



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª edição

Importância da visita pré-operatória de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia eletiva: Scoping review

Hugo Miguel Correia Lobo



Importância da visita pré-operatória de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia eletiva: scoping review

Hugo Miguel Correia Lobo

Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, 8ª. Edição

Trabalho efetuado sob a orientação do Professor Doutor Olivério de Paiva Ribeiro

Agosto 2023

Agradecimentos:

O mestrado é um percurso com inúmeros desafios, tristezas, incertezas e alegrias, mas durante esse percurso existem pessoas que nos acompanham e fazem parte dele. A amizade, paciência e o apoio incondicional de todos durante este percurso foram cruciais para alcançar a meta desejada.

À ESSV por me ter proporcionado momentos únicos de aprendizagem e de partilha de conhecimentos.

Ao Professor Olivério Ribeiro, pelo acompanhamento, disponibilidade e orientação ao longo deste percurso.

As minhas colegas de curso e amigas (Ana e Anabela), pela cumplicidade, amizade, carinho e compreensão concedidos nos bons e maus momentos.

À minha família, o meu “porto de abrigo”, a minha essência, fonte de energia e amor incondicional, por tudo o que sou, pelo que me transmitem e permitem alcançar. Em especial á minha esposa e filha, pelo seu amor, pela compreensão das minhas incertezas, dúvidas e ausências, pela paciência e palavras de conforto nas alturas mais difíceis.

A todos o meu sincero agradecimento.

Resumo

Introdução: O desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ao cliente e família a vivenciar processos de doença crítica e falência orgânica é fundamental, sendo importante conjugar a realização de estágios em urgência e cuidados intensivos ao desenvolvimento da investigação sobre a prática, de forma a produzir evidências que suportem as intervenções de enfermagem.

Objetivo: Evidenciar as competências especializadas adquiridas. Evidenciar a importância da visita pré-operatória de enfermagem no cliente submetido a cirurgia eletiva.

Métodos: A metodologia utilizada para a realização deste documento é descritiva e analítica. A parte I onde se realiza uma reflexão sobre as competências comuns e específicas de enfermagem médico-cirúrgica adquiridas nos estágios supracitados. A parte II apresenta-se em forma de artigo, uma *scoping review* – importância da visita pré-operatória de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia eletiva.

Resultados: Trata-se de um documento que pretende sistematizar, organizar e interpretar as aprendizagens adquiridas. A investigação efetuada permitiu desenvolver conhecimentos que pretendo implementar no meu serviço, na medida em que as evidências encontradas demonstram a importância da sua implementação, traduzindo-se em resultados mais favoráveis para o cliente no intra e pós-operatório.

Conclusão: Durante a realização dos estágios foram atingidos os objetivos e as competências na prática especializada na área da EMC. As aprendizagens e reflexões obtida permitiram mudanças de atitude, de comportamentos e capacidade de resposta mais eficaz aos problemas na prática profissional e pessoal. As competências de investigação adquiridas permitiram inferir que o cliente tenha acesso a uma consulta na qual possa expressar as suas inquietações e incertezas, sobre o diagnóstico clínico, os detalhes e a duração do internamento. Neste sentido, é importante que o Enfermeiro Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica assuma a gestão de cuidados, para tranquilizar e reduzir as suas preocupações.

Palavras Chave: Pré-operatório, Cirurgia eletiva, Enfermagem.

Abstract

Introduction: The development of technical, scientific and relational skills in the provision of nursing care to the client and family experiencing processes of critical illness and organ failure is fundamental, and it is important to combine the realisation of internships in emergency and intensive care with the development of research on practice, in order to produce evidence to support nursing interventions.

Objective: To highlight the specialised skills acquired. To highlight the importance of the preoperative nursing visit in the client undergoing elective surgery.

Methods: The methodology used to realise this document is descriptive and analytical. Part I is a reflection on the common and specific competences of medical-surgical nursing acquired in the above-mentioned internships. Part II is presented in the form of an article, a scoping review - importance of the preoperative nursing visit to the client undergoing elective surgery.

Results: This is a document that aims to systematise, organise and interpret the learning acquired. The research carried out allowed me to develop knowledge that I intend to implement in my service, as the evidence found demonstrates the importance of its implementation, translating into more favourable results for the client in the intra and postoperative period.

Conclusion: During the internships, the objectives and skills in specialised practice in the area of CME were achieved. The learning and reflections obtained allowed changes in attitude, behaviour and the ability to respond more effectively to problems in professional and personal practice. The research competences acquired have allowed us to infer that the client has access to a consultation in which he can express his concerns and uncertainties about the clinical diagnosis, the details and the duration of the hospitalisation. In this sense, it is important that the Nurse Specialising in Medical-Surgical Nursing takes over the management of care, to reassure and reduce their concerns.

Key words: Preoperative, Elective surgery, Nursing.

Sumário

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	15
Introdução.....	17
Parte I	
1 - Competências Comuns.....	19
1.1- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	20
1.2- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	21
1.3- Competência do domínio da gestão dos cuidados.....	24
1.4- Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	25
2 - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica.....	27
2.1- Cuida da pessoa, família / cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e / ou falência orgânica.....	27
2.2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	32
2.3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e / ou falência orgânica face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	33
Parte II – Componente de investigação.....	35
Importância da visita pré-operatória de anestesia nos clientes submetidos a cirurgia eletiva: scoping review.....	37
Introdução.....	43
1 – Material e métodos.....	47
1.1 – Identificação da questão de investigação.....	47
1.2 – Estratégia de pesquisa e base de dados.....	48
1.3 – Seleção de estudo.....	49
1.4 – Extração dos dados.....	50
1.5 – Síntese dos dados.....	51
2 – Resultados.....	53
3 - Discussão.....	57
Conclusão da Investigação.....	61
Referências bibliográficas.....	63
Conclusão.....	67
Referências Bibliográficas	69
Anexos.....	71

Lista de Tabelas

Tabela I – Método PCC

Tabela II – Sintaxe de pesquisa

Lista de Quadros:

Quadro I - Características e principais resultados dos estudos incluídos

Lista de Figuras:

Figura I – Diagrama de fluxo de prima 2020

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

AVC – Acidente vascular cerebral

BIS – índice bispectral

BO – Bloco operatório

CVC – cateter venoso central

CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu

CPLEE – Curso pós-licenciatura de especialização em Enfermagem

DGS – Direção geral de saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESSV- Escola Superior de Saúde de Viseu

HDVCC – hemodiafiltração veno-venosa continua

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem Dos Enfermeiros

OMS- Organização mundial de saúde

PAV – Pneumonia associada ao ventilador

PHEE – Plano hospitalar de emergência externo

PIC – pressão intracraniana

PPC – pressão perfusão cerebral

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

SABA – Solução antisséptica de base alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SLED - sustained low efficiency dialysis

SMI – serviço de medicina intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TET – Tubo endo-traqueal

UCIC – unidade de cuidados intensivos coronários

UCIP - Unidade de cuidados intensivos polivalentes

VM – ventilação mecânica

Introdução

A Enfermagem, como ciência e profissão, tem vindo a criar o seu próprio saber, transformando a tradição da arte na ciência do cuidar. Acompanhando esta evolução surgiu a especialização em várias áreas da enfermagem, na qual os enfermeiros especialistas adquirem novos conhecimentos e novas competências.

O desenvolvimento deste relatório surge no âmbito da disciplina de Estágio com Relatório Final, inserido no plano de estudos do 8º curso de Mestrado em Enfermagem médico cirúrgica e 9º edição do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC), da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV). A unidade curricular está dividida num estágio em contexto de urgência que decorreu do serviço de urgência geral do Centro Hospitalar Tondela / Viseu (CHTV) de 20 fevereiro a 28 abril 2023 e outro estágio em contexto de cuidados intensivos que decorreu no serviço de medicina intensiva do CHTV de 2 maio a 28 junho 2023 num total de 360 horas. Engloba ainda a componente de investigação, a importância da visita pré-operatória de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia eletiva – que consiste numa scoping review sob a orientação científica e pedagógica do Professor Doutor Olivério Ribeiro.

O enfermeiro ao desenvolver uma análise reflexiva do seu trabalho tem oportunidade de identificar os pontos fortes e corrigir dificuldades. Esta identificação potencia a mudança de atitude, a construção de competências e de desenvolvimento profissional.

O relatório pretende descrever a aquisição e desenvolvimento de competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). Assim a metodologia utilizada para a realização deste documento é do tipo descritivo e analítico através da exposição e reflexão das diferentes atividades desenvolvidas nos estágios, baseada na pesquisa bibliográfica, que auxiliaram na fundamentação teórica dessas atividades e na construção do presente relatório.

A prática especializada em EMC necessita que se desenvolvam competências comuns e específicas perante a pessoa em situação crítica a vivenciar processos complexos, nomeadamente dar resposta às suas necessidades afetadas, de forma a manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades.

Tendo em conta o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este deve apresentar competências em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Portugal, Regulamento 140/2019).

O objetivo geral deste relatório é descrever as atividades desenvolvidas durante o período de estágio e evidenciar o desenvolvimento de competências especializadas em aquisição e desenvolvimento de competências na área da EMC na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Como objetivos específicos caracterizar as competências desenvolvidas inerentes ao Mestre /Especialista em aquisição e desenvolvimento de competências na área da EMC e identificar uma problemática de estudo empírico cujos resultados constituam evidências científicas para a prática de enfermagem especializada em médico-cirúrgica.

Este relatório foi elaborado tendo por base uma metodologia descritiva, com análise reflexiva e crítica. Encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte são descritas as atividades realizadas durante o estágio e a reflexão crítica das mesmas, tendo como fio condutor as competências específicas do Enfermeiro Especialista em aquisição e desenvolvimento de competências na área da EMC. Na segunda parte, é apresentada a componente de investigação, uma scoping review subordinada ao tema “importância da visita pré-operatória de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia eletiva”.

A sua elaboração teve por base o guia orientador de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Viseu, bem como os objetivos delineados nos projetos de aprendizagem e as atividades/ estratégias desenvolvidas para a sua concretização.

1- Competências comuns

O estágio constitui uma oportunidade para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais, permitindo a integração entre a teoria e a prática, desenvolvendo um espírito crítico-reflexivo que ajuda o indivíduo/pessoa a crescer e desenvolver-se enquanto profissional.

A competência é a capacidade de recrutar e conciliar os três domínios do saber, nomeadamente o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser, no intuito de atuar em situações complexas.

As competências comuns adquiridas como futuro Mestre em EMC, tiveram como constructo basilar as competências comuns do Enfermeiro Especialista, tendo por base o Regulamento n.º140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, emanado pela Ordem dos Enfermeiros.

O enfermeiro especialista detém conhecimentos aprofundados num domínio específico da enfermagem, sendo neste caso a área da EMC, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. Contudo, independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A OE define “domínio de competência” como “uma esfera de ação” que “compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Regulamento 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

As competências comuns dos enfermeiros especialistas assentam em quatro domínios de competência, sendo eles:

1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
2. Domínio da melhoria contínua da qualidade;
3. Domínio da gestão dos cuidados;
4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

A atribuição do título de Especialista de EMC acompanha estas exigências, onde todas as especialidades partilham um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste capítulo pretendo descrever as competências desenvolvidas, identificar as dificuldades e as estratégias estabelecidas para as ultrapassar sobre a forma de análise reflexiva e tendo por base os referenciais teóricos.

1.1 Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Durante o seu percurso profissional o enfermeiro vai desenvolvendo as suas capacidades de tomada de decisão e na sua prática diária são confrontados com situações éticas e decisões complexas, decisões essas que devem ser fundamentadas, refletidas e baseadas em princípios e valores éticos para assim respeitar os direitos humanos, privacidade, dignidade e garantindo a segurança dos utentes.

O código deontológico do enfermeiro defende que “Intervenções de enfermagem deverão ser realizadas com a preocupação, da defesa da liberdade e dignidade da pessoa e devem assegurar, a igualdade, a verdade, a justiça, o altruísmo, o respeito pelos direitos humanos, o bem da comunidade, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum. (OE, 2019)

No intuito de prestar cuidados de enfermagem de qualidade é fulcral a promoção da prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

No decorrer dos estágios, prestei cuidados ao cliente, independentemente do seu estado socioeconómico, raça, profissão, cultura ou religião promovendo o direito à igualdade e assegurando o respeito por todos. O cliente tem direito à proteção dos seus direitos e a ser cuidado sem discriminação, neste sentido, assumi o dever de respeitar os valores e direitos humanos.

Assegurar a privacidade do cliente é um dever do enfermeiro e um direito do cliente, preconizado pela carta dos direitos dos utentes. Houve um grande cuidado e preocupação em preservar a intimidade e integridade do cliente. Neste contexto, houve o cuidado de salvaguardar a exposição corporal, de forma a evitar a exposição corporal e manter a normoterapia.

Tanto no serviço de urgência como no SMI pela complexidade e especificidades dos mesmos, maioritariamente em open space, faz com que os princípios de privacidade e confidencialidade possam ser perdidos. No serviço de urgência existem cortinas a separar as

unidades do paciente, mas não garantem a privacidade auditiva. Na sala de triagem que permite avaliar 2/3 clientes em simultâneo, a não existência de gabinetes individuais para triagem garantem pouca privacidade para acolher o cliente.

No SMI não existem cortinas como divisórias entre cada unidade, por vezes são usados biombos o que quebra a privacidade.

Quando falamos de privacidade, não falamos apenas do respeito pela privacidade durante a prestação de cuidados ao cliente, mas também da segurança da informação oral e escrita. Durante o exercício profissional tentei sempre que possível, explicar todos os procedimentos que iriam ser realizados ao cliente. Esta atitude permite estabelecer uma relação terapêutica, diminuindo a sua ansiedade e facilitando a expressão de sentimentos.

O direito à informação e ao consentimento informado ou recusa de tratamento foram assegurados em ambos os campos de estágio. Obviamente no SMI quando os clientes estavam sedados e entubados era o familiar de referência que era chamado para tomar certas decisões.

A passagem de turno em enfermagem garante a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, mas poderá levantar algumas questões éticas relativamente ao local onde é realizada.

Nos estágios verifiquei que a passagem de turno no serviço de urgência e SMI realiza-se, com a presença do Enfermeiro Chefe e toda a equipa de enfermagem no início do turno da manhã. No turno da tarde e noite a passagem de turno é dirigida apenas ao enfermeiro que irá ficar naquele setor.

1.2 - Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade

Nas instituições de saúde a temática da qualidade dos cuidados de saúde está sempre presente. Existem programas de controlo da qualidade, em constante desenvolvimento, para avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao cliente.

Num ambiente revestido de complexidade como é o caso do SU e SMI é fundamental que a equipa de enfermagem se encontre dotada de elementos com competências ao nível da resolução de problemas face a situações inesperadas, de forma a orientar a equipa no processo de tomada de decisão, tendo por base conhecimentos baseados em evidência científica.

O código deontológico dos enfermeiros refere que, o enfermeiro tem como dever a prestação de cuidados com qualidade e de excelência no seu exercício profissional.

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, residem na garantia do desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica em desenvolver

práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, promovendo um ambiente terapêutico e seguro. (OE, 2019),

O Plano Nacional de Segurança dos doentes 2015-2020 surge integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde e coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral de Saúde, cada unidade prestadora de cuidados de saúde deverá assegurar a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, confirmando a boa gestão dos recursos envolvidos. O plano visa melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A segurança é considerada um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, permitindo aferir a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e, em particular, no SNS.

Assim este plano propor-se a atingir os seguintes objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Como parte da integração nos serviços conheci a estrutura, dinâmica e funcionamento dos mesmos nomeadamente, os horários, as dinâmicas do serviço, os circuitos, os elementos da equipa e respetivas funções. Consultar e familiarizar-me com os protocolos e normas vigentes em ambos os serviços.

Particpei de forma ativa em programas de melhoria contínua da qualidade, colaborando em projetos institucionais na área da qualidade, nomeadamente com a elaboração de uma formação, no serviço de urgência sobre “abordagem ao tratamento de feridas em contexto de urgência”. Foi um tema proposto pelas enfermeiras responsáveis pelos estágios, uma vez que sentiam algumas lacunas no serviço na abordagem inicial à ferida traumática e que após aplicar. Foi também realizada uma carta de continuidade de cuidados de enfermagem para o exterior utilizando a metodologia ISBAR, uma vez que não

existia no serviço nenhuma informação de enfermagem que o cliente pudesse levar aquando da alta (anexo I).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem-se como um problema de saúde uma vez que agravam o prognóstico da doença base, prolongando os internamentos, associado ao aumento da morbilidade, mortalidade e consequentemente de custos (DGS, 2018).

Este aspeto necessitou que durante toda a prática de enfermagem, tivesse o cuidado de prestar cuidados promovendo ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção, utilizando normas e procedimentos instituídos nos serviços, adequados e em conformidade com normas instituídas, bem como, com as guidelines internacionais, no que se refere à gestão de risco, implementação de programas de melhoria contínua, prevenção de riscos ambientais, participação dos incidentes, no controle de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), entre outros.

Se por um lado se prolonga a sobrevida dos clientes, por outro verifica-se que, estes se tornam vulneráveis a múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde decorrem os cuidados, sobretudo no que concerne ao recurso a procedimentos invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora.

Esta competência está intimamente relacionada com a segurança do cliente. A segurança do cliente é definida como “a ausência de danos evitáveis a um doente durante o processo de cuidados de saúde e redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável” (Organização Mundial de Saúde, 2020).

Perante o exposto, considero que a minha atuação foi ativa, tendo como intuito a minimização do erro e consequentemente a redução ou eliminação do dano para o cliente, adotando algumas medidas, como a utilização dos “oito certos” na preparação da medicação, consulta e aplicação dos protocolos vigentes na SMI e SU do CHTV. Pelo descrito anteriormente, considero ter contribuído para a melhoria da qualidade de cuidados prestados, bem como ter prestado cuidados especializados de qualidade ao cliente com base na evidência científica em contexto urgente/emergente.

1.3- Competências do domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão está implícita nos cuidados de várias formas, potenciando a qualidade dos mesmos ou a organização e racionalização de recursos humanos ou materiais. É importante desenvolver a nível individual estratégias e competências que permitam uma melhor gestão dos cuidados, potenciando a elaboração, a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar.

As competências do domínio da gestão dos cuidados residem na gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa de saúde, a adaptação da liderança e da gestão de recursos às situações e ao contexto apontando a garantia da qualidade de cuidados. (OE, 2019),

A gestão das organizações de saúde foi sofrendo alterações ao longo dos anos provocando assim impacto na qualidade de cuidados e na gestão de recursos. O enfermeiro especialista tem um papel de destaque neste domínio, otimiza a resposta da equipa de enfermagem articulando a gestão na equipa multidisciplinar. Estas competências passam não só pela gestão de recursos humanos, como também pela gestão de equipamentos, instalações e materiais, assim como pela gestão dos próprios cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Assim, a atuação do enfermeiro perante um cliente em estado crítico, quer no SU quer SMI, depende dos seus conhecimentos e experiências profissionais, da rápida prontidão na atuação bem como da existência e correto funcionamento do material necessário para cada situação.

Durante a realização dos estágios, tive a oportunidade, de realizar a verificação diária dos carros de emergência, teste diário do desfibrilhador, tendo colaborado na reposição de material, consumíveis e medicação de acordo com a lista de verificação quer do carro de emergência, salas de trabalho e sala de emergência. Um aspeto muito importante é a uniformização dos carros de emergência de todos os serviços do hospital.

No que respeita à gestão dos recursos humanos foi-me explicado como é feita a elaboração dos horários de enfermagem de acordo com o programa informático existente, como é feita a distribuição diária das equipas de enfermagem pelos vários setores bem como a gestão e reajustes que é necessária fazer diariamente.

No que diz respeito à gestão de recursos materiais, foi-me explicada a forma como é requisitado o material, em que dias é realizada, verifiquei que o material era repostado por níveis e também de acordo com as necessidades do serviço atendendo às variações sazonais.

Outro momento em que a Gestão de Cuidados se torna muito importante é a passagem de turno. As falhas de comunicação entre os profissionais de saúde podem ter consequências graves, levando à existência de eventos adversos no que concerne à segurança do utente.

No domínio da gestão de cuidados, considero ter sido autónomo e proactivo, participando na tomada de decisões, colaborando na instrução e demonstração de práticas, otimizando o trabalho adequando os recursos às necessidades de cuidados, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados.

Através das atividades e reflexão realizada neste domínio, adquiri competências especializadas, que se evidenciaram na compreensão da importância da liderança e gestão dos recursos humanos e materiais na melhoria da qualidade e segurança

1.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O crescimento profissional só é possível quando a formação é reflexo das interrogações que colocamos diariamente à nossa prática profissional. Aproveitei ao máximo as oportunidades de aprendizagem, aproveitando as mais diversas experiências que me foram surgindo, aplicando os meus conhecimentos adquiridos/ desenvolvidos na área de EMC e através da formulação e análise de situações/problemas relacionados com o cliente/família. Promovi momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados de enfermagem observados/prestados e contribuí para o desenvolvimento de uma consciência crítica face à prática profissional, no sentido de prestar melhores cuidados de enfermagem.

Foi possível a consecução dos objetivos específicos, deste modo também foi possível a aquisição quer de competências comuns quer de competências específicas.

Em relação aos estágios, o serviço de urgência e o SMI requereu a aquisição de novos conhecimentos, do uso de protocolos mais atualizadas para que a prática fosse de encontro aquela que é esperada de um futuro EEEMC.

Prestei cuidados de enfermagem individualizados e humanizados, agindo em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da prática profissional, respeitando a proteção dos direitos humanos, a segurança, a privacidade, a intimidade e a dignidade da pessoa, bem como dos seus familiares ou pessoa significativa.

Na minha perspetiva, existem vários recursos ao nosso dispor no que compete ao desenvolvimento das aprendizagens como: as nossas próprias experiências e a sua respetiva

partilha, a experiências e conhecimentos de outros profissionais e a disponibilidade/facilidade no acesso a base de dados científicas como referenciais teóricos justificativos da prática.

Na procura da excelência do exercício profissional, procurei também analisar e refletir sobre os meus atos, no intuito de reconhecer eventuais falhas que requeiram uma mudança, para além disso procurei sempre fundamentar a minha prática em decisões conscientes, contextualizadas e devidamente justificadas.

2 – Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica

A exigência de diferenciação e especialização nos cuidados de saúde, nomeadamente nos cuidados de enfermagem apresentam uma posição de grande destaque, pois segundo a OE através do regulamento n.º 140/2019, de 6 fevereiro, as competências específicas do enfermeiro especialista “são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”. (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, art.3º).

A EEMC apresenta uma grande abrangência. A OE perspetiva que a atual EEMC seja dividida em duas áreas distintas, sendo elas a área de especialização direcionada para a Pessoa em Situação Crítica e outra área direcionada para a Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. É de realçar que o atual curso de Pós-Licenciatura de Especialização lecionado na ESSV mantém no mesmo construto estas duas áreas de especialização, tendo como competências a alcançar as seguintes: a) Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa; b) Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação; c) Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica bem como de doença crónica e/ou paliativa face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Guia orientador de estágios, [ESSV], 2020, p.16).

De seguida farei uma reflexão crítica referente às competências supracitadas adquiridas no decorrer dos estágios realizados.

2.1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

A pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2019).

Em ambos os estágios, deparei-me com inúmeras situações de elevada complexidade, por vezes imprevisíveis, exigindo intervenções organizadas e sustentadas num conjunto de conhecimentos e evidências científicas. Pude prestar cuidados detetando precocemente focos de instabilidade e atuando segundo as melhores práticas e evidências, com o objetivo de participar ativamente na sua recuperação e bem-estar.

Pude prestar cuidados ao cliente submetida a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, com uma intervenção direta desde o processo de preparação de todo o material necessário à técnica, todos os fármacos necessários à entubação endotraqueal e início da ventilação mecânica, bem como na manutenção dos cuidados à pessoa conectada a prótese ventilatória.

Durante este processo tive sempre um papel ativo, realizando várias intervenções, nomeadamente: avaliar o estado de consciência, monitorizar a função respiratória, identificar sinais de esforço ventilatório e desadaptação à ventilação instituída, adotar medidas de otimização da ventilação, como por exemplo posicionar o doente em fowler ou semi-fowler, controlar a pressão do cuff do tubo endotraqueal (TET), realizar aspiração de secreções quando necessário, realizar e analisar gasometrias arteriais.

Ainda na linha de atuação da manutenção dos cuidados à pessoa submetida a VM, fui capaz de monitorizar e avaliar os parâmetros gasimétricos. Quanto à manutenção dos cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica, considero ter tido uma atuação bastante autónoma e ter desenvolvido competências sobre ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

Foram desenvolvidas competências para cuidar do cliente com monitorização hemodinâmica invasiva. Colaborei na colocação dos dispositivos para a monitorização hemodinâmica invasiva, nomeadamente de catéter venoso central e linha arterial. Foi possível realizar a interpretação dos valores, permitindo ajustar medidas terapêuticas, bem como implementar intervenções que evitem possíveis complicações.

Adquiriti conhecimentos acerca dos programas informáticos de registos de enfermagem, o ALERT na urgência e o Bsimple patient no SMI. Todos os registos e prescrições dos diferentes elementos da equipa são feitos neste programa. Em relação aos cuidados de enfermagem, estes são registados no sistema informático, bem como toda a terapêutica tem de ser validada, permitindo assim a continuidade de cuidados sistematizada de diagnóstico.

As experiências desenvolvidas em contexto de urgência e cuidados intensivos permitiram uma prática mais consciente, segura e competente. Dada a complexidade que

carateriza estas unidades, foi possível prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica prevendo e detetando precocemente as complicações de instabilidade e risco de falência orgânica e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Promoveu-se a segurança do cliente através da otimização dos equipamentos (sistema de ventilação mecânica, sistema de ventilação manual, sistema de aspiração e monitores de sinais vitais, índice bispectral (BIS) e oximetria cerebral), disponibilização e verificação de todo o material (para entubação endotraqueal, para a colocação de cateter central, linha arterial, sonda nasogástrica, entre outros) e preparação de fármacos.

Ao longos dos estágios, realizei balanços hidroelectrolíticos, procedeu-se a interpretação de valores obtidos através dos vários tipos de monitorização e de valores gasiométricos de maneira a realizar uma avaliação precisa do estado hemodinâmico de cada cliente. Assim, antecipou-se situações de deterioração ou agravamento do estado clínico.

Surgiu também a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem a uma cliente a realizar hemodiafiltração venovenosa contínua (HDVVC) devido a insuficiência renal aguda. Nesta situação clínica específica a utente era politraumatizada, vítima de acidente de viação, conectada a prótese ventilatória, sedada, analgesiada e curarizada. Pude colaborar na colocação do catéter de diálise, preparando todo o material e instrumentando o procedimento.

No contexto das técnicas de substituição renal a HDVVC é a mais utilizada, uma vez que os clientes se apresentam muitas das vezes hemodinamicamente instáveis. Um cliente submetido a HDVVC requer bastantes cuidados de enfermagem, nomeadamente na montagem dos sistemas extracorporais, preparação do anticoagulante, monitorização horária dos parâmetros dialíticos, troca dos sacos de efluentes, monitorização dos parâmetros vitais e vigilância do local de inserção do catéter.

Tive também a oportunidade de observar a utilização de sustained low efficiency dialysis - SLED. Esta técnica de substituição renal constitui uma modalidade da hemodiálise intermitente, que combina características das técnicas de substituição renal contínuas com características da terapia intermitente. Permite a remoção de volume do cliente com menor risco de instabilidade hemodinâmica, com bom controlo eletrolítico e capacidade de remoção de solutos, sendo tecnicamente mais simples de executar quando comparada com as técnicas de substituição contínuas.

Em relação ao protocolo do Suporte avançado de vida (SAV) também me foi possível colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos durante a minha vida profissional e académica. Tive possibilidade de prestar manobras de reanimação de SAV durante alguns turnos na sala de emergência. Infelizmente os 2 casos não foram revertidos, o que possibilitou

também desenvolver técnicas de comunicação de más notícias à família e de tratamento do corpo pós morte.

Ao longo do estágio na sala de emergência pude prestar cuidados de enfermagem, a várias clientes incluídos na Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VV-AVC), nomeadamente na sua admissão na sala de emergência (SE), inicialmente realizando a sua estabilização através da abordagem ABCDE, monitorização, avaliação de sinais vitais, 2 acessos venosos de preferência do lado dto e colheitas de sangue, acompanhamento da pessoa ao serviço de imagiologia, que inclui a devida monitorização e transporte da mala de apoio à VV-AVC, administração da terapêutica fibrinolítica, nomeadamente o Alteplase (o qual é administrado em função do peso do cliente [PESO x 0,9.mg], num máximo de 90mg, sendo que 10% da dose é administrada no primeiro minuto e a restante em 60 minutos), e posterior manutenção dos cuidados e encaminhamento quer novamente para a sala de emergência (SE), para o internamento ou transferência inter-hospitalar para realização de trombectomia.

Foi possível desenvolver conhecimentos e competências em relação à transfusão de hemoderivados. Desenvolvi competências em relação aos cuidados pré transfusionais, transfusionais e pós transfusionais tais como a avaliação do cliente em relação aos sinais vitais, compatibilidades sanguíneas, pedido das unidades de sangue ao laboratório e preenchimento das folhas de registo próprias.

No decurso do estágio efetuei a abordagem inicial ao cliente crítico com base na nomenclatura ABCDE. Esta nomenclatura é reconhecida internacionalmente para a abordagem primária como critérios de prioridade na emergência médica significando: A – via aérea (com controlo cervical), B – Ventilação, C – Circulação (com controlo de hemorragia), D – Disfunção Neurológica e E – Exposição (a necessária, com controlo de temperatura). Ao aplicar esta metodologia pude identificar, corrigir e estabilizar situações que colocavam a vítima em risco imediato de vida. No seguimento da abordagem anterior efetuei a abordagem secundária.

Desenvolvi também competências relacionadas com o sistema de triagem de Manchester. Este consiste num método de triagem, que fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas, sendo, deste modo um instrumento de apoio à decisão clínica que garante a equidade e a uniformização dos cuidados prestados (GPT, 2023).

Revelou-se um posto de trabalho com alguma complexidade, onde o conflito de opiniões de clientes/familiares é grande, impulsionados pelo grau de urgência atribuída, onde se pratica um trabalho em equipa em que todos têm um papel ativo na gestão dos clientes e no alerta das situações de maior gravidade.

Não poderia deixar de referir que no decorrer dos estágios a gestão da dor, foi uma preocupação constante na prestação de cuidados, pois a dor é uma das maiores causas dos clientes se dirigirem ao SU e o enfermeiro quer pela prestação direta de cuidados, quer pela proximidade do cliente está numa posição privilegiada na prevenção e controlo da dor, aumentando a qualidade de vida do cliente.

Sendo o SU e o SMI serviços em que o cliente carece de cuidados urgentes, será também um serviço complexo a nível humano. Muitas vezes os cuidados urgentes, a comunicação de más notícias assim como o stress vivido por parte dos clientes e profissionais, levam a que a humanização dos cuidados seja uma tarefa difícil, não deixando, no entanto, de ser cumprida. A aquisição de competências nesta área, não se faz por acumulação da experiência, mas pelo treino e aquisição de conhecimento, bem como pela constante reflexão do profissional de saúde sobre os seus próprios recursos emocionais para lidar com situações de perdas e frustrações.

Muitas vezes, devido ao estado do cliente, não é possível estabelecer uma comunicação verbal. Cabe ao enfermeiro desenvolver estratégias comunicacionais que o permitam adaptar a comunicação ao estado de saúde, de forma a potenciar uma intervenção correta e consciente. Pelo que foi possível desenvolver técnicas e estratégias de comunicação eficazes tendo em conta o diagnóstico e estado geral do cliente em ambos os serviços.

2.2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

As situações de catástrofe ocorrem de forma inesperada, sendo o serviço de urgência a “porta de entrada” para estas situações e o serviço de cuidados intensivos o “destino” de muitas destas vítimas, com implicação direta na prestação de cuidados.

A OMS define catástrofe como sendo um fenómeno súbito de magnitude suficiente para necessitar de ajuda externa, pois as necessidades de atendimento excedem os recursos materiais e humanos imediatamente disponíveis, havendo necessidade de medidas extraordinárias e coordenadas para se manter a qualidade básica ou mínima de atendimento.

O enfermeiro intervém na elaboração dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítimas. Antevê a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência

orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.

O CHTV, possui um plano de emergência interno de catástrofe, onde todos os profissionais de saúde receberam formação, e existem mesmo profissionais previamente nomeados e formados como coordenadores e chefes de equipa de intervenção para desta forma saberem agir, coordenar e comunicar informações referentes á evolução da situação em caso de catástrofe.

O Plano Hospitalar de Emergência Externa (PHEE) do CHTV foi revisto e atualizado em 2019 após a ativação dos planos de catástrofe que ocorreram em 2018, como resposta “à necessidade de mobilização e de rentabilização de recursos, no contexto de uma ocorrência inesperada com afluência extraordinária e significativa de doentes ao Serviço de Urgência” (Plano Hospitalar de Emergência Externa, CHTV, 2019, p. 4).

O CHTV tem implementado um plano de catástrofe ou emergência multi-vítimas para que cada profissional de saúde saiba qual a atividade, procedimento e atitude que deve tomar em situação de catástrofe, podendo ainda ser ativados mais recursos humanos para suplementar as equipas. A distribuição de tarefas e contatos de mais elementos, caso a situação o exija é da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno.

O armário com o material de catástrofe está localizado na sala de emergência. Esta é composto por pulseiras de identificação (cor vermelha, amarela e verde), fichas de triagem de catástrofe (com respetivo local para registo de cuidados prestados), autocolantes de cor para identificação das equipas adstritas à área vermelha, tupperwares para colocação de terapêutica a administrar/administrada aos clientes da área vermelha, canetas dermográficas para a equipa de triagem e cartões de tarefa.

Durante todo o tempo que estiver ativo o plano de catástrofe não há triagem de Manchester, todos os clientes entram diretos e é aberto um kit de catástrofe para cada um deles e colocado um cartão com a cor da prioridade de atendimento e uma pulseira com um número do Kit atribuído à pessoa.

No SMI o plano de catástrofe está a ser atualizado devido à abertura da segunda unidade. O plano existente no serviço já tem mais de 20 anos, estando desatualizado e desfasado da atual realidade. Foi discutido o tema com os orientadores e foi-me explicado como estão previstas as atuações em situação de catástrofe.

Pelo exposto considero que desenvolvi competências sobre o tema.

2.3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microorganismos aos antimicrobianos representam um problema de saúde pública com impacto mundial, uma vez que agravam o prognóstico da doença, prolongando os internamentos, associado ao aumento da morbilidade, mortalidade e consequentemente de custos (DGS, 2018).

A prestação de cuidados de saúde em meio hospitalar pode originar a transmissão de infeções. Se por um lado se prolonga a sobrevivência, por outro verifica-se que, estes se tornam vulneráveis a múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde decorrem os cuidados, sobretudo no que concerne ao recurso a procedimentos invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora.

A ação do enfermeiro especialista é preponderante na prevenção das IACS, quer através de uma prática fundamentada e cuidada, quer como elemento formativo para as restantes classes profissionais, promovendo a adesão de práticas seguras.

O SU e o SMI do CHTV têm uma cultura de gestão e prevenção de IACS implementada e vigente, disponibilizando equipamento de proteção individual aos profissionais, utilização de materiais descartáveis, individualização dos materiais para cada doente, respondendo desta forma à maioria das normas da DGS em relação ao controlo e prevenção das IACS.

A higiene das mãos deve ser realizada de acordo com o modelo conceptual dos “Cinco Momentos” e proposto pela OMS, evidência - Categoria IB, aos quais correspondem as indicações em que é obrigatória a higiene das mãos na prática clínica: antes do contacto com o cliente; antes de contactos limpos ou asséticos; após risco de exposição a fluidos orgânicos; após contacto com o cliente e após contacto com o ambiente do cliente.

A existência de solução antisséptica de base alcoólica em quantidade suficiente e distribuída por várias zonas foi um aspeto positivo e uma marca de qualidade nos cuidados.

Em relação à prevenção da infeção associada ao catéter venoso central (CVC), as intervenções são baseadas na norma nº 022/2015 da DGS e incluem a realização da higiene das mãos antes do manuseamento do CVC, descontaminação das conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool antes do seu manuseamento, realização do penso utilizando uma técnica assética, utilização de máscara e luvas esterilizadas aquando da realização do penso,

uso da cloro-hexidina a 2% em álcool na antissepsia da pele e realização do penso sempre que necessário.

Os clientes conectados a prótese ventilatória apresentam risco acrescido de desenvolver IACS. Para tentar evitar isso, foram selecionadas 5 medidas preventivas da pneumonia associada a ventilador. Todos os turnos implementei essas medidas, nomeadamente a lavagem da mucosa oral e dentes com uma diluição de água bidestilada e Solução Tantum Verde® - Cloridrato de Benzidamina (0,15%) na proporção de 1:1, com auxílio da aspiração e ação mecânica de esponjas próprias. Após a lavagem é aplicada em toda a cavidade oral clorhexidina gel 2%, com uma esponja limpa. Em cada turno também procedi à verificação do cuff, nomeadamente antes da realização da higiene oral, antes da mudança de posição do cliente ou sempre que necessário. Para além destas medidas, também tentei sempre que o posicionamento do cliente fosse com a cabeceira superior ou igual a 30 graus, adotando a posição supina para determinados procedimentos ou em situações de instabilidade hemodinâmica.

Na atuação da prevenção de IACS associada ao trato gastrointestinal, sempre que possível e que não haja nenhuma contraindicação, todos os doentes são submetidos a nutrição entérica por sonda naso-gástrica, uma vez que a presença de nutrientes no lúmen intestinal, previne a atrofia da mucosa e trato intestinal, mantém o fluxo sanguíneo da mucosa intestinal e mantém a secreção hormonal, prevenindo assim a translocação bacteriana e por sua vez reduz a incidência de complicações sépticas.

Na preparação e administração de medicamentos injetáveis segui as indicações de forma a prevenir as IACS e garantir uma administração segura e responsável.

A demonstração de conhecimentos específicos na área do controlo de infeção, foi uma competência desenvolvida. Durante o estágio foram desenvolvidos esforços por manter a prestação de cuidados no estrito cumprimento das medidas de prevenção e controlo da infeção.

Parte II – Componente de Investigação

Importância da visita pré-operatória de anestesia ao cliente submetido a cirurgia eletiva: Scoping Review.

Importance of the preoperative anesthesia visit to the client submitted to elective surgery: Scoping Review.

Resumo

Introdução: No período perioperatória, os enfermeiros executam um conjunto de atividades no pré, intra e pós-operatório, o que implica a mobilização de conhecimentos teórico-práticos, com base em evidências científicas atuais e de qualidade. No caso concreto no que se refere ao período pré-operatório de cirurgia eletiva, esse conhecimento proporciona-lhe cuidados centrados no doente, de modo que o mesmo possa expressar as suas preocupações e dúvidas.

Objetivos: Mapear as evidências científicas e identificar os benefícios da consulta pré-operatória para o doente submetido a cirurgia eletiva.

Material e métodos: Foi desenvolvida uma *Scoping Review* e realizada uma pesquisa da literatura nas bases de dados PubMed, CINHALL e B-on. O processo de seleção por título e resumo e, depois, por texto completo, foi realizado por dois revisores independentes.

Resultados: De um total de 396 artigos, 6 foram incluídos na revisão, cujos resultados evidenciam que a consulta pré-operatória privilegia a proximidade e a construção de uma relação terapêutica essencial na satisfação das necessidades informativas do doente, reduzindo significativamente o seu estado de ansiedade. Permite ter uma compreensão holística de cada doente, tomando como ponto de partida as necessidades holísticas, identificar os problemas que possam comprometer o procedimento cirúrgico, criar diagnósticos de enfermagem e, por fim, planejar cuidados.

Conclusão: É fundamental que, no pré-operatório, o doente tenha acesso a uma consulta na qual possa expressar as suas inquietações e incertezas, sobre o diagnóstico clínico, os detalhes e a duração do internamento. Neste sentido, é importante que o Enfermeiro Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica assuma a gestão de cuidados, para tranquilizar e reduzir as preocupações de cada doente, proporcionando-lhe cuidados de excelência.

Palavras-chave: Pré-operatório; Cirurgia seletiva; Enfermagem.

Abstract

Introduction: In the perioperative period, nurses perform a set of activities in the pre-, intra- and postoperative period, which implies the mobilization of theoretical and practical knowledge, based on current and quality scientific evidence. In the specific case of the preoperative period of elective surgery, this knowledge provides you with patient-centered care, so that you can express your concerns and doubts.

Objectives: To map the scientific evidence and identify the benefits of preoperative consultation for the patient undergoing elective surgery.

Material and methods: A Scoping Review was developed and a literature search was performed in PubMed, CINHALL and B-on databases. The selection process by title and abstract and then by full text was performed by two independent reviewers.

Material and methods: A Scoping Review was developed and a literature search was conducted in PubMed, CINHALL and B-on databases. The selection process by title and abstract and then by full text was performed by two independent reviewers.

Results: From a total of 396 articles, 6 were included in the review, whose results show that the preoperative consultation favors proximity and the construction of a therapeutic relationship essential in meeting the patient's informational needs, significantly reducing their state of anxiety. It allows a holistic understanding of each patient, taking holistic needs as a starting point, identifying problems that may compromise the surgical procedure, creating nursing diagnoses and, finally, planning care.

Conclusion: It is essential that, in the preoperative period, the patient has access to a consultation in which they can express their concerns and uncertainties about the clinical diagnosis, the details and the duration of the hospitalization. In this sense, it is important that the Medical-Surgical Nurse Specialist takes over the management of care, to reassure and reduce the concerns of each patient, providing them with excellent care.

Keywords: Preoperative; Selective surgery; Nursing.

Introdução

As consultas pré-operatórias são uma componente importante no tratamento de doentes submetidos a cirurgia eletiva. Estas consultas implicam a otimização das condições pré-existentes de saúde/doença da pessoa proposta para cirurgia; a avaliação e gestão do risco de morbilidade e mortalidade; o início de intervenções destinadas a diminuir o risco perioperatório e, quando adequado, a recomendação do adiamento ou cancelamento da cirurgia. Isto difere, mas complementa, os cuidados prestados durante uma avaliação pré-operatória que todos os doentes recebem antes da cirurgia (Pham et al., 2017). A corroborar, Sousa et al. (2018) referem que esta consulta configura-se como um momento de avaliação da condição de saúde/doença da pessoa para cirurgia, permitindo, assim, *a posteriori*, uma estruturação de um plano de cuidados individual por parte da equipa de saúde. Por outro lado, ainda em consonância com os mesmos autores, ajuda a reduzir os níveis de ansiedade, a esclarecer dúvidas, atenuar receios, orientar a pessoa, como momento de recolha de informação acerca do estado geral de saúde da pessoa, o que possibilita identificar alguns fatores de risco (Sousa et al., 2018).

Com o aumento da idade dos doentes e a complexidade das condições médicas, há necessidade de uma avaliação pré-operatória abrangente e de otimização para permitir melhores resultados na recuperação da pessoa submetida a cirurgia. As evidências de um estudo realizado na Finlândia por Gröndahl et al. (2019) mostram que as pessoas que foram submetidas a cirurgia eletiva revelaram mais satisfação por receberem informação dos enfermeiros no período pré-operatório, relatando ter-se sentido mais familiarizadas com o procedimento cirúrgico, sintomas e os tratamentos que iriam ter após a sua alta.

Como refere Silva (2021, p. 21), a consulta de enfermagem no pré-operatório tem como objetivos

- “Avaliar as necessidades físicas e psicológicas do utente;
- Identificar fatores de risco;
- Elaboração e prática de um plano de cuidados de enfermagem individualizado;
- Relatar procedimentos anestésico-cirúrgicos;
- Envolver a família ou pessoa significativa no plano de cuidados;
- Entregar documentação importante para orientação do utente;
- Realizar ensinamentos pré e pós-operatórios;
- Entender os receios e dúvidas que o utente e o seu núcleo de apoio possam ter em relação à cirurgia e tratamentos”.

A consulta de enfermagem pré-operatória, ainda em conformidade com Silva (2021, p. 21), consiste numa estratégia para reduzir “os níveis de ansiedade e promover conforto, tanto ao doente como ao seu núcleo de apoio principal, sendo que a diminuição da ansiedade é o

objetivo principal do enfermeiro na fase pré-operatória”. A corroborar, Jindal et al. (2023) referem que uma avaliação pré-operatória pormenorizada do doente pode contribuir para reduzir as taxas de mortalidade e de morbilidade.

Para quem vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica, os preparativos e a proximidade da sua realização representam um marco importante para o doente e família. Independentemente do grau de complexidade, cabe aos profissionais de saúde dar conhecimento ao utente/família de todos os pormenores, objetivos terapêuticos e possíveis efeitos secundários inerentes à intervenção cirúrgica. Esta informação pretende esclarecer dúvidas e cooperar para a tomada de decisão e consentimento informado. É na consulta pré-operatória de enfermagem que devem ser identificadas as necessidades informativas do utente/família e concretizadas medidas ajustadas que as suplantem (*Association for PeriOperative Registered Nurses*, 2018).

Ainda antes do procedimento cirúrgico, é de extrema importância a conversa entre a equipa de saúde e o utente/família. Durante esse momento, é dever dos profissionais da saúde orientarem esta díade sobre todo o procedimento, o que será realizado e a maneira que será executado. Uma vez que o doente/família é um agente ativo do seu processo saúde-doença, entendendo a necessidade e os benefícios que a cirurgia irá trazer para a sua vida, a relação entre equipa de saúde com o utente e seus familiares fica mais fluída e os resultados tendem a ser mais positivos (Thilen et al., 2018). A fonte e o modelo de transmissão de informações no período pré-operatório são fundamentais para reduzir os níveis de ansiedade. O pré-operatório é referido como uma fase fundamental na transmissão de informações relativas ao pós-operatório, a fim de a pessoa submetida a cirurgia não seja surpreendida com eventuais dispositivos médicos que não são do seu conhecimento, aumentando-lhe o nível de ansiedade. As evidências científicas revelam ser consensual que, no pré-operatório, é indispensável estabelecer um diálogo que proporcione a transmissão de informações relativas aos procedimentos, às intervenções de enfermagem e, fundamentalmente, que haja interesse pela partilha das emoções do utente. A relação de confiança entre o enfermeiro e o utente/família é estabelecida nesta fase, bem como a definição de diagnósticos, seguido de um plano de cuidados adequado às necessidades identificadas (Gonçalves et al., 2017; Petterson et al., 2018; *Association for PeriOperative Registered Nurses*, 2018).

A consulta pré-operatória de doentes submetidos a cirurgia eletiva é importante para verificar a existência de condições que possam afetar os resultados. Ajuda os profissionais de saúde a planear adequadamente a anestesia perioperatória e o tratamento cirúrgico. A preparação pré-operatória dos doentes submetidos a qualquer cirurgia envolve uma abordagem multidisciplinar (Cheng et al., 2021). Os mesmos autores salientam os cuidados pré-operatórios são de extrema importância quer para os doentes, quer para os profissionais

de saúde, porque os doentes vivenciam muitas vezes sentimentos de ansiedade, stresse e preocupação durante o período pré-operatório. Hernández-Palazón et al. (2018) relatam que 28% dos doentes demonstraram elevados níveis de ansiedade e que, frequentemente, esses sentimentos negativos são o culminar das principais preocupações pré-operatórias, um espetro que varia desde a incerteza sobre a cirurgia até às preocupações familiares.

Face a estas evidências, realizou-se uma *Scoping Review* para mapear as evidências científicas e identificar os benefícios da consulta pré-operatória para o doente submetido a cirurgia eletiva.

1- Material e métodos

Para o desenvolvimento deste estudo, foi utilizada a metodologia de uma *scoping review*, que permite mapear os conceitos principais subjacentes a um determinado tema; esclarecer definições e conceitos desse mesmo tema; identificar lacunas na evidência existente; resumir e divulgar resultados de pesquisa; e anteceder a realização de uma revisão sistemática (Mak & Thomas, 2022). É um tipo de síntese de conhecimentos que utiliza uma abordagem sistemática e interativa para identificar e sintetizar um conjunto de literatura existente ou emergente sobre um determinado tópico. Para o desenvolvimento da presente *scoping review* seguiu-se as *guidelines* propostas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peter et al., 2016), que seguem o enquadramento metodológico sugerido por Arksey e O'Malley (2005) e que consiste na definição da questão de investigação; identificação dos estudos relevantes; seleção dos estudos; caracterização e síntese dos resultados.

1.1 - Identificação da questão de investigação

O presente estudo tem como objetivo principal mapear as evidências científicas e identificar os benefícios da consulta pré-operatória para o doente submetido a cirurgia eletiva. Para se poder responder a este objetivo, definiu-se a questão de investigação, de acordo com o método PCC (População, Conceito e Contexto), sugerido pelo JBI, que se encontra descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Método PCC

P	População	Pessoa com cirurgia eletiva, idade ≥ 18 anos
C	Conceito	Benefícios da consulta pré-operatória para o doente
C	Contexto	Consulta pré-operatória

Esta *scoping review* pretende dar resposta à seguinte questão de investigação: *Quais os benefícios da consulta pré-operatória para o doente submetido a cirurgia eletiva?*

Para se poder dar resposta a esta questão, definiram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos em que a população-alvo sejam pessoas com idade ≥ 18 anos em situação de cirurgia eletiva. Foram considerados artigos em português, inglês, francês e espanhol, com data de publicação entre 2018-2023. Como critérios de exclusão definiram-se artigos que incluam população pediátrica; artigos que não sejam de cirurgia eletiva; publicações de cartas ao editor, editoriais, comentários e *case reports*; artigos prévios a 2018.

1.2 - Estratégia de pesquisa e bases de dados

A estratégia de pesquisa deve ser abrangente e identificar estudos publicados e não publicados, bem como revisões relevantes de modo a responder à questão de investigação (Mak & Thomas, 2022).

Inicialmente foi realizada uma breve pesquisa nas bases de dados PubMed e CINAHL e analisaram-se as palavras contidas no título e resumo, bem como nos termos do índice utilizados para descrever os artigos. Esta análise permitiu construir a estratégia de pesquisa e refinar os resultados. Seguidamente foi realizada uma segunda pesquisa nas várias bases de dados selecionadas para esta revisão, PubMed, CINAHL e B-On, usando todas as palavras-chave e termos de índice identificados, que se encontra representada na Tabela 2

Tabela 2. Sintaxe de pesquisa

Sintaxe de pesquisa	
#1	Search: "adult"[MeSH Terms] OR "adult"[Title/Abstract] "adult"[MeSH Terms] OR "adult"[Title/Abstract]
#2	Search: "preoperative care"[MeSH Terms] OR "preoperative care" [Title/Abstract] OR "preoperative period"[MeSH Terms] OR "preoperative period"[Title/Abstract] "preoperative care"[MeSH Terms] OR "preoperative care"[Title/Abstract] OR "preoperative period"[MeSH Terms] OR "preoperative period" [Title/Abstract]
#3	Search: "elective surgical procedures"[MeSH Terms] OR "elective surgical procedure"[Title/Abstract] OR "elective surgical procedures" [Title/Abstract] OR "surgical procedure elective"[Title/Abstract] OR "surgical procedures elective"[Title/Abstract] "elective surgical procedures"[MeSH Terms] OR "elective surgical procedure"[Title/Abstract] OR "elective surgical procedures" [Title/Abstract] OR "surgical procedure elective"[Title/Abstract] OR "surgical procedures elective"[Title/Abstract]
#4	("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[Title/Abstract]) AND ("preoperative care" [MeSH Terms] OR "preoperative care"[Title/Abstract] OR "preoperative period"[MeSH Terms] OR "preoperative period"[Title/Abstract]) AND ("elective surgical procedures"[MeSH Terms] OR "elective surgical procedure"[Title/Abstract] OR "elective surgical procedures" [Title/Abstract] OR "surgical procedure elective"[Title/Abstract] OR "surgical procedures elective"[Title/Abstract])
#5	Search: #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5

PUBMED	Search: (("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[Title/Abstract]) AND ("preoperative care"[MeSH Terms] OR "preoperative care"[Title/Abstract] OR "preoperative period"[MeSH Terms] OR "preoperative period"[Title/Abstract]) AND ("elective surgical procedures"[MeSH Terms] OR "elective surgical procedure"[Title/Abstract] OR "elective surgical procedures" [Title/Abstract] OR "surgical procedure elective"[Title/Abstract] OR "surgical procedures elective"[Title/Abstract])) May 25 05:33:14 2023	201
CINAHL	Search: adult AND "preoperative care" OR "preoperative period" OR "elective surgical procedures" OR "elective surgical procedure" OR "surgical procedure elective" OR "surgical procedures elective" May 25 05:33:14 2023	45
B-on	Search: adult AND "preoperative care" OR "preoperative period" OR "elective surgical procedures" OR "elective surgical procedure" OR "surgical procedure elective" OR "surgical procedures elective" May 25 05:33:14 2023	150

1.3 - Seleção de estudos

Após as pesquisas nas várias bases de dados, atingiu-se um total de 396 artigos e foi necessário selecionar, através de um conjunto de processos, os artigos a ser incluídos na revisão. Este processo de seleção encontra-se representado na Figura 1, de acordo com o Fluxograma PRISMA.

Para auxiliar o processo de seleção, recorreu-se à plataforma informática Rayyan®. A seleção dos estudos foi realizada em 3 etapas. A primeira etapa consistiu na exclusão dos estudos em duplicado, sendo que, após eliminação dos duplicados, o número de estudos perfazia um total de 207 artigos. A etapa seguinte, realizada por 2 revisores independentes, consistiu na leitura do título e resumo de cada artigo, analisando os mesmos e decidindo-se, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão, se estes cumpriam os requisitos para ser incluídos na revisão. Cada revisor realizou esta análise de “modo cego”, sendo que no final, os artigos que geraram conflito ou indecisão por parte dos revisores foram analisados e discutidos em conjunto. Após esta análise a partir do título e do *abstract*, foram selecionados 13 artigos para leitura completa. Assim sendo, após leitura completa dos artigos, manteve-se o método da segunda etapa, e a seleção foi realizada por 2 revisores independentes, de “modo cego”. Desta seleção, 6 artigos foram selecionados para inclusão na revisão. Para os artigos considerados inelegíveis na revisão, a razão primária da sua exclusão foi registada na composição do fluxograma de seleção de estudos.

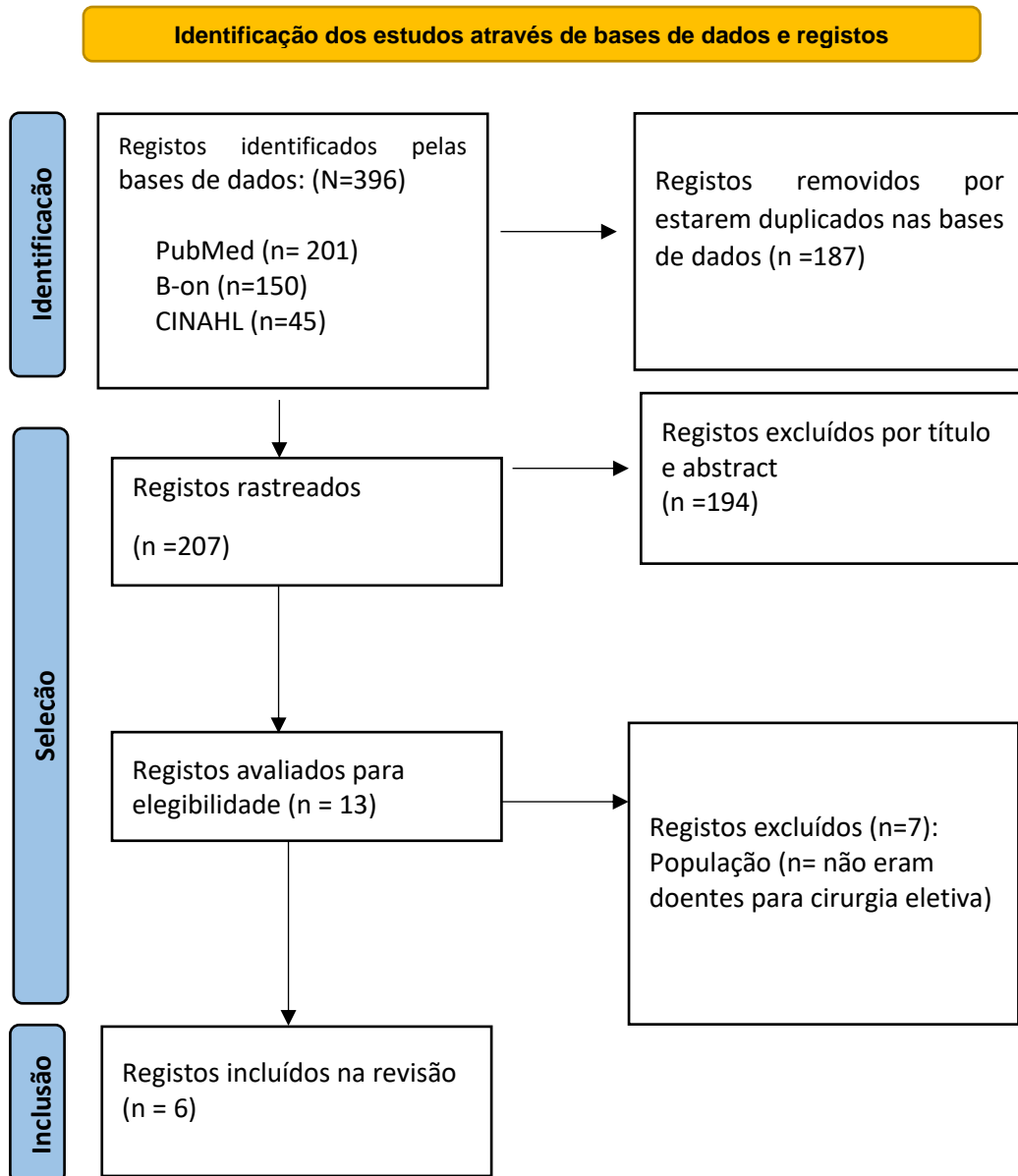


Figura 1. Diagrama de fluxo do PRISMA 2020

Fonte : Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, n71.*

1.4 - Extração dos dados

O processo de extração de dados deve fornecer ao leitor um resumo descritivo dos dados e resultados de cada estudo que vão ao encontro do objetivo e da questão de investigação (Munn et al., 2018). É recomendado que se recorra a ferramentas ou instrumentos específicos que orientem a extração de dados, sendo que estes devem conter as principais informações

sobre os estudos, tais como: o autor, ano de publicação, país de origem do estudo, contexto, população em estudo, metodologia e principais resultados (Munn et al., 2018; Mak & Thomas, 2022). Para este trabalho, a extração de dados fez-se recorrendo às ferramentas da Microsoft Excel®, em que foi elaborada uma tabela que continha as informações mais relevantes de cada estudo, nomeadamente: o autor, ano de publicação, título do estudo, tipo de estudo, contexto, população em estudo, país de origem e os principais resultados relevantes para esta *scoping review*. Esta informação foi, posteriormente, esquematizada e dividida numa tabela e apresentada nos resultados.

1.5 - Síntese dos dados

Após a extração dos dados, estes devem ser analisados, organizados e apresentados de modo a responder às questões em investigação; e sempre que possível devem ser resumidos de modo a sintetizar os mesmos (Munn et al., 2018; Mak & Thomas, 2022). Deste modo, os estudos foram agrupados de acordo com o objetivo definido anteriormente e os resultados foram analisados, organizados e apresentados e os principais dados foram sintetizados em forma de tabela. Posteriormente procedeu-se à discussão dos resultados.

2 - Resultados

No quadro 1 apresentam-se as características e principais resultados dos estudos incluídos na presente *scoping review* e que dão resposta á questão de investigação.

Quadro 1. Características e principais resultados dos estudos incluídos

Autores Ano País	Participantes	Contexto	Conceito	Resultados
Honig AJ, Galassi MG, Ogungbe OO, Uranga T, Cuevas DK. (2023) - EUA	Adultos submetidos a cirurgia eletiva	Consulta operatória pré-	Verificar se a implementação da aromaterapia na consulta pré-operatória reduz a ansiedade em adultos submetidos a cirurgia eletiva, para melhoria da qualidade dos cuidados prestados.	A equipa aplicou o Inventário de Ansiedade Traço-Estado para Adultos (STAIAD), forma curta Y-1, e administrou um composto de aromaterapia com três óleos perfumados baseados em evidências para determinar o seu efeito na redução da ansiedade pré-operatória em adultos submetidos a cirurgia eletiva. Os questionários (STAIAD) <i>Short Form Y-1</i> antes e depois da aromaterapia indicaram que a exposição reduziu significativamente a ansiedade pré-operatória. Houve uma diferença estatística e clínica significativa na pontuação da ansiedade estado após a exposição à aromaterapia, com uma média de 17,42 pontos ($p < .001$). Diminuição das náuseas, vômitos, dor, traduzindo-se em níveis elevados de satisfação dos doentes.
Bedaso, A., & Ayalew, M. (2019) - Etiópia	407 adultos para cirurgia eletiva	Consulta operatória pré-	Avaliar a prevalência de ansiedade pré-operatória e os seus preditores entre adultos para cirurgia eletiva.	No total de 402 doentes incluídos no estudo, 228 (56,7%) eram do sexo masculino. A prevalência de ansiedade pré-operatória foi de 47,0%. Ter um forte apoio social (AOR = 0,16, IC = 0,07, 0,34), danos causados por erro do médico ou do enfermeiro (AOR = 5,03, IC = 2,85, 8,89), resultado inesperado da cirurgia (AOR = 3,03, IC = 1,73, 5,19), incapacidade de recuperação (AOR = 2,96, IC = 1,18, 4,87) e necessidade de transfusão de sangue (AOR = 2,76, IC = 1,65, 4,62) foram os fatores significativamente associados à ansiedade pré-operatória. Os doentes precisam de ser avaliados regularmente quanto à ansiedade durante a consulta pré-operatória, o que ajuda os enfermeiros a recorrerem a estratégias que os passam acalmar e desmistificar os seus medos.
Ramamohan D, Indira S,	100 doentes adultos: (50	Consulta operatória pré-	Avaliar os níveis de ansiedade pré-operatória	A média de idade dos doentes era de 49 anos. Verificou-se

Sateesh S, Kumar SS, Bhandarkar P, Sahana Bhat NR, et al. (2018) – Índia	em cada grupo) para cirurgia eletiva		em doentes que receberam e que não receberam o instrumento da Organização Mundial de Saúde (OMS) - Instrumento de Comunicação com o Doente" - antes de se submeterem a uma intervenção cirúrgica eletiva.	que, no Grupo A (experimental), os doentes obtiveram uma pontuação de resposta superior à do Grupo B (controlo). A pontuação média de respostas de cada pergunta individual, entre os dois grupos, foi significativamente diferente em metade das perguntas. Entre as perguntas realizadas foi encontrada diferença estatisticamente significativa (p=0,017) nas respostas relacionadas com a anestesia.	
Kuzminskaitė, V., Kaklauskaitė, J., & Petkevičiūtė, J. (2019) – Lituânia	149 doentes adultos:	Consulta operatória	pré-	Avaliar a ansiedade do doente na consulta pré-operatória. A ansiedade pré e pós operatória foram avaliadas através de <i>Hospital Anxiety and Depression</i> (HADS), a <i>Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale</i> (APAIS), e foi aplicada a Escala Visual Analógica (Face) (VAFS).	Os doentes estavam sobretudo preocupados com o sucesso (29,3%) e as complicações (11,4%) da cirurgia A análise da pontuação APAIS revelou uma ansiedade significativamente maior (p<0,01) e uma necessidade de informação (p<0,01) sobre a cirurgia em comparação com a anestesia. História de cirurgia anterior, o medo do risco cirúrgico (p=0,02), a avaliação subjetiva da saúde (p<0,01) foram fatores mais associados ao sexo feminino, com aumento dos níveis de ansiedade (p<0,01). Os doentes optaram por escolher uma conversa com os profissionais de saúde (45,6%) ou com um familiar (44,8%) como medida para aliviar a ansiedade e 18,4% optariam por medicamentos.
Ali, A.E. S., & Abdallah, A.H. M. (2020) – Sudão	100 doentes adultos para cirurgia eletiva	Consulta operatória	pré-	Avaliar o impacto da preparação pré-operatória nos resultados dos doentes submetidos a cirurgia eletiva.	Mais de dois terços (79,4%) dos doentes tinham poucos conhecimentos sobre a importância dos preparativos pré-operatórios, mas melhoraram após a implementação do programa na consulta, o que se refletiu no comportamento e no resultado dos doentes na fase pós-operatória; 70% relataram qualquer ansiedade na fase pós-operatória. A maioria dos doentes (70%) sentiu dor de intensidade moderada a grave nas primeiras 4 horas, este nível de dor reduziu-se para um nível de dor ligeiro ou nulo em (82%) dos doentes nas 12 horas seguintes. A maioria dos doentes relatou boa satisfação total face aos preparativos, na consulta pré-operatória, e aos resultados.
Kassahun, W.T., Mehdorn, M., Wagner, T.C., Babel, J., Danker, H., &	400 doentes adultos para cirurgia eletiva	Consulta operatória	pré-	Avaliar se a ansiedade relatada pelo doente no pré-operatório afeta os resultados da cirurgia eletiva. Foi aplicado o prospectivamente o <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (STAI) para avaliar a ansiedade pré-operatória face aos procedimentos cirúrgicos.	Os doentes apresentavam uma média de idade de 58,5±14,12 anos. A maioria era do sexo masculino (53,8%). A pontuação do estado de ansiedade (STAI-S) ≥ 40 foi assumida como ponto de referência: a prevalência de ansiedade foi de 60,5% (241 de 400). A pontuação média do STAI-S para esses doentes foi de 50,48 ± 7,77; 53,5% das mulheres e 46,5% dos homens

sGockel, I. (2022) - Alemanha				revelaram um elevado estado de ansiedade ($p=0,003$). Em toda a coorte, o medo das complicações pós-operatórias ocorreram em 23,9% e 28,6% dos grupos com ansiedade e sem ansiedade, respetivamente. Na análise multivariada ajustada e com base nos resultados da análise dos subgrupos, a ansiedade pré-operatória avaliada pelo score da STAIS foi associada à morbilidade (OR 2,12, IC 1,14-3,96; $p=0,018$).
-------------------------------------	--	--	--	--

3 - Discussão

Os resultados dos estudos incluídos na presente *scoping review* revelam que a consulta pré-operatória de enfermagem privilegia a proximidade e a construção de uma relação terapêutica essencial na satisfação das necessidades informativas do doente, reduzindo significativamente o seu estado de ansiedade. Foi enfatizada a importância de se avaliar cada doente de forma individualizada, tendo como ponto de partida a perspectiva do próprio, para planejar e realizar intervenções autónomas de enfermagem. Todos os estudos reforçam que a ansiedade, como uma sensação desagradável associada ao medo, à tensão e ao nervosismo, é agudizada face a uma cirurgia. Durante o período pré-operatório, os doentes vivenciam situações que estimulam a ansiedade psicológica levando ao stress durante e após a cirurgia. A ansiedade secundária à doença, à hospitalização e à cirurgia eletiva é designada por ansiedade pré-operatória. As causas mais comuns são a espera pela cirurgia, a preocupação com os resultados da cirurgia, a separação da família, a antecipação da dor pós-operatória, a perda de independência e o medo da cirurgia e da morte. A ansiedade pré-operatória pode causar efeitos adversos psicológicos e fisiológicos, podendo, inclusive, interferir no processo de cirurgia e pode colocar os doentes em perigo durante o processo cirúrgico. Os comportamentos desadaptativos, a situação de emergência e a ansiedade pré-operatória são comuns entre as pessoas adultos submetidas a cirurgia e estes fenómenos estão relacionados. O aumento da necessidade de analgésicos no pós-operatório, o prolongamento do internamento hospitalar e a recuperação são comuns nos adultos. Além disso, pode desencadear sistemas autonómicos e endócrinos que causam instabilidade hemodinâmica. Os estudos salientam ainda que a ansiedade pré-operatória grave está associada a uma pior cicatrização da ferida cirúrgica e a complicações pós-operatórias, como náuseas, vômitos e dor, existindo uma relação inversa significativa entre a ansiedade, a recuperação e eficácia da anestesia (Honig et al., 2023).

No estudo de Honig et al. (2023), como forma de reduzir os níveis de ansiedade pré-operatória, foi utilizada a aromaterapia e as respostas ao inquérito indicaram que houve uma diferença estatística e clínica significativa na pontuação da ansiedade após a exposição à aromaterapia, com uma média de 17,42 pontos ($p < .001$). Diminuição das náuseas, vômitos, dor, traduzindo-se em níveis elevados de satisfação dos doentes, com 96% dos doentes a relatar que utilizariam a aromaterapia pré-operatória no futuro e 91% sentiram uma maior satisfação com os seus cuidados perioperatórios. A resposta fisiológica ao aumento da ansiedade leva a um aumento das náuseas e vômitos perioperatórios, maior índice de dor e suscetibilidade a uma recuperação prolongada da cirurgia. A implementação da aromaterapia pode reduzir a ansiedade, atenuando, assim, complicações e prevenção dos custos adicionais

acumulados (Wang et al., 2022). Segundo Bedaso et al. (2019), as grandes mudanças na vida estão entre os fatores que causam ansiedade e uma dessas mudanças é a cirurgia. A hospitalização, independentemente da patologia, é conhecida por provocar ansiedade no doente internado para uma intervenção cirúrgica. A ansiedade é uma experiência perturbadora desagradável que envolve uma forma de pensar com tensão, apreensão, mal-estar e elevada atividade autonómica. Os doentes com altos níveis de ansiedade requerem doses maiores de agentes de indução anestésica e não apresentam a recuperação desejada.

No estudo de Ramamohan et al. (2018), com 100 doentes para cirurgia eletiva, procuraram compreender os seus medos e a ansiedade, tendo sido divididos em grupo de intervenção (Grupo A), ou seja, foi-lhes aplicado o instrumento da Organização Mundial de Saúde (OMS) antes de se submeterem à intervenção cirúrgica eletiva, e grupo de controlo (Grupo B). O instrumento da OMS tem como objetivo perguntar aos doentes o que necessitam de saber antes e depois da cirurgia, a fim de os sensibilizar para as perguntas a fazer à equipa de gestão cirúrgica. Para avaliar o nível de ansiedade pré-operatória nos dois grupos, foi aplicada a *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS). Verificou-se que, no Grupo A, os doentes obtiveram uma pontuação de resposta ligeiramente superior à do Grupo B. A pontuação média de respostas de cada pergunta individual, entre os dois grupos, foi significativamente diferente em metade das mesmas. Entre as perguntas foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,017$) nas respostas relacionadas com a anestesia, sendo esta a maior preocupação dos doentes. Ficou demonstrado que uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os doentes, na consulta pré-operatória, é a chave para estabelecer a confiança entre estes, resultando na transmissão de informações claras e corretas e numa prestação de cuidados satisfatórios para ambas as partes. De igual modo, Kuzminskaitė et al. (2019), uma parte significativa dos doentes sentia níveis elevados de ansiedade antes da cirurgia, sobretudo em relação ao sucesso da mesma. De acordo com os doentes, o diálogo estabelecido com os profissionais de saúde na consulta pré-operatória foi a melhor opção para reduzir a sua ansiedade. O estudo prospetivo quasi-experimental de base hospitalar foi realizado no Sudão de Al e Abdallah (2020), com uma amostra de 100 doentes, mais de metade (57%) do sexo feminino e com 57% acima dos cinquenta anos, também apoia a eficácia da consulta pré-operatória nos resultados dos doentes, referindo que a preparação física e psicológica dos doentes no pré-operatório é a pedra angular dos bons resultados. A educação pré-operatória permite aos doentes diminuir as complicações pós-operatórias, aumentar a sua satisfação, reduzir a ansiedade e encurtar o tempo de hospitalização. O estudo documenta que o nível de ansiedade variava na fase pré-operatória, tendo-se verificado que 69% dos doentes tinham relatado um nível de ansiedade moderado a elevado. A redução significativa do nível de ansiedade foi registada na fase pós-operatória,

em que mais de dois terços dos 70% dos doentes referiram não ter qualquer ansiedade ou ansiedade ligeira. Esta redução do nível de ansiedade indica que a informação pré-operatória fornecida na consulta teve um impacto significativo para tranquilizar e apoiar psicologicamente o doente. Este resultado está de acordo com a linha de conclusões de outros estudos anteriores, que concluíram que o fornecimento de informações adequadas na consulta pré-operatória ajuda o doente a reduzir a ansiedade (Akinsulore et al, 2015). Ferreira et al. (2017, p. 1) referem que o período pré-operatório da cirurgia eletiva começa no momento em que “o doente toma a decisão de prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a sua transferência para a mesa de cirúrgica”. Nesse período, os mesmos autores salientam que o cuidado da enfermagem é essencial, devendo suceder de forma planeada e baseada em evidências científicas. O enfermeiro é responsável pela preparação do doente, desenvolvendo cuidados como: “orientação, preparação física, emocional e avaliação, com a finalidade de diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação e evitar as complicações no pós-operatório”. Os resultados do seu estudo de revisão da literatura indicam que os cuidados pré-operatórios de enfermagem, que devem ser prestados durante esse momento, centram-se na intervenção e no plano de cuidados para prevenir e diminuir possíveis complicações cirúrgicas, sendo tais cuidados essenciais para se alcançar êxito no procedimento. A corroborar, o estudo prospetivo observacional de Kassahun et al. (2022), com uma amostra de 400 doentes adultos para cirurgia eletiva, indica que a maioria foi classificada como possuidora de ansiedade pré-operatória de alto a muito alto nível, com registo de significância estatisticamente significativa para o efeito da ansiedade relatada pelos doentes na morbidade no pós-operatório. Os autores verificaram que uma comunicação eficaz e assertiva na consulta pré-operatória pode ajudar os doentes a obterem toda a informação necessária, esclarecer dúvidas, a desmistificar ideias preconcebidas e adoção de um comportamento eficaz, pois a transmissão adequada de informações durante este momento tem efeito de reduzir a ansiedade. Esta consulta pode ser, assim, considerada como um ponto de partida para o início de uma relação facilitadora da comunicação centrada no doente, possibilitando ao enfermeiro ter conhecimento da história do doente, através de perguntas abertas que promovam o diálogo e reduzam o seu estado de ansiedade (Gröndahl et al., 2019).

Conclusão da Investigação

Esta *Scoping Review* permitiu mapear as evidências científicas e identificar os benefícios da consulta pré-operatória para o doente submetido a cirurgia eletiva, com evidências a enfatizarem a importância desta consulta, por ser um momento onde o enfermeiro estabelece uma comunicação assertiva com os doentes, dando-se lugar a uma comunicação centrada na pessoa no pré-operatório e, ao recorrer a esta abordagem, o objetivo da intervenção da comunicação centrada na pessoa é alcançado. As evidências encontradas demonstram que a informação transmitida pelos enfermeiros reduz os estados de ansiedade pré-operatória. Níveis excessivos de ansiedade pré-operatória podem indicar uma perceção exagerada de risco cirúrgico e preocupação com a cirurgia. Por outro lado, também pode refletir processos de cuidado que não possam estar sintonizados com as necessidades dos doentes, revelando a necessidade de um maior investimento na preparação pré-operatória dos doentes, inclusive, em relação às necessidades psicológicas e informativas, dando maior ênfase às intervenções autónomas dos enfermeiros.

Por conseguinte, deve ser adotada uma intervenção estruturada, executável, objetiva e individualizada na consulta pré-operatória. Assim, sugere-se a criação de uma consulta de enfermagem no período pré-operatório, para que o doente possa ser informado e reduza os seus níveis de ansiedade. Esta consulta assume-se também como importante para os próprios enfermeiros do perioperatório, uma vez que a mesma promove a sua autonomia, o reconhecimento e a satisfação profissional. Configura-se como um espaço caracterizado pelo planeamento de cuidados personalizados baseados numa metodologia científica, promotor de uma relação empática entre o enfermeiro/doente e de comunicação entre os diferentes enfermeiros do perioperatório.

Encontraram-se algumas limitações no desenvolvimento desta revisão, a se ter em conta. Esta *Scoping Review* teve como objetivo mapear o conhecimento existente sobre os benefícios da consulta pré-operatória para o doente submetido a cirurgia eletiva, com a maioria dos estudos a reportar-se a outras áreas que não as de enfermagem e sem ser em doentes para cirurgia eletiva. A pesquisa para esta revisão incluiu artigos científicos publicados em quatro línguas, mas podem existir publicações relevantes noutros idiomas que não foram identificadas. No entanto, estas limitações não retiram o valor do trabalho desenvolvido e as conclusões a que se chegou.

Referências bibliográficas

- Akinsulore, A.D.E.S.A.N.M.I., Owojuyigbe, A.M., Faponle, A.F. and Fatoye, F.O., 2015. Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East J Anaesthesiol*, 23(2), pp.235-40.
- Ali, A.E. S., & Abdallah, A.H. M. (2020). Effect of preoperative preparation on patients outcome among patients undergoing surgical operations at almik nimir hospital – sudan. *International Journal of Research -GRANTHAALAYAH*, 8(8), 346–355. <https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v8.i8.2020.441>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). *Scoping studies: towards a methodological framework*. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Association for PeriOperative Registered Nurses. (2018). Guidelines for perioperative practice. EUA: AORN
- Atlas A, Milanese S, Grimmer K, et al. Sources of information used by patients prior to elective surgery: a scoping review. *BMJ Open* 2019;9:e023080. doi:10.1136/bmjopen-2018-023080
- Bedaso, A., & Ayalew, M. (2019). *Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia*. *Patient Safety in Surgery*, 13(1). doi:10.1186/s13037-019-0198-0
- Cheng, J.Y.J., Wong, B.W.Z., Chin, Y.H. ... Chong, C.S. (2021). Preoperative concerns of patients undergoing general surgery. *Patient Education and Counseling*; Vol.104, 6, 1467-1473. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.010>.
- Ferreira, V.B.O., Nunes, L.S.M., Calvacanti, F.G., Lima, T.S, & Silva,S.C.R. (2017). **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório de cirurgias eletivas..** Anais VI CONGREFIP... Campina Grande: Realize Editora. <<https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/27820>>.
- Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. D. N. R., & Martins, J. C. A. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(14), 17-26. doi 10.12707/RIV17023.
- Gröndahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2019). *Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland*. *BMJ Open*, 9(4), e023108. doi:10.1136/bmjopen-2018-023108
- Hernández-Palazón, J., Fuentes-García, D., Falcón-Araña, L., Roca-Calvo, M. J., Burguillos-López, S., Doménech-Asensi, P., & Jara-Rubio, R. (2018). Assessment of Preoperative Anxiety in Cardiac Surgery Patients Lacking a History of Anxiety: Contributing Factors and Postoperative Morbidity. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 32(1), 236–244. doi:10.1053/j.jvca.2017.04.044
- Honig AJ, Galassi MG, Ogungbe OO, Uranga T, Cuevas DK. Implementation of Aromatherapy, a Nonpharmacological Intervention, to Reduce Anxiety During the Preoperative Period. *J Perianesth Nurs*. 2023 Apr;38(2):206-212. doi: 10.1016/j.jopan.2022.06.011.
- Jindal, P., Patil, V., Pradhan, R., Mahajan, H. Rani, A., & Pabba, U.G. (2023). Update on preoperative evaluation and optimisation. *Indian Journal of Anaesthesia*; 67(1):p 39-47, DOI: 10.4103/ija.ija_1041_22

- Kang HE, Jung SM, Park S. Pharmacological and non-pharmacological interventions to alleviate anxiety before pediatric anesthesia: a survey of current practice in Korea. *Anesth Pain Med.* (2016) 11:55–63. 10.17085/apm.2016.11.1.55
- Kassahun, W.T., Mehdorn, M., Wagner, T.C. *et al.* (2022). The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery. *Sci Rep* **12**, 6312. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10302-z>
- Mak, S., & Thomas, A. (2022). Steps for Conducting a Scoping Review. *J Grad Med Educ.*;14(5):565-567. doi: 10.4300/JGME-D-22-00621.1.
- Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, Mearthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review ? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol.* 2018;18(143):1–7.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.* *BMJ*, n71.
- Peter, M., Godfrey, M. C., & Mcinerney, P. S.B. (2016). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. *Joanne Briggs Institute*; 1–24.
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L. C., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery—Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of clinical nursing*, 27(13-14), 2904- 2916. doi: 10.1111/jocn.14312.
- Pham, C. T., Gibb, C. L., Fitridge, R. A., & Karnon, J. D. (2017). *Effectiveness of preoperative medical consultations by internal medicine physicians: a systematic review.* *BMJ Open*, 7(12), e018632. doi:10.1136/bmjopen-2017-018632
- Ramamohan D, Indira S, Sateesh S, Kumar SS, Bhandarkar P, Sahana Bhat NR, et al. Understanding preoperative anxiety in patients before elective surgical intervention. *Int J Acad Med* 2018;4:56-9
- Silva, C.R.L. (2021). *Consulta de Enfermagem Pré-operatória em Cirurgia de Ambulatório: importância para a satisfação do utente.* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/26363/1/Susana%20Cristina%20Ruivo%20Lo%CC%81%20Silva.pdf>
- Sousa, Z., Neves, M. C., & Carvalho, D. (2018). Consulta de Enfermagem: como, quando e porquê? *Revista Portuguesa de Diabetes*, 13(2), 63-67. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2018/07/RPD-Vol-13-n%C2%BA-2-Junho-2018-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-63-67.pdf>
- Thilen, S. R., Wijesundera, D. N., & Treggiari, M. M. (2016). *Preoperative Consultations.* *Anesthesiology Clinics*, 34(1), 17–33. doi:10.1016/j.anclin.2015.10.003
- Thilen, S.R., Woersching, A.L., Cornea, A.M. *et al.* (2018). Surgical specialty and preoperative medical consultation based on commercial health insurance claims. *Perioper Med* 7, 9 . <https://doi.org/10.1186/s13741-018-0089-4>
- Wang R, Huang X, Wang Y, Akbari M. Non-pharmacologic Approaches in Preoperative Anxiety, a Comprehensive Review. *Front Public Health.* 2022 Apr 11;10:854673. doi: 10.3389/fpubh.2022.854673.

Woldegerima Y, Fitwi G, Yimer H, Hailekiros A. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. Gondar, Northwest Ethiopia, 2017. A cross-sectional study. *Int J Surg Open*. (2018) 10:21–9. 10.1016/j.ijso.2017.11.001

Conclusão

A Enfermagem que se preconiza, defende uma perspectiva holística do cuidar da pessoa, da concepção até morte. Esta, ao longo do seu ciclo vital necessita de um cuidar adequado à sua circunstância, o que implica competências específicas em cada fase do seu ciclo de vida.

Neste âmbito, o enfermeiro especialista tem um papel predominante, uma vez que é cada vez mais um profissional reflexivo, capaz de mobilizar conhecimentos científico, técnico, tecnológico e relacional, baseados na evidência científica, tem em conta as respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde, demonstra uma enorme capacidade de tomada de decisão e tem competências que permitem complementar e coordenar programas de qualidade com a finalidade de gerar ganhos em saúde.

Este relatório final constitui um momento de análise e reflexão acerca do percurso realizado, das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas. Para tal, no decorrer do percurso de aquisição de competências a reflexão na prática e sobre a prática foi fundamental. As aulas teórico-práticas que precederam os estágios foram cruciais para ultrapassar e responder em tempo útil às situações que surgiram, de modo a prestar cuidados específicos ao cliente crítico e sua família.

Cuidei do cliente, revelei capacidade de intervenção e responsabilidade perante situações novas e complexas, tendo em conta a prevenção de complicações, executando as intervenções de enfermagem de acordo com o diagnóstico, gerindo os sinais e sintomas e comunicando atempadamente possíveis complicações, desenvolvendo assim uma metodologia eficaz na assistência ao cliente e família.

Na prestação dos cuidados, regi-me por uma prática profissional segura e ética, respeitando sempre os direitos humanos, fui de encontro às necessidades do cliente e família usando os mesmos como parceiros dos cuidados.

No decorrer da prática clínica, foram proporcionados momentos de análise, reflexão, debate, partilha de experiências, saberes, vivências e de muita pesquisa e estudo, desenvolvidas novas competências, atitudes e saberes efetivando-se os objetivos traçados. Evidencio os aspetos e situações que assumiram uma maior importância para o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser. Integrei as equipas de enfermagem com sucesso, respeito e demonstrei capacidade de trabalhar em equipa.

As dificuldades sentidas ao longo dos estágios estiveram relacionadas com a dinâmica e a especificidade dos serviços. Também o facto de conciliar a vida profissional, pessoal, realização de formações e elaboração de relatórios, foi um esforço constante quer psicologicamente e fisicamente.

Com o trabalho de investigação foram desenvolvidas habilidades na construção do pensamento científico, na pesquisa em base de dados, no trabalho com gestores de referências bibliográficas, na reflexão sobre a atividade e na elaboração de texto/artigo científico. Pretende-se a publicação do mesmo para apreciação pela comunidade científica.

Concluo, referindo que perante o percurso desenvolvido e o conteúdo exposto neste relatório, o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica é uma possibilidade excepcional de desenvolvimento de competências e de enriquecimento pessoal e profissional, estando motivado para aperfeiçoar e continuar a desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados numa área tão abrangente como é a da Médico-Cirúrgica.

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral de Saúde (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário. Direção-Geral da Saúde.
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2022). Guia orientador dos Estágios: 8oCMEMC e 9oCPLEEMC. Viseu.
- Grupo Português de Triagem (2023). Sistema de Triagem de Manchester. Acedido em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- ICN. (2021). The ICN Code of Ethics for Nurses: Revised 2021. In International Council of Nurses.
- https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_eng.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, II(135), pp. 19359-18370. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II(26), pp. 4744-4750. Acedido [em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf)
- Pinho, J. (2020). Enfermagem em Cuidados Intensivos. Lidel- Lisboa: Edições Técnicas, Lda.
- Portugal, Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015- 2020. Diário da República, 2 (28), pp 3882 (2) – 3882 (10). Acedido em <https://dre.pt/application/file/66457154>.
- Regulamento 429/2018. (2018, Julho 16). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2 (135), pp 19359 – 19370. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>.

- Regulamento 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2 (26), pp 4744 – 4750. <https://dre.pt/home//dre/119236195/details/maximized>

ANEXO I

Formação: Abordagem ao tratamento de feridas em contexto de Urgência

Abordagem ao Tratamento de Feridas em Contexto de Urgência

Estágio em Urgência Médico-Cirúrgica



Atabela Santos nº 4094
 Clarinda Simões nº 4117
 Hugo Lobo nº 1770
 Joana Mendes nº 2152

Centro de Tratado em Enfermagem Médico - Cirúrgica 9.ª ed.
 Centro de Pós-Graduação de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica 9.ª ed.

PLANO DE SESSÃO

Objetivo Geral: Rever e atualizar conhecimentos no tratamento das feridas em contexto de urgência.

Objetivos Específicos:
 Reconhecer os diferentes tipos de feridas no Serviço de Urgência.
 Compreender a importância do tratamento de feridas agudas.
 Mencionar métodos de atuação enfermeiros perante uma ferida aguda.

CONTEÚDO	MÉTODO	MEIOS AUXILIARES	TEMPO
INTRODUÇÃO <ul style="list-style-type: none"> • Caracterização e justificação do tema; • Tipos de feridas; • Processos de cicatrização; 			2 min
DESENVOLVIMENTO <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese; • Abordagem à ferida aguda; • Limpeza e desbridamento da ferida cirúrgica; • Feridas traumáticas; • Feridas com queimadura superficial. 	Expositivo e Interativo	Computador, Diaprojetor, Bibliografia	15 min
CONCLUSÃO <ul style="list-style-type: none"> • Reflexão final. 			4 min

Introdução

O tratamento de feridas tem tido um crescente interesse por parte dos profissionais de saúde.

A cada pessoa portadora de ferida caberá um plano terapêutico único e irrepetível.

A pessoa com ferida deve ser avaliada e cuidada numa abordagem holística.

No tratamento de feridas, a **prática baseada na evidência** exige a identificação da melhor evidência, baseada em dois critérios principais: **segurança e eficácia**.

(Pereira et al., 2022)

Abordagem às Feridas

Feridas Agudas


Uma lesão local provocada por uma ação agressiva ou violenta contra o organismo.

Podem ser superficiais ou profundas, fechadas ou abertas, simples ou complexas, agudas ou crónicas.

Cicatrizam sem que fatores locais originem complicações.

São de curta duração (<3 meses) e a sua cicatrização conclui-se de maneira controlada.

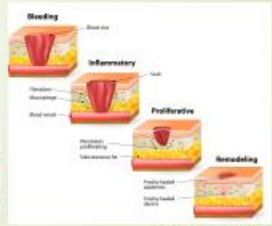
Têm origem em cirurgias ou traumatismos.



(Pereira et al., 2022)

Abordagem às Feridas

Fases de Cicatrização



Hemostasis: Blood clot formation to stop bleeding.

Inflammatory: Immune response to clear debris and prevent infection.

Proliferative: Formation of new tissue through angiogenesis and fibroblast migration.

Remodelling: Strengthening and restructuring of the wound bed.

Fonte: Black Images, 01/04/2015, 24622110

Abordagem às Feridas

Processo de cicatrização

No que concerne ao processo de cicatrização as feridas podem cicatrizar por:

- 1ª Intenção:** As margens da ferida são aproximadas e a ferida é encoberta por fios de sutura, agulhas, tesa de sutura catenar ou cola biológica.
- 2ª Intenção:** A ferida cirúrgica pode ser deixada aberta. É uma opção sempre a considerar se o encerramento for prejudicial. Ex: abscessos.
- 3ª Intenção:** A ferida é deixada aberta durante um certo período de tempo, com intenção de ser posteriormente encoberta cirurgicamente.

(Pereira et al., 2022)

Tipo de feridas

Agudas

- Traumáticas
- Abrasão Epitelial
- Queimaduras
- Incisões Cirúrgicas

↓

Mais comuns num serviço de urgência...

Crônicas

- Úlceras de Presião
- Úlceras de Perna Veia
- Úlceras Arteriais
- Úlceras de Pé Diabético

↓

Complexas

(Passiva et al., 2012)

Classificação - Feridas Agudas

Abertas

- Superficiais
Erroses ou escoriações
- Profundas
 - Incisas** - cortes ou perfurações;
 - Cortadas** - provocadas por compressão ou trauma;
 - Perforadas** - áreas de fogo branco e objetos perfurantes;
 - Avulsões/Aparências em Fendas** - forças de compressão ou cisalhamento (colisão de dois corpos ou mordeduras).

Fechadas

- Esguinhos e lacerações

(Mendes et al., 2009)

Contaminação da ferida

Classificação

Probabilidade e grau de contaminação

70% das feridas traumáticas, no momento em que ocorrem apresentam-se contaminadas por organismos potencialmente patogênicos que podem conduzir a uma infecção.

(Passiva et al., 2012)

Preparação do leito da ferida

Fatores que impedem a cicatrização
Podem ser representado pela mnemônica **TIME**:

- **T** de tecido devitalizado/desbridamento.
- **I** de infecção ou inflamação.
- **M** de meio em equilíbrio/ ambiente húmido.
- **E** de epiderme das margens.

Segue este quatro passos/procedimentos à a base do tratamento de feridas.

Foca-se em 3 componentes: **DEM-E**

- D** - Desbridamento.
- E** - Controle da infecção e inflamação.
- M** - Equilíbrio da humidade.
- E** - Entredo dos bordos opostos.

Implica o recurso a terapias avançadas.

Quando TIME não é apenas um acrónimo, mas sim um guia para a prática.

(2008, 2009)

Anamnese

(GAB, 2019)

Exame objetivo


(Mendes et al., 2019)

Abordagem terapêutica

Profilaxia do tétano

São consideradas feridas potencialmente tetanogênicas:

- Feridas ou queimaduras que requerem tratamento cirúrgico;
- Punctiformes (pregos, espinhos, dentadas);
- Corpos estranhos (farpas de madeira);
- Contaminadas com solo ou estrume;
- Com evidência clínica de infecção;
- Com tecido desvitalizado;
- Fraturas expostas.



(PNV, 2020)

Abordagem terapêutica

Profilaxia do tétano

Todos os serviços que prestam atendimento de urgência têm de dispor de vacinas contra o tétano (Td) e de imunoglobulina humana antitetânica (IHT).

A administração de imunoglobulina G humana antitetânica (IHT) deve ser efetuada **antes** da limpeza da ferida, uma vez que esta intervenção pode libertar uma quantidade significativa de toxina tetânica.

(PNV, 2020)

Abordagem terapêutica

Avaliação da Dor

Garantir que cada avaliação da dor é individualizada.

A pessoa com ferida aguda tem dor.

Minimizar a dor nos procedimentos.

A pele em redor da ferida pode ficar sensível e dolorosa.

Administrar analgesia.

(Pavoni et al., 2022)

Abordagem terapêutica

Princípio na escolha do apósito

Avaliação precisa

Conhecimento adequado

Produto adequado

Necessidades da ferida.

- Manter a humidade da ferida
- Permitir as trocas gasosas
- Proteger de traumas
- Ser impermeável a bactérias
- Remover o excesso de exsudado
- Ser não-aderente
- Ser livre de partículas prejudiciais
- Ser cosmeticamente aceitável

(GAB, 2021)

Opções terapêuticas

Apósitos

Dobriamentos	Controlo do Exsudado	Controlo de Infecção	Controlo de odor	Interfaces	Granulantes/Epitelizantes	Preservadores de cicatrização	Protetores cutâneos
Hidrogel; Colagenases; Poliacrilatos	Carbonato cálcico; Alginato Espanno	Polibenzimidazolona (Pilonit) Ácidos gordos saturados Má Iodo Prata Cloroxalina	Carvão ativado	Gelatina impregnada	Hidrocolóides Pólvicos	Multidextrina Modulador das proteínas Colágeno Ác. Hialurônico	Pólipimeros acrílicos Cremes barreira Ácidos gordos Hiper oxigenados

(GAB, 2019)

Abordagem terapêutica

Recomendações

A humidade equilibrada da ferida favorece a cicatrização. Os pensos estão concebidos para manter:

Ferida húmida,
Limpar a ferida ;
Mantê-la limpa,
Protege-la de traumatismo físico ou de contaminação bacteriana.

- Uso de técnica limpa e não traumática.
- Lavar a ferida aberta com SF.
- Utilizar água e sabão para lavar pele circundante.

(Pavoni et al., 2022)

Abordagem terapêutica

Limpeza das feridas

O primeiro passo para uma cicatrização perfeita é garantir que a ferida seja limpa e desinfetada. As feridas irão cicatrizar melhor se começar por eliminar a sujidade, as bactérias e as partículas visíveis. A limpeza e higienização são essenciais para muitos tipos de feridas agudas, tais como os cortes, as escoriações, as queimaduras...


Prática baseada na evidência

Max...
Na prática, as decisões sobre a utilização de determinadas soluções de limpeza têm sido baseadas na experiência, nas políticas dos serviços e na preferência pessoal...

(Pavón et al., 2022)

Abordagem terapêutica

Limpeza das feridas



O **Soro Fisiológico**, é a solução mais utilizada no processo de irrigação.

Estudos comprovam que a irrigação de uma ferida com **ÁGUA CORRENTE** é mais eficaz do que com soro fisiológico e sem aumentar o risco de infeção. **Nível de evidência 1a**

Representando ainda uma diminuição de custos para o hospital.

Prática baseada na Evidência

(Pavón et al., 2022)
(Santos et al., 2014)

Abordagem terapêutica

Limpeza das feridas

A eficácia das soluções de limpeza para o tratamento de feridas: uma revisão sistemática



Não há evidência de que o uso de **água corrente** na limpeza de feridas agudas e crônicas em adultos aumente a infeção ou a cicatrização, com alguma evidência a apontar para a redução da infeção com a utilização de água corrente em comparação com soro fisiológico.

A **água corrente** foi mais eficaz que o soro fisiológico na redução da taxa de infeção em adultos com feridas agudas e crônicas (Nível de evidência 1a – Revisão sistemática de ECA).

Dado a elevada qualidade das evidências, os profissionais de saúde podem implementar estas intervenções no tratamento de feridas em adultos (GRAU A).

(Santos et al., 2014)

Abordagem terapêutica

Abordagem à ferida

Irrigação

“**Baixa pressão**” pode manter detritos ou corpos estranhos na ferida
“**Alta pressão**” pode provocar traumatismo dos tecidos saudáveis e disseminar outras bactérias para o leito da ferida.

- Utilizar em feridas altamente contaminadas, de preferência um frasco de soro individual para cada ferida.

A pressão utilizada na irrigação deste tipo de feridas, não é um tema consensual....

(Pavón et al., 2022)


Opções terapêuticas

Solução para limpeza e descontaminação de feridas

Vantagens:

- Solução estável;
- Controla o pH;
- Não citotóxico;
- Previne e remove o biofilme;
- Princípio ativo com baixo potencial alergénico;
- Reduz o tempo de cicatrização;
- Podem permanecer aberto por até 08 semanas;
- Absorve odores das feridas;

Composto **antisséptico, antimicrobiano e bacteriostático** composto por betaina e polihexanida



É considerada uma solução eficaz na limpeza e desinfeção de feridas contaminadas. **(MáLari et al., 2021)**


Opções terapêuticas

Solução para limpeza e descontaminação de feridas

Recomendado no tratamento de feridas porque contém iodo que elimina a maioria dos microrganismos patogénicos (bactérias, vírus e fungos), ajuda a prevenir as infeções e não atrasa a cicatrização.

Modo de ação:
Antisséptico e desinfetante na forma de solução cutânea.

Desinfeção da pele e mucosas antes de intervenções cirúrgicas, injeções e punções.



(INFARMED 2019)


Tratamento de feridas e a Evidência

A limpeza de feridas e o desbridamento químico...

A utilização do sódio de Dakin é uma prática comum, embora controversa.

Boa capacidade bactericida e desinfetante

Agressivo para os fibroblastos



Soluto de Dakin

Não existe evidência do benefício no tratamento de feridas

Deve ser removida e desconhecida a sua utilização

Abordagem às Feridas

Tricotomia


Literatura mostra que deve ser evitada, pois aumenta o risco de infecção.

Quando tricotomia absolutamente necessária, usar máquina de corte imediatamente antes da cirurgia

Nível de Evidência 1a

Jamais se deve fazer tricotomia das sobrancelhas, podem não voltar a crescer e estas servem de referência para alinhamento e encerramento da ferida.

Prática baseada na evidência



Tratamento de feridas

Anestesia local

Usar a concentração de 1% ou 2%.

O local circundante à lesão deverá ser desinfetado com um antisséptico, antes de ser realizada a infiltração da anestesia, para evitar que bactérias comuns na pele sejam arrastadas para o leito da ferida.

Lidocaína – início de ação em 1 min e tem a duração de 30 min a 2 horas.

Lidocaína, Mepivacaína, Bupivacaína, Prilocaína, Ropivacaína

Amalga: 1ª escolha devido ao bom perfil de segurança

Reações alérgicas e reações vagais. A nível local a dor é o principal efeito adverso.

Fios de Sutura

Encerramento da Ferida

natureza

- Natural (Sedas, Crômias)
- Sintéticos (Nylon, Vicryl, Prolene, Monocryl)

Tipo de fio

- Monofilamentares Nylon
- Multifilamentares Seda

Tipo de fio

- Reabsorvíveis (Vicryl, Monocryl, Crômio)
- Não reabsorvíveis (Sedas, Nylon)

Monofilamentares

- Menor reação inflamatória
- Menor potencial de infecção
- Menor maleabilidade e separação no nó

Multifilamentares

- Menor reação inflamatória
- Menor potencial de infecção
- Menor segurança no nó
- Mais maleável

Fios de Sutura

Encerramento da Ferida

Tempo de permanência dos pontos

ÁREA CORPORAL	TEMPO DE PERMANÊNCIA (DIAS)
Fleco	3 a 5
Perna	5 a 8
Diáfise	7 a 9
Extremidade superior	7 a 10
Tronco	7 a 12
Faixa costeira das mãos	12 a 14
Extremidade inferior	10 a 14

Duração mínima da permanência de: (1) monofilamentares e (2) multifilamentares

Sedas, Nylon, Reabsorvíveis

Suturas

Encerramento da Ferida

Suturas - dispensáveis para todas as feridas, mas com > dificuldade técnica;

Agrafos metálicos - usados zonas de menor cuidado estético, permitindo rapidez de execução. Podem ser usados no couro cabeludo quando não é necessária uma hemostase extensiva.

Steri-Strips - feridas lineares com reduzida tensão ou pele frágil, na ausência de hemorragia ou zonas húmidas, permitindo rapidez de execução e sem dificuldade técnica.

Acrilatos - Suturas Adesivas (DERMABOND)

Abordagem às Feridas

Casos mais usuais - Ferida Traumática

- Limpar a ferida de modo a prevenir a infeção (remover corpos estranhos ou tecido morto).
- Neste tipo de feridas o controlo da hemorragia e a prevenção da infeção surgem como principais focos de atenção;
- Anestesia local e analgésicos;
- Se necessário irrigação, a eleição é o soro fisiológico (solução salina) por ser estéril, mas também pode ser utilizada água potável e se risco aumentado de infeção, um antisséptico;
- Antibiotempia;
- Ponderar profilaxia antitetânica;
- Encerramento: Nestas feridas abertas a aproximação dos bordos da ferida é o tratamento de eleição.

(Parsons et al., 2022)

O tratamento deverá variar consoante se trate ou não de uma situação de emergência, condicionando risco de vida.

(Parsons et al., 2022)
DOI: 10.11

Abordagem às Feridas

Casos mais usuais - Ferida Cirúrgica

O tratamento da ferida cirúrgica incluem avaliação oportuna da ferida, limpeza/ desinfecção da mesma, proteção da pele e reconhecimento precoce e intervenção de possíveis complicações.

Após efectuado o encerramento da ferida, proteger a incisão com penso estéril e técnica asséptica durante as primeiras 48 horas.

Possíveis pensos:

- Impermeável, de baixa aderência/ como os filmes e os pensos de poliuretano com ou sem compressa.

(Parsons et al., 2022)
DOI: 10.11

Abordagem às Feridas

Casos mais usuais - Escoriações/Abrasões

A limpeza e desinfecção pode ser suficiente, ficando a ferida preferencialmente sem penso.

As próximas do olho ou da face, que possuem corpos estranhos, que mostrem sinais de infeção ou que atinjam uma grande área do corpo, devem ter uma avaliação mais cuidadosa:

- Lavagem da pele e desinfecção da ferida;
- Utilizar penso antimicrobiano como penso primário;
- Deverem criar um ambiente húmido que favoreça a cicatrização.

(O'Shea et al., 2019)

Abordagem às Feridas

Casos mais usuais - Feridas Perfurantes

As feridas perfurantes são difíceis de examinar, é importante serem lavadas vigorosamente para remover eventuais resíduos que tenham ficado enterrados na ferida.

Questionar o doente se o objeto que provocou a ferida perfurante foi retirado intacto. Não está provado que a impregnação de uma ferida perfurante de soluções antissépticas reduza a incidência de infeção.

(Parsons et al., 2019)

Abordagem às Feridas

Casos mais usuais - Mordeduras

Mordedura por Cão - lavar a ferida com água e sabão ou com SF. Se houver hemorragia, deve ser feita a hemostase. Observar a ferida: corpos estranhos(dentes, tétteis); Administrar analgésicos e iniciar profilaxia ATB; A mordedura é potencialmente tetanogénicas, havendo indicação para administração de vacina (TD) e ou imunoglobulina (Ig).

Complicações: infeção bacteriana da ferida ou lesão traumática da pele, músculos, vasos, nervos e dos tendões.

(Mendes et al., 2019)

Abordagem às Feridas

Casos mais usuais - Picadas

Picada de Abelha - Remoção do ferrão, com pinça e cuidadosamente para não injetar o conteúdo residual da glândula, desinfecção da ferida e aplicação de frio. No doente alérgico pode desenvolver-se um quadro anafilático, com gravidade variável. (Avaliar A B C D E).

Picada da Carraça - Prender a carraça o mais próximo possível da pele, com pinça de ponta fina, utilizando luva para evitar o contato com a pele. De seguida, deve rodar-se ligeiramente a carraça com a pele. De seguida, deve rodar-se ligeiramente a carraça e puxar para cima com firmeza, até que esta se solte. Desinfetar o local da picada com álcool 70%.

(Mendes et al., 2019)

Classificação das queimaduras

Queimadura superficial/epidérmica

Queimadura de espessura parcial superficial

Queimadura de espessura parcial profunda

Queimadura de espessura total/profunda completa

Queimadura profunda completa ←

Água fina

Analgésia

Hidratação

Creme hidratante

C Circunstâncias da queimadura

H História clínica

A Alergias

M Medicação habitual

U Última refeição ou bebida

(Pavão et al., 2021)
(SAP, 2019)

Tratamento Tópico

Creme Gordo - Gaze vaselinada - Gaze impregnada iodopovidona -

- Utilizada em queimadura superficial.

Sulfadiazina de prata

- Utilizado no tratamento de queimaduras de espessura parcial.

Flaminal - Alginogel

- Usado em queimaduras de espessura parcial a profunda.

(SAP, 2019)

ISBAR

Identificação – dados do doente, local de proveniência;

Situação – Gravidade da ferida, avaliação inicial da ferida, características da ferida (tamanho, profundidade e localização);

B Antecedentes– Antecedentes pessoais, alergias, história relevante;

Avaliação – Sinais vitais, material sutura utilizada, apósito recomendado, tipo de penso aplicado;

Recomendações – plano de cuidados, reavaliação.

ISBAR

INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

I dentificação	
S ituação	
B antecedentes	Antecedentes médicos: Alergias:
A valiação	Material sutura: absorvível [] não absorvível [] agrafos [] outro: Apósito recomendado: Penso: Simples [] Reforçado [] Compressivo []
R ecomendações	Realizar tratamento a: Remover material de sutura a:

ISBAR

Identificação: dados do doente, local de proveniência;
Situação: Gravidade da ferida, avaliação inicial da ferida, características da ferida (tamanho, profundidade e localização);
Antecedentes: Antecedentes pessoais, alergias, história relevante;
Avaliação: Sinais vitais, material sutura utilizada, apósito recomendado, tipo de penso aplicado;
Recomendações: plano de cuidados, reavaliação.


INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Identificação:	
Situação:	
Antecedentes:	Antecedentes médicos: Alergias:
Avaliação:	Material sutura: absorvível [] não absorvível [] agrafos [] outro: Apósito recomendado: Penso: Simples [] Reforçado [] Compressivo []
Recomendações:	Realizar tratamento a: Remover material de sutura a:

Conclusão

A prestação de cuidados baseados na **evidência** não é ainda, na maioria das vezes, uma prática diária de quem cuida de pessoas com feridas. Assim a tutela dos serviços de saúde, a administração das instituições de saúde, as ordens profissionais e as associações de tratamento de feridas deveriam ter um papel difusor e determinante.

(Pavão et al., 2022)



Florence Nightingale

"A enfermagem é a arte do cuidar, e nós somos os artistas dessa ciência complexa e indispensável a saúde".

Referências Bibliográficas

Bertoncello, K., Cavalcanti, C., Ibra, P., & Nascimento, E. (2013). Diagnóstico de risco e propostas de intervenções de enfermagem aos pacientes vítimas de múltiplos traumas. *Vitae: Revista Brasileira Pesquisa Saúde*, 13 (2), 23-31.

Direção-Geral de Saúde Circular Normativa Assunto: A Dor como 1ª causa vital. Registo administrativo da Intendência de Dor Nº 060000. Data: 14/06/2003

Direção Geral de Saúde https://www.dgs.gov.pt/pt/pt/contenidos/2017/05/Norma-DGS-034_2013-Prevencao-da-Infeccao-do-Local-Cirurgico.pdf

EMA/COMP/26495/2010. Committee for Orphan Medicinal Products Public summary of opinion on orphan designation Oxaciclina diglicirato/hidróxido for the prevention of late-onset enteric Gram-negative infections of less than or equal to 32 weeks of gestational age

Franco, Ó., Vicente, H. (2016). Artigo profissional: Feridas traumáticas - Incisões, cortes, lacerações, abrasões. Artigo avaliado: 4/11/2019.

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAF) (2016). *Pareror Técnico sobre a utilização do Hipoclorito de sódio/apresentação Saúde de Dakin*

INFARMED (2016) *Título de Autorização de Introdução no Mercado a Fabricante. APROVADO CM 25-01-2016*

Marques, A., Castro, C., Aguiar, C., Lopes, G., Rodrigues, T. Implementação de uma bundle para redução do risco de infeção no local cirúrgico em doentes submetidos a colecistectomia. *Suplemento digital Rev. ROL Enferm* 2020; 43(1): 97-103

McLain, N. C., Moore, Z. C., & Anwar, P. (2021). Wound cleansing for treating venous leg ulcers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2021, CD011918. <https://doi.org/10.1002/14651950.cd011918.pub2>

Mendes, J. & Ponce P. (2016). *Manual de Urgências e Emergências (3ª edição)* Lisboa: Edições Lidel

Referências Bibliográficas

Morais, M., André, C., Barbosa, N., Santos, M., Antunes, L., & Pinheiro, J. (2015). Lesões por arma de fogo em DR: *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cabeça-Colete*, 48(2)

Neri, M. A. Sequeira, C. (2021) *Enfermagem de Urgência e Emergência*. (1ª edição) ISBN 978-989-752-574-2

Oliveira, L. de C., Valle, L. S. E. M. D., Silva, M. A. da, Couto, J. N., Figueiredo, C. M. B. F., Machado, T., Reis, A. P. F., & Patrão, D. (2018). Lesões traumáticas em feridas malas: abordagem, diagnóstico e tratamento. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION & RESEARCH* de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2687855618300134>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Utilização de Hipoclorito de Sódio 0,2%/solução de Dakin (na limpeza de feridas). *Pareror* n.º 102/0909

Ordem dos Enfermeiros (2021) *PAREROR DO CONSELHO DE ENFERMAGEM Nº 01/2021 Utilização do eutato de Dakin para tratamento de feridas*

Pareyá, A. & Marques, R. (2020). *FERIDAS - manual de boas práticas*. Lisboa: Edições Lidel

Pinto, N. T., Silva, R. P. (2016) *Saberes Fundamentais e Feições Cirúrgicas. Manual de Apoio. Entidade Formadora Certificada GAF*

Rúno Nacional de Vedação (2021) p.62.63

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde. (2015) Circular normativa nº 0202015. "Faixa de Intervenções" de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico. Lisboa: DGS

Santos, E., Queiroz, P., Castro, D., Cunha, M., & Aguiar, J. (2016). A eficácia das soluções de limpeza para o tratamento de feridas: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, (5)4: IV - 118 -abr-jun,1,133-144

Santos, E., & Silva, M. (2011). Tratamento de feridas colonizadas/infectadas com utilização de polihexanida. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (1)5-143 <https://doi.org/10.1016/j.ref.2010.12.001>