
	Dieta líquida na véspera da cirurgia <input type="checkbox"/>	Conforto do utente <input type="checkbox"/>
	Preparação intestinal <input type="checkbox"/>	Vigilância rigorosa e permanente <input type="checkbox"/>
	Cuidados de higiene <input type="checkbox"/>	Dor (controlo e escala de avaliação) <input type="checkbox"/>
	Rotinas pré-operatórias <input type="checkbox"/>	Permanência na UCPA / UCI <input type="checkbox"/>
	Cumprimento do jejum <input type="checkbox"/>	Cuidados pós-operatórios <input type="checkbox"/>
	Remoção de próteses e adornos <input type="checkbox"/>	Mobilização precoce <input type="checkbox"/>
	Vestuário do utente <input type="checkbox"/>	Recuperação pós-cirúrgica <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Apresentar e fornecer o Guia de Acolhimento do BO	
<input type="checkbox"/>	Promover o esclarecimento de dúvidas	
<input type="checkbox"/>	Encaminhar / Reencaminhar o utente para outro profissional de saúde. Especificar: Psicólogo <input type="checkbox"/> Estomatologista <input type="checkbox"/> Anestesta <input type="checkbox"/> Cirurgião <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Outros/ <u>Obs:</u>	
<input type="checkbox"/>	Informar o enfermeiro de turno responsável pelo utente, dos dados relevantes para a continuidade dos cuidados de enfermagem	
<input type="checkbox"/>	Entrega do questionário de satisfação da VPO	

OBSERVAÇÕES: _____

INCUMPRIMENTO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM (assinalar o motivo):

- 1 - Enfermeiros ocupados na urgência;
- 2 - Doente ausente do serviço de internamento;
- 3 - Utente sem condições para receber a visita pré-operatória (confuso, ~~exaltado~~, desorientado, queixoso, em isolamento ou internado em ~~UGI~~);
- 4 - Utente em cuidados de enfermagem inadiáveis;
- 5 - Recusa do utente na realização da VPC;
- 6 - Outros. Especificar:

Enfermeiro(a): _____ Data: ____/____/____

GUIA DE ACOLHIMENTO DO UTENTE NO BO - Entregue durante a efetivação da VEPO

GUIA DE ACOLHIMENTO
AO UTENTE NO BLOCO OPERATÓRIO

No Bloco Operatório NUNCA
estará sozinho, estará sempre
VIGIADO e ACOMPANHADO!



A sua satisfação é essencial,
ajude-nos a tornar a sua
Experiência Cirúrgica
o mais agradável possível.

GUIA DE ACOLHIMENTO
AO UTENTE NO BLOCO OPERATÓRIO

A EQUIPA DO BLOCO OPERATÓRIO
ESTÁ SEMPRE DISPONÍVEL PARA
ESCLARECER AS SUAS DÚVIDAS.



Contactos



GUIA DE ACOLHIMENTO
AO UTENTE
NO BLOCO OPERATÓRIO



A nossa prioridade é a sua
SEGURANÇA e o seu BEM-ESTAR!



DIA DA CIRURGIA

Não comer ou beber qualquer alimento ou líquido, nem água. Deve estar em JEJUM.

Retire próteses dentárias e/ou oculares, anéis, pulseiras, relógios, colares, brincos, maquilhagem e verniz nas unhas.

ENTRADA NO BLOCO OPERATÓRIO

Todos os profissionais têm fardamento igual, máscara e touca.



Será acolhido por um enfermeiro e assistente operacional que o ajudarão a passar da sua cama para uma maca mais estreita, através de um tapete rolante.

Passará seguidamente para uma sala de pré-anestesia onde se inicia a vigilância do funcionamento do seu coração e da sua respiração através de um monitor.

Por motivos de segurança será questionado repetidamente por diferentes profissionais de saúde, relativamente a

- * Nome
- * Tipo de cirurgia
- * Jejum
- * Alergias

SALA DE OPERAÇÕES

Esta sala dispõe de vários aparelhos necessários para a realização da sua cirurgia.

A temperatura ambiente é fria, mas procuramos sempre mantê-lo aquecido.

**ZELAMOS
PELA SUA
PRIVACIDADE,
SEGURANÇA
E CONFORTO!**



Se a anestesia for geral serão administrados através do soro os medicamentos que vão colocá-lo a dormir. Pode ser colocada uma máscara sobre a face apenas para a administração de oxigénio.



Se for outro tipo de anestesia ficará acordado ou sonolento, mas não sentirá dor nem ansiedade.

**ESTARÁ SEMPRE ACOMPANHADO,
MESMO SE ESTIVER A DORMIR.**

APÓS A CIRURGIA



Quando a cirurgia terminar será transferido para o recobro do Bloco Operatório - UC.PA (unidade de cuidados pós anestésicos). Neste espaço não são permitidas visitas, exceto se menor de 18 anos.

VIGIAMOS PERMANENTEMENTE os seguintes sinais e sintomas:

DOR - verbalize a sua dor através da escala de faces de 0 a 10 (conforme a imagem) para uma atuação mais eficaz:



Respiração, pulsação e tensão arterial, Força e Sensibilidade, Temperatura (frio), Náuseas e vômitos, Pensos, Sondas e Drenos.

Permanecerá neste local até apresentar condições para ser transferido com segurança ao serviço de internamento ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica

REGISTO INFORMÁTICO DE MOVIMENTO DA VEPO (EXCEL)

Recursos:

- Enfermeiros do BO
- Administrativa do BO
- Computador / pasta em rede

DEZEMBRO 2019							
Visita Pré-Operatória de Enfermagem							
Data visita:	Data cirurgia:	Processo:	Nome do doente:	Especialidade	Não efetuada:	Enfermeiro:	

Critérios:

- 1 - Enfermeiros ocupados na urgência
- 2 - Doente ausente do serviço de internamento
- 3 - Utente sem condições para receber a visita pré-operatória (confuso, prestado, desorientado, queboso, em isolamento ou internado em uci)
- 4 - Utente em cuidados de enfermagem inadmissíveis
- 5 - Recusa do utente à realização da VPO
- 6 - Outros (especificar)

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DO UTENTE RELATIVA À VEPO

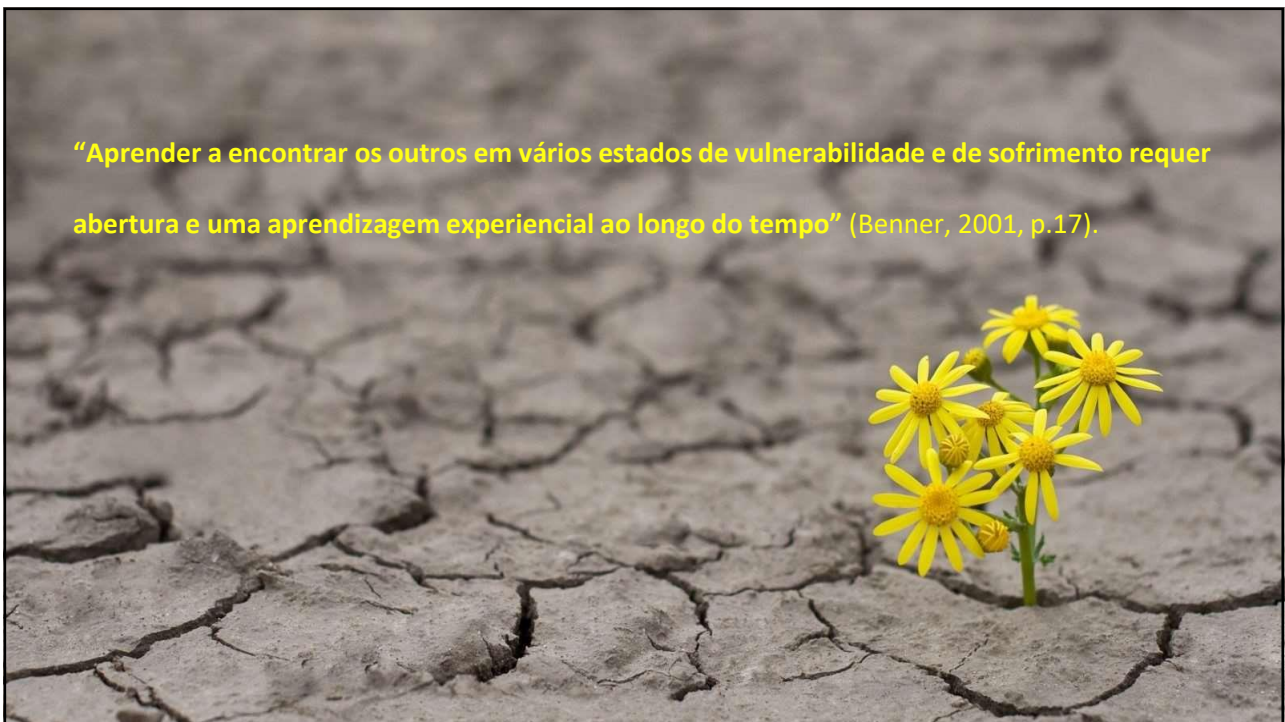
- Entregue ao utente no fim da efetivação da VEPO;
- Preenchida pelo utente no pós-operatório;
- Entrega dos inquéritos no serviço de internamento e recolha dos mesmos no início de cada mês.

AVALIAÇÃO (3 grupos de questões fechadas/ escala Likert 5 valores):

- 1) Grau de satisfação (estratégia implementada e papel do enfermeiro);
- 2) Contributo da VPO no pré-operatório;
- 3) Contributo da VPO no pós-operatório.

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

“Aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo” (Benner, 2001, p.17).



Referências Bibliográficas

- Albuquerque, E.; Cabral, A. (2015). *Psico-oncologia – Temas Fundamentais*. Lisboa: Edições Lidel. ISBN: 978-989-752-136-2.
- Alves, P.; Brabosa, I.; Caetano, J.; Fernandes, A. (2011). Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. 64 (4). p. 732-737.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESO). (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-16-X.
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2007). *Recommended Practices for Managing the Patient Receiving Local Anesthesia*. 85(5). p. 965-971.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem (Edição Comemorativa)*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Costa, P.; Leite, R. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Carcerologia*. 55(49). p.355-364.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – 2017*. Lisboa: DGS.
- Jesus, J.; Abreu, V. (2014). Humanização em Bloco Operatório. In A., Duarte; O., Martins (Eds.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 39-44.). Lisboa: Edição Lidel.
- Lourenço, M. (2004). Cuidar no bloco operatório. *Lisboa: Nursing*. 187. p. 25-28.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Melo, Maria L. (2005). *Comunicação com o Doente – certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Mendes, A.; Silva, A.; Nunes, D.; Fonseca, G. (2005). *Influência de um Programa Psico-educativo no Pré-operatório nos Níveis de Ansiedade do Doente no Pós-operatório*. *Revista Referência*. II série (1). p. 9-14.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2017). *Distress Guidelines for patients Version 1.2017*. Acedido em: 10 de Outubro 2019. Disponível em: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/index.html>
- Ribeiro, P. (2010). *Pré-operatório: O universo da apreensão e desconhecimento: Estudo de factores que influenciam o nível de ansiedade estado do doente no pré-operatório*. *Revista Investigação em Enfermagem*. 22.
- Santos, M.; Martins, J.; Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(3). p.7-15.
- Souza, L.; Souza, M.; Pinto, A.; Cortez, E.; Carmos, T.; Nascimento, R. (2010). The benefits of preoperative nursing visits for surgical patients: a systematic review of literature. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*. 2(2). p. 797-806.
- World Health Organization. (WHO) (2018). *Cancer*. Acedido em 06/05/2019 às 19h. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Apêndice 9: Caracterização do Serviço de Cirurgia Geral

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL: HOSPITAL C

O serviço de cirurgia geral encontra-se disposto no hospital C, pertencente a uma unidade local de saúde que abrange uma área populacional de intervenção a 5 concelhos da região. O funcionamento do hospital em causa tem por base a responsabilidade na gestão, a qualidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde, e está integrado na rede de referência regional de forma a potenciar uma articulação efetiva com outras entidades prestadoras de cuidados de saúde.

Este serviço presta assistência a utentes com patologias que se enquadrem na área de cirurgia geral, incluindo as doenças oncológicas, com patologia mamária, estômago, intestino, fígado, vesícula e vias biliares, pâncreas, entre outras patologias. Engloba ainda as especialidades de ginecologia, urologia e otorrinolaringologia.

Dispõe de uma atividade abrangente nas áreas de diagnóstico, tratamento, reabilitação, mas também prevenção e ensino, visando a continuidade de cuidados e assegurando a cada utente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e uma eficiente utilização dos recursos disponíveis.

É um serviço de referência no tratamento cirúrgico uma vez que a nível hospitalar dispõe de serviço de urgência médico-cirúrgico contínuo, conforme descrito em despacho nº. 10319/2014 no DR n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11.

A nível de recursos humanos, o Serviço de Cirurgia Geral tem uma equipa multidisciplinar, constituída por: 25 Enfermeiros, 12 assistentes operacionais, 12 médicos de especialidades cirúrgicas, 1 assistente social, 1 dietista e 1 psicólogo.

O método de trabalho dos enfermeiros é o individual, procurando-se deste modo promover a prestação de cuidados globais, a segurança e a qualidade dos cuidados.

O Serviço de Cirurgia Geral tem uma lotação de 26 camas de enfermaria e uma unidade de cuidados pós-cirúrgicos (UCPC) com lotação de 4 camas destinada a utentes submetidos a cirurgias (eletivas ou de urgência), destinada à vigilância no pós-operatório imediato.

A pessoa é admitida no serviço, na véspera ou no dia da cirurgia, embora os doentes do foro oncológico sejam habitualmente de véspera pelo cumprimento das rotinas pré-operatórias instituídas. Regra geral a admissão da pessoa ocorre em três períodos distintos, às 9 horas, 11 horas ou às 14 horas.

O acolhimento da pessoa no serviço de internamento é realizado pela enfermeira, que efetua uma avaliação inicial, na qual se inicia o estabelecimento da relação com o utente e família/pessoa significativa. Seguidamente efetua-se a colheita de dados e procede-se à apresentação do serviço e das respetivas normas do mesmo. Os sinais vitais são avaliados e iniciam-se as rotinas pré-operatórias adequadas conforme o tipo de cirurgia agendado.

Devido à rotatividade e à inexperiência de grande parte da equipa de enfermagem, maioritariamente enfermeiros com menos de 1 ano de serviço, verificam-se algumas lacunas no cumprimento das rotinas pré-operatórias, que podem comprometer a segurança da pessoa e gerar complicações.

Por escassez de recursos humanos de enfermagem, habitualmente existe um défice de informação transmitida aos utentes propostos para cirurgia programada. Não lhe são transmitidos conhecimentos sobre ensinios pré-operatórios nem sobre o circuito da pessoa ao Bloco Operatório. Tal fato poderá contribuir para o agravamento da ansiedade da pessoa no pré-operatório e condicionar posteriormente a recuperação pós-operatória.

A consulta de enfermagem de estomaterapia encontra-se integrada ao serviço de cirurgia e visa prestar apoio e acompanhamento a todos os utentes portadores ou previsivelmente portadores de qualquer tipo de ostomia, uma vez que abrange o período pré e pós-operatório e os utentes em regime de ambulatório.

O instrumento de registo eletrónico uniformizado na instituição hospitalar é o programa *Sclinico*, no qual consta toda a informação clínica da pessoa, exames complementares e registo de ocorrências de todos os profissionais da equipa multidisciplinar.

A alta é programada atempadamente, embora os critérios sejam definidos pelo médico assistente. É facultada nota de alta de enfermagem e encaminhamento para centro de saúde, assim como o agendamento de consulta médica ou de enfermagem de estomaterapia.

Apêndice 10: Checklist de Preparação Pré-Operatória

CHECKLIST DE PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Véspera da Cirurgia		
	SIM	NA
Avaliação inicial		
Confirmar o Local Cirúrgico		
Verificar existência de alergias		
Verificar suspensão de antiagregantes plaquetários		
Colocação de pulseira de identificação do utente		
Avaliação de sinais vitais		
Tipagem / Pulseira Gricode		
Banho com Clorohexidina		
Preparação Intestinal		
Administração de Enoxaparina (Profilaxia de Tromboembolismo)		
Informar sobre Jejum (apartir da meia-noite)		
Punção Venosa Periférica (apenas doentes diabéticos) e colocação de soro		
Realizado por ENF.º:		
Dia da Cirurgia		
	SIM	NA
Validar Jejum		
Avaliação de sinais vitais		
Banho com Clorohexidina		
Colocação de Bata		
Colocação de Meias elásticas (Profilaxia de Tromboembolismo)		
Tricotomia		
Punção Venosa Periférica e colocação de soro		
Marcação de Estoma		
Remoção de próteses dentárias ou outras / adornos		
Realizado por ENF.º:		

NA – Não aplicável

Referências Bibliográficas: Direcção-Geral da saúde. (2010). Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da Organização Mundial de Saúde - Cirurgia Segura Salva Vidas; Direcção Geral da Saúde (DGS) (2013). Norma nº 024/2013: Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Apêndice 11: Jornal de Aprendizagem

JORNAL DE APRENDIZAGEM DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL C: Acolhimento da pessoa com neoplasia do cólon sigmoide no pré-operatório

INTRODUÇÃO

Este jornal de aprendizagem objetiva a descrição, análise e reflexão sobre os comportamentos e atitudes decorrentes de uma interação com uma pessoa com doença oncológica, com recurso ao ciclo de *Gibbs*.

A “reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico” (Benner, 2001, p. 14).

A presente interação decorreu no serviço de cirurgia geral, no momento do acolhimento da pessoa com neoplasia do colon sigmoide proposta para cirurgia, para admissão ao serviço. A vivência reporta-se ao período pré-operatório, no contexto de estágio C.

A prática reflexiva tem como finalidade o desenvolvimento de profissionais autónomos, críticos e autoconscientes, recorrendo a atitudes reflexivas pré, pós e na ação, que visem melhorar a prestação de cuidados de enfermagem (Peixoto e Peixoto, 2016).

ETAPA 1: DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Este campo de estágio foi fundamental para desenvolver conhecimentos no âmbito da prestação de cuidados pré-operatórios à pessoa com doença oncológica e sua família, com foco nas intervenções de enfermagem que correspondam às suas necessidades e nas dinâmicas implícitas à preparação da pessoa para a cirurgia.

Uma das intervenções de enfermagem iniciais na adaptação da pessoa à cirurgia engloba o acolhimento para o internamento hospitalar. Trata-se de um momento determinante, na qual a relação empática assume particular relevância. A reflexão incidiu sobre uma vivência neste contexto.

A senhora. A.J. compareceu no serviço de cirurgia, na manhã da véspera da sua cirurgia, acompanhada pelo marido. Demonstrava um olhar perdido e triste, “venho para ser internada, mas não sei onde, nem a quem me dirigir” (SIC), disse A.J. com a voz trémula. Respondi prontamente que estava no local certo e que iria ajudá-la em tudo o que fosse preciso.

Comecei por identificar-me e solicitei que me dissesse o seu nome completo e como gostaria de ser chamada durante a hospitalização. “Prefiro que me chame de A” (SIC) disse em tom baixo, direcionando o olhar para o chão. Mantinha-se calada e apresentava um fâcies fechado.

Pedi que me acompanhasse até à sala do refeitório comum e iniciei a colheita de dados inicial com o seu consentimento. Tinha 54 anos e um diagnóstico de neoplasia do colon sigmóide, com proposta cirúrgica para sigmoidectomia via laparoscópica. Apresentando como antecedentes de saúde a hipertensão arterial, depressão e insuficiência venosa dos membros inferiores, nega outros antecedentes cirúrgicos, dizendo: “nunca fui operada, não sei o que me espera e nem o que tenho que fazer” (SIC). Nega ainda hábitos tabágicos, alcoólicos ou alergias. Dispõe do apoio familiar do marido e do filho.

Durante o acolhimento foi privilegiado o estabelecimento da relação empática com a pessoa A., na finalidade de construir uma relação segura e de confiança que permitisse intervir promovendo uma transição saudável.

A relação empática representa a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, de olhar o mundo em redor através dos seus olhos, requerendo como tal a partilha e compreensão de sentimentos (Chalifour, 2008).

Objetivando a exploração de emoções envolvidas nesta vivência, recorri a várias questões abertas ao longo da interação, mencionando: “gostava de perceber o que pensa desta sua doença ou da cirurgia”; “é natural que se sinta ansioso ou até revoltado, o que sente neste momento?”; “estará sempre acompanhado mas preciso de perceber e conhecer mais um pouco de si”. Todavia as respostas que obtinha eram curtas, diretas e despersonalizadas, sem revelar dados concretos sobre o seu estado emocional, sentimentos ou preocupações. Mantinha uma dificuldade acrescida em comunicar e um fâcies triste. Desviava o olhar e evitava a proxémia. Estava ansiosa, com humor aparentemente depressivo e evidenciava uma postura corporal de inquietação.

Ciente do papel crucial da comunicação na relação, prossegui com a interação e reforcei mais uma vez o meu interesse pelo seu estado emocional, legitimando e compreendendo as alterações emocionais que estaria a vivenciar. “Compreendo que se sinta triste e receosa, mas partilhar esses sentimentos com alguém poderá ser positivo, sentir-se-á melhor. Se quiser, terei todo o gosto em ouvir a sua história e poderei ajudá-la a encarar esta situação”, disse em tom calmo, procurando transmitir confiança e tranquilidade.

A senhora A. permaneceu uns segundos em silêncio, até que começou a chorar. Tentei acalmá-la e confortá-la, mantendo um olhar afetivo. Coloquei a hipótese de a confortar recorrendo ao toque terapêutico, ao colocar a minha mão sobre o seu ombro, mas hesitei e decidi não o fazer. Optei por permanecer junto dela, em silêncio, respeitando o seu tempo e a sua dor, até a mesma verbalizar algumas palavras: “tenho medo desta doença, do desconhecido ...sinto-me perdida e ansiosa...sou de poucas conversa, não é fácil dizer o que sinto e não gosto de sobrecarregar os meus familiares, nem ninguém com a minha doença” (SIC).

Na intencionalidade de aprofundar a relação empática e simultaneamente diminuir a ansiedade implícita à cirurgia, recorri novamente à comunicação enquanto instrumento terapêutico. “É normal sentir-se assim, é muita informação nova e muitos desafios, mas é preciso perceber que tem uma equipa disponível para si, que a quer ajudar nesta etapa e na qual pode confiar”; “a sua família também vai perceber e aprender como a poderá apoiar neste processo, a união familiar neste momento é muito importante para todos vocês, mas nós vamos ajudá-los”, reforçando o papel da família enquanto elemento facilitador da transição.

Demonstrei novamente disponibilidade para a escutar, assim que se sentisse preparada para o fazer. Salientei ainda o apoio de toda a equipa de saúde na sua segurança, recuperação e bem-estar.

De seguida iniciei a promoção de conhecimentos relativos às dinâmicas do pré-operatório. Ao fim de poucos minutos percebi através do seu olhar e postura, que demonstrava falta de atenção e desinteresse pelas orientações. Quando questionada se preferia que falássemos sobre esses assuntos mais tarde, concordou prontamente. Conduzia-a então ao seu quarto para se acomodar tranquilamente e pudesse restabelecer algum equilíbrio emocional.

Uma hora após, reavaliei a situação, e a senhora A. encontrava-se mais tranquila, esboçando um pequeno sorriso. Agradeceu o apoio anterior e mencionou “fez-me bem chorar, sinto-me mais leve depois da nossa conversa” “quero colaborar para que tudo corra bem e possa viver mais anos para assim ajudar a criar os netos”.

Questionei se já estaria disponível para falarmos sobre as rotinas pré-operatórias, sendo que verbalizou “acho que sim, estou preparada para saber o que tenho que fazer para me preparar para a cirurgia” (SIC). Iniciei a promoção de conhecimentos relativos às rotinas pré-operatórias e cuidados pós-operatórios imediatos, de forma tranquila e faseada, esclarecendo as dúvidas que a senhora A. apresentava. Permitiu desta vez uma maior proximidade e direcionou o seu olhar no meu, demonstrando interesse em reter as informações facultadas, pressupondo o início de uma orientação benéfica na promoção da transição.

Transmiti-lhe ainda de que no dia seguinte, fazia questão em acompanhá-la pessoalmente ao bloco operatório, criando uma nova oportunidade de encontro para troca de ideias, esclarecimento de dúvidas, ou para estarmos simplesmente juntas.

ETAPA 2: DESCRIÇÃO DE SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

O acolhimento da pessoa A. no serviço foi dificultado pela imposição de barreiras comunicacionais por parte da mesma, não só pelo acréscimo do estado emocional de ansiedade inerente à cirurgia, mas também pelas suas características de personalidade.

A comunicação não fluía e senti dúvidas sobre como conduzir a interação. Não conseguia compreender a emoção subjetiva transmitida pela linguagem verbal da senhora A., embora a linguagem não verbal evidenciasse que estaria perante uma pessoa introvertida e tímida, na qual a ansiedade e insegurança relacionada com a cirurgia/internamento condicionavam ainda mais a comunicação.

Tendo em conta as características de personalidade de A., procurei transmitir confiança e disponibilidade em apoiar, em estar presente e escutar. Demonstrei interesse em explorar os sentimentos que estaria a vivenciar nesta

sua experiência e ainda compreensão pela complexidade da doença oncológica. Reforcei o apoio da equipa multidisciplinar de saúde e a importância da união familiar. Todavia ao tentar contornar as barreiras comunicacionais senti que fui talvez um pouco insistente ao tentar que A. exprimisse os seus sentimentos e expectativas, o que poderia ter gerado efeitos adversos e irreversíveis na relação.

Evitei o toque terapêutico naquele momento específico, enquanto estratégia de comunicação não verbal, na medida em que exigia uma proximidade para a qual a pessoa parecia ainda não estar preparada. Penso que fui perspicaz nesse reconhecimento e consciente na medida em que a proximidade poderia constituir um fator dificultador ao estabelecimento da relação e à transição em causa.

Considerei apropriado adiar a promoção de conhecimentos, na medida em percecionei que o momento era desadequado e desprovido de qualquer envolvimento ou interesse.

Etapa 3: AVALIAÇÃO

O acolhimento requer empatia entre a pessoa e o enfermeiro, e em particular na doença oncológica dada a sua inerente complexidade, sendo que foi essencial procurar estabelecer uma relação empática com a senhora A.

A empatia é uma ferramenta essencial que visa estabelecer uma relação de confiança na relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados, sendo que se relaciona com sentimentos de segurança, envolvimento emocional e respeito mútuo presentes num relacionamento interpessoal (Gambarelli e Taets, 2018). Segundo o mesmo autor a empatia melhora a comunicação e proporciona um maior envolvimento da pessoa nos seus cuidados de saúde.

A comunicação demonstrou também ser uma ferramenta igualmente importante no apoio aos doentes oncológicos e suas famílias na trajetória da sua doença (Albuquerque e Cabral, 2015). Estar ciente deste pressuposto remete-nos para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, e vigora as competências do perfil do enfermeiro em oncologia definidos pela EONS, na seleção e adoção de abordagens de comunicação adequadas de forma a avaliar

efetivamente as necessidades de informação, educacionais e apoio da pessoa ao longo da trajetória de cancro (EONS, 2018).

Segundo a EONS (2018), a comunicação com as pessoas com doença oncológica pode ser desgastante, mas também desafiante, sendo que a falta de preparação educacional e de treino em comunicação podem contribuir para o aumento de stress, insatisfação e esgotamento emocional nos profissionais de saúde.

O “exercício da comunicação terapêutica configura-se uma prática favorável, estabelece o vínculo enfermeiro-doente, sendo o doente promotor do próprio cuidado” (Santos, Sousa, Alves, Bonfim e Fernandes, 2010, p. 675), contudo requer treino e conhecimentos, os quais tenho desenvolvido ao longo deste percurso formativo.

O recurso a estratégias de comunicação, verbais e não verbais, enquanto ferramenta de análise e de suporte, nomeadamente da escuta, do silêncio, da presença ou do olhar afetivo permitiram facilitar o estabelecimento da relação empática entre ambas, contornando as barreiras à comunicação.

Gambarelli e Taets (2018) afirmam que escutar é estar presente, e, portanto, estar em relação. É ouvir tanto as palavras quanto os pensamentos, a tonalidade dos sentimentos, o significado pessoal e aquele que subjaz às intenções conscientes do interlocutor.

Respeitar a proxémia e evitar o toque, foram duas das escolhas que considerei serem sensatas e conscientes para a situação e pessoa em causa. Por outro lado, o recurso ao silêncio não foi encarado enquanto fragilidade nem impotência, pelo contrário, evidenciou resultados positivos nesta pessoa e vivência específicas, na medida em que a senhora A. acabou por conseguir expor os seus sentimentos. Segundo Chalifour (2008), o “silêncio não consiste apenas na ausência de palavras, ele é feito de atenção e interesse pelo que o cliente comunica” (p. 153).

Meleis (2010) caracteriza a transição enquanto situação de vulnerabilidade, de desequilíbrio, no qual se enquadra a experiência cirúrgica. Segundo o mesmo autor, as condições dessa transição são influenciadas pela presença de fatores que influenciam o decurso da experiência, denominados de fatores facilitadores e inibidores, e que irão influir no padrão comportamental de resposta da pessoa ao evento, neste caso à cirurgia.

A introspeção e ansiedade da senhora A. identificaram-se enquanto fatores dificultadores à comunicação e conseqüentemente a uma transição saudável, condicionando a relação empática e aquisição de conhecimento relativos ao pré-operatório, pelo que justificaram intervenção de enfermagem adequada.

Por outro lado, foram ainda identificados os fatores facilitadores à transição, nomeadamente a expectativa de prolongar o tempo de vida para acompanhar o filhos e netos, a união familiar, e ainda a partilha de sentimentos com a equipa multidisciplinar de saúde, enquanto elementos capacitados para a intervenção à pessoa com doença oncológica e isentos de julgamentos.

Sendo que a presença de fatores inibidores aumenta o risco de vivência de uma transição difícil, foram potencializados os fatores facilitadores para que estes sobressaíam aos fatores dificultadores, a fim de alcançar-se uma transição saudável.

A intencionalidade de cumprir as intervenções planeadas, nomeadamente na promoção de conhecimentos pré-operatórios, sobrepôs-se às evidências circunstanciais do momento, na medida em os sinais emitidos pela linguagem não verbal da senhora A. demonstravam que a mesma não se encontrava disposta para os rececionar. O facto de ter adiado um pouco a promoção de conhecimentos do pré-operatório, proporcionando primeiramente acalmar-se, estar sozinho e refletir, demonstrou benefícios posteriores na relação empática, na comunicação que se tornou mais aberta e até na adesão às orientações facultadas.

De forma global, a avaliação da experiência do acolhimento foi positiva para ambos os intervenientes, pessoa e enfermeiro. A empatia criada no primeiro encontro ocorreu de forma lenta, mas efetiva. Todavia a presença de barreiras comunicacionais por parte da senhora A. dificultaram a relação terapêutica, tornando-a mais desafiante.

Etapa 4: ANÁLISE

É fundamental que o enfermeiro em oncologia consiga atender à individualidade do ser humano, identificando o impacto do cancro no bem-estar físico, psicológico, emocional, social e espiritual das pessoas afetados por esta

doença crónica e intervindo adequadamente (EONS, 2018), promovendo desta forma uma transição saudável.

De acordo com Meleis (2010), o enfermeiro é o profissional mais dotado para apoiar a pessoa a adaptar-se a essa nova realidade, capacitando-o através da informação/conhecimento e fornecendo suporte emocional.

A comunicação assume um papel crucial em todo o processo, requerendo o desenvolvimento de competências na área, impedindo o levantamento de barreiras e promovendo o desenvolvimento de uma comunicação aberta, necessária a um ambiente de confiança e partilha de informação que fomente a participação da pessoa no seu processo de doença (Pereira, Soares e Russo, 2016).

O desenvolvimento de competências comunicacionais e de conhecimentos sobre a doença oncológica no decorrer deste percurso académico, permitiram uma melhor gestão pessoal de emoções e conduziram-me a uma postura mais consciente e segura na tomada de decisão durante todo o acolhimento.

Os conhecimentos adquiridos permitirão privilegiar a interação com a pessoa no decorrer da implementação do projeto da Visita de Enfermagem Pré-Operatória (VEPO), na intencionalidade de facilitar a promoção da sua transição.

Etapa 5: CONCLUSÃO

O acolhimento é parte integrante dos cuidados de enfermagem da VEPO, e apresenta-se como um momento determinante no estabelecimento da relação empática com a pessoa, determinando a qualidade do relacionamento posterior entre ambos. Este contato inicial influenciará inclusive na adaptação e minimização do internamento hospitalar, adesão e envolvimento da pessoa nos seus cuidados de saúde, expectativas de melhorias, e consequentemente facilitar ou inibir a transição da vivência.

Poderia ter dispensado uma maior disponibilidade temporal para o acolhimento da senhora A ao serviço.

Etapa 6: PLANEAR A ACÇÃO

O acolhimento efetuado à pessoa em causa permitiu uma reflexão sobre a importância da comunicação na relação terapêutica. Enquanto profissional pretendo aprofundar conhecimentos na área da comunicação, verbal e não verbal, no sentido do desenvolvimento de competências na área, aplicáveis à realização da VEPO no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A efetivação regular da VEPO permitirá ainda o desenvolvimento de perícia na comunicação do enfermeiro do BO com a pessoa com doença oncológica no pré-operatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, E.; Cabral, A. (2015). Psico-oncologia – Temas Fundamentais. Lisboa: Edições Lidel. ISBN: 978-989-752-136-2.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Chalifour, J. (2008). A intervenção Terapêutica - os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Volume 1. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-05-5.
- European Oncology Nursing Society (EONS) (2018). The EONS Cancer Nursing Education Framework. UK.
- Gambarelli, S.; Taets, G. (2018). A importância da empatia no cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde. Revista Enfermagem Brasil. 17(4). p. 394-400.
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle-Range Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Peixoto, N.; Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência. Série IV (11). p. 121-132.

- Pereira, A., Soares, V.; Russo, T. (2016). O ensino pré-operatório na perspectiva, de pacientes oncológicos. Revista de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. 10 (2), p. 449-456.
- Santos, M., Sousa F., Alves, P., Bonfim, I.; Fernandes, A. (2010). Therapeutic communication in perioperative care of mastectomy. Revista Brasileira de Enfermagem. 63 (4), 675-678.

apêndice 12: Caracterização da consulta de enfermagem de estomaterapia

CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ESTOMATERAPIA: SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL C

A consulta de estomaterapia decorre no serviço de cirurgia geral da instituição, 2º piso, em gabinete especializado, tendo como destinatários todos os utentes portadores ou previsivelmente portadores de qualquer tipo de ostomia: respiratória, digestiva ou urinária. Contudo está bastante mais focalizada nas ostomias intestinais, colostomias e ileostomias.

Tem como objetivo central o acompanhamento e planeamento de cuidados dos utentes ostomizados ou dos quais em que seja previsível a construção de ostomia de eliminação, promovendo uma transição o mais saudável possível, em conformidade com as diretrizes da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (APECE, 2012).

A consulta é assegurada por 1 enfermeira do serviço de cirurgia geral com formação específica na área, conforme disponibilidade da equipa de enfermagem. Apenas 4 elementos estão aptos à sua realização. Funciona às terças-feiras das 8 às 16:30 e às 6º feiras, das 8h às 13 horas. Salienta-se disponibilidade contínua da equipa para atendimento telefónico ou presencial sempre que possível para situações de urgência ou solicitação de apoio, quer em regime de ambulatório quer em internamento.

O gabinete dispõe de uma secretária com computador para efetivar os registos eletrónicos, um espelho para auxiliar na capacitação do autocuidado e na adaptação do utente ao estoma, uma marquesa, assim como de material específico e diversificado para o cuidado à ostomia.

O encaminhamento dos utentes é efetuado idealmente na fase pré-operatória através da referenciação do cirurgião geral ou de outros médicos de qualquer especialidade cirúrgica, aquando da proposta cirúrgica. Visa o planeamento atempado e individualizado de cuidados de enfermagem no âmbito da adaptação ao estoma, minimização do impacto da ostomia nas diferentes dimensões de vida e promoção da qualidade de vida.

Neste caso, a marcação da consulta é agendada pela administrativa, e o plano de agendamentos fica disponível para visualização em programa informático específico. A média da duração de cada consulta é de 20 a 30

minutos.

Todas as semanas as enfermeiras consultam o plano operatório, de forma a perceber quando e quais os utentes que serão admitidos para cirurgia eletiva.

Na véspera da cirurgia é efetuada marcação do estoma sempre que aplicável, após confirmação com o cirurgião responsável ou sempre que a mesma já esteja referenciada pela consulta de estomaterapia pré-operatória.

Os utentes podem ser ainda referenciados por outros serviços de internamento da instituição, centros de saúde da área abrangente ou por qualquer instituição de saúde externa. A solicitação da necessidade de consulta de enfermagem de estomaterapia pode ser efetuada por qualquer profissional de saúde ou mesmo pelos próprios utentes, através de contato telefónico para o serviço de cirurgia geral ou presencialmente.

O apoio intra-hospitalar é assegurado pela deslocação do enfermeiro da consulta de estomaterapia ao serviço de internamento desde que o utente não reúna condições físicas para a sua deslocação até ao gabinete específico, sendo encaminhado pelo enfermeiro responsável desse mesmo serviço.

Em conformidade com a APECE (2012), preconiza a efetivação de uma avaliação prévia da capacitação do utente para o autocuidado durante a primeira consulta, preferencialmente ainda no pré-operatório. Todavia sugere-se sempre a identificação de algum familiar ou pessoa significativa de referência para o envolvimento e participação nos seus cuidados de saúde, enquanto elemento de apoio. Neste âmbito o utente poderá vir sozinho ou acompanhado à consulta, conforme necessidade e/ou preferência.

O acompanhamento do utente ostomizado é contínuo e periódico, conforme intervalo definido consoante o utente em causa. Engloba para além do período pré-operatório, o período do internamento hospitalar, planeamento de alta, regime de ambulatório e mantêm-se ativo até determinação de alta da consulta, definida pelas enfermeiras responsáveis. Sempre que necessário é solicitado apoio de outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social e nutricionista.

A APECE (2012) identificou as atividades de enfermagem na consulta de estomaterapia no pré-operatório, as quais englobam:

1. Avaliação inicial do utente;
2. Informação / Ensinos;

3. Registos de enfermagem.

Na avaliação física identificam-se as alterações a nível sensorial/motor ou capacidades cognitivas, que poderão condicionar o autocuidado. Efetua-se uma avaliação antropométrica (peso, altura e IMC) e uma avaliação do risco nutricional. São avaliadas ainda a integridade cutânea (existência de lesões ou história de alterações cutâneas e alergias) ou sensibilidade aos hidrocolóides.

Na avaliação psicológica são avaliadas as reações emocionais, a identificação de medos e de expectativas, assim como a identificação e desmistificação de existência de mitos. Pretende-se ainda avaliar e gerir os mecanismos de *coping* eficazes disponíveis de forma a promover a adaptação do utente à nova condição de saúde e ao próprio estoma, com ênfase na promoção da auto-estima.

Relativamente à informação disponibilizada ao utente são abordados aspetos relacionados com a anatomia e fisiologia do aparelho digestivo, descrição sucinta da técnica cirúrgica mediante dúvidas do utente, breve descrição dos procedimentos pré e pós-operatórios e dos materiais e acesso aos mesmos. Em relação aos materiais de ostomia de eliminação estes são fornecidos pelo gabinete de estomaterapia durante o período de seleção de material, posteriormente o doente compra o material e trata do reembolso junto do centro de saúde de referência ou subsistema de saúde.

É descrita a dinâmica física e organizacional do funcionamento do Serviço de Cirurgia Geral e da consulta de enfermagem de estomaterapia, e facultada a documentação informativa. Procede-se à avaliação das expectativas da pessoa face à sua futura condição de ostomizado, e ao esclarecimento de dúvidas.

No final da consulta são registados eletronicamente todos os dados colhidos no *Sclinico* na folha de registos da consulta de estomaterapia, assim como as intervenções de enfermagem realizadas. Os registos ficam disponíveis no processo eletrónico do utente de forma a proporcionar a continuidade dos cuidados. Durante o internamento os registos de enfermagem são também atualizados.

No fim de cada consulta é agendada nova consulta ou determinada alta.

Na preparação pré-operatória na véspera do internamento são

asseguradas as seguintes intervenções de enfermagem, conforme descrito pela APECE (2012):

- Avaliação da integridade cutânea;
- Apoio psicológico;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Marcação do local do estoma.

Os registos de enfermagem e a normalização de procedimentos pré-operatórios, em conformidade com as normas da DGS (2016), garantem o cumprimento dos procedimentos estabelecidos, uma uniformização dos procedimentos e a garantia do cumprimento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Salienta-se de momento a inexistência de uma norma regulamentar ou de procedimento devidamente estruturada, embora esteja a ser elaborada. Contudo os resultados de avaliação dos indicadores de qualidade de vida das pessoas, definidos na norma da DGS anteriormente mencionada, demonstram resultados francamente positivos, e refletem a relevância da intervenção de enfermagem na instituição.

Referências Bibliográficas:

- Associação portuguesa de enfermeiros de cuidados em estomaterapia (APECE). (2012). Estomaterapia: O saber e o cuidar. Lisboa: Lidel.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). Norma nº 015/2016: Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Apêndice 13: Estudo de Caso



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica**

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

**PROCESSO DE TRANSIÇÃO NA PESSOA COM DOENÇA
ONCOLÓGICA INTESTINAL PROPOSTA PARA OSTOMIA
ESTUDO DE CASO**

Discente: Vanessa Gomes Silva N.º 8967



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica**

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

**PROCESSO DE TRANSIÇÃO NA PESSOA COM DOENÇA
ONCOLÓGICA INTESTINAL PROPOSTA PARA OSTOMIA**

ESTUDO DE CASO

Discente: Vanessa Gomes Silva N.º 8967

Orientador: Mestre Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa

2 dezembro 2019

Índice

INTRODUÇÃO	4
1. DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA, FAMÍLIA E CONTEXTO DE VIDA	7
1.1. Diagnóstico do estado de saúde e planeamento de cuidados	18
2. CONCLUSÕES	25
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso constitui uma das atividades contemplada no projeto de intervenção em serviço (PIS) integrado na Unidade Curricular do Estágio com Relatório do 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica, referente ao ano letivo de 2018/2019. A atividade teve por finalidade o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico, vertente Oncológica, a nível técnico-científico e relacional, que permitam cuidar da pessoa com doença oncológica proposta a cirurgia e respetiva família no período pré-operatório.

A Oncology Nursing Society (ONS) (2007) define como competências do Enfermeiro Especialista em Oncologia a avaliação do estado de saúde, o diagnóstico do estado de saúde e o planeamento do cuidado e sua implementação. Estabelece o perfil do mesmo enfatizando a capacidade para prestação de cuidados de enfermagem avançados na resposta às necessidades fisiológicas e psicológicas à pessoa com um diagnóstico passado, atual ou potencial de cancro, durante o *continuum* da sua doença. A organização enfatiza ainda que a atuação do enfermeiro especialista em oncologia se baseie na mais recente evidência científica, visando a obtenção de mudanças positivas na saúde da pessoa.

A metodologia utilizada foi a elaboração de um estudo de caso desenvolvido em contexto hospitalar, numa vertente holística e humanizada, durante o estágio no Serviço de Cirurgia Geral da Unidade Local de Saúde.

Galdeano, Rossi e Zago (2003) define estudo de caso como um estudo profundo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade, com a possibilidade de elaborar estratégias para solucionar ou reverter os problemas encontrados, apropriado para ser aplicado na assistência direta de enfermagem.

A elaboração deste estudo de caso surge no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem no período pré-operatório, à pessoa com cancro colorretal (CCR) proposta para cirurgia, na qual se prevê a construção uma ostomia de eliminação intestinal.

Recorrendo à análise da intervenção do enfermeiro especialista em contexto prático de trabalho e à intervenção de enfermagem na consulta de

estomaterapia, o presente estudo de caso foi norteado de acordo com as etapas do processo de enfermagem.

Phaneuf definiu 5 etapas no processo de enfermagem que deverão ser respeitadas: colheita de dados, análise e interpretação dos dados, planificação, execução e avaliação (Phaneuf, 2001).

A seleção da pessoa alvo do estudo de caso relacionou-se primariamente com a sua patologia, o CCR, pela elevada incidência uma vez que mundialmente a incidência deste tipo de cancro assume o terceiro lugar com 1,80 milhões (WHO, 2018). Em Portugal verificou-se um aumento crescente da mortalidade associada a este tipo de cancro, sendo que em 2015 registram-se 3812 óbitos relativos a tumores malignos do cólon, junção retossigmóide e reto, maioritariamente em homens e/ou em idades mais avançadas conforme evidenciado no Plano Nacional para as doenças oncológicas (DGS, 2017). Segundo a mesma fonte, a região do Litoral Alentejano, área abrangida pela instituição hospitalar onde decorreu o estudo de caso, apresenta a maior taxa de mortalidade padronizada do país. De acordo com os dados estatísticos recolhidos nessa mesma instituição de saúde, o CCR apresenta-se como a doença oncológica com maior índice de intervenção cirúrgica.

Em conformidade com o âmbito do PIS, intitulado de “Implementação da Visita de Enfermagem Pré-Operatória à Pessoa com Doença Oncológica”, o presente estudo de caso incidiu a sua análise no período pré-operatório, período que antecede a cirurgia. A intervenção de enfermagem adequa-se ainda a este estudo de caso na medida em que a proposta cirúrgica com inerente possibilidade de construção de estoma intestinal, decorrente de uma doença oncológica (CCR), acarreta profundas alterações em todas as dimensões de vida e uma ansiedade acrescida, com reflexos na qualidade de vida da pessoa e sua família. A intervenção de enfermagem deverá centrar-se na promoção da transição da pessoa à sua nova condição de ostomizado.

Tomey & Alligood (2004) afirmam que a prática profissional requer uma abordagem sistemática centrada na pessoa doente e uma perspetiva teórica que permita avançar no processo de enfermagem de forma organizada, com compreensão das situações práticas, análise crítica perante a tomada de decisão clínica, definição e planeamento das intervenções de enfermagem

apropriadas ao tratamento em causa, assim como a previsão dos seus resultados na pessoa e a avaliação da sua eficácia.

A seleção da pessoa em estudo teve por base a oportunidade de acompanhamento no pré-operatório, permitindo a identificação das necessidades da mesma durante esse período e a projeção da planificação das intervenções de enfermagem inerentes.

A análise deste estudo de caso efetuar-se-á com recurso à evidência científica visando uma resposta adequada da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica, face às necessidades detetadas.

O presente estudo de caso objetiva a compreensão e descrição do fenómeno de transição vivido por uma pessoa que se prevê ser portadora de ostomia intestinal (ileostomia), decorrente do diagnóstico de CCR durante o período pré-operatório.

O referencial teórico eleito para a prestação de cuidados em estágio e para a fundamentação teórica e organização concetual do presente trabalho, foi o de Afaf Meleis, com a sua teoria das transições.

Foi solicitada autorização verbal da pessoa em estudo e família para a recolha de dados e prestação de cuidados, explicitando a intencionalidade da intervenção. Todos os intervenientes foram informados do cumprimento do anonimato e da possibilidade de desistência ou recusa à participação no estudo de caso, em qualquer momento do processo.

O presente documento encontra-se estruturalmente organizado em quatro capítulos distintos, correspondendo o *corpo* do trabalho às etapas do processo de enfermagem entre a introdução e a conclusão, finalizando com as referências bibliográficas utilizadas enquanto fonte de evidência.

O estudo de caso foi elaborado segundo a norma APA do guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

1. DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA, FAMÍLIA E CONTEXTO DE VIDA

A realização deste estudo de caso incidirá sobre o senhor R.B., género masculino, de 55 anos de idade, raça caucasiana e nacionalidade portuguesa. Reside no concelho de Santiago do Cacém, distrito de Setúbal. Gosta de ser tratado por senhor R.

A interação com o senhor R.B. decorreu durante as três consultas de estomaterapia que realizou, no período pré-operatório. A seleção deste período enquadra a problemática do projeto de estágio e reforça a importância da intervenção de enfermagem no momento que antecede a cirurgia/ileostomia.

Para o enfermeiro intervir é necessário conhecer o contexto de vida e história de saúde da pessoa em estudo e sua família, pelo que a recolha de informações foi efetivada através da observação, entrevista semiestruturada, análise dos registos eletrónicos em processo clínico e ainda através da prestação de cuidados e interação.

A colheita de dados foi orientada com base no referencial teórico Afaf Meleis, que aborda a Teoria das Transições. Esta teoria adequa-se à compreensão do estudo de caso da pessoa R.B. uma vez que este modelo teórico de médio alcance permite “compreender o processo de transição vivido pela pessoa futura portadora de ileostomia quanto à natureza, condições e padrões de resposta envolvidos” (Silva, Sousa, Lima, Pinto, Brito e Cruz, 2017, p.111), sendo que cabe ao enfermeiro explorar as respostas humanas envolvidas nessas mesmas transições, na pessoa e no contexto de quem as vive.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), a pessoa enquanto ser social, com comportamentos baseados em crenças e valores individuais, assume-se com um ser uno, indivisível, com dignidade própria e direito à autodeterminação (OE, 2001). Os mesmos autores afirmam ainda que a pessoa em permanente interação com o meio ambiente, procura atingir o equilíbrio e harmonia, pressupondo por isso uma individualidade nos cuidados de enfermagem, na intencionalidade da promoção de transições de vida saudáveis e otimização de qualidade de vida.

As transições são descritas por Meleis como uma passagem ou movimento, de uma fase de vida para outra, resultante de novos estímulos e novos conhecimentos. Pode denotar-se mudanças no estado de saúde, nos relacionamentos, alterações de identidade ou de papéis ou ainda de expectativas que conduzem inevitavelmente a mudanças de padrões comportamentais e uma outra definição de si mesmo no contexto social. Implicam processos psicológicos de adaptação, complexos e multidisciplinares, exigindo como tal a adoção de estratégias de *coping* (Meleis, 2010).

Segundo Meleis (2010), o que diferencia o conceito de transição do conceito de mudança, é que a transição é uma experiência interna enquanto a mudança se apresenta enquanto experiência externa. Na sua teoria, a autora identifica ainda a existência de três constructos basilares no processo de transição, como sejam a natureza da transição, as condições de transição e os padrões de resposta.

Relativamente à natureza da transição, Meleis (2010) menciona quatro tipos de transições distintas, como sejam as transições de desenvolvimento, situacionais, organizacionais ou de saúde-doença. Relativamente à transição saúde-doença, são descritas mudanças súbitas de papéis resultantes da alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença crónica.

A confirmação de um diagnóstico de doença oncológica intestinal, como o CCR, enquanto doença crónica, constitui um acontecimento de vida traumático na pessoa R.B., conduzindo a uma transição saúde-doença. Para a maioria das pessoas, o diagnóstico de cancro representa uma ameaça grave e a sua adaptação depende de múltiplos fatores, de ordem física, psíquica, social, cultural, espiritual, familiar e até da etapa de desenvolvimento em que o próprio indivíduo se encontra (Albuquerque e Cabral, 2015). Por outro lado, a construção da ileostomia proposta para a situação clínica do senhor R.B., assume-se igualmente como um evento capaz de afetar a identidade da pessoa, levando-a a experimentar um novo processo de transição (Silva et al., 2017).

Recorrendo à prática centrada na pessoa e nas suas necessidades reais perante as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano da pessoa, o enfermeiro assume-se como o principal agente facilitador dos processos de desenvolvimento de competências e aprendizagens na pessoa e família que experimenta a transição, promovendo uma vivência saudável (Meleis, 2010).

Por tal é necessário que o enfermeiro atenda aos significados que cada pessoa atribuí às transições que experiencia, sendo que o mesmo é variável de pessoa para pessoa e consoante o contexto em que se insere (Meleis, 2010). A autora afirma ainda que as condições de transição são influenciadas pela presença de fatores que influenciam o decurso da experiência, denominados de fatores facilitadores e inibidores, e que influem no padrão comportamental de resposta da pessoa ao evento, os quais foram explorados durante as consultas de enfermagem de estomaterapia ao senhor R.B.

Durante a primeira consulta de estomaterapia, para além do estabelecimento da relação empática e do conhecimento da pessoa e família em estudo, foram explorados os significados pessoais que atribuiu à transição vivenciada aquando do diagnóstico de CCR e respetivo impacto no seu quotidiano de vida. Ao compreender o significado que a pessoa atribuiu à experiência do diagnóstico de doença crónica e à proposta cirúrgica, o enfermeiro pode identificar as condições envolvidas na transição e planear uma intervenção de enfermagem adequada (Meleis, 2010), no sentido de potenciar a estratégia à futura condição de vida enquanto portador de ileostomia. Foi igualmente explorado o significado que o senhor R.B. atribuiu à provável construção de ileostomia e o impacto que a mesma poderá gerar no seu quotidiano de vida.

Relativamente à vivência de confirmação do diagnóstico, R.B. encarou inicialmente o evento enquanto uma sentença de morte, sentindo-se perdido e sem caminho. Sentiu tristeza e revolta, mas nunca chorou. A sua esposa confortou-o, apelou à calma e ao foco na perspetiva futura do tratamento cirúrgico, enquanto oportunidade de vida. Todavia sentiu que deveria partilhar a sua dor com os seus familiares e amigos mais próximos, recebendo de todos o apoio e incentivo de esperança e fé num prognóstico positivo. Esta partilha de sentimentos, gerou em si mesmo um sentimento de responsabilidade para com todos aqueles que o apoiavam e que de si dependiam, resultando na adoção de um comportamento mais reativo, de luta, sem revolta nem resignação. Identificou esta sua decisão como um momento ativo, de participação nos seus próprios cuidados de saúde.

A nível pessoal, revela que atribuiu um novo significado à sua vida, valorizando as pequenas alegrias e emoções do dia-a-dia. Fortaleceu ainda os

laços familiares com a esposa e os filhos. A ocorrência deste evento inesperado de doença na vida do senhor R.B., tal com afirma Dias (2011), interferiu no equilíbrio do sistema familiar não tendo apenas um efeito isolado, mas sim um impacto em todos os componentes do sistema familiar. Numa visão sistémica da família como um todo, a relação de influências mútuas entre os seus membros requer transformações que ascendem ao objetivo interno de proteção psicossocial dos seus membros, e conseqüentemente recuperação de equilíbrio familiar. Neste contexto facilmente se enquadra a valorização familiar e o estreitamento de laços entre os membros da família do senhor R.B. enquanto elementos facilitadores do processo de transição.

A comunicação aberta e a partilha de sentimentos e emoções, especialmente com a sua esposa demonstrou ser igualmente benéfico ao processo de transição.

Ao relativizar o impacto da doença crónica na sua vida, valorizando o avanço da medicina e as múltiplas opções terapêuticas disponíveis para esta doença, conseguiu minimizar os efeitos psicológicos do confronto com a morte, vulgarmente associado ao cancro. A sintomatologia associada aos efeitos colaterais dos tratamentos de quimioterapia/radioterapia foi encarada enquanto estratégia, um meio para alcançar o objetivo major, a cirurgia.

O seu foco motivacional centrou-se maioritariamente nos seus descendentes, quer pela dependência económica dos mesmos na manutenção dos estudos, quer pelo desejo em acompanhar o seu desenvolvimento.

A nível social foram identificados fatores facilitadores ao processo de transição como seja a manutenção de rotinas de outrora e os momentos de lazer com os amigos, na medida em que os mesmos contribuíram para a manutenção do equilíbrio emocional de R.B., conduzindo a um bem-estar psicológico.

Enquanto elementos inibidores da transição, identificaram-se preocupações relativas à retoma das atividades sociais e laborais, dificuldades financeiras associadas à interrupção da atividade laboral e ainda constrangimentos sociais relacionados com o receio de abordagem das pessoas à sua situação pessoal de doença ou o receio do insucesso dos tratamentos.

Globalmente o processo de transição saúde-doença em curso decorria de forma calma, confiante e com positivismo. Todavia, e apesar da aceitação da doença, participação nos seus cuidados de saúde e da total confiança nos

profissionais de saúde, mantinha-se apreensivo face à incerteza do decurso da sua doença.

Com o diagnóstico de CCR e após efetivação de consentimento informado para procedimento cirúrgico, agendado para o mês de novembro, o senhor R.B. surgiu na consulta de estomaterapia em setembro, reencaminhado pelo cirurgião assistente face à alta probabilidade de construção de estoma durante a cirurgia. Em todas as três consultas compreendidas entre setembro e outubro, compareceu acompanhado pela sua esposa. Já efetivou consulta pré-operatória de anestesiologia e respetivos exames, encontrando-se apto para o procedimento em causa.

A pessoa encontra-se orientada no espaço, tempo e pessoa. Casado com a senhora M.J de 52 anos, doméstica de profissão, que identifica como a sua pessoa de referência. Coabita com a esposa e os 2 filhos de 16 e 22 anos de idade, numa habitação própria disposta em zona rural. Dispõe de condições habitacionais adequadas, nomeadamente água de rede, eletricidade e saneamento básico. Ambos os filhos são estudantes e dependem financeiramente dos pais.

É independente em todas as suas atividades de vida diária, e trabalha como assistente técnico de informática na câmara municipal da cidade onde reside. Enquanto habilitações literárias concluiu o ensino secundário e um curso profissional na área de informática. Com uma rede de suporte adequada, com o apoio da mulher, filhos e cunhados, R.B. ressalva que se pretende manter o mais autónomo possível em todas as fases do seu ciclo vital, priorizando o quanto antes o regresso às suas rotinas de vida.

Apresenta como antecedente pessoal de doença apenas hipertensão arterial, e um antecedente cirúrgico de descorticação pulmonar por pneumonia em 2002 no Hospital Pulido Valente, com um período de internamento de 12 dias e um pós-operatório bastante doloroso, mas sem intercorrências. Curiosamente não demonstra receio de dor nesta cirurgia.

Afirma ser alérgico ao ácido acetilsalicílico, evidenciando prurido e manifestações cutâneas de eritema. Nega hábitos alcoólicos e tabágicos. Acuidade visual e auditiva mantidas. Tem prótese dentária superior e inferior.

Como medicação domiciliar, RB refere que toma diariamente, terapêutica oral de Losartan 50 mg + 12,5 mg, um comprimido ao pequeno almoço.

Menciona que a tensão arterial se encontra controlada, sendo que o seu padrão habitual da tensão arterial sistólica se situa entre 120-130 mmhg e de diastólica entre 60 a 70 mmhg.

Como antecedentes familiares de doença relata historial de neoplasia gástrica na mãe e avó materna, desconhecendo a presença de cancro CCR na família. Menciona ainda historial de diabetes mellitus no irmão de 60 anos.

Habitualmente faz 4 a 5 refeições/dia, sem restrições nem alergias alimentares. O padrão intestinal é regular, 1 vez/dia, que se mantém mesmo após o diagnóstico. Contudo, apresenta episódios esporádicos de presença de sangue e muco nas fezes, embora em pequena quantidade.

O seu padrão de sono é de 8 horas/dia, habitualmente sem interrupções.

Caracteriza-se como uma pessoa bem-disposta, com uma vida social ativa, entre jantares e convívios entre amigos. Menciona ser católico não praticante.

Através do exame objetivo, verifica-se que o senhor RB. apresenta pele e mucosas coradas e bom estado geral. Sem alterações respiratórias. Apresenta um peso de 77 Kg., 172 cm de altura e um índice de massa corporal de 26,03 Kg/m². Foram avaliados os sinais vitais avaliados, encontrando-se normotenso com 125/64 mmhg, normocárdico com 76 ppm e eupneico com spo2 de 99%.

Nos seus tempos livres gosta de dedicar-se à agricultura na sua horta, ir ao café com amigos, e ver televisão.

Quando questionado sobre o contexto inicial da doença, o senhor R.B. demonstrou-se recetivo, iniciando espontaneamente um discurso na partilha da sua história. Sem apresentar qualquer sintomatologia sugestiva de doença oncológica, recorda apenas que ocasionalmente, em julho, num dia comum a todos os outros, observou que as suas fezes apresentavam uma característica diferente da habitual, com presença de sangue (hematoquezias) e muco. Intuitivamente percebeu que provavelmente algo de grave se passaria, equacionando a possibilidade de cancro, embora mantivesse a esperança de que o seu consciente pudesse estar errado, e se tratasse apenas da existência de hemorroidas. Referiu sentir-se angustiado e incomodado pela situação, pelo que não hesitou em procurar ajuda médica o quanto antes, sendo que no dia seguinte deslocou-se prontamente ao serviço da urgência do hospital de residência para avaliação da situação.

Na urgência foi reencaminhado para a especialidade de cirurgia geral, e efetuado exame clínico. Segundo a *European Society for Medical Oncology* (ESMO) (2016), o exame clínico é um dos métodos que permite a deteção do CCR, contudo demonstrou-se inconclusivo uma vez que o senhor R.B. apresentava abdómen mole, depressível, indolor à palpação em todos os quadrantes, evidenciando apenas uma discreta massa à palpação. Foi ainda efetuado toque retal, aparentemente indolor, sem lesões perianais ou endoluminais. Nega ainda qualquer tipo de sintomatologia, como sejam alterações do trânsito intestinal ou sintomatologia associada, tenesmo rectal, perda de peso ponderal ou cansaço. Não se evidenciam alterações analíticas relevantes. É equacionada a suspeita de CCR.

O cancro assume-se como uma das principais causas de morte em todo mundo, sendo que em 2018 foi responsável por 9,6 milhões de mortes, estando entre os mais mortais o cancro do pulmão (1,76 milhões de morte) e o colorretal (862 000 mortes). Mundialmente a incidência do cancro colorretal assume o terceiro lugar com 1,80 milhões (World Health Organization, 2018). Segundo a ESMO (2016), “o cancro colorretal é a doença mais comum na europa e o terceiro cancro mais comum no mundo” (p. 6), sendo que a maioria dos cancros colorretais está localizada no cólon.

Segundo dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (2019), em Portugal, no ano de 2017 verificou-se um total de 3852 mortes por tumores malignos do cólon, reto e ânus, representando 3,5% da mortalidade do país, sendo que 80% desses óbitos ocorreram em pessoas com 65 e mais anos.

Segundo a ESMO (2016), o CCR provoca habitualmente sintomas com mais frequência num estadio avançado da doença e os sintomas consistem em alterações nos hábitos intestinais, presença de sangue nas fezes, fadiga e perda de peso (ESMO, 2016).

Tendo em conta a inexistência de historial familiar de CCR e idade superior a 50 anos, foi sugerido ao senhor R.B. efetivar os exames preconizados no rastreio desta doença, nomeadamente a pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia (Direção Geral da saúde, 2017; ESMO 2016). Foi providenciado o encaminhamento para consulta de cirurgia geral na instituição hospitalar. A pessoa em estudo lamenta não ter estado desperto nem informado sobre o

programa de rastreio, uma vez que já tinha 55 anos e nunca efetuara tais exames.

Nos países ocidentais a mortalidade por CCR tem vindo a diminuir, contributo dos programas de rastreio, deteção precoce de lesões malignas e remoção de adenomas, assim como da existência de terapias mais eficazes, principalmente em estádios iniciais da doença (Labianca, Nordlinger, Beretta, Mosconi, Mandalà, Cervantes, Arnold, 2013). Em Portugal, o programa nacional para as doenças oncológicas da Direção Geral da saúde (DGS), estabelece enquanto meta para 2020, expandir a cobertura dos rastreios oncológicos de base populacional, a todo o território nacional e aumentar taxas de cobertura geográfica, no caso do cancro do colon e reto em 50% (, 2017).

Ressalva-se ainda que cerca de 20% dos casos neste tipo de cancro ocorrem em contexto familiar, duplicando o risco de desenvolvimento da doença e por conseguinte antecipando a idade do rastreio (ESMO, 2016). Este facto preocupa o senhor R.B., na medida em que manifesta provável dificuldade em gerir o seu sentimento de culpa se tal acontecer.

Face à presença de hematoquezias, necessidade de realização de exames e uma ansiedade acrescida relacionada com a incerteza de um diagnóstico, solicitou baixa profissional. Com dificuldade de gerir tanta informação e emoções, tentou manter-se calmo e positivo, mas revelou que os pensamentos fluíam e o receio tomava conta da sua mente.

Os exames confirmaram presença de sangue nas fezes e a colonoscopia evidenciou a presença de um pólipó de 6 mm no colon sigmoide, diverticulose cólica e suspeita de neoplasia do reto, com biópsias múltiplas e marcação de tatuagem.

A colonoscopia com biópsia tecidual permite analisar o tecido tumoral em laboratório, confirmar o diagnóstico de CCR e revelar características específicas do tumor (ESMO, 2016). Histologicamente confirma-se compatibilidade com adenocarcinoma do recto médio.

De acordo com a ESMO (2016), o adenocarcinoma do colon trata-se de um tipo de tumor maligno epitelial, que se origina do epitélio glandular da mucosa colorretal (ESMO, 2016).

Em Portugal o adenocarcinoma do colon é o segundo tipo de tumor com maior incidência em Portugal, com uma taxa de 47,94 por cada 100 000

habitantes (DGS, 2014), e um pico máximo de incidência na 6ª década de vida (ESMO, 2016). Os dados estatísticos excluem o senhor R.B. da faixa etária mais incidente, mas enquadram-no no género mais mortal, o género masculino, enquanto comparado com o feminino (DGS, 2017).

Objetivando o estadiamento do tumor, que segundo a ESMO (2016) permite determinar o seu prognóstico, foram realizados dois exames complementares de diagnóstico, a tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-pélvica e a ressonância magnética pélvica. Os resultados evidenciaram ausência de metástases e compatibilidade com diagnóstico de adenocarcinoma do colon médio com estadiamento T3N0M0 bem diferenciado/baixo grau, com padrão de crescimento infiltrativo, com invasão ao nível da gordura da subserosa que reveste o reto médio (estadio IIB).

O processo de estadiamento do cancro do cólon baseia-se no sistema TNM do *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), sendo que neste caso concreto, um estadiamento T3N0M0, é traduzível como um “tumor primário que invade através da muscular própria, alcançando os tecidos pericólicas” (T3), “com ausência de metástases em gânglios linfáticos regionais” (N0) e “ausência de metástases à distância” (M0) (Ryan 2015, p.585).

De acordo com o mesmo referencial da AJCC, os tumores são categorizados por IV estádios, sendo que a ressecção cirúrgica constitui a base do tratamento para os doentes nos estádios I, II ou III, enquanto no estadio IV a abordagem poderá ser baseada na sintomatologia, se não se constituir como objetivo curativo (Ryan, 2015). No caso do Sr. R.B. trata-se de um tumor estadio IIB, na qual as *guidelines* preconizam o tratamento com base na ressecção cirúrgica da lesão, associado ao recurso de quimioterapia e radioterapia adjuvantes pela *American Society of Clinical Oncology*, mesmo que não apresente condição de risco associada (Ryan, 2015).

Em consulta multidisciplinar de decisão terapêutica decide-se plano estratégico de quimioterapia e radioterapia, entre julho e setembro de 2019, seguida de planeamento cirúrgico de ressecção anterior do reto via laparoscópica. Menciona nunca ter duvidado da decisão terapêutica, mantendo a esperança e foco no objetivo final, a cirurgia. Foram meses difíceis, dias longos, alguns efeitos secundários menos agradáveis, mas o apoio incondicional da família e de todos os profissionais de saúde envolvidos, foi tranquilizante.

Contudo, a cirurgia de excisão do tumor acarreta a possibilidade de construção de estoma, o que segundo a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (APECE),

implica um processo de transição de tipo saúde-doença que deve ser alvo de uma atenção singular por parte do enfermeiro aquando da sua atividade assistencial, concebendo cuidados individualizados e eficazes no sentido da adaptação pessoal e aprendizagem de uma nova vivência com uma ostomia....O enfermeiro tem de ser detentor de competências para o desenvolvimento, também nas pessoas com ostomia, de conhecimentos e habilidades para o autocuidado, integrados numa vivência saudável. (APECE, 2012, p. 13).

A pessoa que vive com um estoma necessita de cuidados especializados de enfermagem que promovam a autonomia no autocuidado ao estoma e a qualidade de vida da pessoa, da sua família e/ou cuidadores (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009).

A ileostomia consiste numa derivação intestinal efetuada no intestino delgado, no qual o íleo é exteriorizado através da parede abdominal com a finalidade de permitir a saída de fezes e de gases (Burch citado por Silva et al, 2017).

As alterações mais marcantes decorrentes da presença de uma ostomia relacionam-se com a autoestima e imagem corporal, mas as implicações na vida do ostomizado são múltiplas, refletindo-se nas dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Santana, Dutra, Tameirão, Silva, Moura, Campos, 2010; Silva et al, 2017).

A presença de ostomia intestinal acarreta mudanças relacionadas com alterações físicas no corpo, insatisfação com a nova aparência, perda do controlo esfíncteriano, odor ou flatulência, ajustes alimentares ou no vestuário, dificuldades associadas às rotinas no emprego, viagens ou atividades de lazer, complicações associadas ao estoma e aos dispositivos. Tais mudanças são suscetíveis ainda de provocar problemas psicossociais nas pessoas que vivem com um estoma, como ansiedade, depressão, sensações de solidão, falta de controlo, cansaço e estigma, diminuição da autoestima e das atividades sociais, perda do trabalho e, ainda, perturbações na sexualidade (Vonk-Klaassen et. al citado por Silva et al., 2017).

A *International Ostomy Association* (IOA) (2007) reconhece, na carta de direitos do ostomizado, o direito da pessoa ostomizada em receber

aconselhamento pré-operatório, inclusive de enfermagem, para assegurar que a pessoa conhece os benefícios da cirurgia e ostomia, assim como os factos essenciais sobre o que significa viver com um estoma.

Em Portugal, foi criada a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (APECE) que representa os enfermeiros que prestam cuidados em estomaterapia, área diferenciada de cuidados de saúde que acompanha a pessoa portadora de ostomia criada para alimentação, respiração ou eliminação, e sua família. Surgiu em 2005 resultante do crescimento do interesse dos enfermeiros sobre este tema, visando desenvolver iniciativas e atividades úteis na melhoria dos cuidados prestados a pessoas ostomizadas, integrando o saber científico-técnico (APECE, 2012).

Segundo a APECE (2012), a consulta de estomaterapia centra a sua intervenção na relação de ajuda à pessoa que irá ser ou foi submetida a uma ostomia, e sua família. Recorrendo à disseminação de informação, ensino e aconselhamento, permite a capacitação da pessoa para a gestão da sua situação de saúde e das modificações decorrentes, a nível pessoal, familiar, profissional e social. Idealmente deve iniciar-se assim que o evento é antecipado, ainda na fase pré-operatória.

Silva et al. (2017) afirma que a preparação pré-operatória realizada pelo estomaterapeuta está associada a um maior ajustamento da pessoa à ostomia, no qual se salienta o desenvolvimento de estratégias no défice de autocuidado, reduzindo o impacto do evento e facilitando o processo de transição.

Em funcionamento desde 2010, a consulta de estomaterapia da instituição hospitalar onde decorreu o presente estudo de caso, dispõe de um espaço físico próprio em gabinete incluso ao serviço de internamento da especialidade de cirurgia geral. Regulamenta-se pelas orientações estabelecidas nas Normas da DGS relativas a ostomias, inclusive no cumprimento das recomendações formativas do enfermeiro, na medida em que é assegurada por três enfermeiros desse serviço, detentores de formação acrescida na área no âmbito da intervenção a ostomias intestinais (DGS, 2017). Na consulta presta-se igualmente assistência a portadores de ostomias urinárias ou respiratórias, e a sua intervenção baseia-se no referencial teórico de Meleis, com a teoria das transições. Os registos de enfermagem são informatizados em

Sclínico, sendo que os diagnósticos de enfermagem foram parametrizados com recurso à linguagem CIPE versão beta 2.

1.1. Diagnóstico do estado de saúde e planeamento de cuidados

O enfermeiro assume uma figura de destaque na vivência da transição para uma vida com ileostomia, acompanhada por múltiplas, significativas e duradouras mudanças. Reconhecendo os estados de vulnerabilidade inerentes a este evento, cabe ao enfermeiro reconhecer o sentido da transição da pessoa em causa, na perspetiva de quem o vivencia, e consequentemente facilitar o processo de desenvolvimento daquelas que são as competências necessárias para gerir a(s) mudança(s) decorrente(s) da nova condição de vida (Silva et al., 2017), orientando a pessoa na direção de uma transição bem sucedida/saudável e diminuindo os riscos de uma vivência difícil.

A transição assume-se então como concluída quando a pessoa atinge a mestria face ao novo papel, atingindo sentimentos de bem-estar ou adquirindo a qualidade de vida por si idealizada. A pessoa passa a integrar na sua identidade sentimentos, objetivos e comportamentos com confiança, conhecimento e *expertise* (Meleis, 2015).

Apesar da complexidade e multidimensionalidade das experiências, existem, contudo, alguns aspetos comuns a todos os processos, os quais Meleis (2010) denomina por propriedades das transições, entre eles: conhecimento/consciência; ajustamento/compromisso; mudança e diferença; eventos e acontecimentos críticos e período de experiência.

O conhecimento encontra-se relacionado com a consciencialização da pessoa sobre a experiência que se encontra a vivenciar. Neste contexto, é então, esperado que a pessoa apresente ou desenvolva conhecimento sobre as alterações que ocorrem e que está a vivenciar (Meleis, 2010).

O ajustamento reporta-se ao grau de envolvimento da pessoa nos processos inerentes à transição, sendo este grau influenciado pelo conhecimento que se detém sobre o seu processo de transição (Meleis, 2010).

O conhecimento / consciência e o ajustamento são duas propriedades intimamente relacionadas, dado que o ajustamento não existe se o

conhecimento não estiver presente. Neste sentido, o foco da intervenção de enfermagem no pré-operatório da pessoa R.B. incidirá sobre a promoção de conhecimentos de forma a promover uma transição saudável.

Corroborando com a APECE, a consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatória assume um papel privilegiado na promoção da transição da pessoa R.B. à futura condição de ostomizado, não só pela diferenciação teórico-científica e experiencial dos enfermeiros, individualidade nos cuidados, mas também pela disponibilidade temporal para recolha de dados, interação e acompanhamento à pessoa em estudo e respetiva família. As consultas de enfermagem pré-operatórias de estomaterapia são então agendadas consoante as necessidades detetadas para a pessoa em causa.

Na prestação de cuidados na consulta de enfermagem de estomaterapia ao senhor R.B., verificou-se um défice de conhecimentos relativo ao autocuidado ao futuro estoma, que poderá impossibilitar o autocuidado ao estoma de forma autónoma.

A educação à pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ser sistemática e centrada no cliente, com o objetivo de desenvolver competências de autocuidado que conduzam à autonomia na gestão dos cuidados à ostomia e, dessa forma à recuperação da independência, da confiança e da autoestima (Black, 2009).

Os resultados esperados objetivam a promoção de conhecimentos do senhor R.B no autocuidado ao estoma, visando a sua capacitação, de forma autónoma, segura e sem ansiedade, no período pós-operatório.

Nesse âmbito serão de seguida explanadas as intervenções de enfermagem inerentes.

Segundo a *International Council of Nurses* (ICN) (2016), o conhecimento é “um tipo de pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências adquiridas; domínio e reconhecimento da informação” (p.45).

A promoção de conhecimentos deverá ser desenvolvida de forma metódica e personalizada, com base na identificação das necessidades da

pessoa com ostomia na área do autocuidado, permitindo estabelecer um plano de cuidados de enfermagem individualizado (Mota, Gomes, Petuco, Heck, Barros, Gomes, 2015). Essa análise deverá obedecer a uma recolha de dados rigorosa com recurso a instrumentos de avaliação de cariz físico e psicológico da pessoa em causa, conforme estabelecido em norma da DGS (DGS, 2017).

Na avaliação física não se identificaram alterações a nível sensorial/motor ou capacidades cognitivas que poderiam condicionar o autocuidado, nem qualquer evidência de risco nutricional. O senhor R.B. é independente em todas as suas atividades de vida.

Na avaliação da integridade cutânea não se verificou presença de qualquer tipo de lesão ou alterações cutâneas nem alergias ou sensibilidade aos hidrocolóides, apesar das sessões de radioterapia efetuadas.

A avaliação psicológica permitiu avaliar e gerir os mecanismos de *coping* eficazes disponíveis de forma a promover a aceitação e adaptação da pessoa à futura e nova condição de saúde e ao próprio estoma, com ênfase na promoção da auto-estima. Foram ainda identificados os medos e expectativas relacionados com o regresso à vida social e laboral, reações emocionais de ansiedade relacionadas com o regresso à atividade sexual e de lazer, e desmistificados alguns mitos no âmbito das restrições alimentares.

A pessoa revelou insuficiente conhecimento relativo à temática da ostomia intestinal e demonstrou interesse em aprofundar conhecimentos sobre a mesma. Prevê adquirir autonomia total no autocuidado ao estoma, pressupondo por isso motivação e disponibilidade para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos na área. Contudo ressalva a disponibilidade da esposa para o autocuidado ao estoma caso não consiga alcançar esse objetivo ou apresente alguma condicionante para o desempenho da atividade. A expectativa da pessoa R.B. revelou-se realista e determinada na medida em que a avaliação anterior comprovou o potencial de capacitação para o autocuidado e motivação para o desenvolvimento de competências inerentes.

O senhor R.B. revela enquanto fatores condicionantes ao processo de transição, a possível rejeição social manifestada por dificuldade em omitir a presença da ostomia no retorno à atividade laboral ou de lazer, nomeadamente em viagens, na praia ou entre jantares de convívio com amigos. Segundo Mota, Gomes, Petuco, Heck, Barros e Gomes (2015), a omissão da ostomia, apesar

de parecer uma atitude de negação, permite que a pessoa adquira mais tempo para se fortalecer e conseguir expor-se nomeadamente a outras pessoas não significativas. Respeitando esse espaço temporal, foram explicitadas algumas estratégias de omissão da ostomia, com recurso a vestuário adequado ou dispositivos acessórios, e recorreu-se à identificação de alguns casos similares de figuras públicas ostomizadas.

Atendendo a que o autocuidado pode ser facilitado a partir de estratégias estabelecidas com base em fatores pessoais, nomeadamente na atribuição de um significado positivo à construção do estoma (Mota et al., 2015), solicitou-se à pessoa R.B. que refletisse e atribuísse um significado positivo à possível ileostomia. Mencionou a oportunidade de viver e a opção cirúrgica de tratamento, ambos positivos e facilitadores ao processo de transição.

Outros fatores como a religiosidade e esperança demonstram-se igualmente facilitadores ao processo de transição, confortando e permitindo que a pessoa se centre e foque no seu processo de cuidar e de saúde (Mota et. al., 2015). Neste sentido foi apelado à manutenção de esperança do sucesso do tratamento cirúrgico e do apoio familiar, e à manutenção da fé católica, condições identificadas como potencialmente facilitadoras da transição.

Relativamente à informação disponibilizada durante a primeira consulta, foram abordados aspetos relacionados com a anatomia e fisiologia do aparelho digestivo, descrição sucinta da técnica cirúrgica (mediante solicitação da pessoa R.B.), diferenciação de conceitos básicos (estoma, ostomia, colostomia, ileostomia) e ainda uma breve descrição dos procedimentos pré e pós-operatórios. Nas duas consultas posteriores foram abordados os cuidados de higiene relativos à ileostomia e respetiva manipulação de material e dispositivos médicos de ostomia, breve abordagem ao tipo de alimentação, assim como alguns aspetos mais importantes sobre a vigilância e cuidados inerentes ao estoma.

Segundo Mota et al. (2015) a preparação pré-operatória auxilia na capacitação para o autocuidado, possibilitando a consciência do que o espera no pós-operatório e das modificações inerentes. Por outro lado, a aquisição de competências na gestão desse autocuidado facilita ainda a adaptação psicológica da pessoa no pós-operatório (O'Connor, 2005).

Enquanto fator facilitador relacionado com a comunidade, foi explicitado o funcionamento da consulta de enfermagem de estomaterapia e do serviço de internamento hospitalar, evidenciando o apoio contínuo dos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, o esclarecimento de dúvidas e o acesso aos serviços de apoio pós-operatório, via telefónica ou presencial. Foi igualmente disponibilizado o acesso a imagens e fotografias relativas a ostomias e a um folheto informativo. De forma a estimular o nível de consciencialização da mudança e o treino de habilidades no manuseamento e despejo do saco de ostomia no domicílio, foi efetuada uma simulação relativa à prestação de cuidado de higiene ao estoma e oferecidos os respetivos dispositivos utilizados, nomeadamente a placa de ostomia e saco.

A pessoa em estudo revelou preocupação com o custo financeiro na aquisição de dispositivos de eliminação, agravada pela interrupção laboral e os crescentes gastos na educação dos seus descendentes. O fator económico condicionante no processo de transição, foi colmatado com o esclarecimento sobre a facilidade no acesso aos dispositivos de ostomia, através da consulta e farmácia, e ainda sobre o do processo de reembolso financeiro, através do centro de saúde de referência ou subsistema de saúde. Demonstrou-se bastante mais tranquilo.

O senhor R.B. foi ainda orientado sobre os recursos disponíveis na comunidade, nomeadamente em grupos de apoio a ostomizados. O principal objetivo dos grupos é promover a coesão e o encontro de pessoas para que reconheçam as similitudes dos seus problemas e partilhem experiências, encontrando uma forma de suporte social alternativo, necessário para apoiar a construção e o desenvolvimento da sua própria identidade e o equilíbrio nas mais variadas funções (Rodrigues, 2016).

A interação com pessoas em situação semelhante facilita a adesão ao tratamento e a aceitação da nova condição de vida (Mota et al., 2015), sendo que na terceira consulta foi proporcionado o encontro com outra pessoa ostomizada independente no autocuidado e em fase mais avançada de transição.

Através da análise à vivência anterior de transição da pessoa R.B. (na descoberta do diagnóstico), foi sugerido o recurso a alguns fatores facilitadores da transição anterior para a transição atual, nomeadamente de processo familiar.

Neste contexto, foi reforçada a importância do diálogo e partilha de sentimentos com a família e a união familiar, na medida em que a mesma promove a capacidade do casal para lidar com problemas (Albuquerque e Cabral, 2015). O apoio, carinho e disponibilidade familiar, inclusive no auxílio ao cuidado ao estoma se necessário ou em momentos complicados ou constrangedores, permitem transmitir segurança, reforçam laços e fomentam o sentimento de pertença (Mota et al., 2015).

Segundo Pinheiro (2013), a marcação do local do estoma no pré-operatório tem benefícios evidentes na qualidade de vida da pessoa e na sua capacitação para o autocuidado, evidenciando aparente uma menor predominância de complicações. De acordo com a norma relativa a ostomias intestinais da DGS (DGS, 2017), o procedimento da marcação de local do estoma deve efetuar-se no âmbito do consentimento informado, conjuntamente entre o enfermeiro estomoterapeuta e a pessoa em causa, na intencionalidade de compreensão da opção do local proposto, facilidade de visualização do estoma e acesso ao mesmo. Assume-se enquanto um momento determinante para a vida futura da pessoa com ostomia, com um impacto significativo na aceitação ao novo estado de saúde. Esta intervenção de enfermagem foi planeada com o consentimento do senhor R.B., a ser realizada na véspera da cirurgia.

Segundo a *European Oncology Nursing Society* (EONS) (2018), o enfermeiro deve desenvolver competências ao nível da comunicação, desenvolvendo estratégias eficazes para fornecer informações, apoio psicológico e emocional a indivíduos e comunidades sobre o cancro. Neste sentido, em todas as consultas de estomaterapia, para além da promoção de conhecimentos, foi comum e permanente o recurso a intervenções de enfermagem relativas ao encorajamento da comunicação expressiva de emoções, escuta ativa, estratégias de *coping* e ainda suporte emocional e esclarecimento de dúvidas.

No dia 12 de novembro de 2019, o senhor R.B. foi submetido a ressecção anterior do reto por via laparoscópica com ileostomia de proteção. A continuidade dos cuidados de enfermagem foi igualmente assegurada desde a admissão hospitalar para procedimento cirúrgico, até ao 3º dia de pós-operatório, quando terminou o estágio.

Saliento a interação com o senhor R.B. no pós-operatório imediato, quando me questionou prontamente, com um olhar fixo e atento, se haveria ficado ostomizado. Confirmei a sua desconfiança, mas senti um brilho de descontentamento no seu olhar. Reforçando o apoio de toda a equipa multidisciplinar à sua nova condição de saúde, convidei-o a descansar.

A cirurgia e o pós-operatório decorreram sem intercorrências, iniciou dieta com tolerância e a ileostomia manteve-se funcionante. Ao fim de 7 dias de internamento teve alta médica, sendo totalmente independente no autocuidado ao estoma e despejos diários. Evidenciou uma aceitação plena do seu novo estado de saúde, integrando a ostomia enquanto um processo transitório da sua trajetória de doença/vida. Estava ainda confiante no seu prognóstico e determinado em ser sujeito ativo do seu autocuidado, mencionando expressões como: “deixe-me tentar sozinho...eu só preciso de treinar mais um pouco...vou conseguir aprender” (SIC).

Certifica-se desta forma a obtenção de resultados positivos facilitadores ao decurso do seu processo de transição à condição de ostomizado.

No pós-operatório e alta, para além do reforço das intervenções de enfermagem anteriormente descritas, foram abordados aspetos relativos ao medo, sexualidade, défice de conhecimento relativo à maceração da pele perístoma e/ou prevenção de complicações, assim como estratégias adaptativas de reabilitação e reinserção social, familiar e profissional.

Ao 15º dia após a cirurgia, regressou à consulta de estomaterapia, na qual não manifestou qualquer tipo de dificuldade ou dúvida no autocuidado ao estoma, evidenciando autonomia total. Demonstrou aceitação à vida social, com o regresso às suas atividades de vida e ao convívio social entre amigos. Foi informado pelo cirurgião que histologicamente, as margens da peça operatória não evidenciaram qualquer lesão, mantendo seguimento em consulta de cirurgia geral e estomaterapia.

Atualmente tem agendada proposta cirúrgica para restabelecimento de continuidade intestinal para o início de 2021.

2. CONCLUSÃO

A realização de uma ostomia de eliminação intestinal gera um impacto físico e psicológico relevante na qualidade de vida da pessoa com doença oncológica, com repercussões subseqüentes na dinâmica pessoal, familiar e social. Neste enquadramento a intervenção do enfermeiro deverá centrar-se nas necessidades reais do futuro portador de ostomia intestinal e sua família, com vista à promoção de um processo de transição saudável, objetivando o bem-estar e otimização da qualidade de vida dos intervenientes.

A perícia do enfermeiro especialista em oncologia e do enfermeiro de cuidados em estomaterapia, enquanto elementos diferenciados da prestação de cuidados, complementam a intervenção da restante equipa multidisciplinar no cuidado ao futuro portador de ostomia intestinal e sua família. A abordagem do enfermeiro deve antever a construção do estoma, ainda no período pré-operatório, evidenciando resultados evidentes em saúde e uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Na prestação de cuidados à pessoa R.B. no período pré-operatório, as intervenções de enfermagem permitiram a capacitação da pessoa no autocuidado ao estoma e a aceitação plena à sua nova realidade de vida, de forma segura, consciente e atempada.

Este estudo de caso constituiu uma importante ferramenta na consciencialização do impacto da presença de uma ostomia de eliminação intestinal decorrente de CCR na pessoa e família, assim como na identificação da intervenção do enfermeiro especialista neste processo de adaptação a uma nova condição de vida.

A experiência decorrente da colaboração em procedimentos cirúrgicos de ostomias intestinais no bloco operatório, e cirurgias oncológicas do foro intestinal, constituíram uma mais-valia na abordagem da pessoa com doença oncológica.

A existência da consulta de estomaterapia no serviço em causa foi facilitadora na medida em que permitiu um acompanhamento prévio e atempado da pessoa em estudo, integrando a intervenção de enfermagem no decurso de toda esta vivência. Por outro lado, permitiu uma maior disponibilidade temporal,

comunicação e espontaneidade, favoráveis ao estabelecimento da relação empática.

Constrangimentos relacionados com a adequação dos turnos agendados em cronograma de estágio ao acompanhamento à pessoa alvo do estudo de caso necessitarem de alguns ajustes, facilmente ultrapassáveis.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, E.; Cabral, A. (2015). Psico-oncologia – Temas Fundamentais. Lisboa: Edições Lidel. ISBN: 978-989-752-136-2.
- Associação portuguesa de enfermeiros de cuidados em estomaterapia (APECE). (2012). Estomaterapia: O saber e o cuidar. Lisboa: Lidel.
- Black, P. (2009). Teaching stoma patients to self-care. *Nursing & Residential Care*. 11 (1). p. 546-549.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*. 19. p. 139-156.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2014). Portugal – Doenças Oncológicas em números 2014: programa nacional para as doenças oncológicas. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). Programa nacional para as doenças oncológicas 2017. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). Norma nº 015/2016: Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- European Oncology Nursing Society (EONS) (2018). The EONS Cancer Nursing Education Framework. UK.
- European Society for Medical Oncology (ESMO) (2016). Cancro Colorretal: um guia para o doente - Informações baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO. Volume 1. Acedido em 30/05/2019. Disponível em: <https://www.esmo.org/content/download/98290/1727191/file/ESMO-ACF-Cancro-Colorretal-Um-Guia-para-o-Doente.pdf>
- Galdeano, L.; Rossi, L.; Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 11(3). p. 371-375.
- International Council of Nurses (ICN) (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação internacional para a prática de enfermagem. Loures: Lusodidacta.

- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2019). Causas de morte 2017. Lisboa: INE
- International Ostomy Association (IOA). (2007). Charter of Ostomates Rights. Acedido em: 05/12/2019. Disponível em: <http://www.ostomyinternational.org/about-us/charter.html>
- Labianca, R.; Nordlinger, B.; Beretta, G. D.; Mosconi, S.; Mandalà, M.; Cervantes, A.; Arnold, D. (2013). Early colon cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 24 (6). p. 64-72.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A. (2015). Transitions theory. In Smith, M.; Parker, M. *Nursing theories & nursing practice* (4th ed). (pp. 361-380). Philadelphia: Davis Company.
- Mota, M.; Gomes, G.; Petuco, V.; Heck, R.; Barros, E.; Gomes, V. (2015). Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. *Revista da escola de enfermagem da universidade de São Paulo*. 49 (1). p. 82-88.
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*. 14 (6). p. 320-324.
- Oncology Nursing Society (ONS) (2007). Oncology nurse practitioner competencies. Acedido em: 04/12/19. Disponível em: <https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/oncology-nurse-practitionercompetencies.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinheiro, L. (2013). O impacto da marcação da ostomia no autocuidado ao estoma e qualidade de vida. *Revista de investigação em enfermagem*. Série II (4). p. 49-56.

- Registered Nurses' Association of Ontario. (RNAO). (2009) Best practice guidelines: Ostomy care and management. Acedido em 19/11/2019 às 21h. Disponível em: http://rnao.ca/sites/rnaoca/files/Ostomy_Care_Management.pdf
- Rodrigues, S. (2016). Diminuição da ansiedade na pessoa com alterações da funcionalidade: proposta de intervenções especializadas em enfermagem. Tese de Mestrado. Universidade Católica. Porto.
- Ryan, D. P. (2015). Câncer de colo. In Chabner, B.; Longo, D. (Coord.). Manual de oncologia de Harrison. (pp. 580-589). Porto Alegre: McGraw Hill Education.
- Santana, J.; Dutra, B.; Tameirão, M.; Silva, P.; Moura, I.; Campos, A. (2010). O significado de ser colostomizado e participar de um programa de atendimento ao ostomizado. Revista Cogitare Enfermagem. 15 (4), p. 631-638.
- Silva, C.; Sousa, F.; Lima, J.; Pinto, M.; Brito, M.; Cruz, I. (2017). Viver com uma ileostomia: um estudo de caso sobre o processo de transição. Revista de Enfermagem Referência. Série IV (14). p. 111 – 120.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem). 5ª edição. Loures: Lusociência.
- World Health Organization. (WHO) (2018). Cancer. Acedido em 06/05/019 às 19h. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Apêndice 14: Comemorações mensais Cancro

OUTUBRO

OUTUBRO ROSA 2019



Movimento que surgiu nos Estados Unidos, na década de 1990, para estimular a participação da população no controlo do cancro da mama.

A data é celebrada anualmente com o objetivo de promover a consciencialização sobre a doença e partilhar informações sobre o cancro de mama.

Um pouco por todo o mundo, durante este mês, a cor rosa alastra-se com o objetivo de permitir **SENSIBILIZAR A POPULAÇÃO PARA A TEMÁTICA DA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CANCRO DA MAMA.**

Dia 15: Dia Mundial da Saúde da Mama

Dia 30: Dia Nacional de Luta Contra o Cancro da Mama.

OUTUBRO ROSA 2019

De 15 a 30 de Outubro desafia-se a Equipa do Bloco Operatório a abraçar este movimento!

Sugestões:

- Usar diariamente o laço cor-de-rosa no bolso da farda;
- Distribuir mensagens / oferecer marcador de livro aos doentes operados;
- Incentivar os familiares e amigos a efetuar a autoexame mamário e/ou rastreio do cancro da mama
- Ser o protagonista da sua própria vida... fazer o autoexame mamário
- Promover e adotar hábitos de vida saudáveis.

Vamos apoiar o Mês Rosa. Participe!

A PREVENÇÃO É O MELHOR CAMINHO.

<https://www.ligacontracancro.pt/paginas/detalhe/url/onda-rosa>



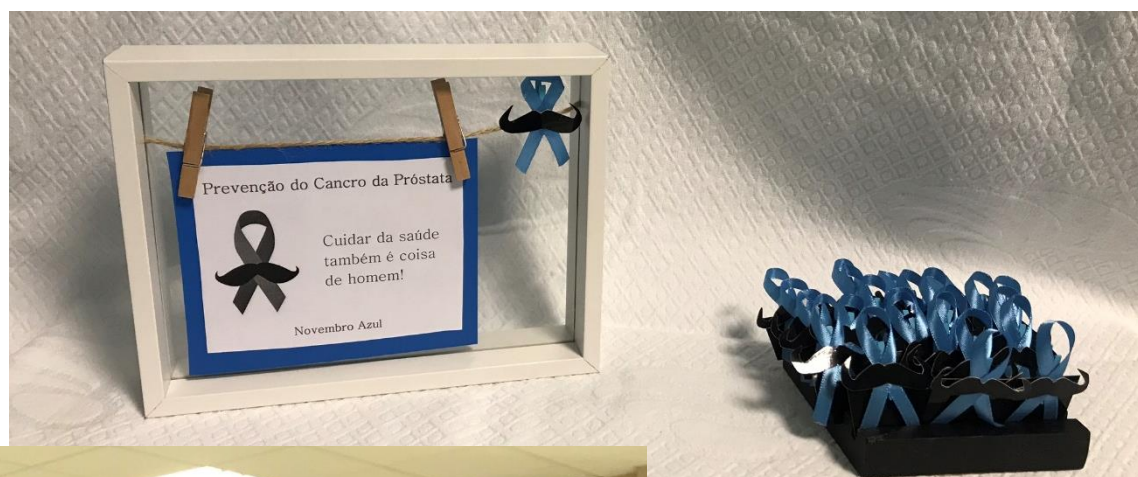
NOVEMBRO

Prevenção do Cancro da Próstata



Cuidar da saúde
também é coisa
de homem!

Novembro Azul



DEZEMBRO



Regra ABCD: Nevo normal VS Melanoma

A assimetria 	B bordas irregulares
C cor variável 	D diâmetro ← + 6 mm

<https://propmark.com.br/anunciantes/poefiltro-reforca-importancia-de-usar-filtro-solar/>



JANEIRO



PREVENIR É UM ATO DE AMOR.



JUNTOS NA PREVENÇÃO DO
CANCRO DO COLO DO ÚTERO.



FEVEREIRO

NÓS PODEMOS. EU POSSO.
*INSPIRE AÇÕES
TOME UMA ATITUDE*



APELAR **INSPIRAR** **EDUCAR**

AMAR **DIA MUNDIAL DO CANCRO
4 FEVEREIRO** **ENTENDER**

PREVENIR **FALAR** **CRIAR CIDADES SAUDÁVEIS**

JUNTE-SE A NÓS EM 2018
worldcancerday.org
ligacontracancro.pt/wcd

#DiaMundialDoCancro
#NósPodemosEuPosso



LIGA PORTUGUESA
CONTRA O CANCRO

<https://cm-terrasdebouro.pt/index.php/2015-02-03-11-24-56/noticias/1373-dia-mundial-do-cancro-4-fevereiro>

Apêndice 15: Poster VEPO

A Visita de Enfermagem Pré-operatória (VEPO) oferece uma dimensão humanista do enfermeiro perioperatório, e assume-se como atividade de excelência na qualidade dos cuidados de enfermagem.¹ Visa tranquilizar o utente na procura de uma melhoria do seu bem-estar, num ambiente desconhecido e hostil.²

Qualquer cirurgia se associa a um processo de transição, requerendo adaptação por parte do utente e família / pessoa significativa. O enfermeiro assume-se como o elemento facilitador dessa transição, de forma a proporcionar uma experiência cirúrgica o menos traumatizante possível.³



CARACTERIZAÇÃO

- ◆ Intervenção autónoma de enfermagem integrada numa atuação multidisciplinar;
- ◆ 1º elo do período perioperatório;
- ◆ Relação de confiança: enfermeiro - utente;
- ◆ Planeamento de cuidados individualizado;
- ◆ Envolvimento do utente nos seus cuidados de saúde.



**QUALIDADE DOS CUIDADOS
TRANSIÇÃO CIRÚRGICA SAUDÁVEL**

ESTRUTURAÇÃO DA VEPO : NORMA REGULAMENTAR

- ◆ VEPO na véspera da cirurgia;
- ◆ Meios Audiovisuais: 2 Guias informativos (utente proposto para cirurgia e acolhimento no Bloco Operatório) e Filme de Socialização (salas de espera);
- ◆ Divulgação dos meios audiovisuais no website;
- ◆ Inquérito de Satisfação da VEPO.

Horário: 10 h às 16 h

(ou até às 21h em caso pontuais);

Recursos: 1 enfermeiro distribuído diariamente no plano de trabalho.



PLANEAMENTO

- ◆ Filosofia de Cuidados: Teoria das Transições (Meleis);
- ◆ Registo de enfermagem em suporte papel, e futuramente em programa informático *Sclinico*;
- ◆ Parametrização das intervenções de enfermagem: Linguagem CIPE;
- ◆ Indicadores de Avaliação: Taxa de Efetividade e Satisfação do utente (questionário).



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM 4,5

- ◆ Minimização da ansiedade;
- ◆ Suporte emocional e gestão de coping;
- ◆ Promoção de conhecimento pré e pós-operatório;
- ◆ Gestão de riscos / prevenção de complicações;
- ◆ Validação do consentimento informado;
- ◆ Promoção do acolhimento no-bloco operatório.



“Aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo”

(Benner, 2001, p.17).⁶

Critérios de Inclusão:

- ◆ Utente adulto proposto para cirurgia programada decorrente de doença oncológica;
- ◆ Todas as especialidades cirúrgicas.

Critérios de Exclusão:

- ◆ Utente em isolamento ou internado em unidade de cuidados intensivos

- ◆ A complexidade da trajetória da doença oncológica justifica por si mesmo os critérios de inclusão da população abrangida pela VEPO da ULS realizada pelos enfermeiros do BO no período pré-operatório.
- ◆ O reconhecimento da importância da VEPO por parte da equipa de enfermagem do bloco operatório é essencial para o seu cumprimento, reduzindo o risco de insucesso e/ou abandono da mesma.
- ◆ A taxa de efetividade da VEPO representa um indicador de qualidade de cuidados de enfermagem, devendo por isso ser monitorizada (registo informático em ficheiro *Microsoft Office Excel*).
- ◆ A análise de resultados dos inquéritos de satisfação da VEPO permite analisar a estratégia implementada, redefinir novas metodologias e/ou corrigir eventuais falhas.
- ◆ A importância da VEPO justifica a inclusão da atividade a toda a população proposta para cirurgia, o que poderá acontecer num futuro próximo, prevendo-se a necessidade de mais um enfermeiro destacado para o turno da manhã.

Referências bibliográficas: 1 - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2006). Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados. Loures: Lusodidacta. ISBN 972- 8930-16-X; 2 - Lourenço, M. (2004). Cuidar no bloco operatório. Lisboa: Nursing. 187. p. 25-28; 3—Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle-Range Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.; 4 – Jesus, J.; Abreu, V. (2014). Humanização em Bloco Operatório. In A., Duarte, O., Martins (Eds.), Enfermagem em Bloco Operatório (pp. 39-44.). Lisboa: Edição Lidel.; 5 - Souza, L.; Souza, M.; Pinto, A.; Cortez, E.; Carros, T.; Nascimento; R. (2010). The benefits of preoperative nursing visits for surgical patients: a systematic review of literature. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. 2 (2). p. 797-806.; 6 - Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito - A excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.

Realizado por: Vanessa Silva
Sob orientação: X
Docente: Eunice de Sá

Apêndice 16: Norma Regulamentar da VEPO

Norma Regulamentar
Visita Pré-Operatória de Enfermagem em
Cirurgia Oncológica

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

SIGLAS E ABREVIATURAS

BO – Bloco Operatório

NR – Norma Regulamentar

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

ULGA – Unidade Local de Gestão do Acesso

ULS – Unidade Local de Saúde

VEPO – Visita Pré-Operatória de Enfermagem

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	CONCEITOS/DEFINIÇÕES	1
3.	OBJETIVOS	2
4.	ÂMBITO	2
5.	RESPONSABILIDADES	2
5.1.	CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	2
5.2.	DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	3
5.3.	ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DO BO	3
5.4.	GRUPO DE TRABALHO	3
5.5.	EQUIPA DE ENFERMAGEM	3
5.6.	EQUIPA DA UNIDADE LOCAL DE GESTÃO DE ACESSO (ULGA)	3
5.7.	COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA	3
5.8.	COMISSÃO DE ÉTICA	3
6.	REGULAMENTO	3
6.1.	ESTRUTURAÇÃO	4
6.2.	HORÁRIO	6
6.		
6.4.	RECURSOS MATERIAIS	6
6.5.	PROCEDIMENTO	7
6.6.	REGISTOS	14
7.	AVALIAÇÃO	15
8.	FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA	16
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
10.	ANEXOS	

ANEXO I – GUIA INFORMATIVO PARA O UTENTE PROPOSTO A CIRURGIA

ANEXO II – GUIA DE ACOLHIMENTO AO UTENTE NO BLOCO OPERATÓRIO

ANEXO III – *FILME: SOCIALIZAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO*

ANEXO IV – *INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DA VEPO*

ANEXO V – *FOLHA DE REGISTOS DE ENFERMAGEM DA VEPO*

ANEXO VI – *MOVIMENTO ESTATÍSTICO DA VEPO: FICHEIRO*

ANEXO VII – *FOLHA DE AUDITORIA DA NORMA REGULAMENTAR DA VEPO*

1. INTRODUÇÃO

Em 2018, o cancro foi responsável por 9,6 milhões de mortes em todo o mundo (WHO, 2018). A complexidade da doença oncológica, aliada à proposta de uma intervenção cirúrgica potenciam fragilidades e implicam modificações com impacto negativo na qualidade de vida da pessoa com doença oncológica e família /pessoa significativa (Albuquerque e Cabral, 2015).

A cirurgia oncológica assume-se como um processo de transição acarretando mudanças no estado de saúde e conseqüentemente processos psicológicos adaptativos, demandando a adoção de estratégias de *coping*. O enfermeiro assume um papel crucial enquanto elemento facilitador dessa transição cirúrgica (Meleis, 2010).

Segundo as recomendações da AORN (2007) o enfermeiro perioperatório deve efetuar uma identificação das necessidades dos utentes/familiares no pré-operatório, e traçar um plano de cuidados individualizado e sistematizado, envolvendo o utente no processo cirúrgico, promovendo a segurança e a excelência dos cuidados.

A Visita Pré-operatória de Enfermagem (VEPO) atende a essa demanda, assumindo-se como uma intervenção autónoma de enfermagem que prepara física e emocionalmente o doente e família/pessoa para uma cirurgia. Permite a individualização e humanização dos cuidados prestados no período perioperatório, minimização da ansiedade e promove ainda uma aproximação entre o enfermeiro do bloco operatório e o utente (AESOP, 2006).

A presente Norma Regulamentar (NR) define as regras sobre o circuito da realização da VEPO a implementar na Unidade Local de Saúde , tendo por base uma filosofia de cuidados baseada na Teoria das Transições de Abaf Meleis, na qual a doença oncológica e a cirurgia impõem um processo de transição.

2. CONCEITOS/DEFINIÇÕES

Ansiedade – “emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (ICN, 2016, p.40).

Cirurgia – intervenção cirúrgica realizada por cirurgiões no bloco operatório numa mesma sessão (DR, 2008); acontecimento stressante, ao qual é atribuído uma conotação negativa, assustadora e ameaçadora da integridade física e mental (Ribeiro, 2010 citado por Santos, Martins e Oliveira, 2014);

Cirurgia oncológica – cirurgia que traduz o acesso ao diagnóstico de doença oncológica ou ao início do processo terapêutico da mesma, representando o tratamento primário da maioria das neoplasias (DGS, 2017).

Cirurgia convencional – cirurgia efetuada no bloco operatório (BO) com data de realização previamente marcada, em regime de admissão e alta superior a vinte e quatro horas (DR, 2008).

Período perioperatório – período caracterizado por 3 fases distintas: pré, intra e pós-operatório (AESOP, 2006).

Período pré-operatório – período que decorre desde a proposta cirúrgica à entrada do doente no BO (AESOP, 2006).

Transição – processo caracterizado por mudanças, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos (Meleis, 2010).

3. OBJETIVOS

- Implementar a VEPO na ULS;
- Definir os cuidados de enfermagem implícitos na realização da VEPO, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

4. ÂMBITO

Esta norma aplica-se na ULS a todos os utentes propostos para cirurgia eletiva decorrente de diagnóstico oncológico.

5. RESPONSABILIDADES

5.1. Conselho de Administração

- Homologar e divulgar a NR;
- Garantir os recursos necessários, a sua monitorização, bem como as condições para a implementação das medidas de melhoria.

5.2. Direção de Enfermagem

- Propor alterações à presente NR.

5.3. Enfermeiro Responsável do BO

- Garantir o cumprimento da NR no âmbito das suas atividades;
- Providenciar os recursos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem.
- Propor alterações à NR, sempre que o considere necessário.

5.4. Grupo de trabalho

- Elaborar a NR e rever a mesma sempre que se justifique;
- Auditar mensalmente o cumprimento da NR e analisar os resultados.

5.5. Equipa de Enfermagem

- Cumprir a NR e propor ações de melhoria.

5.6. Equipa da Unidade Local de Gestão de Acesso (ULGA)

- Facultar o *Guia Informativo para o Utente Proposto a Cirurgia*, no momento de inscrição para procedimento cirúrgico (anexo I).

5.7. Comissão de Qualidade e Segurança

- Validar e divulgar a NR;
- Monitorizar o cumprimento da NR;
- Propor alterações à NR, sempre que o considere necessário.

5.8. Comissão de Ética

- Validar a documentação anexa à NR.

6. REGULAMENTO

A VEPO é dirigida a todos os utentes da ULS, passíveis de serem submetidos a intervenção cirúrgica convencional, decorrente de diagnóstico de doença oncológica, com internamento administrativo efetuado e admissão ao serviço, até às 12 horas da véspera da cirurgia.

Considera-se o processo de admissão ao serviço realizado, quando o utente se encontra presente no serviço de internamento (independentemente de estar acomodado junto da sua unidade), e apresenta processo clínico organizado, disponível para consulta e número de cama atribuído.

Estabelecem-se os seguintes critérios de inclusão:

- Utentes com cirurgia oncológica convencional;
- Utentes com idade igual ou superior a 18 anos.
- Todos os serviços de internamento;
- Todas as especialidades cirúrgicas.

Consideram-se os seguintes critérios de exclusão:

- Utentes com idade inferior a 18 anos;
- Utentes em isolamento ou na unidade de cuidados intensivos (UCI).
- Cirurgias em regime de ambulatório;
- Cirurgias de urgência.

6.1. Estruturação

A VEPO é efetuada na véspera da cirurgia, através de um contacto presencial entre o enfermeiro do BO que se desloca ao serviço de internamento e o utente. Sempre que possível deverá ser promovido o envolvimento da família/pessoa significativa durante a sua realização.

O enfermeiro deve estar fardado com vestuário específico do BO (contrariando as regras habituais de fardamento definidas pelo hospital), objetivando a familiarização do utente com o vestuário dos profissionais desse serviço.

É essencial privilegiar um ambiente calmo, atender à privacidade do utente e garantir a confidencialidade do utente.

Enquanto estratégia complementar, contempla-se o recurso aos seguintes meios audiovisuais:

- *Guia Informativo para o Utente Proposto a Cirurgia* (anexo I) – a ser entregue na ULGA no momento de inscrição para a cirurgia;
- *Guia de Acolhimento ao Utente no Bloco Operatório* (anexo II) – a ser entregue na véspera da cirurgia aquando da realização da VEPO;
- *Filme: Socialização ao Bloco Operatório* (anexo III) – a ser transmitido repetidamente ao longo do dia nos painéis interativos dispostos nas salas de espera das consultas externas e de anestesiologia (junto ao serviço de imagiologia) da ULS.

Todos os meios audiovisuais descritos anteriormente serão ainda divulgados no Website da ULS.

Ambos os guias serão entregues a todos os utentes abrangidos pelos critérios de inclusão definidos, independentemente do seu grau de escolaridade. Visam a promoção do conhecimento do utente e o reforço das orientações verbais dos profissionais de saúde.

O filme intitulado: “*Socialização ao BO*” visa a familiarização visual do utente com o espaço ambiental do serviço, e subsequente minimização da ansiedade associada ao desconhecido/ cirurgia. Engloba as seguintes temáticas:

- Percurso Perioperatório: Enfermaria – BO;
- Vestuário dos profissionais;
- Ambiente térmico;
- Acolhimento no BO;
- Sala operatória e equipamentos;
- Recobro (UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos).

A Norma engloba ainda a entrega de um *Inquérito de Satisfação da VEPO* (anexo IV) que deverá ser:

- Entregue a todos os utentes abrangidos pela VEPO no momento de finalização da mesma, independentemente do seu grau de escolaridade;
- Preenchido pelo utente no período pós-operatório (após a cirurgia);
- Entregue pelo utente aos enfermeiros do serviço de internamento;

- Arquivado em pasta própria disposta no Serviço de Cirurgia;
- Recolhido mensalmente pelo enfermeiro responsável pela NR, na primeira segunda-feira de cada mês, e submetido a análise estatística.

6.2. Horário

A visita pré-operatória deverá ocorrer dentro do seguinte horário:

- De 2^a a 6^a feira das 10 horas às 15:30 horas.
- Aos Domingos e Feriados das 10 horas às 21 horas.

Nos dias úteis a VEPO poderá excepcionalmente ser alargada até às 21 horas, nos seguintes casos:

- Ausência do utente no serviço de internamento devido à necessidade de realização de exames de diagnóstico no exterior;
- Indisponibilidade da equipa de enfermagem (priorizando o cumprimento dos programas operatórios e /ou cirurgias de urgência).

6.3. Recursos Humanos

- Um enfermeiro do serviço do BO, previamente definido no plano de distribuição semanal de enfermagem:
 - ✓ Dias úteis / turno manhã: nomeação diária de um enfermeiro para assegurar a atividade;
 - ✓ Restantes períodos: gestão da equipa de enfermagem a cargo do enfermeiro responsável de turno.
- Duração estimada da atividade: 30 minutos/utente.

6.4. Recursos Materiais

- *Guia Informativo para o Utente Proposto a Cirurgia e de Acolhimento ao Utente no BO*: dois guias por cada utente, impressos em versão folheto a cores, a cargo do departamento de comunicação da ULS;
- *Filme: Socialização ao BO* – utilização dos painéis interativos já existentes nas salas de espera da ULS;

- *Folha de Registos de Enfermagem da VEPO (anexo V)* – uma por utente, com recurso à impressora do BO;
- Pasta de VEPO – pasta de transporte com caneta e respetivos anexos de apoio (folhas de registos de enfermagem, guia de acolhimento e questionário de satisfação);
- *Inquérito de Satisfação da VEPO* – um por utente, com recurso à impressora do BO;
- Dossier de apoio – dossier com documentação científica e de apoio à realização da VEPO;
- Impressora do serviço do BO.

6.5. Procedimento

A realização da VEPO é da responsabilidade da equipa de enfermagem do BO da ULS, devendo ser previamente programada. O enfermeiro deverá:

- Verificar o programa operatório para o dia seguinte e programar as visitas de acordo com os critérios de inclusão definidos na NR;
- Identificar o serviço de internamento onde o utente se encontra e deslocar-se até ao mesmo;
- Solicitar autorização ao enfermeiro do serviço de internamento para iniciar a atividade;
- Consultar, sempre que possível, o processo clínico do utente (informatizado ou em suporte de papel), tendo em conta a continuidade dos cuidados e otimização das intervenções de enfermagem.

O acesso ao *Sclínico* poderá ser obtido através de:

- ✓ consulta de anestesiologia (programa informático *Patient Care*);
- ✓ avaliação inicial de enfermagem do serviço de internamento;
- ✓ consultas e exames complementares de diagnóstico;
- ✓ internamentos anteriores;
- Validar o consentimento cirúrgico e anestésico e respetiva autorização formal escrita. Em caso de inconformidade, informar o cirurgião, anestesista ou enfermeiro responsável do serviço.

Salienta-se que nos casos de reagendamento cirúrgico ou re-intervenção é obrigatória a realização de nova VEPO.

Identificaram-se as seguintes atividades diagnósticas de enfermagem implícitas na VEPO, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE):

- Avaliar o potencial para aprendizagem sobre o pré-operatório;
- Avaliar o potencial para aprendizagem sobre o pós-operatório;
- Avaliar ansiedade;
- Avaliar atitude face à cirurgia;
- Avaliar adaptação no pré-operatório;
- Avaliar aceitação do estado de saúde;
- Avaliar processo corporal por cirurgia;
- Avaliar processo familiar;
- Avaliar bem-estar;
- Avaliar crença de saúde;
- Avaliar crença religiosa.

Atendendo às atividades diagnósticas anteriores, foram parametrizadas as respetivas intervenções de enfermagem associadas.

Status:

Potencialidade: Potencial para melhorar conhecimento sobre pré-operatório

- Conhecimento sobre pré-operatório
 - ✓ Avaliar conhecimento sobre pré-operatório
- Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre pré-operatório
 - ✓ Avaliar conhecimento sobre pré-operatório
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre pré-operatório
 - ✓ Instruir sobre:
 - Protocolo nutrição (dieta líquida / jejum);

- Preparação do campo operatório (tricotomia e banho com clorohexidina);
- Remoção de adornos, próteses e verniz nas unhas;
- Preparação intestinal (se aplicável);
- Vestuário (bata e meias elásticas);
- Percurso perioperatório;
- Acolhimento no BO;
- Caracterização do BO: ambiente térmico, vestuário, salas e equipamentos;
- Procedimentos anestésicos e/ou cirúrgicos;
- Vigilância contínua;
- ✓ Validar aprendizagem sobre pré-operatório

Potencialidade: Potencial para melhorar o conhecimento sobre pós-operatório

- Conhecimento sobre pós-operatório
 - ✓ Avaliar conhecimento sobre pós-operatório
- Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre pós-operatório
 - ✓ Avaliar conhecimento sobre pós-operatório
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre pós-operatório
 - ✓ Instruir sobre:
 - Recuperação pós cirurgia (UCPA / Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos ou Unidade de Cuidados Intensivos);
 - Presença de dispositivos / despiste de complicações;
 - Medidas de alívio da dor / escala de dor,
 - Promoção do conforto;
 - Benefícios da mobilização precoce;
 - Adequação do estilo de vida;
 - ✓ Validar aprendizagem sobre pós-operatório

Presença/ Ausência: Ansiedade

- Ansiedade
 - ✓ Avaliar presença de ansiedade
- Ausência de Ansiedade
 - ✓ Avaliar presença de ansiedade
- Presença de Ansiedade
 - ✓ Disponibilizar suporte emocional
 - ✓ Incentivar o envolvimento da família
 - ✓ Incentivar a comunicação de emoções
 - ✓ Escutar

Comprometido: Atitude face à cirurgia:

- Atitude face à cirurgia
 - ✓ Avaliar comprometimento face à cirurgia
- Atitude face à cirurgia não comprometida
 - ✓ Avaliar comprometimento face à cirurgia
- Atitude face à cirurgia comprometida
 - ✓ Avaliar expectativas
 - ✓ Avaliar atitude face à doença
 - ✓ Apoiar o processo de tomada de decisão

Comprometido: Adaptação no pré-operatório

- Adaptação no pré-operatório
 - ✓ Avaliar comprometimento face à cirurgia
- Adaptação no pré-operatório não comprometida
 - ✓ Avaliar comprometimento face à cirurgia
- Adaptação no pré-operatório comprometida
 - ✓ Avaliar o *coping*
 - ✓ Avaliar expectativas
 - ✓ Promover a esperança
 - ✓ Ensinar sobre técnicas de adaptação
 - ✓ Orientar para psiquiatria/psicologia

Comprometido: Aceitação do estado de saúde

- Aceitação do estado de saúde
 - ✓ Avaliar comprometimento do estado de saúde
- Aceitação do estado de saúde não comprometido
 - ✓ Avaliar comprometimento do estado de saúde
- Aceitação do estado de saúde comprometido
 - ✓ Incentivar aceitação do estado de saúde
 - ✓ Promover consciencialização

Comprometido: Processo corporal por cirurgia

- Processo corporal por cirurgia
 - ✓ Avaliar comprometimento do processo corporal por cirurgia
- Processo corporal por cirurgia não comprometido
 - ✓ Avaliar comprometimento do processo corporal por cirurgia
- Processo corporal por cirurgia comprometido
 - ✓ Gerir a segurança do ambiente
 - ✓ Providenciar dispositivos de segurança
 - ✓ Orientar para profissional de saúde (cirurgião/ anestesista/ enfermeiro de estomaterapia)

Comprometido: Processo familiar

- Processo familiar
 - ✓ Avaliar comprometimento do processo familiar
- Processo familiar não comprometido
 - ✓ Avaliar comprometimento do processo familiar
- Processo familiar comprometido
 - ✓ Apoiar a família a identificar estratégias de *coping* eficazes
 - ✓ Incentivar o apoio/ suporte da família
 - ✓ Orientar para assistente social

Comprometido: Bem-estar

- Bem-estar
 - ✓ Avaliar comprometimento do bem-estar
- Bem-estar não comprometido
 - ✓ Avaliar comprometimento do bem-estar
- Bem-estar comprometido
 - ✓ Disponibilizar suporte emocional
 - ✓ Orientar para psiquiatria/psicologia

Presença/ Ausência: Crença de saúde

- Crença de saúde
 - ✓ Avaliar presença de crença de saúde
- Ausência de crença de saúde
 - ✓ Avaliar presença de crença de saúde
- Presença de crença de saúde
 - ✓ Assegurar a continuidade de cuidados

Presença/ Ausência: Crença religiosa

- Crença religiosa
 - ✓ Avaliar presença de crença religiosa
- Ausência de crença religiosa
 - ✓ Avaliar presença de crença religiosa
- Presença de crença religiosa
 - ✓ Assegurar a continuidade de cuidados

Tendo em conta as intervenções de enfermagem inerentes, foi estabelecida uma *Checklist* disponível na *Folha de Registos de Enfermagem da VEPO*, servindo de guia orientador para a atividade, na qual consta:

- 1) Abordar o utente identificando-se;
- 2) Informar o utente dos objetivos deste procedimento;

- 3) Avaliar a disponibilidade do utente para a efetivação da visita;
- 4) Iniciar a avaliação inicial (folha de registos da VEPO);
- 5) Validar a entrega do guia informativo para o utente proposto para cirurgia e esclarecer dúvidas relativas ao mesmo;
- 6) Validar a visualização do filme: *Socialização ao BO* e esclarecer dúvidas relativas ao mesmo;
- 7) Efetuar os ensinamentos pré-operatórios:
 - Protocolo de nutrição (dieta líquida / jejum);
 - Preparação do campo operatório (tricotomia e banho com clorohexidina);
 - Remoção de adornos, próteses e verniz nas unhas;
 - Preparação intestinal (se aplicável);
 - Vestuário (bata e meias elásticas);
 - Percurso Perioperatório;
 - Acolhimento no BO;
 - Caracterização do BO: ambiente térmico, vestuário, salas e equipamentos;
 - Procedimentos anestésicos e/ou cirúrgicos;
 - Vigilância contínua;
 - Recuperação pós cirurgia (UCPA / Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos ou Unidade de Cuidados Intensivos);
 - Presença de dispositivos / despiste de complicações;
 - Medidas de alívio da dor / escala de dor,
 - Promoção do conforto;
 - Benefícios da mobilização precoce;
 - Adequação do estilo de vida – de salientar que a seleção e adequação dos ensinamentos deverá sempre atender às necessidades reais do utente e sua situação particular de doença;
- 8) Apresentar e entregar o *Guia de Acolhimento ao Utente no Bloco Operatório*;
- 9) Promover o esclarecimento de dúvidas;

- 10) Encaminhar / Reencaminhar o utente para outro profissional de saúde (enfermeiro, psicólogo, enfermeiro de estomaterapia, anestesista, cirurgião, assistente social, outros) – deverá ser assinalado o encaminhamento efetuado e o motivo do mesmo no campo das observações;
- 11) Informar o enfermeiro de turno responsável pelo utente, dos dados relevantes para a continuidade dos cuidados de enfermagem;
- 12) Entrega do *Inquérito de Satisfação da VEPO*.

6.6. Registos

A VEPO engloba dois tipos de registos de enfermagem:

- a) *Folha de Registos de Enfermagem da VEPO* (anexo V);

Movimento estatístico da VEPO: Ficheiro Microsoft Office Excel (anexo VI).

a) A folha de registos de enfermagem, em suporte de papel, foi definida enquanto estratégia inicial de implementação da NR. Deverá constar do processo clínico do utente, de forma a ser objeto de consulta para outros profissionais da equipa multidisciplinar de saúde, visando uma continuidade de cuidados.

Atendendo a que já foi estabelecida uma parametrização das intervenções de enfermagem, o registo informatizado em *Scĺnico* será brevemente contemplado substituindo o suporte de papel (a ser utilizado somente em caso de falência do sistema informático).

- b) O movimento estatístico da VEPO é realizado informaticamente em ficheiro excel disposto na pasta de rede comum do BO. Confirma a efetividade ou incumprimento da atividade, permitindo uma análise estatística. Foram pré-definidos os critérios de incumprimento:

A – Enfermeiros ocupados em cirurgia de urgência;

B – Utente ausente do serviço de internamento;

C – Utente sem condições para receber a visita pré-operatória (confuso, prostrado, desorientado, queixoso);

D – Utente em cuidados de enfermagem inadiáveis;

E – Recusa do utente à efetivação da VEPO;

F – Outros (especificar).

7. AVALIAÇÃO

Estabelecem-se os seguintes indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na VEPO:

a) Taxa de efetividade da VEPO, superior a 80%;

A taxa de efetividade é obtida através do seguinte cálculo, recorrendo aos dados estatísticos do ficheiro excel de movimento da VEPO:

$$\frac{\text{Nº de Visitas realizadas a utentes oncológicos}}{\text{Nº Total de utentes agendados para cirurgia oncológica}} \times 100$$

b) Satisfação global do utente relativa à VEPO, superior a 60%.

A satisfação global do utente é obtida através do cálculo da média aritmética referente apenas a uma questão concreta do *Inquérito de Satisfação da VEPO*.

As restantes questões que constam no inquérito de satisfação objetivam a análise da estratégia definida com vista à sua redefinição e/ou melhoria.

A monitorização de ambos os indicadores de avaliação será da responsabilidade do enfermeiro responsável pela elaboração da NR. Os dados serão analisados mensalmente e comunicados à enfermeira responsável do serviço por e-mail.

A NR poderá ser sujeita a processo de auditoria (interna ou externa), de acordo com o layout definido na instituição – *Folha de Auditoria da Norma Regulamentar da VEPO (Anexo VII)*. Estabelecem-se os seguintes indicadores:

- A conformidade no cumprimento desta norma > 50% no 1º mês após homologação da presente NR;

- A conformidade no cumprimento desta norma > 75% no 6º mês e seguintes, após homologação da presente NR.

8. FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

No que concerne às estratégias do utente oncológico para enfrentar a doença e a cirurgia, as intervenções de enfermagem deverão ajudá-lo a orientá-lo para as mudanças e conhecer expectativas, com vista à promoção de uma transição saudável (Costa e Leite, 2009).

Segundo Souza et al. (2010), os contributos da VPO são irrefutáveis e as intervenções de enfermagem associadas à prevenção de complicações durante a VEPO promovem rápida convalescença, evitam infeções hospitalares, poupam tempo, reduzem gastos, diminuem preocupações, amenizam a dor e aumentam a sobrevida do utente.

Na VEPO a "...transmissão de informação aos doentes origina um aumento da sua satisfação, diminuindo o nível de perturbação emocional – nomeadamente da ansiedade – e uma redução no número de dias de internamento e no número de medicamentos ingeridos..." (Melo, 2005, p.14).

A ansiedade no pré-operatório está igualmente associada a uma recuperação mais lenta, mais complicada e com mais dor (Kiecolt-Glaser et al., 1998).

A utilização de recursos audiovisuais (imagens e vídeos) complementam as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e demonstram melhorias na qualidade das informações fornecidas aos utentes no pré-operatório. A eficiência desta estratégia promove o conhecimento do utente cirúrgico e a diminuição da ansiedade, reduzindo incertezas e dúvidas, contudo sem excluir a orientação presencial do enfermeiro (Almeida et al., 2017).

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, E.; Cabral, A. (2015). *Psico-oncologia – Temas Fundamentais*. Lisboa: Edições Lidel. ISBN: 978-989-752-136-2.

- Almeida, P.; Pellanda, L.; Caregnato, R; Souza, E. (2017). Implementação de orientações de enfermagem aos pacientes pré-operatórios de cirurgia cardíaca em meio digital. Revista Sobecc. 22(2). p. 68-75.
- AORN. (2007). Recommended Practices for Managing the Patient Receiving Local Anesthesia. 85(5). P. 965-971.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2006). Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-16-X.
- Costa, P.; Leite, R. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. Revista Brasileira de Cancerologia. 55(49). p.355-364.
- Diário da República (DR) (2008). Portaria n.º 45/2008 – Regulamento n.º 10/2008 – Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). 1.ª série. N.º 10. Lisboa. p. 526 – 536. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/port/45/2008/01/15/p/dre/pt/html>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – 2017. Lisboa: DGS.
- International Council of Nurses (ICN). (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação internacional para a prática de enfermagem. Loures: Lusodidacta.
- Kiecolt-Glaser, Page, G.; Marucha, P.; MacCallum, R.; Glaser, R. (1998). Psychological influences on surgical recovery: Perspectives from psychoneuroimmunology. American Psychologist. 53 (11). p. 1209-1218.
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle-Range Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Melo, Maria L. (2005). Comunicação com o Doente – certezas e incógnitas. Loures: Lusociência.
- Santos, M.; Martins, J.; Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. Revista de Enfermagem Referência. 4(3). p.7-15.
- Souza, L.; Souza, M.; Pinto, A.; Cortez, E.; Carmos, T.; Nascimento, R. (2010). The benefits of preoperative nursing visits for surgical patients: a systematic

review of literature. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. 2(2). p. 797-806.

- World Health Organization. (WHO) (2018). *Cancer*. Acedido em 06/05/2019 às 19h. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Guia Informativo para o
utente proposto a cirurgia

**A cirurgia pode gerar
ANSIEDADE e MEDO.**

**Estamos aqui para o
AJUDAR e ORIENTAR.**

Dispõe de direitos e deveres durante a hospitalização, os quais deverá conhecer (consultar carta de direitos e deveres dos utentes).

Horário das Visitas:

14 – 16 h

18 h – 20h.

Acompanhante: poderá permanecer junto de si entre as 12h e as 20 h.

**A sua satisfação é essencial,
ajude-nos a tornar a sua
Experiência Cirúrgica
o mais agradável possível.**

Guia Informativo para o
utente proposto a cirurgia

INFORME O HOSPITAL COM ANTECEDÊNCIA SE:

- Não puder comparecer no dia marcado;
- Existir alguma alteração no seu estado de saúde.

**A EQUIPA DO BLOCO OPERATÓRIO
ESTÁ SEMPRE DISPONÍVEL PARA
ESCLARECER AS SUAS DÚVIDAS.**

Contactos

SERVIÇO DE
BLOCO OPERATÓRIO

GuIA INFORMATIVO pARA O uTeNte pROpOsTO A cIRuRGIa



**A nossa prioridade é a sua
SEGURANÇA e o seu BEM-ESTAR!**

Guia Informativo para o utente proposto a cirurgia

Vai ser submetido a uma CIRURGIA, pelo que é importante estar informado sobre o se vai passar consigo, e o que poderá fazer para que corra tudo da melhor maneira.

Os médicos devem esclarecê-lo sobre o tipo de cirurgia e de anestesia que lhe propõem.

Para a autorizar a realização da cirurgia e da anestesia é necessário que leia e assine dois documentos – **CONSENTIMENTO INFORMADO**



PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA

TRAZER para o hospital:

- Cartão de cidadão;
- Exames anteriores;
- Medicação do domicílio (que deverá ser entregue ao enfermeiro responsável do internamento);
- Pijama/camisa de dormir, roupa interior, chinelos e roupão;
- Artigos de higiene pessoal;
- Livros e revistas.

Informe os profissionais de saúde se for portador de pacemaker ou próteses.

Guia Informativo para o utente proposto a cirurgia

É PROIBIDO NO HOSPITAL:

- **Objetos pessoais de valor;**
- **Comida;**
- **Verniz nas unhas.**

RECOMENDAÇÕES:

Evite consumir tabaco e bebidas alcoólicas nas 24 horas antes da cirurgia;

Mantenha-se ativo até ao dia da cirurgia. Se possível procure fazer pequenas caminhadas

ROTINAS ANTES DA CIRURGIA

Na chegada ao internamento, vai ser questionado sobre o seu estado de saúde e hábitos de vida.

Poderá ser necessário:

- Efetuar outros exames e análises;
- Retirar pelos do local a operar (tricotomia);
- Assinalar o local a operar com uma caneta.

VÉSPERA DE CIRURGIA

- Tome banho com um gel apropriado que será fornecido pelo serviço onde está internado;
- Cumpra a preparação do intestino, se necessário;
- Procure dormir bem e manter a calma.

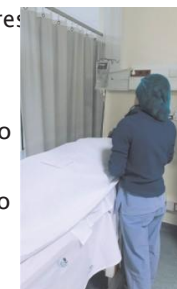
Guia Informativo para o utente proposto a cirurgia

DIA DA CIRURGIA

- Não pode comer qualquer alimento ou beber líquidos, nem água (JEJUM);
- Tome apenas a medicação que o enfermeiro responsável lhe autorizar;
- Retire próteses dentárias e/ou oculares, anéis, pulseiras, relógios, colares, brincos, maquilhagem e verniz das unhas;
- Tome banho com um gel apropriado e vista apenas a bata e meias elásticas (artigos fornecidos pelo serviço de internamento);
- Procure controlar a ansiedade.

Estará sempre vigiado por um enfermeiro e poderá ter algumas sondas e drenos (tubos).

- Alertar sempre que tiver dores ou qualquer desconforto;
- Evitar esforços físicos;
- Levantar da cama o quanto antes (sendo que na primeira vez após a cirurgia é obrigatório estar acompanhado pelo enfermeiro).



DEVERÁ CUMPRIR RIGOROSAMENTE AS INSTRUÇÕES DADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL.

**GUIA DE ACOLHIMENTO
AO UTENTE NO BLOCO OPERATÓRIO**

**No Bloco Operatório NUNCA
estará sozinho, estará sempre
VIGIADO e ACOMPANHADO!**



**A sua satisfação é essencial,
ajude-nos a tornar a sua
Experiência Cirúrgica
o mais agradável possível.**

**GUIA DE ACOLHIMENTO
AO UTENTE NO BLOCO OPERATÓRIO**

**A EQUIPA DO BLOCO OPERATÓRIO
ESTÁ SEMPRE DISPONÍVEL PARA
ESCLARECER AS SUAS DÚVIDAS.**



Contactos

**SERVIÇO DE
BLOCO OPERATÓRIO**

**GUIA DE ACOLHIMENTO
AO UTENTE
NO BLOCO OPERATÓRIO**



**A nossa prioridade é a sua
SEGURANÇA e o seu BEM-ESTAR!**

DIA DA CIRURGIA

Não comer ou beber qualquer alimento ou líquido, nem água. Deve estar em JEJUM;

Retire próteses dentárias e/ou oculares, anéis, pulseiras, relógios, colares, brincos, maquiagem e verniz nas unhas.

ENTRADA NO BLOCO OPERATÓRIO

Todos os profissionais têm fardamento igual, máscara e touca.



Será acolhido por um enfermeiro e assistente operacional que o ajudarão a passar da sua cama para uma maca mais estreita, através de um tapete rolante.

Passará seguidamente para uma sala de pré-anestesia onde se inicia a vigilância do funcionamento do seu coração e da sua respiração através de um monitor.

Por motivos de segurança será questionado repetidamente por diferentes profissionais de saúde, relativamente a:

- Nome
- Tipo de cirurgia
- Jejum
- Alergias



SALA DE OPERAÇÕES

Esta sala dispõe de vários aparelhos necessários para a realização da sua cirurgia.

A temperatura ambiente é fria, mas procuramos sempre mantê-lo aquecido.

**ZELAMOS
PELA SUA
PRIVACIDADE,
SEGURANÇA
E CONFORTO!**



Se a anestesia for geral serão administrados através do soro os medicamentos que vão colocá-lo a dormir. Pode ser colocada uma máscara sobre a face apenas para a administração de oxigénio.

Se for outro tipo de anestesia ficará acordado ou sonolento, mas não sentirá dor nem ansiedade

**ESTARÁ SEMPRE ACOMPANHADO,
MESMO SE ESTIVER A DORMIR.**

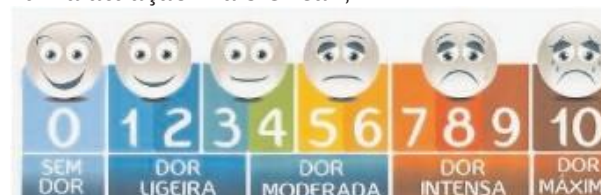
APÓS A CIRURGIA



Quando a cirurgia terminar será transferido para o recobro do Bloco Operatório - UCPA (unidade de cuidados pós anestésicos). Neste espaço não são permitidas visitas, exceto se menor de 18 anos.

VIGIAMOS PERMANENTEMENTE os seguintes sinais e sintomas:

Dor - verbalize a sua dor através da escala de faces de 0 a 10 (conforme a imagem) para uma atuação mais eficaz;



Respiração, pulsação e tensão arterial;
Força e Sensibilidade; Temperatura (frio);
Náuseas e Vômitos; Pensos, Sondas e Drenos.

Permanecerá neste local até apresentar condições para ser transferido com segurança ao serviço de internamento ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

LINK DE ACESSO: Filme: SOCIALIZAÇÃO AO BLOCO PERATÓRIO

<https://youtu.be/Lz5vpcKtioE>

Inquérito de Satisfação da visita de enfermagem pré-operatória

Este questionário tem por objetivo avaliar a satisfação dos utentes perante os serviços prestados pela equipa de enfermagem do bloco operatória da ULS durante a visita de enfermagem pré-operatória realizada na véspera da sua cirurgia.

O preenchimento do inquérito é opcional e salvaguarda-se o direito à desistência de participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Contudo, a sua opinião é essencial para podermos melhorar o nosso atendimento e corrigir eventuais falhas da organização hospitalar.

Solicitamos que depois de ser operado, nos deixe a sua opinião sobre como decorreu a sua experiência durante a visita dos enfermeiros do bloco operatório realizada na véspera da cirurgia. Responda às seguintes questões, assinalando com X a resposta que lhe parece mais adequada consoante a sua opinião.

Asseguramos o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

A equipa de enfermagem do bloco operatório da ULS agradece a sua colaboração pelo tempo dispensado.

Idade: 18-44 anos 45-64 anos 65-80 anos Igual ou superior a 81 anos

Género: Masculino Feminino

Habilitações literárias: Sem escolaridade (não sabe ler e/ou escrever) Ensino básico
Ensino secundário Ensino médio ou superior

Tipo de Cirurgia: Mama Intestino Estômago Tiróide Próstata Bexiga
Rim Útero/ovários Outra (especificar): _____

Avalie o seu grau de satisfação da visita pré-operatória relativamente a:

	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Indiferente 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
Preocupação do enfermeiro em preservar a sua privacidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de perguntas realizadas pelos enfermeiros na visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linguagem utilizada pelos enfermeiros na transmissão de informação (linguagem clara e esclarecedora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidade do enfermeiro para ouvir e/ou manifestar as suas preocupações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempo disponibilizado pelo enfermeiro para esclarecer as suas dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informações disponíveis no folheto informativo no dia em que marcou a cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avalie o seu grau de satisfação da visita pré-operatória relativamente a:

	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Indiferente 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
Informações disponíveis no folheto informativo que lhe foi entregue pelo enfermeiro na véspera da cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informações disponíveis no filme do bloco operatório (nas salas de espera das consultas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfação global da visita realizada pelos enfermeiros do bloco operatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Considera que a visita pré-operatória de enfermagem contribuiu para:

	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Indiferente 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
Diminuir a ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminuir os seus medos e receios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminuir as suas preocupações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclarecer dúvidas em relação à preparação para a cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumentar a sua confiança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajudar na sua recuperação depois da cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Após a cirurgia, considera que:

	SIM	NÃO
A informação que lhe foi fornecida coincidiu com o que se passou na realidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estabeleceu uma relação de confiança com o enfermeiro do bloco operatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se for operado noutra situação de doença, gostaria de receber novamente a visita dos enfermeiros do bloco operatório?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gostaria de dar alguma sugestão?

Obrigado pela sua colaboração!

**VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM
BLOCO OPERATÓRIO**

Identificação do utente

Serviço: _____ Cama: _____

Data da cirurgia: ____/____/____

Cirurgião: _____

Diagnóstico: _____

Cirurgia programada: _____

Direita Laparotomia
 Esquerda Laparoscopia
 Bilateral Recidiva
 Não Aplicável

DADOS PESSOAIS

Profissão: _____		Coabitação: _____			
Consumos (especificar quantidade)	Tabaco <input type="checkbox"/>	Álcool <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>	Café <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>

Próteses	Dentária Superior <input type="checkbox"/>	Ocular <input type="checkbox"/>	Auditiva <input type="checkbox"/>	Outros: _____	
	Dentária Inferior <input type="checkbox"/>	_____			
Dispositivos	Pacemaker <input type="checkbox"/>	Implantofix <input type="checkbox"/>			
Implantes:	Joelho <input type="checkbox"/>	Anca <input type="checkbox"/>	Ombro <input type="checkbox"/>	_____	

AVALIAÇÃO FÍSICA

Peso: _____ Kgs		Altura: _____ cm		
Integridade Cutânea	Sem alterações <input type="checkbox"/>	Com alterações <input type="checkbox"/>	Obs: _____	
Nutrição	Sem alterações <input type="checkbox"/>	Com alterações <input type="checkbox"/>	Obs: _____	
Eliminação Intestinal	Sem alterações <input type="checkbox"/>	Com alterações <input type="checkbox"/>	Obs: _____	
Eliminação Vesical	Sem alterações <input type="checkbox"/>	Com alterações <input type="checkbox"/>	Obs: _____	
Sono/Repouso	Sem alterações <input type="checkbox"/>	Com alterações <input type="checkbox"/>	Obs: _____	
Atividade Motora	Sem alterações <input type="checkbox"/>	Com alterações <input type="checkbox"/>	Obs: _____	

ANTECEDENTES SAUDE

ANTECEDENTES PESSOAIS:

ANTECEDENTES CIRÚRGICOS:

MEDICAÇÃO HABITUAL	Medicamento	Dose	Posologia	Medicamento	Dose	Posologia

AVALIAÇÃO DE RISCOS

Suspendeu Anticoagulantes/ N.º dias: _____ ENOXAPARINA: NÃO SIM Última toma: _____

ALERGIAS (medicamentosas/alimentares): NÃO SIM Especificar: _____

Tratamento Oncológico: Quimioterapia Radioterapia Outros: _____

Anestesia Programada _____ ASA _____

Entubação Difícil NÃO SIM Obs: _____

Necessidade de UCI NÃO SIM Obs: _____

Reserva de Hemoderivados UCE: ____u. Plasma: ____u. Plaquetas: ____u. Outros: _____

AVALIAÇÃO EMOCIONAL																													
Orientação/ Estado																													
AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO																													
Relativo à doença																													
Relativo à cirurgia																													
Relativo à Anestesia																													
Consentimento Informado:																													
	Cirúrgico <input type="checkbox"/> Anestésico <input type="checkbox"/>																												
	Obs: _____																												
EXPECTATIVAS																													
Crenças																													
Cirurgia																													
Perspetivas futuras																													
Apoio Familiar/Social																													
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM																													
<input type="checkbox"/>	Abordar o utente identificando-se																												
<input type="checkbox"/>	Informar o utente dos objetivos deste procedimento																												
<input type="checkbox"/>	Avaliar a disponibilidade do utente para a efetivação da visita																												
<input type="checkbox"/>	Iniciar a avaliação inicial																												
<input type="checkbox"/>	Validar a entrega do guia informativo para o utente proposto para cirurgia e esclarecer dúvidas relativas ao mesmo																												
<input type="checkbox"/>	Validar a visualização do filme sobre o ambiente no BO e esclarecer dúvidas relativas ao mesmo:																												
	<table style="width: 45%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Trajeto enfermaria-bloco operatório</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> <tr><td>Vestuário dos profissionais do bloco operatório</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Ambiente térmico</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Transferência para o bloco operatório</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> </table> <table style="width: 45%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sala de acolhimento</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> <tr><td>Primeiros cuidados de enfermagem</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Sala operatória e equipamentos</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Recobro (UCPA)</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> </table>	Trajeto enfermaria-bloco operatório		Vestuário dos profissionais do bloco operatório		Ambiente térmico		Transferência para o bloco operatório		Sala de acolhimento		Primeiros cuidados de enfermagem		Sala operatória e equipamentos		Recobro (UCPA)													
Trajeto enfermaria-bloco operatório																													
Vestuário dos profissionais do bloco operatório																													
Ambiente térmico																													
Transferência para o bloco operatório																													
Sala de acolhimento																													
Primeiros cuidados de enfermagem																													
Sala operatória e equipamentos																													
Recobro (UCPA)																													
<input type="checkbox"/>	Efetivar os ensinamentos pré-operatórios:																												
	<table style="width: 45%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Dieta líquida na véspera da cirurgia</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> <tr><td>Preparação intestinal</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Cuidados de higiene</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Rotinas pré-operatórias</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Cumprimento do jejum</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Remoção de próteses e adornos</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Vestuário do utente</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> </table> <table style="width: 45%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Conforto do utente</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> <tr><td>Vigilância rigorosa e permanente</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Dor (controlo e escala de avaliação)</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Permanência na UCPA / UCI</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Cuidados pós-operatórios</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Mobilização precoce</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>Recuperação pós-cirúrgica</td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> </table>	Dieta líquida na véspera da cirurgia		Preparação intestinal		Cuidados de higiene		Rotinas pré-operatórias		Cumprimento do jejum		Remoção de próteses e adornos		Vestuário do utente		Conforto do utente		Vigilância rigorosa e permanente		Dor (controlo e escala de avaliação)		Permanência na UCPA / UCI		Cuidados pós-operatórios		Mobilização precoce		Recuperação pós-cirúrgica	
Dieta líquida na véspera da cirurgia																													
Preparação intestinal																													
Cuidados de higiene																													
Rotinas pré-operatórias																													
Cumprimento do jejum																													
Remoção de próteses e adornos																													
Vestuário do utente																													
Conforto do utente																													
Vigilância rigorosa e permanente																													
Dor (controlo e escala de avaliação)																													
Permanência na UCPA / UCI																													
Cuidados pós-operatórios																													
Mobilização precoce																													
Recuperação pós-cirúrgica																													
<input type="checkbox"/>	Apresentar e fornecer o Guia de Acolhimento do BO																												
<input type="checkbox"/>	Promover o esclarecimento de dúvidas																												
<input type="checkbox"/>	Encaminhar / Reencaminhar o utente para outro profissional de saúde. Especificar: Psicólogo <input type="checkbox"/> Estomaterapeuta <input type="checkbox"/> Anestésista <input type="checkbox"/> Cirurgião <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Outros/ Obs: _____																												
<input type="checkbox"/>	Informar o enfermeiro de turno responsável pelo utente, dos dados relevantes para a continuidade dos cuidados de enfermagem																												
<input type="checkbox"/>	Entrega do questionário de satisfação da VPO																												
OBSERVAÇÕES: _____ _____ _____																													
INCUMPRIMENTO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM (assinalar o motivo): 1 – Enfermeiros ocupados na urgência 2 – Doente ausente do serviço de internamento 3 – Utente sem condições para receber a visita pré-operatória (confuso, prostrado, desorientado, queixoso, em isolamento ou internado em uci) 4 – Utente em cuidados de enfermagem inadiáveis 5 – Outros. Especificar: _____																													
Enfermeiro(a): _____ Data: ___ / ___ / ____																													

Resgisto Estatístico VEPO Excel Iniciar sessão

Ficheiro Base Inserir Esquema da Página Fórmulas Dados Rever Ver Ajuda Diga-me o que pretende fazer Partilhar

Colar Área de Transferência Tipo de Letra Alinhamento Número Estilos Células Edição

Comentár... x ✓ f

DEZEMBRO 2019						
Visita Pré-Operatória de Enfermagem						
Data visita:	Data cirurgia:	Processo:	Nome do doente:	Especialidade	Não efetuada:	Enfermeiro:

Dez 2019 Jan 2020 Fev 2020

Célula F3 comentada por Autor

100%

Critérios:

- 1 – Enfermeiros ocupados na urgência
- 2 – Doente ausente do serviço de internamento
- 3 – Utente sem condições para receber a visita pré-operatória (confuso, prostrado, desorientado, queixoso, em isolamento ou internado em uci)
- 4 – Utente em cuidados de enfermagem inadiáveis
- 5 – Recusa do utente à realização da VEPO
- 6 – Outros (especificar)

Unidade Local de Saúde		Data: ____/____/____
AUDITORIA À NORMA REGULAMENTAR DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM (CIRURGIA ONCOLÓGICA)		
Auditor Coordenador: Vanessa Silva		Serviço: Bloco Operatório
Equipa de auditoria: Vanessa Silva e		

Lista de Verificação da Norma	C	NC	NA	Observações/Evidências
1. Existe evidência de efetivação da VEPO				
2. Existe evidência do cumprimento dos critérios de inclusão da população definida na norma				
3. Existe evidência do preenchimento da folha de registos de enfermagem da VEPO				
5. Existe evidência da distribuição do folheto: Acolhimento do utente no BO				
6. Existe evidência da divulgação do filme na instituição: Socialização no BO (salas de esperas das consultas)				
7. Existe evidência da realização do registo informático de movimento da VEPO no ficheiro <i>Excel</i>				
8. Existe evidência da entrega dos inquéritos de satisfação dos utentes				

CONCLUSÃO DA AUDITORIA:

--

RECOMENDAÇÃO DA EQUIPA DE AUDITORIA

--

Conselho de Administração da ULS

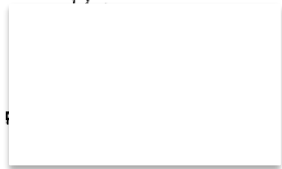
--

Legenda: C-Conforme; NC-Não Conforme; NA-Não aplicável

Grau de Aplicabilidade: Atribuído 1 ponto por resposta S/NA

0-7 Pontos-Baixo; 8-12 pontos-Médio; 13-16 pontos-Elevado

Apêndice 17: Autorização de implementação do projeto



Doc. 9-2
07/01/2020

Elaboração
b

Exmo. Sr. Presidente d
Administração da ULS

Santiago do Cacém, 30 de Dezembro de 2019

Vanessa Sofia Miguéis Gomes Seromenho da Silva, enfermeira a exercer funções no Bloco Operatório (BO), com o número mecanográfico 60464, encontra-se a frequentar um estágio no Bloco Operatório (BO) desta instituição (com autorização formal da administração), integrado no Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sob orientação da professora Eunice Sá, previamente autorizado pela instituição da ULS

Neste âmbito propôs-se a desenvolver um projeto de intervenção com o tema: IMPLEMENTAÇÃO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA PROPOSTA PARA CIRURGIA PROGRAMADA, a desenvolver no serviço do BO desta instituição, com término a 7 de Fevereiro de 2020, mas que se pretende ter continuidade enquanto projeto de melhoria de qualidade de cuidados do serviço do BO da ULS

A visita pré-operatória é uma intervenção de enfermagem, integrada nos cuidados perioperatórios, que visa promover a qualidade dos cuidados de enfermagem. Decorre no pré-operatório, mais especificamente na véspera da cirurgia. Proporciona o estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro do BO e o utente, de forma a promover um relacionamento de confiança com o mesmo e planear cuidados de enfermagem individualizados quer para a preparação da cirurgia, quer para a continuidade de cuidados no pós-operatório. Esta visita será posteriormente definida em Norma Regulamentar (em elaboração), e sujeita a autorização.

O projeto de cariz académico iniciou-se em Dezembro do corrente ano e terá término a 7 de Fevereiro de 2020. No cronograma do projeto foi contemplado o recurso a um questionário de satisfação dos utentes, o qual se anexa. Tem como objetivo a avaliação da satisfação dos utentes relativamente à visita pré-operatória de enfermagem efetuada durante esse período de estágio.

A análise dos dados do inquérito será meramente estatística, com recurso à média aritmética das respostas obtidas em cada uma das questões. Visa a melhoria dos cuidados de enfermagem, permitindo de forma abrangente corrigir eventuais falhas na realização da visita pré-operatória de enfermagem realizada pelos enfermeiros do bloco operatório.

Enquanto promotora do projeto, asseguro que serão cumpridos todos os procedimentos éticos inerentes, nomeadamente no respeito pelo sigilo e anonimato dos utentes, assim como o consentimento de participação no estudo. Compromete-se a não utilizar os dados para outros fins que não os constantes nos objetivos do projeto, limitando a sua divulgação no âmbito académico, na elaboração do relatório de estágio.

O questionário será entregue pelo enfermeiro do bloco operatório no momento da realização da visita pré-operatória (na véspera da cirurgia), preenchido pelo utente após a efetivação da cirurgia e entregue aos enfermeiros do serviço de internamento. Ressalva-se ainda que se considera como critérios de inclusão da população abrangida pelo projeto, todos os utentes adultos (com idade superior a 18 anos), com cirurgia oncológica programada, independentemente da especialidade cirúrgica.

De forma a não prejudicar o seu processo formativo, e tendo em conta a data de término do estágio, solicita autorização urgente para aplicação do referido questionário.

Atenciosamente, subscreve:

Vanessa S. Miguel G. S. Silva
(Vanessa S. Miguel G. Seromenho da Silva - OE N.º 42603)

autorizado

01.01.2023

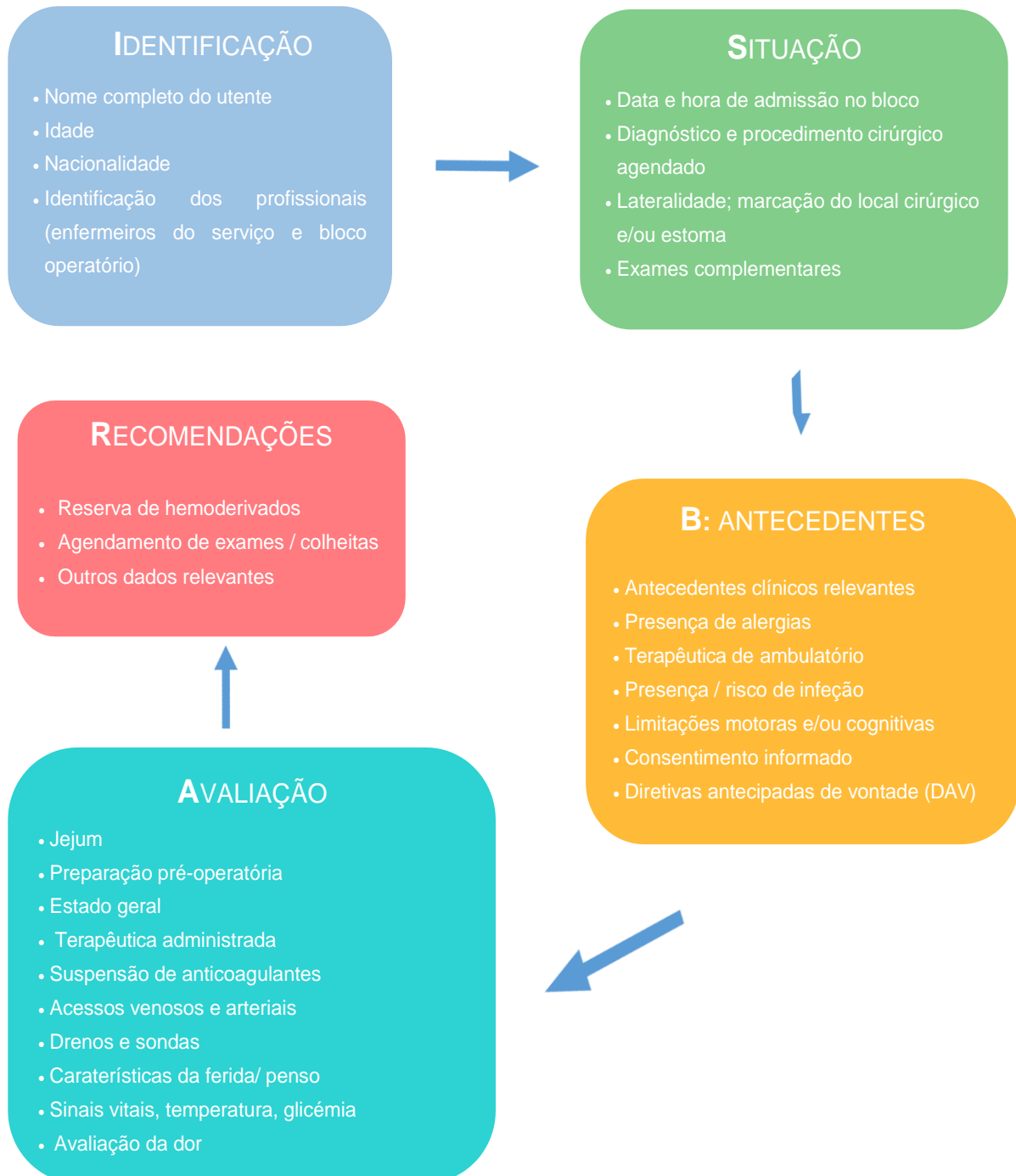
Curso de Mestrado em Enfermagem de Urgência e Emergência

Apêndice 18: Poster ISBAR

COMUNICAÇÃO NO ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM AO BLOCO OPERATÓRIO: ISBAR

O momento de acolhimento do doente no bloco operatório requer uma transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre os enfermeiros do serviço de internamento ou serviço de urgência e os enfermeiros do bloco operatório. Assume-se então como um momento vulnerável / crítico da transição de cuidados.¹

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz padronizada utilizando a ferramenta ISBAR, visando a continuidade e segurança dos cuidados.¹



Referências bibliográficas:

¹ DGS (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

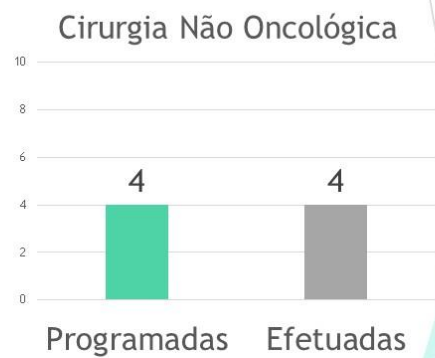
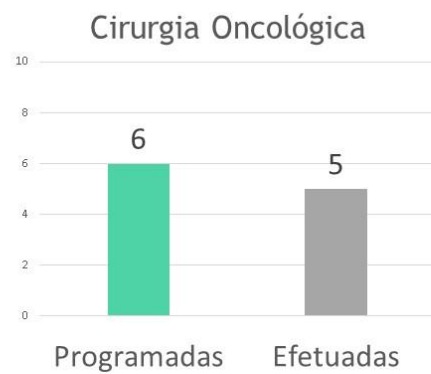
Realizado por: Vanessa Silva
Sob orientação: X
Docente: Eunice de Sá

Apêndice 19: Balanço da implementação do projeto

Visita de Enfermagem Pré-Operatória (VEPO)

BLOCO OPERATÓRIO: Balanço de Dezembro 2019

VEPO - Dez. 2019



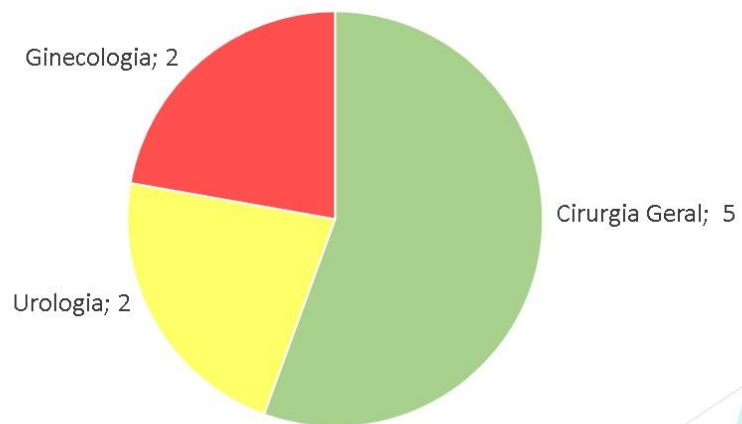
Taxa de Efetividade VEPO Dez. 2019 =

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ VPO Efetuadas}}{\text{N}^\circ \text{ VPO Programadas}} \times 100$$



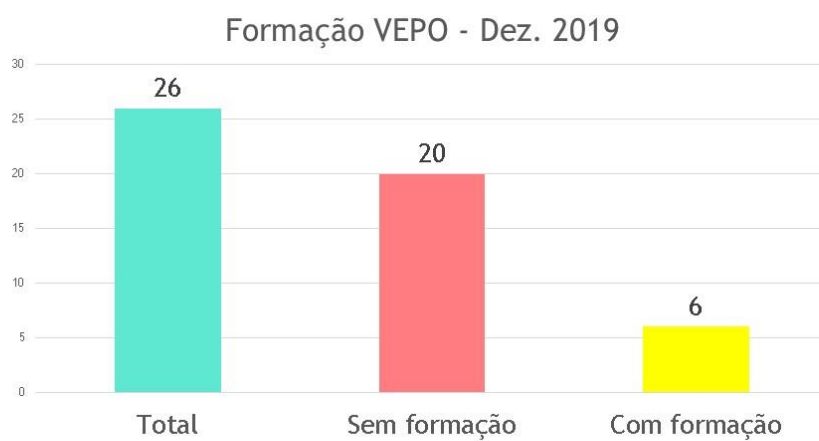
90%

VEPO / Especialidade - Dez. 2019



DURAÇÃO MÉDIA DAS CONSULTAS:

29- 44 minutos



Inquérito de Satisfação

- Entregues 9
- Recebidos 9
- Resultados (escala Likert):

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

- Grau de Satisfação Global - 4,77
- Contribuição da VEPO no Pré-operatório - 4,69
- Contribuição da VEPO no Pós-operatório - 4,72

Feedback Verbal dos Enfermeiros do BO face à VEPO:

- “É mesmo importante”
- “O doente ficou mais tranquilo”
- “O doente queria falar com alguém”
- “A senhora conheceu-me logo quando entrou no bloco”
- “Ele tinha muitas dúvidas”
- “Hoje, quando entrou no bloco, pareceu-me mais calma”
- “Para fazer a visita é preciso saber muito e sobre tudo um pouco”
- “Tenho receio de não saber responder a todas as dúvidas”
- “É preciso muito treino”
- “É simples mas exige muito conhecimento e à vontade por parte do enfermeiro”

Feedback Não Verbal dos Enfermeiros do BO face à VEPO:

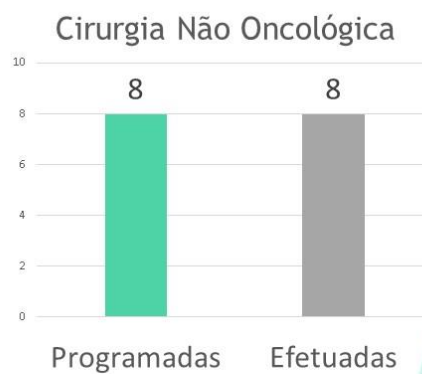
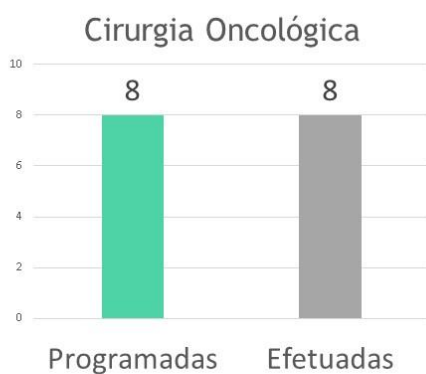
- **ACOLHIMENTO INDIVIDUALIZADO NO BO:**
 - ✓ Quem efetua a visita procura espontaneamente receber a doente no BO e/ou falar com a mesma;
 - ✓ Maior atenção ao respeito pela privacidade e conforto;
- **RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENFERMEIRO / PESSOA E FAMÍLIA**
 - ✓ É visível uma maior proximidade entre o doente/enfermeiro;
 - ✓ Existe preocupação do enfermeiro em saber como decorreu a cirurgia e/ou estado clínico da doente;
- **PLANEAMENTO DE CUIDADOS:**
 - ✓ Os cuidados de saúde são programados de forma individualizada e com maior segurança.



Visita pré-operatória de enfermagem

BLOCO OPERATÓRIO: Balanço de Janeiro 2020

VEPO – Jan 2020



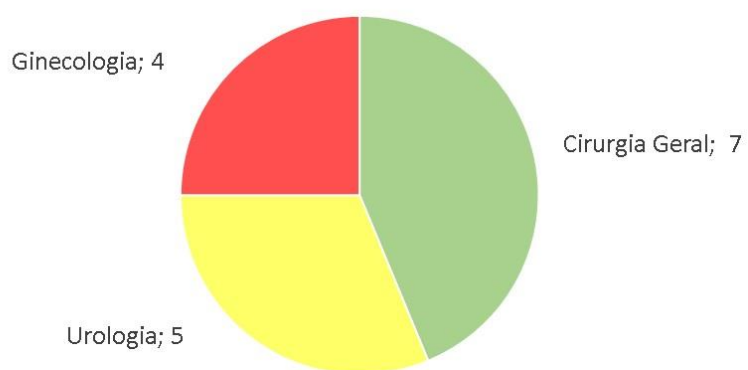
Taxa de Efetividade VEPO Jan. 2020 =

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ VPO Efetuadas}}{\text{N}^\circ \text{ VPO Programadas}} \times 100$$



100%

VEPO/ Especialidade – Jan 2020



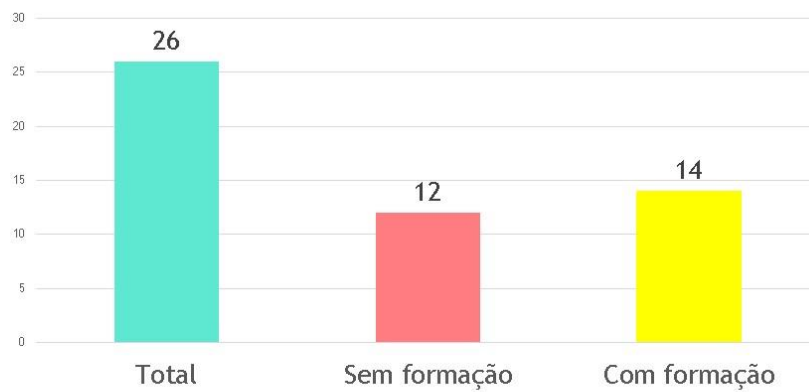
DURAÇÃO MÉDIA DAS CONSULTAS:

29 - 44 minutos (dezembro)



25 - 30 minutos (janeiro)

Formação VEPO – Jan 2020



Inquérito de Satisfação

- Entregues aos utentes
- Recolha nos serviços no início de cada mês (pasta própria)
- Resultados (escala Likert):

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

- Grau de Satisfação Global - 4,88
- Contribuição da VEPO no Pré-operatório - 4,77
- Contribuição da VEPO no Pós-operatório - 4,82

Feedback Não Verbal dos Enfermeiros do BO face à VEPO:

- **ACOLHIMENTO INDIVIDUALIZADO NO BO:**
 - ✓ Quem efetua a visita procura espontaneamente receber a doente no BO e/ou falar com a mesma;
 - ✓ Maior atenção ao respeito pela privacidade e conforto;
- **RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENFERMEIRO / PESSOA E FAMÍLIA**
 - ✓ É visível uma maior proximidade entre o doente/enfermeiro;
 - ✓ Existe preocupação do enfermeiro em saber como decorreu a cirurgia e/ou estado clínico da doente;
- **PLANEAMENTO DE CUIDADOS:**
 - ✓ Os cuidados de saúde são programados de forma individualizada e com maior segurança.

Feedback Verbal dos Enfermeiros do BO face à VEPO:

- “É mesmo importante”
- “O doente ficou mais tranquilo”
- “O doente queria falar com alguém”
- “ A senhora conheceu-me logo quando entrou no bloco”
- “Ele tinha muitas dúvidas”
- “Hoje, quando entrou no bloco, pareceu-me mais calma”
- “Para fazer a visita é preciso saber muito e sobre tudo um pouco”
- “Tenho receio de não saber responder a todas as dúvidas”
- “É preciso muito treino”
- “É simples mas exige muito conhecimento e à vontade por parte do enfermeiro”



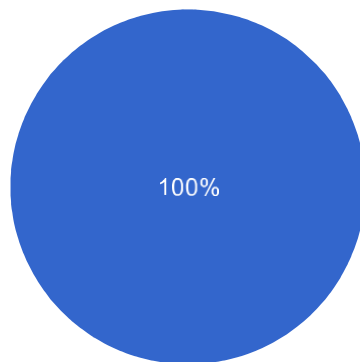
Apêndice 20: Formulários *Google Forms*

Avaliação da VEPO: perspectiva dos enfermeiros do BO

Perguntas **Respostas** 25

Considerou importante a implementação da VEPO na instituição?

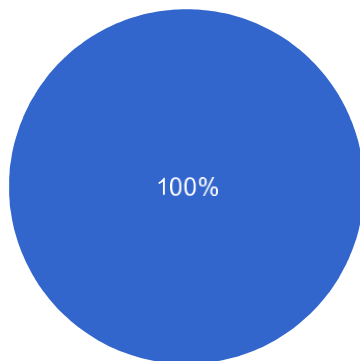
24 respostas



● Sim
● Não

Considera a VEPO um mais valia para o utente?

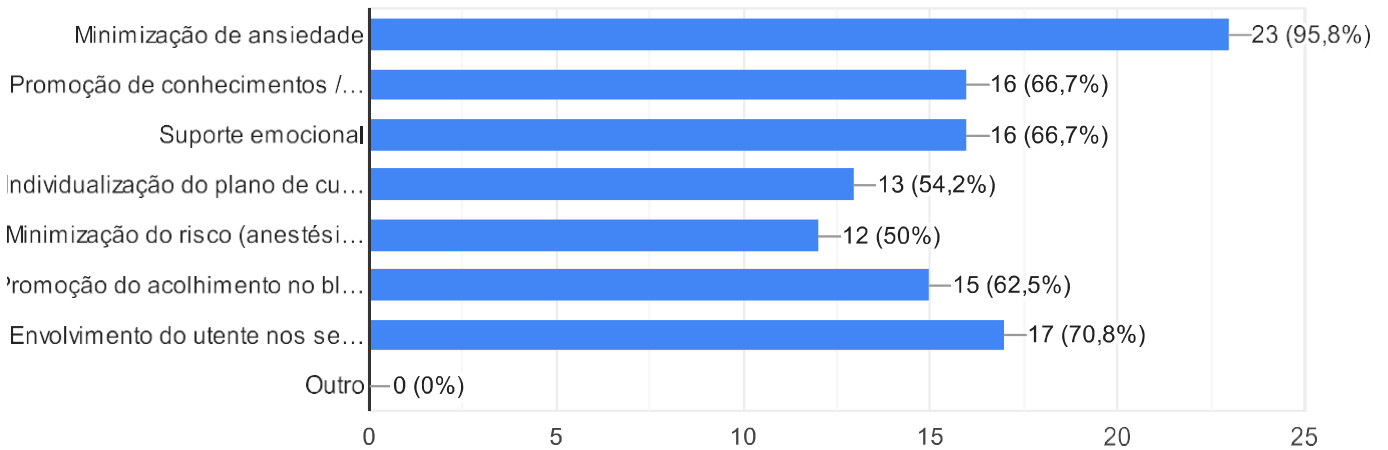
24 respostas



● Sim
● Não

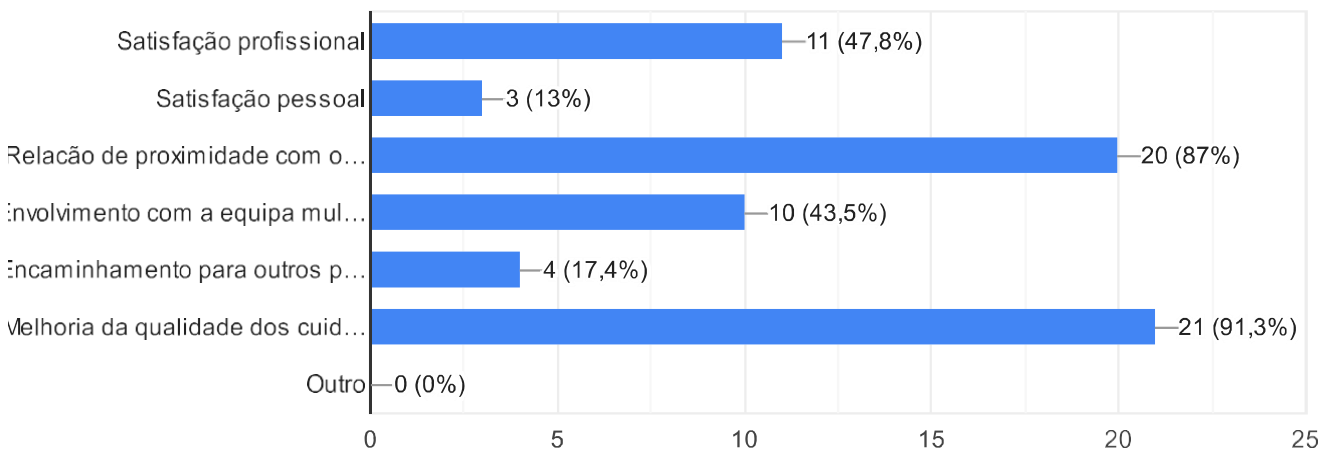
Quais os contributos da VEPO que considerou mais relevantes para o utente?

24 respostas



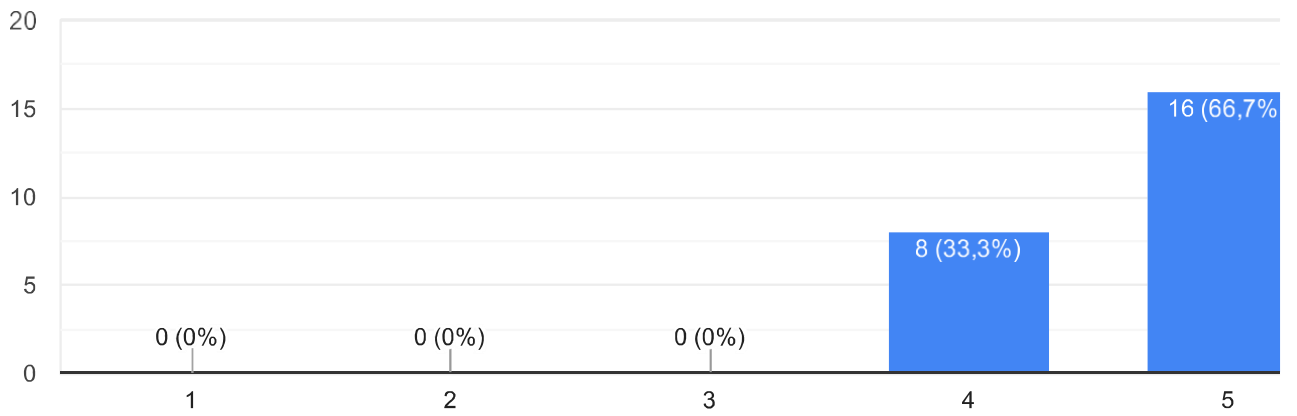
Enquanto profissional de saúde quais os aspetos que considerou mais relevantes ao realizar a VEPO?

23 respostas



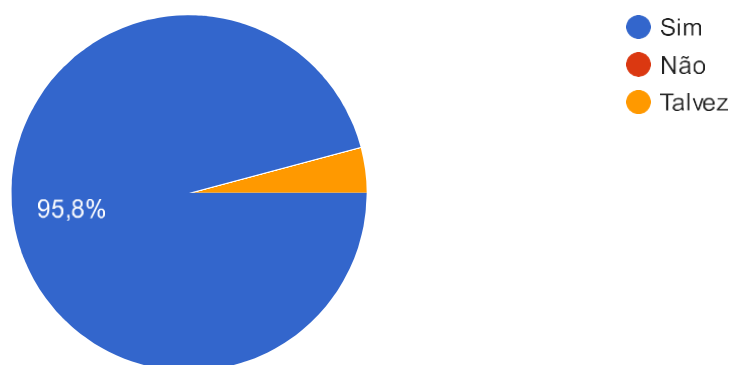
Considerou a estratégia de implementação da VEPO adequada?

24 respostas



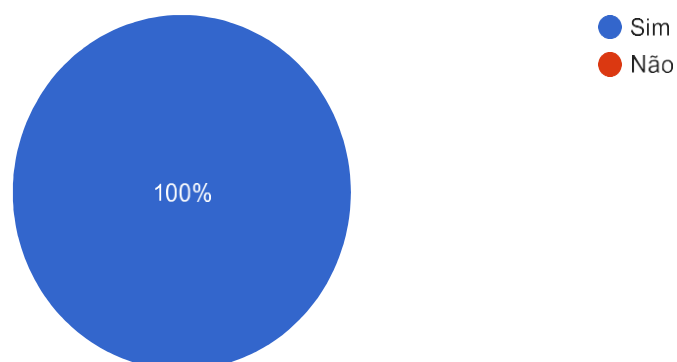
Pretende assegurar a continuidade da VEPO no serviço?

24 respostas



Considera importante a continuidade da VEPO na instituição?

24 respostas



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

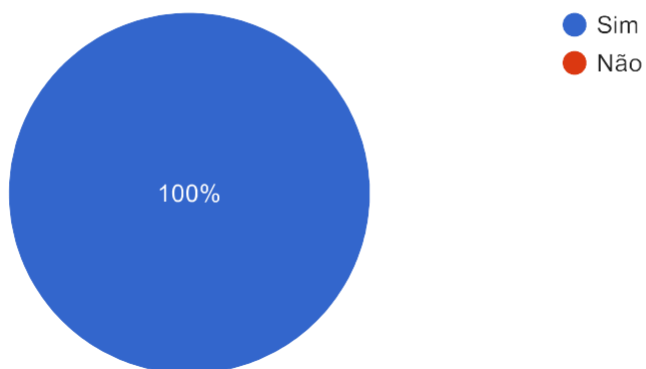
Avaliação da VEPO: perspetiva dos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral

6 respostas

[Publicar estatísticas](#)

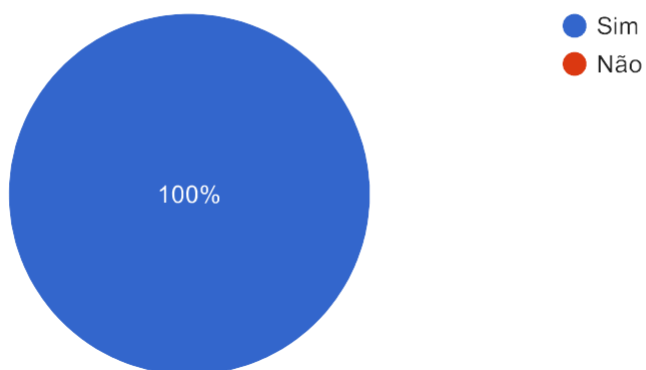
Considerou importante a implementação da VEPO na instituição?

6 respostas



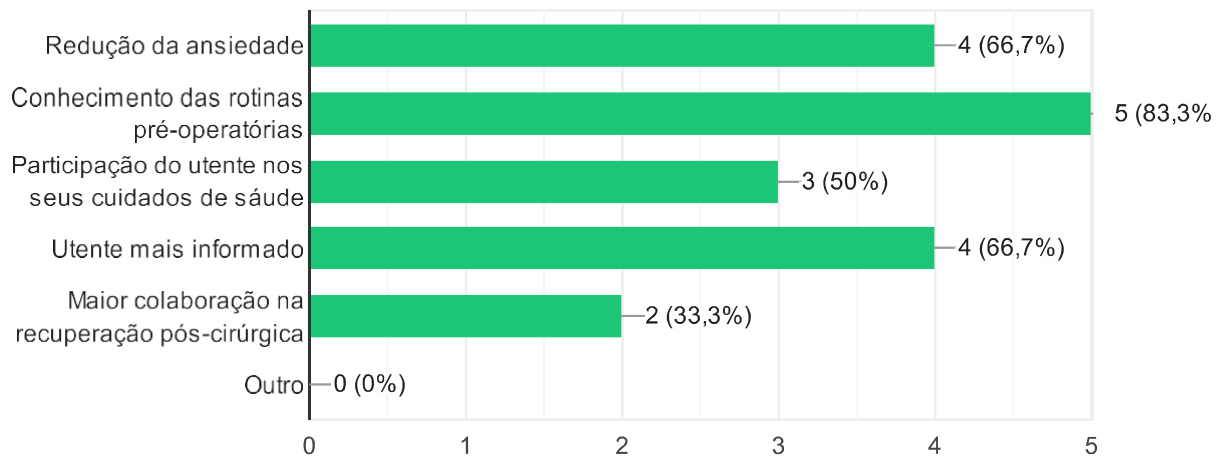
Considera a VEPO uma mais valia para o utente?

6 respostas



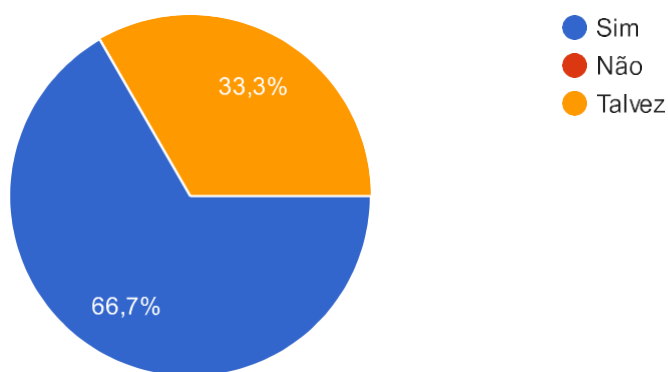
Se respondeu sim à resposta anterior, mencione quais os benefícios que percebeu nos utentes que foram abrangidos pela VEPO?

6 respostas



Considera que a VEPO deve ser realizada a todos os utentes propostos a cirurgia?

6 respostas



ANEXOS

Anexo 1: Guia informativo de Acolhimento ao utente no BO

GUIA DE ACOLHIMENTO AO DOENTE

***TODA A EQUIPA DO BLOCO OPERATÓRIO
ESTARÁ DISPONÍVEL PARA
ESCLARECER AS SUAS DÚVIDAS.***

Bloco Operatório



ALGUMAS INFORMAÇÕES PARA SI:

A equipa de enfermagem do Bloco Operatório criou este guia especialmente para si, com o intuito de lhe dar a conhecer as etapas pelas quais vai passar durante a sua permanência neste serviço.

No Bloco Operatório encontrará todos os profissionais equipados com vestuário e calçado próprio.

Será acolhido por um enfermeiro e um assistente operacional que o ajudarão a passar da cama, onde se encontra, para uma maca.

Será depois transportado para a sala de pré-anestesia, onde o anestesista e/ou o enfermeiro de anestesia falarão consigo.

Posteriormente será transportado para a sala de operações, onde observará uma grande atividade. Essa sala tem uma temperatura adequada e é muito luminosa.

De seguida ser-lhe-ão colocados uns elétrodos,

através dos quais será vigiado o funcionamento do seu coração e da sua respiração.

Durante toda a cirurgia estará sempre acompanhado por um enfermeiro e um anestesista, que zelarão pela sua privacidade, mesmo se estiver a dormir.

O controlo e o alívio da dor, no período intraoperatório, são uma prioridade de toda a equipa do Bloco Operatório.

Se a anestesia for geral serão administrados através do soro os medicamentos que vão anestesiá-lo, provocando-lhe muito sono. Poderão colocar-lhe uma máscara sobre a face para a administração de oxigénio.

NÃO TENHA RECEIO POIS NÃO ACORDARÁ DURANTE A CIRURGIA.

Se for submetido a outro tipo de anestesia:
PODERÁ FICAR ACORDADO, MAS NÃO SENTIRÁ DOR.

Assim que a intervenção terminar será transferido para o recobro do Bloco Operatório ou irá

diretamente para o serviço onde está internado, dependendo do tipo de anestesia que efetuou. Se permanecer no recobro do Bloco Operatório, irá para o serviço quando recuperar da anestesia e apresentar condições para ser transferido com segurança.



ALGUMAS INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Não se esqueça, no dia da intervenção cirúrgica:

- Deve estar em jejum;
 - Deve vir apenas com a bata que lhe é fornecida no serviço onde está internado;
 - Não deve trazer anéis, pulseiras, colares, brincos, maquilhagem, verniz nas unhas, próteses dentárias e/ou oculares.
-

Anexo 2: Inquérito de Avaliação da Sessão de Formação

BLOCO OPERATÓRIO
FORMAÇÃO EM SERVIÇO

AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

ACÇÃO DE FORMAÇÃO	Ação Formativa:
FORMADOR (ES)	
DATA	

1. Considera que os objectivos definidos foram:

Totalmente atingidos Muito atingidos Parcialmente atingidos Nada atingidos

2. Os temas abordados, em relação à sua prática profissional, foram:

Totalmente pertinentes Muito pertinentes Pouco pertinentes Nada pertinentes

3. Como classifica a clareza das intervenções do(s) formador(es):

Muito boa Boa Razoavel Fraca

4. Em relação aos conhecimentos adquiridos durante esta ação de formação:

Adquiriu na totalidade Adquiriu muitos Adquiriu alguns Não adquiriu

5. Considera que esta ação vai contribuir para a mudança de algumas atitudes na sua prática profissional: Quais?
