



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

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

Luis Miguel Teixeira Mendes Filipe

**A SEDE NA PESSOA EM
SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA:
PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

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

A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória: Perceção dos Enfermeiros

Relatório Final de Estágio

Luis Miguel Teixeira Mendes Filipe

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

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda
pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

AGRADECIMENTOS

À Professora Dina Costa, pela orientação, exigência, rigor científico, competência, empenho e motivação na concretização deste trabalho.

À Enfermeira Catarina, tutora do estágio, pelo profissionalismo, conhecimento, disponibilidade e dedicação demonstrada ao longo desta etapa.

Aos meus companheiros deste percurso, que me ouviram, encorajaram e por todos os momentos de partilha e sem os quais este trabalho não seria possível.

Aos meus colegas do serviço de Oftalmologia pela solidariedade e apoio constante.

À minha família, sempre a meu lado, pelo apoio incondicional e por toda a paciência e compreensão.

À Soraia e ao Henrique, que dão sentido à minha vida, pelo amor e um pedido de desculpa pelos momentos de convivência adiados.

A todos o meu sincero... Muito Obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
AESOP – Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses
AORN – *Association of PeriOperative Registered Nurses*
APCA – Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório
ASA – *American Society of Anesthesiologists*
BO – Bloco Operatório
BOC – Bloco Operatório Central
CA – Cirurgia de Ambulatório
CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CPOE – Consulta Pré-Operatória de Enfermagem
DGS – Direção Geral de Saúde
EDESC – Escala de Desconforto da Sede Perioperatória
EE – Enfermeiro Especialista
EEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
ILC – Infecção do Local Cirúrgico
JCI – *Joint Commission International*
LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPFM – *Perioperative Patient Focused Model*
PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
PSP – Pessoa em Situação Perioperatória
RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
SO – Sala Operatória
TRPM8 – *Transient Receptor Potential Melastatin 8*
UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório
WHO – *World Health Organization*

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, assente nas componentes de estágio e de investigação, tendo como objetivo espelhar o percurso realizado no desenvolvimento de competências para aquisição do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Encontra-se estruturado em duas partes.

A primeira parte corresponde à componente de estágio, realizado numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório onde, através de uma descrição e análise crítico-reflexiva, é apresentado o contexto de estágio e o percurso realizado na construção e aquisição das competências comuns e específicas, no cuidado à pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, inerentes ao Enfermeiro Especialista.

Na segunda parte, correspondente à componente de investigação, desenvolveu-se um estudo quantitativo com o objetivo de identificar se os enfermeiros a desempenharem funções no perioperatório avaliam, valorizam e atuam perante a pessoa em situação perioperatória com sede. Após um enquadramento teórico sobre o tema, é apresentada a metodologia seguida para a realização do estudo, bem como a apresentação e discussão dos resultados, terminando com a conclusão.

A realização deste relatório permitiu fomentar as competências de investigação, a consolidação dos fundamentos da prática baseada em evidência e elevou a importância crucial de uma enfermagem avançada, congruente com a consciência cirúrgica e que se fundamenta na melhor evidência disponível para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em segurança, de qualidade e de excelência à pessoa em situação perioperatória e sua família/pessoa significativa.

ABSTRACT

The present report was developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in Perioperative Nursing, at the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. It is based on internship and research components, aiming to reflect the path undertaken in the development of competencies for acquiring the degree of Master and Specialist in Medical-Surgical Nursing. The report is structured in two parts.

The first part corresponds to the internship component, conducted in an Ambulatory Surgery Unit, where, through a critical-reflective description and analysis, the internship context and the path taken in the construction and acquisition of common and specific competencies in caring for the perioperative person and their family/significant other, inherent to the Specialist Nurse, are presented.

The second part, corresponding to the research component, involved conducting a quantitative study aimed at identifying whether nurses performing perioperative functions assess, value, and act towards the perioperative person experiencing thirst. Following a theoretical framework on the topic, the methodology used for the study is presented, along with the presentation and discussion of the results, concluding with the final remarks.

The completion of this report fostered research skills, consolidated the foundations of evidence-based practice, and highlighted the crucial importance of advanced nursing. It aligns with surgical awareness and is based on the best available evidence to provide specialized, safe, high-quality, and excellent nursing care to the perioperative person and their family/significant other.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela de pressupostos aos testes paramétricos para as variáveis dependentes	98
Tabela 2 – Caraterísticas sociodemográficas da amostra.....	101
Tabela 3 – Área de especialização do enfermeiro especialista	102
Tabela 4 – Valorização da sede na PSP	103
Tabela 5 – Importância atribuída à sede enquanto sintoma	103
Tabela 6 – Frequência com que avalia a sede à PSP	104
Tabela 7 – Instrumentos utilizados na avaliação da sede.....	104
Tabela 8 – Motivos porque os enfermeiros não avaliam a sede na PSP	105
Tabela 9 – Frequência com que regista no processo clínico as intervenções de enfermagem realizadas à PSP com sede	105
Tabela 10 – Intervenções executadas à PSP com sede.....	106
Tabela 11 – Fatores que mais contribuem para a sede na PSP	107
Tabela 12 – As intervenções de enfermagem realizadas são suportadas na mais recente evidência científica.....	107
Tabela 13 – Formação sobre a sede na PSP.....	107
Tabela 14 – Valorização da sede na PSP (diferenças entre locais de atividade)	108
Tabela 15 – Valorização da sede na PSP (diferenças entre níveis de formação).....	109
Tabela 16 – Frequência da avaliação da sede na PSP (diferença entre níveis de formação)	109
Tabela 17 – Frequência da avaliação da sede na PSP (diferenças entre locais de atividade)	110
Tabela 18 – Correlação das variáveis com o tempo de serviço	111
Tabela 19 – Correlações do registo no processo clínico e as intervenções de enfermagem	111
Tabela 20 – Diferenças entre os enfermeiros que receberam ou não formação sobre a sede	112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>Perioperative Patient Focused Model</i>	28
--	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	25
1. Enquadramento do contexto de estágio	27
1.1. Estágio em contexto de Unidade de Cirurgia de Ambulatório	30
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	37
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	38
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	42
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	48
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	51
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.....	55
3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	56
3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	69
4. Considerações finais	75
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	77
1. Resumo	79
2. Abstract.....	81
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	83
4. Finalidade e objetivos	93
5. Metodologia.....	95
5.1. Desenho do estudo	95
5.2. Considerações éticas.....	99
6. Resultados.....	101

7. Discussão	115
8. Conclusão	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
ANEXOS	153
ANEXO I: Certificado Congresso Internacional IACS 2023.....	155
ANEXO II: Certificado Comunicação Oral – “ <i>Projeto de Melhoria Contínua: Rastreabilidade em Contexto Intraoperatório</i> ”	157
ANEXO III: Certificado Comunicação Oral – “Desinfecção do Local Cirúrgico em Oftalmologia: Que evidência?”	159
ANEXO IV: Certificado Congresso Enfermagem Perioperatória - Tecnologia, Humanização E Cuidados De Excelência.....	161
ANEXO V: Certificado Comunicação Oral – <i>O Enfermeiro Instrumentista Em Oftalmologia: Uma visão sobre a prática de cuidados</i> ”	163
ANEXO VI: Certificado Comunicação Oral – “ <i>Cuidados de Enfermagem à Pessoa Submetida a Terapia Genética em Oftalmologia: Contributos do Enfermeiro Perioperatório</i> ”	165
ANEXO VII: Certificado 3º Prémio Melhor Comunicação Oral – “ <i>Cuidados de Enfermagem à Pessoa Submetida a Terapia Genética em Oftalmologia: Contributos do Enfermeiro Perioperatório</i> ”	167
ANEXO VIII: Certificado Congresso - 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso – ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico	169
ANEXO IX: Certificado Webinar – “A enfermagem e as leis: da deontologia à legislação” ..	171
ANEXO X: Certificado Webinar – “ <i>Ontologia de Enfermagem</i> ”	173
ANEXO XI: Certificado Webinar – “O Processo Cirúrgico e a Segurança da Intervenção de Enfermagem”	175
ANEXO XII: Certificado Webinar – “Inteligência Artificial na Saúde”	177
ANEXO XIII: Certificado Webinar – “Bloco Verde”	179

ANEXO XIV: Certificado Webinar – “Supervisão Clínica para o Desenvolvimento Profissional”	181
ANEXO XV: Certificado Webinar – “IV Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2024 1Sessão”	183
ANEXO XVI: Certificado Webinar – “IV Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2024 2Sessão”	185
ANEXO XVII: Certificado Webinar – “Supervisão Clínica”	187
ANEXO XVIII: Certificado Webinar – “Desenvolvimento de Projetos de Melhoria Contínua em Enfermagem Médico-Cirúrgica”	189
ANEXO XIX: Certificado Webinar – “Ambientes favoráveis a processos formativos de qualidade”	191
ANEXO XX: Pedido de colaboração para divulgação do estudo à Ordem dos Enfermeiros	193
ANEXO XXI: Pedido de colaboração para divulgação do estudo à Associação Portuguesa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica	195
ANEXO XXII: Pedido de colaboração para divulgação do estudo à Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses	197
ANEXO XXIII: Parecer Comissão de Ética da ESSNorteCVP	199
APÊNDICES	201
APÊNDICE I: Poster: “A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória: Perceção dos Enfermeiros”	203
APÊNDICE II: Formação em serviço – “Desinfecção do Local Cirúrgico em Oftalmologia: Que evidência?”	207
APÊNDICE III: Formação em serviço – “A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória”	213
APÊNDICE IV: Instrumento Colheita de Dados – Questionário.....	219

INTRODUÇÃO

O presente documento enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular, Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, inserida no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

Na atualidade, a diferenciação e especialização dos enfermeiros assumem vital importância, dada a exigência técnica e científica cada vez maior na prestação de cuidados de enfermagem. O desenvolvimento profissional contínuo e o investimento na atualização constante do conhecimento assumem-se como essenciais para melhorar a prática da enfermagem especializada e promover a enfermagem enquanto disciplina e profissão. A procura de novos saberes e competências são assim fundamentais tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem sustentados na evidência científica.

O crescimento exponencial da Cirurgia de Ambulatório (CA) ao longo dos últimos anos, resultante da evolução tecnológica e do aumento da procura dos cuidados de saúde, é sustentado pelo aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, além do impacto positivo para a Pessoa em Situação Perioperatória (PSP) que, em menos de 24 horas, é intervencionada de forma programada, podendo logo de seguida recuperar no seu ambiente familiar (Despacho n.º 1380/2018, 2018). Perante esta realidade, a atuação num contexto tão complexo e em constante mudança, exige do Enfermeiro Especialista (EE) um conjunto de competências que lhe permita prestar cuidados diferenciados, humanizados, de qualidade e excelência à PSP e família/pessoa significativa.

Considerando os objetivos a desenvolver para o estágio no âmbito do plano de estudos do Mestrado anteriormente referido, o local de estágio eleito foi a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) de uma Unidade Local de Saúde do centro do país. Esta opção, além de permitir atingir os objetivos delineados para o estágio vai de encontro aos objetivos pessoais de desenvolvimento de competências especializadas nesta área, através da prestação de cuidados personalizados, seguros e de qualidade à PSP e família/pessoa significativa nas cinco áreas de atuação da enfermagem perioperatória e assentes nos pilares definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para a elaboração deste relatório foi utilizada uma metodologia descritiva e análise crítico-reflexiva alicerçada nos objetivos delineados, sustentados nos referenciais da profissão de Enfermagem (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Regulamento das Competências Comuns, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e nos Padrões de Qualidade do Enfermeiro Especialista) e na mais recente evidência científica. O referencial teórico *Perioperative Patient Focused Model* (PPFM), desenvolvido pela *Association of PeriOperative Registered Nurses* (AORN) (Benze et al., 2021), permitiu orientar a linha de pensamento crítico tendo como base a PSP e família/pessoa significativa.

É esperado que o EE adote uma filosofia de aprendizagem ao longo do seu percurso assim como deve estimular o pensamento crítico e espírito investigador.

De forma a adquirir competências no âmbito da investigação, foi realizado um estudo sobre a percepção dos enfermeiros acerca da sede na PSP. A escolha da temática decorreu do questionamento da prática diária de prestação de cuidados num bloco operatório. A sede é, de acordo com o estado de arte, uma manifestação com elevada prevalência no período perioperatório, representando um fator de desconforto e incómodo e influenciando negativamente a experiência cirúrgica da PSP, sem a devida valorização e atuação da equipa de enfermagem.

As evidências revelam a necessidade de se avaliar a sede dadas as suas repercussões e, uma vez que a PSP pertence a um grupo com alto risco de desenvolver sede, esta deve ser alvo de um olhar intencional pelos profissionais de saúde e em especial pelos enfermeiros.

Com este documento pretende-se:

- Descrever as atividades e intervenções realizadas durante o estágio na UCA, analisando de forma crítico-reflexiva os saberes aprofundados e/ou adquiridos em ambiente de prática, bem como o seu contributo no desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas, enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área de Enfermagem à PSP;
- Apresentar o estudo de investigação “A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória: Percepção dos Enfermeiros”.

Estruturalmente, o presente relatório divide-se em duas partes. Na primeira parte, referente ao estágio, explana-se o percurso desenvolvido durante o estágio na UCA: contextualização do local de estágio e apresentação do percurso tendo em vista as competências comuns e específicas do EE e, por fim, são apresentadas as considerações finais acerca deste percurso.

A segunda parte, é referente à componente de investigação. É apresentada a investigação desenvolvida, desde o enquadramento da temática, opções metodológicas, resultados e a sua discussão, conclusões do estudo, bem como as limitações. Para finalizar são redigidas algumas considerações finais, articulando os objetivos previamente delineados, o percurso realizado e as perspetivas futuras.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

1. Enquadramento do contexto de estágio

Os estágios são espaços formativos que se assumem como momentos de aprendizagem, onde os estudantes participam em situações clínicas que lhes permitem o desenvolvimento de saberes e competências.

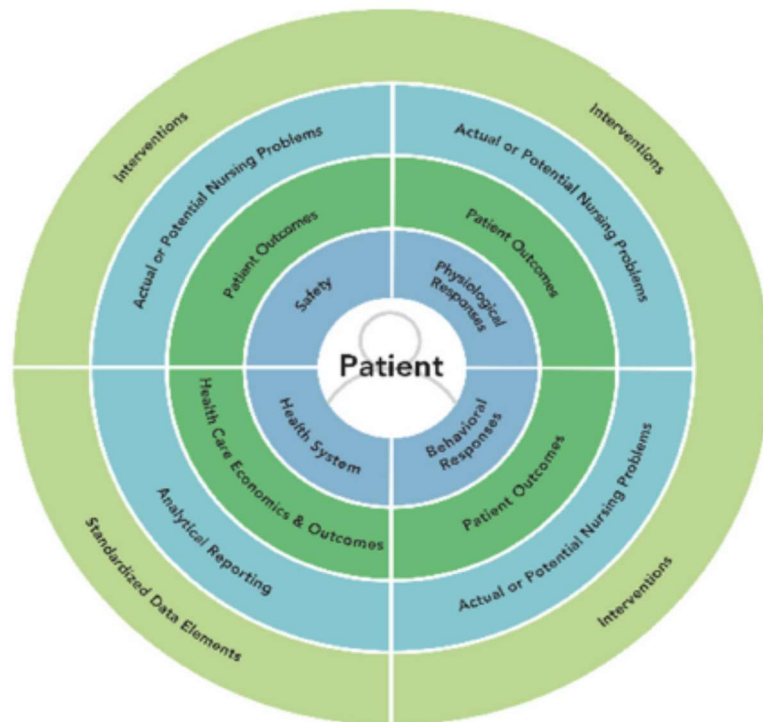
Os estágios da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem visam o aprofundamento de conhecimentos e competências em enfermagem na área de especialidade. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021a), é essencial que os futuros EE, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção. A realização de estágios possibilita que estas aprendizagens se realizem em contexto de prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos.

O estágio de natureza profissional deverá ser uma experiência de formação prática/clínica orientada por objetivos de nível avançado que devem demonstrar a aquisição de elevadas competências de juízo crítico, de planeamento e de decisão em situações complexas na área profissional de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSP (ESSNorteCVP, 2023). Tendo como base o exposto, foram definidos os seguintes objetivos para o estágio:

- Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem;
- Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área da enfermagem especializada;
- Conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem à PSP;
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem;
- Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma.

No decorrer do estágio, as intervenções foram desenvolvidas numa perspetiva conceptual alicerçada pelo PPFM (Benze et al., 2021) desenvolvido pela AORN – Figura 1.

Figura 1: *Perioperative Patient Focused Model*



Fonte: Benze, C.; Spruce, L. & Groah, L. (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice. AORN Inc.

Na opinião de Peralta et al. (2021) e Kolovos (2020), o PPFM é o referencial teórico apropriado para definir, implementar e documentar os cuidados de enfermagem prestados durante o período perioperatório, apoiando o cuidado individualizado e holístico da PSP, enfatizando os resultados da pessoa, com base no processo de enfermagem.

Este modelo representa o mundo real da prática dos enfermeiros perioperatórios revelando-se significativo para os enfermeiros da prática, educadores e investigadores, possuindo todos os domínios e elementos essenciais que rodeiam o foco mais importante da enfermagem perioperatória: a pessoa (Rothrock & Smith, 2000).

No PPFM, a pessoa está no centro do modelo de modo a representar nitidamente o foco da prestação dos cuidados de enfermagem perioperatórios, independentemente do ambiente de prática, localização geográfica ou natureza da população, sendo que nada é mais importante para o enfermeiro do que defender a pessoa (Benze et al., 2021). Esta centralização na pessoa legitima o papel do enfermeiro como advogado da pessoa e da supervisão dos cuidados perioperatórios (Mota, 2021).

Secundário a ser centrado na pessoa, este modelo é focado nos resultados, motivando os enfermeiros perioperatórios a prestarem cuidados direcionados para alcançarem resultados de alta qualidade. Consistente com o modelo, as práticas baseadas em evidências implementadas por estes promovem a segurança da pessoa e as respostas fisiológicas e comportamentais ideais em situação perioperatória (Wicklin, 2020).

Como descrito por Benze et al. (2021), o modelo é constituído por quatro domínios: três centrados na pessoa – segurança, respostas fisiológicas, respostas comportamentais e uma centrada nos elementos estruturais da prestação de cuidados – sistema de saúde.

No domínio da segurança da pessoa, este é definido como a “ausência de sinais e sintomas de lesão física não relacionada com os efeitos terapêuticos pretendidos de um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo”, devendo o enfermeiro no *continuum* da sua prestação de cuidados proteger a pessoa de lesões físicas. Quanto às respostas fisiológicas, são definidas como as “respostas físicas, bioquímicas e funcionais aos efeitos terapêuticos de um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo”, cabendo aos enfermeiros prestarem cuidados que mantenham as respostas fisiológicas da pessoa tendo em atenção o seu padrão individual. As respostas comportamentais correspondem a outro domínio do PPFM, sendo definidas como “as respostas psicológicas, sociológicas e espirituais das pessoas e suas famílias ao procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo”, incluindo o conhecimento da pessoa e os seus familiares sobre o procedimento e a experiência perioperatória devendo o enfermeiro ajudar a perceber todo o processo perioperatório. O sistema de saúde corresponde a outro domínio e diz respeito aos elementos estruturais existentes no ambiente perioperatório da prática onde os cuidados são prestados (por exemplo, funcionários ou equipamentos) (Wicklin, 2020, p.4-5).

Além de ser centrado na pessoa, o modelo descreve o foco nos resultados com um círculo concêntrico representando o subdomínio de resultados posicionado imediatamente adjacente aos três domínios centrados na pessoa (ou seja, segurança, respostas fisiológicas, respostas comportamentais), seguido por dois círculos concêntricos adicionais expandindo para fora, para representar os subdomínios de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. Preconiza-se que os enfermeiros perioperatórios realizem uma avaliação da pessoa com foco nos resultados, que coadjuve na identificação de diagnósticos de enfermagem e na escolha de intervenções de enfermagem individualizadas para cada pessoa submetida a uma cirurgia (Rothrock & Smith, 2000; Wicklin, 2020).

A Figura 1 apresenta o PPFM, ilustrando a natureza dinâmica da experiência operatória da pessoa e a presença dos cuidados de enfermagem ao longo de todo o processo. Ao trabalhar em estreita colaboração com a restante equipa e com a pessoa e família, o enfermeiro estabelece resultados, identifica diagnósticos e implementa intervenções de enfermagem de forma a ajudar a pessoa a alcançar os melhores resultados de saúde possíveis.

1.1. Estágio em contexto de Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Neste subcapítulo pretende-se constituir um ponto de partida para contextualizar o local do estágio bem como uma abordagem à CA.

O estágio de enfermagem à PSP II decorreu na UCA de um hospital de referência da zona centro do país de 03/10/2023 a 08/03/2024.

A CA define-se como “Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *legis artis*, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas” (Portaria n.º 163/2013, 2013, p.2496). Neste conceito, está subentendido que este tipo de cirurgia pode incluir uma noite de internamento (a chamada pernoita) desde que o tempo entre a admissão da pessoa para cirurgia e a alta clínica seja inferior a 24 horas.

De acordo com o Despacho n.º 1380/2018 (2018), a CA representa um importante instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, causando impacto positivo para a pessoa, dado que em menos de 24 horas é intervencionada e tem alta, podendo depois recuperar no seu ambiente familiar. A CA possibilita uma organização da estrutura hospitalar no sentido de dedicar o internamento às situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares, permitindo também uma diminuição do tempo de espera cirúrgico o que representa uma notável mais-valia deste regime.

O desenvolvimento da CA foi estimulado especialmente pela necessidade da redução de custos dos serviços de saúde, combinando qualidade e custo-benefício, avanços na tecnologia e evolução das técnicas cirúrgicas (técnicas minimamente invasivas que resultam em feridas cirúrgicas mais pequenas e requerem menos tempo de recuperação) e anestésicas (menor tempo de internamento) (Benze et al., 2021; Nunes et al., 2018; Silva et al., 2022a).

Portugal tem acompanhado o forte crescimento internacional da CA ao longo dos últimos anos, especialmente após 2007. Este crescimento deveu-se em parte às orientações emanadas pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, criada nesse ano com o objetivo de estudar e propor uma estratégia e as correspondentes medidas, para o desenvolvimento da CA no Serviço Nacional de Saúde (SNS). No ano 2000, as cirurgias realizadas em regime ambulatorio representavam pouco mais de 10% do total de cirurgias; atualmente representam cerca de 70% da atividade cirúrgica programada no SNS (SNS, 2023).

Este crescimento, destacado pela AORN, demonstra o papel importante que a CA desempenha no contexto atual dos cuidados de saúde (Benze et al., 2021).

São múltiplos os benefícios da CA para as pessoas e para as instituições de saúde dos quais se destacam: menor perturbação na vida das pessoas (permite que recuperem no seu ambiente familiar, com interrupção mínima das suas rotinas familiares e da sua atividade profissional), pelo facto de não existir internamento está associada uma menor taxa de complicações (nomeadamente menor risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)), aumento da eficiência hospitalar com melhor qualidade na organização do sistema que proporciona melhoria do acesso a cirurgia, redução das listas de espera para cirurgia e diminuição dos custos hospitalares (AESOP, 2012; Pinto et al., 2020; Santos, 2022; Silva et al., 2022a).

Conforme descreve Nunes et al. (2018), a CA combina qualidade e custo-benefício, sendo uma das inovações médicas mais relevantes das últimas duas décadas no que diz respeito à otimização de recursos, à satisfação das pessoas e à relação custo-benefício, sustentado em diversos estudos internacionais que demonstraram a alta qualidade, a natureza segura e económica da CA associada a baixas taxas de morbilidade e eventos raros de mortalidade.

A importância da CA não se encerra nos recursos económicos e organizacionais, existindo todo um conjunto de variáveis que orientam para a ênfase desta prática, particularmente a pessoa que é um fim em si mesmo (Cardante, 2020).

Considerando que o paradigma dos cuidados de saúde está a evoluir de um foco mais centrado na doença para um paradigma mais centrado nas pessoas, torna-se crucial compreender a perspetiva destas em relação às vantagens e preocupações da CA, usando esses dados para as incluir como participantes ativos no processo de tomada de decisão do seu cuidado. Na perspetiva das pessoas, estas apresentam um grau de satisfação elevado

atendendo às suas expetativas, tanto que 97% das pessoas já submetidas a uma cirurgia neste regime optaria novamente pela CA (Silva et al., 2022a).

As pessoas elegidas para serem submetidas a cirurgia em regime de CA cumprem critérios rigorosos de seleção, apesar destes poderem variar consoante a instituição de saúde, os critérios recomendados são clínicos e sociais. Os critérios clínicos implicam que a pessoa possua estabilidade clínica e psíquica, esteja classificada em termos anestésicos como ASA I ou II, seja uma cirurgia de curta duração (não ultrapassando os 120 minutos) e que o desconforto/dor/náuseas e vômitos no pós-operatório sejam passíveis de serem controlados com medicação por via oral. Quanto aos critérios sociais, a pessoa deve aceitar ser intervencionada em regime de ambulatório, ter transporte assegurado em veículo automóvel para o regresso a casa que se deve situar a uma distância menor que 60 minutos da instituição hospitalar, condições adequadas de habitação no local de pernoita, fácil acesso a telefone e acompanhamento por um adulto responsável nas primeiras 24 horas após a alta (Associação Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012; Matias, 2021; Santos, 2022).

Os cuidados de enfermagem na CA “são comuns aos da cirurgia convencional, no entanto a comunicação entre o enfermeiro de sala de operações e o da unidade de recuperação pós-anestésica reveste-se da maior importância, uma vez que o tempo de permanência do doente na instituição é muito curto” (AESOP, 2012, p. 347).

Na CA, os enfermeiros perioperatórios têm indubitavelmente um papel de relevo. O contato com a pessoa e a sua família/pessoa significativa, inicia-se mais cedo e termina mais tarde, não intervém apenas no âmbito da consulta externa (pré), da sala operatória (SO) (intra) ou do internamento (pós), mas sim em todo este percurso. Em suma, os enfermeiros estão presentes em todas as fases deste processo, devendo prestar cuidados de qualidade e em segurança desde o momento da admissão até à alta de forma a garantir uma transição segura da pessoa no regresso ao seu ambiente familiar. A rápida rotatividade das pessoas submetidas a cirurgia exige um esforço extra aos enfermeiros, impondo uma capacidade de adaptação às mudanças que vão surgindo diariamente (Benze et al., 2021; Pinto et al., 2020; Santos, 2022).

Tal como já foi referido, este estágio realizou-se na UCA de um hospital central da região centro, pertencente a uma Unidade Local de Saúde.

Este centro hospitalar é uma instituição do SNS que tem como principal missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação e a formação de profissionais de

saúde, pautando-se por elevados padrões de diferenciação clínica, técnica e científica, e de qualidade e segurança, e pelo compromisso para com a criação de conhecimento e a inovação, tendo como valores e princípios de referência a dignidade humana; o respeito pela pessoa humana e pelos princípios bioéticos e de deontologia profissional e a honestidade, a integridade, o humanismo, a equidade e a justiça (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra [CHUC], 2024).

A UCA é uma unidade funcional autónoma que visa contribuir para a excelência dos cuidados em saúde da unidade hospitalar em que se insere. A sua atividade está centrada na pessoa e vocacionada para a prestação de cuidados no âmbito da CA - anestésicos, cirúrgicos e de enfermagem altamente diferenciados e protocolados, de modo a almejar o máximo conforto e a ausência de complicações (CHUC-UCA, 2022). Esta filosofia vai de encontro à visão de Coutinho (2009), que argumenta que é fundamental uma UCA que garanta simultaneamente a qualidade e a humanização do serviço, a participação ativa da família/pessoa significativa durante o processo e ainda a satisfação dos profissionais.

Em 2011, foi concluída a construção de uma unidade dedicada exclusivamente à CA, que reunia as condições ideais e preconizadas para este tipo de cirurgia, nomeadamente ligação ao exterior e possibilidade de acompanhamento das pessoas por familiares devendo sempre salvaguardar a privacidade e dignidade da pessoa (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011).

Uma característica a destacar na UCA em questão, é a luz natural que circunda esta unidade, sublinhando a relevância atribuída pela ACSS (2011) à componente de luz natural, dado que segundo estes, da qualidade do ambiente hospitalar advém também o bom desempenho das pessoas que aí trabalham.

Inicialmente esta UCA, dispunha de duas SO e áreas de Recobro fase I e II; no entanto, com a fusão do hospital e o aumento da atividade cirúrgica, foi necessário ocupar quatro salas do Bloco Operatório Central (BOC), transformando-se num modelo de CA misto. Este modelo é considerado pela Direção Geral de Saúde (DGS) como desvantajoso, pois a acessibilidade pode ser dificultada, dada a prioridade ao internamento e a equipa multidisciplinar pode não estar tão preparada e os critérios de alta mal definidos (AESOP, 2012). Pelo que se averiguou, esta situação não se verifica nesta unidade, sendo a CA privilegiada em relação à convencional, respeitando sempre os critérios quer de inclusão quer na alta.

A UCA caracteriza-se pela adoção de um funcionamento misto - cirurgia de dia (de segunda-feira a sábado) e cirurgia com pernoita até 24 horas (segunda-feira a sábado). Tem um quadro

próprio de profissionais: equipa de enfermagem, assistentes técnicos e assistentes operacionais, mas com o acréscimo das quatro SO é necessário recorrer à equipa do BOC para realizar as cirurgias, sendo que a maioria destes enfermeiros não prestam cuidados de enfermagem na UCA, nomeadamente, acolhimento, consultas de enfermagem e recobro. Convém referir que este modelo pode afetar a prestação de cuidados, dado que os enfermeiros do BOC não possuem uma visão tão abrangente da CA.

A equipa médica das diferentes especialidades cirúrgicas, depende dos serviços a que pertencem. As especialidades cirúrgicas mais representadas em CA são: Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Maxilo-Facial, Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia, Otorrinolaringologia e Neurocirurgia.

No que concerne à estrutura física, devem ser considerados conceitos básicos na organização e desenho de uma UCA, que devem obedecer tanto às regras de Bloco Operatório (BO) convencional como às de um serviço de ambulatório e, por boa prática, devem obedecer a princípios de otimização de circulação da pessoa, profissionais e materiais (Coutinho, 2009; Silva, 2022b).

Assim como um BO, uma UCA deve considerar três áreas distintas – zona de receção/espera, zona cirúrgica e zona de recobro/alta e quatro circuitos distintos – circuito de PSP, circuito de acompanhante, circuito de pessoal e circuito de sujos/limpos. Cada uma destas zonas está associada a um nível de assepsia que contém regras de circulação, desinfeção e da qualidade do ar, garantindo o controlo de infeções durante todo o tempo. Estas áreas são classificadas como: livre, semi-restrita e restrita. Como o nome indica, a área livre (zona de receção e acolhimento das pessoas e materiais; secretariado; vestiários; gabinetes de consultas, entre outras) é a menos limitada, e consequentemente, aquela em que não existem pessoas/objetos que signifiquem um risco elevado de infeção por contaminação, pelo que é possível a circulação sem fardamento específico. A semi-restrita (inclui áreas de cuidados às pessoas em pré e pós-operatório, armazenamento de material limpo e estéril e do instrumental cirúrgico, entre outras) contém por sua vez algumas medidas de assepsia das quais a obrigatoriedade de circulação com fardamento do BO, incluindo touca e calçado específico. Uma vez que esta área representa o início do controlo de infeções, a passagem entre a zona livre e semi-restrita é feita pelas áreas de transição que se destinam à passagem de recursos materiais e humanos. Por fim, a zona restrita que inclui a SO e a sala de anestesia, é o local onde a contaminação representa maior risco para a pessoa, pelo que não é só obrigatório o fardamento do BO, como também touca e máscara (ACSS, 2011; AESOP, 2012; Coutinho, 2009; Silva, 2022b).

Além das áreas, é elementar definir os circuitos e reduzir ao máximo os cruzamentos não desejáveis e naturalmente o risco de contaminação/infeção, considerando quatro circuitos distintos: circuito da PSP, circuito da família/pessoa significativa, circuito de pessoal e circuito de sujos/limpos (Coutinho, 2009; Duarte & Martins, 2014).

A unidade onde se desenvolveu o estágio, tem as áreas bem referenciadas e os circuitos bem definidos obedecendo às recomendações para o desenvolvimento da prática da CA garantindo as condições essenciais para o seu bom funcionamento.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Neste capítulo é apresentada uma reflexão crítica acerca das aprendizagens adquiridas ao longo do estágio, as quais foram fundamentais para o aprimoramento das competências comuns do EE.

A competência profissional envolve experiências, atitudes e valores pessoais que devem ser utilizados de maneira adequada em resposta às situações da prática profissional quotidiana. Aos profissionais de saúde é exigida uma constante atualização das suas práticas (Regulamento nº 140/2019, 2019) devendo possuir um perfil diferenciado, com competência profissional específica para determinada área, para que se adequem às novas exigências do trabalho, garantindo cuidados de qualidade e proporcionando resultados positivos (Camelo & Angerami, 2013).

De acordo com Dias (2010), a competência profissional destaca a mobilização de recursos, conhecimentos ou saberes profissionais, sendo que para se ser competente, não basta saber, é necessário que se desenvolva esse conhecimento teórico na prática e se aplique sempre que necessário.

Para Oliveira e Queirós (2015, p. 78), a competência em enfermagem define-se “como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores. A competência é entendida como um elemento-chave na qualidade e na segurança.”

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p.4744), que define as competências comuns do EE, estas são as “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

Compete ao EEEMC, de acordo com a OE (2017, p.5) conceber, implementar e avaliar os planos de intervenção para dar resposta às necessidades das pessoas e famílias a quem presta cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação.

O Art.4º do Regulamento n.º 140/2019 (2019) enumera quatro domínios de competências comuns do EE: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais, descritos mais à frente neste relatório.

As designadas competências comuns do EE, de acordo com o regulamento referido em epígrafe, envolvem as dimensões da educação das pessoas e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As competências comuns refletem a natureza dinâmica e multifacetada do papel do EE, sendo essenciais para o exercício da profissão a um nível de excelência. Estas competências possibilitam aos EE prestarem cuidados de enfermagem seguros, adequados e eficazes, assentes em princípios éticos e deontológicos, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e aumentando a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Em seguida, são apresentados os quatro domínios de competências comuns dos EE, relacionando-os às experiências vivenciadas durante o estágio na UCA. De maneira descritiva e reflexiva, é destacada a relevância do desenvolvimento dessas competências para a prática especializada.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O Código Deontológico dos Enfermeiros, disposto pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro (2015), fixa os princípios e valores que integram a dimensão ética do exercício profissional dos enfermeiros. De acordo com o documento, anterior as intervenções de enfermagem “são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, tendo como princípios orientadores a “responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”, o “respeito pelos direitos humanos” e a “excelência de exercício profissional em geral e na relação com os outros profissionais”, sendo os valores universais a observar na relação profissional a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade e, por fim, a competência e o aperfeiçoamento profissional (Lei nº156/2015, 2015, p. 8078).

É evidente no documento anterior a preocupação que suporta as intervenções de enfermagem e o compromisso do enfermeiro na defesa da liberdade e da dignidade. Numa

perspetiva ética, a relação entre o enfermeiro e a pessoa a quem são prestados os cuidados rege-se por princípios e valores, especificamente a dignidade humana, que é a base de outros princípios e que tem de estar indiscutivelmente presente na tomada de decisão sobre as intervenções de enfermagem (Nunes, 2022).

No âmbito desta temática, existem dois autores incontornáveis no que diz respeito aos cuidados de saúde: Beauchamp e Childress que, no início dos anos 70, deram origem ao principialismo em Bioética, plasmando os princípios que deveriam nortear a relação entre profissionais de saúde e a pessoa alvo dos cuidados. Estes princípios, segundo estes autores, são: o respeito pela autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça (Paço, 2021).

No artigo nº100 do Código Deontológico dos Enfermeiros, é mencionado que o enfermeiro assume o dever de cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, responsabilizando-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, devendo ainda proteger e defender a pessoa humana, das práticas que contrariem a lei, a ética e o bem comum (Lei nº156/2015, 2015).

De acordo com o Regulamento nº 613/2022 (2022) que define o ato do enfermeiro, na sua prática os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pela *legis artis*, pela deontologia e pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, responsabilizando-se pelas suas decisões, pelos atos que praticam e pelas tarefas que delegam.

Na prática diária dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros são confrontados com diversos desafios, entre os quais os conflitos ético-morais, exigindo habilidades clínicas, rigor e capacidade para emitir juízos. A complexidade dos cuidados de enfermagem requer dos profissionais posturas éticas diante de situações que reclamam a tomada de decisão à luz dos princípios éticos e morais, com intenção de promover cuidados mais seguros e de qualidade para a pessoa respeitando os seus direitos fundamentais (Araújo et al., 2022).

Considerando o Regulamento nº 140/2019 (2019), o EE deve demonstrar “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.” Este domínio assenta em duas unidades de competências: na primeira unidade é referido que “desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e, na segunda,

“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4746).

Ainda que as decisões éticas para o enfermeiro perioperatório sejam muitas vezes difíceis, são necessárias durante o cuidado da PSP, pelo que há necessidade de reconhecer e responder aos dilemas éticos. Os enfermeiros perioperatórios são responsáveis pelas decisões de enfermagem que não são apenas clínica e tecnicamente sólidas, mas também moralmente apropriadas e adequadas em cada situação (Benze et al., 2021).

Ao iniciar o estágio na UCA foi importante refletir sobre os documentos e princípios éticos que norteiam a profissão de enfermagem e servem de base para o processo de tomada de decisão e ações profissionais. Esta prática com base em princípios éticos visa garantir a qualidade dos cuidados prestados, a segurança das pessoas e a construção de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a PSP.

O respeito e a salvaguarda pela privacidade e intimidade da PSP foram sempre merecedores de um grande cuidado ao longo de todo o estágio indo de encontro ao exposto no artigo nº 107 do Código Deontológico. Na UCA existe um vestiário individualizado onde as PSP trocam de roupa quando vêm para a cirurgia garantindo desta forma a sua privacidade; no entanto, na sala de acolhimento e preparação da pessoa para a cirurgia, o espaço é partilhado e as unidades apenas se encontram separadas por uma cortina. Foram sentidos alguns constrangimentos, pois devido à proximidade das unidades, ao falar com uma pessoa com dificuldades auditivas as pessoas do lado ouviam a informação transmitida. Perante esta situação foi necessário otimizar a comunicação, adequando o tom de voz de forma a manter o sigilo da informação, preservando assim a privacidade e a intimidade da PSP.

Também dentro da SO onde a pessoa se encontra numa situação de maior vulnerabilidade e com exposição física justificada pelo ato anestésico e posicionamento cirúrgico, procurou-se sempre garantir o conforto e o respeito pela privacidade e intimidade da PSP.

Uma situação ocorrida durante o estágio e que exigiu reflexão e tomada de decisão, prendeu-se com a recusa de uma pessoa em ser submetida a cirurgia pela equipa cirúrgica em questão, alegando que não teria sido a mesma que a tinha acompanhado ao longo das consultas. Coube à EE responsável pela SO, garantir o direito à livre escolha por parte da pessoa, de acordo com o Artigo nº 15 do Regulamento n.º 707/2016 (2016), que define que “o doente tem o direito de escolher livremente o seu médico”.

Outro aspeto ao qual se dedicou particular atenção foi a transmissão da informação à PSP e família/pessoa significativa. De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2021,

p.137) “o profissional de saúde não poderá prestar informação sobre a saúde do utente a terceiros – nem mesmo familiares deste – sem autorização prévia e expressa do próprio, sob pena de violar essa obrigação de segredo profissional.” Respeitando este direito procurou-se estar atento e obter sempre autorização da pessoa para que o familiar/pessoa significativa estivesse presente no momento da transmissão da informação, especialmente na preparação para a alta, salvaguardando o princípio da reserva da intimidade da vida privada e, nessa medida, protegendo o dever de sigilo profissional para com a PSP.

O Consentimento Livre e Informado é um pilar fundamental da relação entre os profissionais de saúde e a PSP que, além de constituir um imperativo ético e legal, garante a autonomia da pessoa na tomada de decisões sobre a sua saúde.

De acordo com a ERS (2023), o consentimento informado é a autorização esclarecida prestada pela pessoa antes da submissão a qualquer cuidado de saúde, pressupondo uma explicação e respetiva compreensão quanto à mesma. A informação deve ser prestada de forma simples, objetiva, clara, suficiente e razoável com o objetivo de esclarecer completamente a PSP.

No local de estágio estão preconizados três consentimentos informados escritos: o consentimento informado para o ato anestésico (da responsabilidade do anestesista), consentimento para o ato cirúrgico (responsabilidade do cirurgião) e o consentimento das normas de funcionamento da UCA. Este último é da responsabilidade do enfermeiro que, no dia da cirurgia faz o acolhimento da PSP, explicando as características e normas de funcionamento da UCA, a existência da carta de direitos e deveres dos doentes, realçando o direito à livre escolha da equipa médica que vai realizar a cirurgia e o direito à segunda opinião. É fornecido um conjunto de informações pertinentes promovendo uma tomada de decisão informada, esclarecida e consciente quanto ao seu processo cirúrgico.

Constatou-se que sempre que algum consentimento não estava assinado ou a PSP manifestava dúvidas ou incertezas, era da responsabilidade dos enfermeiros contactar a equipa médica para vir esclarecer a PSP, garantindo que exercia a sua competência para decidir de forma autónoma, livre e esclarecida, incluindo a aceitação ou eventual recusa daquela intervenção cirúrgica.

A PSP tem direito a obter toda a informação relativa ao seu estado de saúde e o EE tem o especial dever de a informar, tal como apresentado no Artigo nº 105 do Código Deontológico do Enfermeiro “no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem” e tem o dever de

“atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem” (Lei nº156/2015, 2015, p. 8103).

Ao longo do estágio, no contexto da prática de cuidados, houve preocupação em perceber se a PSP compreendia bem a informação transmitida, validando-a, esclarecendo e dissipando dúvidas num claro exercício de promoção da autonomia da PSP.

Sendo atualmente Portugal um país de bastantes imigrantes (PORDATA, 2023), não foi estranho o facto de serem admitidos para cirurgia PSP de uma grande variabilidade de raças e etnias na UCA pautando o exercício profissional pelo respeito dos seus valores, costumes e crenças, valorizando a pessoa enquanto ser individual, autónomo e multicultural. A competência cultural é, segundo Fuller (2013), a capacidade de comunicar com pessoas com diferentes culturas e crenças. Nesta linha, a competência cultural exige ao profissional de saúde respeito pelos valores e princípios tanto a nível individual ou família, bem como, à comunidade.

O enfermeiro perioperatório, em virtude da relação enfermeiro-pessoa, tem a obrigação de prestar cuidados seguros, profissionais e éticos à pessoa. É importante que os enfermeiros saibam como gerir as decisões éticas de forma adequada, para que as crenças das pessoas possam ser honradas sem comprometer a consciência moral do próprio enfermeiro. A prática ética é, portanto, um aspeto crítico dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento da competência ética é fundamental para a prática de enfermagem presente e futura (Benze et al., 2021).

Em suma, a conduta profissional ao longo do estágio foi orientada tendo como base os princípios éticos e deontológicos da enfermagem, protegendo os direitos, promovendo a justiça e o respeito na relação com a PSP, garantindo uma prática ética, centrada na pessoa e alinhada com os valores fundamentais da profissão de enfermagem. Esta prática está em consonância com as respostas comportamentais do PPFM e tal como defende Benze et al (2021, p. 7) “os determinantes culturais, raciais e sociais da saúde e a diversidade ética do paciente devem ser consideradas durante a prestação de cuidados perioperatórios”.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A qualidade em saúde define-se como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e alcança a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas

do cidadão. A qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados (Despacho n.º 5613/2015, 2015).

Mencionando a *Joint Commission International* (JCI), qualidade em saúde define-se como a obtenção da saúde, da concretização e satisfação de uma população, de acordo as características desta, a tecnologia atual, os recursos disponíveis e a forma como as organizações podem aumentar a obtenção de resultados antecipadamente estabelecidos (JCI, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020) definiu os conceitos básicos da qualidade, ao afirmar que os cuidados devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados na pessoa, equitativos e seguros. Salienta também, que cada país deve elaborar políticas e estratégias para planear e promover uma melhor qualidade dos cuidados de saúde.

Nesta linha de orientação, a melhoria da qualidade tem sido uma prioridade do SNS, demonstrada com a criação do Departamento de Qualidade em Saúde e com a elaboração do documento “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 – 2020”, apresentando “como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” (Despacho nº 5613/2015, 2015, p. 13552).

Também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015 – 2020, defende que o acesso a cuidados de saúde de qualidade, em todos os níveis de prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para o exigir (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Este conceito é reforçado pela Lei nº 95/2019 (2019) que consagra a Lei de Bases da Saúde, regulamentando as boas práticas de qualidade e segurança em saúde, ao definir que todas as pessoas têm o direito de aceder aos cuidados de saúde de forma digna, tendo em conta a melhor evidência científica disponível, seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) refletem esta necessidade e preocupação, com o intuito da melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

A definição dos PQCE visa promover a reflexão crítica sobre o exercício profissional dos enfermeiros e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade estabelecem o padrão de excelência do exercício profissional, orientam a reflexão profissional e a tomada de decisão em enfermagem perioperatória e servem como referencial na definição de indicadores que

permitam identificar o contributo para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem perioperatórios (OE, 2017).

Indo de encontro ao referencial teórico adotado, os enfermeiros perioperatórios devem aderir aos padrões de cuidados para alcançar os resultados desejados para cada domínio do PPFM. Este processo pode envolver vigilância contínua e a realização de atividades de melhoria de qualidade após os enfermeiros identificarem áreas de oportunidade que podem afetar os resultados das pessoas. Os padrões de prática da AORN indicam que os enfermeiros perioperatórios devem envolver-se em atividades de melhoria de qualidade e que o conhecimento sobre os referidos padrões, incluindo uma compreensão prática da recolha e análise de dados, deverá ajudar os enfermeiros a avaliarem a qualidade e a eficácia da prática de enfermagem (Peralta et al., 2021).

Os cuidados especializados do EEEMC carecem de conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, sendo que a sua prática deve ter como finalidade a qualidade, por forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro, com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No domínio da melhoria contínua da qualidade enquanto competência comum, segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p.4745), o EE desempenha um importante papel através da responsabilidade de garantir dinamização no “desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, no desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” assim como assegurando “um ambiente terapêutico e seguro.”

Com o objetivo de contribuir ativamente tendo um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas estratégicas na área da governação clínica, de acordo com as diretrizes estabelecidas, procurou-se durante o estágio aprofundar o conhecimento sobre a estratégia de qualidade e os programas de acreditação.

A certificação/acreditação em saúde estimula o método da qualidade, no contexto dinâmico e complexo dos sistemas de saúde, que, não se esgotando em si mesmo, alinha as unidades de saúde com os princípios da prática clínica baseada na evidência científica, eficiência e sustentabilidade, reforçando a autonomia dos profissionais de saúde para que sejam agentes de mudança efetiva (DGS, 2019).

A unidade onde se realizou o estágio está em processo final de acreditação pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia - ACSA*, modelo este adotado pela DGS e aprovado pelo

Ministério da Saúde, por se tratar de um modelo da qualidade coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Este modelo de acreditação baseia-se num processo de certificação dinâmico, contínuo e evolutivo, através do qual se verifica e analisa de que forma os cuidados de saúde prestados às pessoas estão de acordo com os padrões definidos, tendo como objetivo identificar e impulsionar a melhoria contínua da qualidade nas instituições do sistema de saúde português, ajudando-as a aproximar-se dos níveis da excelência organizacional (DGS, 2019).

De igual forma, Machado (2020) destaca a importância deste modelo na procura da excelência nos cuidados de saúde, abordando as várias dimensões da qualidade, nomeadamente: a pessoa como centro do sistema de saúde, a organização da atividade centrada na pessoa, os profissionais, os processos de suporte e os resultados.

Simultaneamente, este local de estágio está em processo de Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica promovido pela OE. Este projeto surgiu no sentido de garantir que a formação e a investigação em enfermagem se realizem com requisitos adequados e com garantia de qualidade e segurança, tanto para os profissionais quanto para os destinatários dos cuidados de enfermagem. Este modelo pretende ser inovador e um instrumento cooperativo para fortalecer e desenvolver proximidade com as instituições de saúde, permitindo dar resposta à diversidade e ao potencial das várias equipas fomentando a criação de condições facilitadoras à prática da enfermagem e ao desenvolvimento da profissão (Regulamento n.º 558/2017, 2017). Acresce ainda que a certificação da qualidade na área da supervisão clínica contribui para o aumento da satisfação e confiança das pessoas, reduz custos, aumenta a produtividade e melhora a reputação do serviço (Barros, 2023).

Nestes processos de acreditação da UCA, foi importante perceber que os EE, sendo detentores de competências avançadas e potenciais agentes de mudança enriquecem a construção e implementação de normas e procedimentos necessários para atingir os requisitos de qualidade exigidos nestes processos. A participação ativa e especializada é um fator-chave para o sucesso e a eficácia dos processos de acreditação, ao assegurar que as práticas e padrões adotados estejam em conformidade com as melhores práticas, resultando em benefícios tangíveis para a qualidade e segurança dos serviços de saúde prestados e fortalecendo a credibilidade das instituições no contexto da acreditação.

A UCA e o BO partilham uma plataforma de gestão documental devidamente estruturada e dedicada à qualidade, denominada de RISI – Recursos, Ideias e Soluções Informáticas, onde está explanada toda a documentação de suporte, especificamente, normas, instruções de

trabalho, procedimentos específicos e protocolos de enfermagem que garantem o bom funcionamento e organização dos cuidados de enfermagem, promovendo a uniformidade e atualização da documentação.

A utilização de um sistema de informação reforça e melhora o processo de tomada de decisão, permitindo minimizar o erro, orientando, instruindo e proporcionando conhecimento, ficando o enfermeiro mais habilitado a desenvolver determinada atividade ou a decidir face a um determinado contexto e servindo de suporte teórico para a prática baseada na evidência (Lourenço et al., 2022).

Os sistemas de informação têm um papel preponderante na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, dão suporte à tomada de decisão e permitem a extração de dados gerando indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Nascimento et al., 2021c). Na UCA são utilizadas duas aplicações informáticas: o *SClínico*® e o *Patient Care*®, sendo que esta última está diretamente ligada com os equipamentos da sala da SO procedendo à transmissão dos dados para o processo individual da pessoa, garantindo maior confiabilidade e rigor. Também foi criado um programa informático pelo serviço, para a consulta de enfermagem pré e pós-operatória de enfermagem, de forma a documentar informaticamente estas consultas.

Estes programas utilizados permitem produzir indicadores estatísticos de forma simples e prática, contribuindo para a promoção das boas práticas e suporte para a decisão clínica. O uso de indicadores como ferramenta organizacional garante a qualidade e a eficácia de todo o processo de prestação de cuidados, permitindo a avaliação criteriosa, planeamento, criação de metas adequadas, acompanhamento e implementação de ações de melhoria dos cuidados de enfermagem (Estefanio et al., 2023).

Também no parecer de Wicklin (2020), os registos que documentem os cuidados de enfermagem perioperatórios permitem que a eficácia das intervenções de enfermagem e os resultados da pessoa sejam auditados usando dados clínicos confiáveis que podem ser analisados e comparados para melhorar a prática.

É de evidenciar que todos os enfermeiros se devem sentir participantes ativos e responsáveis pela produção e utilização das informações geradas pelos indicadores para que se crie uma cultura de valorização da informação (Estefanio et al., 2023), tal como é visível na UCA.

As auditorias são instrumentos que visam melhorar a qualidade das ações e serviços prestados pelas instituições de saúde. Os objetivos das auditorias em enfermagem passam pela recolha de dados, de forma a verificar processos e avaliar a necessidade de ações corretivas, propondo soluções, a identificação de não conformidades, avaliação da qualidade

dos cuidados prestados, potencialização da máxima excelência, redução de custos indevidos e promoção da capacitação das equipes, através da sinalização das ocorrências aos líderes (Serra et al., 2022). Ao longo do estágio, houve oportunidade de realizar auditorias, nomeadamente ao processo de enfermagem no *Patient Care*® e à desinfecção das mãos por parte dos profissionais dentro da SO. Estas auditorias revelaram-se uma ferramenta importante para identificar não conformidades e refletir acerca das práticas a melhorar dentro da equipa através da implementação de estratégias de melhoria contínua.

Durante o estágio procurou-se ter um conhecimento dos projetos de melhoria contínua existentes na UCA (*“Cuidar da pessoa com dor no perioperatório”; “Segurança no cuidar-feixes de intervenção na prevenção da infeção do local cirúrgico”*), de forma a integrá-los na prática de cuidados e agindo em conformidade.

O exposto vai ao encontro do preconizado por Benze et al. (2021), ao realçar que o enfermeiro perioperatório deve envolver-se no desenvolvimento, implementação, avaliação e revisão de políticas, procedimentos e diretrizes para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.

Também no domínio da melhoria contínua da qualidade, a gestão do risco é uma prática fundamental para garantir a segurança da pessoa e assegurar a qualidade dos cuidados. A instituição onde está inserida a UCA demonstra preocupação por esta temática, existindo um elo em cada serviço com competências que permitem maximizar o seu papel na equipa, desenvolvendo uma cultura profissional que garante uma prática segura no sentido do desenvolvimento profissional de excelência. Na UCA é um EE que tem esta função, assegurando a uniformização e difusão de procedimentos na equipa de acordo com a política institucional. A instituição também disponibiliza um sistema de notificação de incidentes, contribuindo assim para uma cultura de segurança.

A gestão do risco associado à prestação de cuidados de saúde é um processo coletivo que valoriza a colaboração entre profissionais de saúde na promoção de uma cultura de segurança que valoriza a aprendizagem e a melhoria contínua.

Ao longo do estágio foi realizada uma abordagem proativa de forma a antecipar e prevenir incidentes e eventos adversos e reduzindo a probabilidade de ocorrência de erros, particularmente na comunicação, preparação e administração de medicação, identificação inequívoca, segurança cirúrgica, prevenção de quedas e úlceras de pressão e IACS.

2.3. *Domínio da Gestão dos Cuidados*

De acordo com a OE, o domínio da gestão dos cuidados configura duas competências: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4748). O mesmo regulamento refere que é função do EE a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, adequando os recursos às necessidades de cuidados e identificando um estilo de liderança adequado, tendo por vista assegurar a qualidade e segurança dos cuidados.

A gestão em enfermagem é uma área de intervenção capital na garantia da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados nas organizações de saúde. Os enfermeiros gestores têm uma importância estratégica e primordial para a rentabilização dos recursos e a qualidade dos cuidados prestados, sendo profissionais habilitados técnica e cientificamente para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e às constantes mutações tecnológicas, organizacionais e humanas (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, s.d.).

Desta forma, durante o estágio participou-se na gestão e organização do serviço, no âmbito dos recursos humanos e materiais, tendo como eixo norteador a otimização da qualidade e segurança dos cuidados. Teve-se a oportunidade de acompanhar o EE responsável pelo serviço, atuando diretamente na gestão de recursos humanos e materiais, na liderança, no planeamento, na coordenação e na avaliação da atividade diária da UCA.

Para o sucesso desta gestão é essencial o papel da liderança. Nos serviços de saúde, o líder tem um papel crucial ao envolver os colaboradores, visando atingir as metas que a instituição almeja e, ao mesmo tempo, garantir que os colaboradores tenham um elevado nível de motivação, autodesenvolvimento e trabalho em equipa. Por isso, gerir e liderar são desafios constantes nos serviços, aliados ao facto de que as relações interpessoais exigem um ambiente favorável para ocorrerem positivamente. É imprescindível que os gestores entendam a liderança como uma importante ferramenta de gestão; líderes fortes tendem a manter elevados índices de competência e performance da equipa refletindo-se em melhor qualidade de cuidados de saúde e organizações de saúde mais eficazes e competitivas (Rezende & Duarte, 2017).

Os enfermeiros gestores devem possuir competências de liderança, negociação, comunicação, gestão de recursos humanos, entre outras, tal como devem desempenhar o

papel de mediadores de conflitos. Os conflitos em saúde são multifacetados e podem ter origens diversas, como falta de comunicação, sobrecarga de trabalho, hierarquia rígida e até mesmo diferenças de personalidade. A gestão eficaz de conflitos exige que o enfermeiro gestor desenvolva habilidades de comunicação, observação, escuta, espírito crítico e empatia. Ao adotar uma postura que permita entender todas as perspectivas envolvidas em conflito, contribui para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde e promover a saúde organizacional (D.L. Costa, 2021).

O EE responsável pela UCA elabora na véspera a distribuição dos profissionais por postos de trabalho, enviando um *email* com o plano operatório e a respetiva distribuição tendo em conta a especialidade cirúrgica, o perfil de competências e as características individuais de cada enfermeiro da equipa.

Esta distribuição baseada na competência e experiência de cada enfermeiro possibilita uma resposta mais eficaz, uma prestação de cuidados mais seguros e competentes, otimizando os tempos, melhorando a gestão do risco e a articulação com a equipa multidisciplinar, traduzindo-se obviamente em ganhos em saúde (Lei, 2023).

Também o Regulamento nº 743/2019 (2019) salienta a relevância da dotação adequada de enfermeiros, o seu nível de qualificação e perfil de competências, sendo aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, reconhecendo a utilização de metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às necessidades de cuidados da população (Regulamento nº 743/2019, 2019). A prática de dotações seguras está estritamente ligada a um menor número de eventos adversos e menor taxa de mortalidade (Zaranko et al., 2022).

Seguindo as regras de cálculo para as dotações seguras emanadas no regulamento anterior, na CA são necessários 3 enfermeiros em cada SO, 1 enfermeiro para 3 PSP no recobro imediato e 1 enfermeiro para 6 PSP no recobro tardio, além de incluir neste cálculo as consultas pré e pós-operatórias e o acolhimento da PSP. Apesar de o EE responsável respeitar as dotações, são várias as dificuldades sentidas para a sua consecução, seja o absentismo pontual ou prolongado, passando pelas alterações dos planos cirúrgicos ou pela pressão de aumentar a produtividade do BO.

Uma unidade de cirurgia é considerada um dos setores mais complexos de uma organização hospitalar, apresentando especificidades, particularidades e diversas situações de imprevisibilidade. Destaca-se também o fato de apresentar um elevado custo para a

instituição, por utilizar tecnologia e equipamentos modernos e de elevado valor (Martins et al., 2021).

Como foi possível observar ao longo do estágio, a gestão de stocks assume uma particular importância na UCA, propondo um desafio diário para o EE responsável. A manutenção de níveis adequados de stocks, permite compatibilizar a relação entre custos e a acessibilidade aos materiais, sendo que a incorreta gestão destes pode comprometer a qualidade dos cuidados, uma vez que a quantidade inadequada desses materiais pode contribuir para o cancelamento e adiamento de cirurgias. É o EE responsável pela unidade que detém uma ideia mais acurada das reais necessidades dos stocks no serviço, para além de possuir um papel privilegiado na articulação com os serviços de aprovisionamento.

Os equipamentos, materiais e dispositivos médicos devem estar disponíveis numa proporção adequada às necessidades do serviço e a sua manutenção preventiva e periódica é essencial para o bom funcionamento de uma unidade cirúrgica (Rodrigues et al., 2020).

Estando a UCA num edifício diferente do hospital central, aquando das marcações cirúrgicas, o cirurgião envia a lista de todo o material necessário para cada cirurgia, tornando por vezes necessária a articulação meticulosa com o BOC principal deste hospital localizado no edifício central, na gestão de materiais específicos no sentido de minimizar falhas. Também foi possível participar ativamente na gestão e manutenção/reparação dos equipamentos da UCA em articulação com o serviço de instalações e equipamentos do hospital ou empresa responsável, pedindo a sua manutenção preventiva e/ou periódica ou reportando prontamente qualquer avaria pontual.

Constatou-se a importância que o EE responsável tem na gestão do material, contribuindo grandemente para a rentabilização de recursos, controlo de gastos e minimização do desperdício, não descurando a qualidade dos cuidados prestados e oferecendo benefícios económicos para a sua organização hospitalar.

Os enfermeiros gestores, de acordo com D.L. Costa (2021) consideram a comunicação como um dos principais instrumentos da gestão, sendo capazes de reunir pessoas em torno de projetos, metas, objetivos e processos de trabalho, obtendo resultados significativos, motivando o grupo e criando um clima de trabalho favorável. O enfermeiro gestor e o EE responsável da UCA reúnem todas as sextas-feiras com a equipa constituindo esta uma importante estratégia, pois contribui de forma prática e dinâmica para a divulgação de novas decisões, normas e regras, possibilitando também a partilha de situações, ouvir a equipa sobre o serviço e analisar problemas associados ou sugestões apresentadas.

Esta dinâmica é suportada por Barros (2023), que refere que o enfermeiro gestor é o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado.

A liderança faz parte de um dos domínios do PPFM que corresponde ao ambiente da prática, assumindo a sua preponderância sobre os cuidados de enfermagem perioperatórios (Mota, 2021; Wicklin, 2020).

Foi importante participar ativamente com o EE responsável na gestão da UCA, desenvolvendo aprendizagens, competências e confrontado com o processo de tomada de decisão. Este processo é fundamental na gestão tornando o EE um elemento ativo na organização hospitalar pelas decisões que toma na sua prática diária.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O Regulamento n.º 140/2019 (2019) da OE indica que o EE tem como competências comuns, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o dever de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua prática clínica especializada na evidência científica.

De acordo com a primeira competência deste domínio, o EE deve demonstrar capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Também reconhece que o EE detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro gerando respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

A promoção do autoconhecimento facilita o aprimoramento da habilidade de gerir emoções, permitindo uma atuação eficiente em situações de pressão, identificando e prevendo possíveis cenários de conflito e direcionando para uma resolução bem-sucedida.

De acordo com Lima et al. (2021), as relações interpessoais equilibradas são fundamentais no contexto do trabalho multidisciplinar visto que o sucesso desta interação determina a qualidade dos cuidados prestados.

A gestão ineficaz dos conflitos pode resultar numa ameaça ao trabalho em equipa, sendo por isso esperado que o enfermeiro desenvolva competências nesta área, tornando-se concomitantemente imprescindível que reforce habilidades na capacidade de comunicação, observação, escuta, senso crítico, empatia e desenvolvimento de inteligência emocional (Perim et al., 2022).

No decorrer do estágio procurou-se desenvolver estas capacidades de forma, a possuir um controlo emocional para lidar com os desafios diários dos cuidados face às necessidades das pessoas.

Ao longo do estágio baseou-se a *práxis* clínica especializada em evidência científica, alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente “assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015, p.91).

Também a AESOP (2012, p.288) expõe que a formação contínua é um dos meios de garantir a qualidade dos cuidados no BO e deve ter como objetivo principal melhorar conhecimentos e competências profissionais, ao nível do saber ser, saber fazer e saber evoluir, que permita aos enfermeiros responder às constantes mudanças na prestação de cuidados de saúde.

Seguindo os padrões da AORN, os enfermeiros perioperatórios devem usar diretrizes, conhecimento, julgamento e habilidades sustentadas em princípios científicos baseados em evidências ou nas melhores práticas estabelecidas e não em opiniões, hábitos ou práticas anteriores de um profissional de saúde individual. Torna-se também necessário que assumam a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida, devendo estar motivados para aprender de modo a desenvolver conhecimento clínico avançado e aumentar o desempenho da enfermagem perioperatória (Benze et al., 2021).

A formação permanente contribui para a prática pedagógica do enfermeiro, quando possibilita repensar a própria *práxis*. Contudo, apenas se concretiza através de uma formação pedagógica que permita expandir a perspetiva convencional do ensino e que o aprendiz assuma a responsabilidade pelo seu próprio desenvolvimento, interagindo, questionando e possibilitando a reflexão crítica acerca do que lhe é transmitido (Scarton et al., 2020).

Para este estágio estabeleceu-se como objetivo específico: “Contribuir para o aumento do conhecimento científico e disciplinar da enfermagem na área específica da enfermagem perioperatória, promovendo a sua divulgação e dando maior visibilidade à profissão”.

Neste âmbito houve oportunidade de participar nos eventos científicos:

- 5º Congresso Internacional IACS 2023: “Desafios e Inovação em Controlo de Infecção” (Anexo I), realizado em outubro de 2023, com a participação como Coautor com as comunicações orais: “*Projeto de Melhoria Contínua: Rastreabilidade em Contexto Intraoperatório*” (Anexo II) e “*Desinfecção do Local Cirúrgico em Oftalmologia: Que evidência?*” (Anexo III);
- Congresso Enfermagem Perioperatória - Tecnologia, Humanização E Cuidados De Excelência (Anexo IV) que decorreu em novembro de 2023, com a participação como Coautor com as comunicações livres: “*O Enfermeiro Instrumentista Em Oftalmologia: Uma visão sobre a prática de cuidados*” (Anexo V) e “*Cuidados de Enfermagem à Pessoa Submetida a Terapia Genética em Oftalmologia: Contributos do Enfermeiro Perioperatório*” (Anexo VI) (Vencedor do 3º Prémio de melhor Comunicação Livre – Anexo VII);
- 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso – ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico (Anexo VIII) que decorreu no dia 7 de fevereiro de 2024, onde foi apresentado o projeto de investigação sob a forma de Poster (Apêndice I): “*A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória: Percepção dos Enfermeiros*”;
- Realizadas duas formações em serviço para a equipa da UCA e do BOC “*Desinfecção do Local Cirúrgico em Oftalmologia: Que evidência?*” (Apêndice II) e “*A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória*”, apresentadas em anexo neste trabalho (Apêndice III).
- Webinar promovido pela OE “*A Enfermagem e as leis: da deontologia à legislação*”, realizado no dia 21 de março de 2024 (Anexo IX);
- Webinar promovido pela OE “*Ontologia de Enfermagem*”, realizado no dia 9 de abril de 2024 (Anexo X);
- Webinar “*O Processo Cirúrgico e a Segurança da Intervenção de Enfermagem*” que decorreu no dia 15 de abril de 2024 (Anexo XI);
- Webinar promovido pela OE “*Inteligência Artificial na Saúde*”, realizado no dia 16 de abril de 2024 (Anexo XII);
- Webinar “*Bloco Verde*” que decorreu no dia 22 de abril de 2024 (Anexo XIII);
- Webinar promovido pela OE “*Supervisão Clínica para o Desenvolvimento Profissional*”, realizado no dia 6 de maio de 2024 (Anexo XIV);

- Webinar promovido pela OE *"IV Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2024 | 1Sessão"*, realizado no dia 7 de maio de 2024 (Anexo XV);
- Webinar promovido pela OE *"IV Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2024 | 2Sessão"*, realizado no dia 14 de maio de 2024 (Anexo XVI);
- Webinar promovido pela OE *"Supervisão Clínica"*, realizado no dia 14 de maio de 2024 (Anexo XVII);
- Webinar promovido pela OE *"Desenvolvimento de Projetos de Melhoria Contínua em Enfermagem Médico-Cirúrgica"*, realizado no dia 15 de maio de 2024 (Anexo XVIII);
- Webinar promovido pela OE *"Ambientes favoráveis a processos formativos de qualidade"*, realizado no dia 23 de maio de 2024 (Anexo XIX).

Sustentando a prática na melhor evidência, procurou-se ser um agente ativo, dinamizador e gestor da inclusão do conhecimento na prática de cuidados, identificando lacunas de conhecimento, investigando e promovendo a divulgação e a partilha dos resultados aos pares de forma a sustentar as ações e decisões em conhecimento válido e atual, contribuindo energicamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e indo de encontro ao preconizado no domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A profissão de enfermagem exige uma atualização constante de conhecimentos e o desenvolvimento das aprendizagens. O estágio, enquanto processo contínuo de desenvolvimento de competências, exigiu investimento pessoal na procura de novas oportunidades de aprendizagem permitindo assim prestar cuidados de excelência com as melhores práticas sempre suportadas na mais recente evidência científica.

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

Os enfermeiros incluem, na generalidade dos sistemas de saúde, o maior número de profissionais, assumindo a enfermagem uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina, sendo que a evolução da enfermagem como ciência e o número crescente e diversificado de áreas de investigação a ela associadas, têm contribuído para que os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação. A enfermagem, enquanto profissão, tem evoluído no sentido de responder às progressivas necessidades de cuidados e dos diferentes contextos de atuação, assumindo uma complexificação crescente de conhecimentos e potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do EE (Regulamento 613/2022, 2022).

O avanço no conhecimento requer que o EEEMC desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências científicas, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e que visem fomentar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p.4745) as competências específicas “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.”

No caso particular da área de especialização em enfermagem à PSP, os cuidados são dirigidos à pessoa e família/pessoa significativa de modo a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença e tem como objetivo cuidar da pessoa no período perioperatório com qualidade e segurança de forma a manter, melhorar e recuperar a sua saúde (Regulamento nº 429/2018, 2018) (OE, 2017).

Estes cuidados devem realizar-se num processo padronizado de boas práticas que visem proporcionar à pessoa proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, com consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde assentando nos seguintes pilares: reconhecimento do outro e a capacitação; vulnerabilidade; responsabilidade de cuidado; prudência e a gestão do risco e a consciência cirúrgica (OE, 2017).

No contexto de prática clínica, foi assim desenvolvido o seguinte objetivo específico: *“Desenvolver competências especializadas e mobilizar conhecimentos na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória em contexto de cirurgia de ambulatório, sustentada na mais recente evidência científica.”*

De seguida serão descritas as atividades realizadas durante o estágio, acompanhadas de uma reflexão crítica acerca da prática dos cuidados e apoiada na mais recente evidência científica sobre as competências específicas do EE na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSP que incluem cuidar da PSP e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a segurança da PSP e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

A intervenção do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSP desenvolve-se em cinco áreas de atuação, complementares entre si, designadamente: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, comportando as fases pré, intra e pós-operatória. Nesta competência específica, os enfermeiros devem mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social (Regulamento nº429/2018, 2018).

O papel do enfermeiro é incontestavelmente de relevância, uma vez que a sua presença na CA é transversal em todos os momentos, encontra-se numa posição privilegiada para assegurar que todos os procedimentos e atividades são realizadas em segurança, ao mesmo tempo que acompanha a pessoa desde a sua entrada até ao momento da alta (Pinto et al., 2020).

Na UCA a consulta pré-operatória de enfermagem (CPOE) realiza-se telefonicamente. Este formato não presencial foi recomendado pela Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) (2020) durante a pandemia, mas ainda se mantém. O Ministério da Saúde (2019) e a OE (2021b) referem que a teleconsulta se apresenta como uma solução inovadora e sustentável assumindo-se como uma estratégia que, de forma segura, aproxima a pessoa ao profissional de saúde, reduzindo a desigualdade geográfica, descentralizando e

melhorando o acesso aos cuidados de saúde, muitas vezes dificultado por constrangimentos de mobilidade e/ou transporte, contribuindo para a eficácia e eficiência do SNS.

A CPOE pode ser entendida como um momento privilegiado para a transmissão de informação e implementação de recomendações à pessoa, visando a sua preparação para a cirurgia e promovendo o seu contributo e participação ativa nos cuidados pós-operatórios, constituindo o ponto de partida para a construção de uma relação de confiança entre a pessoa e o enfermeiro (Mendes et al., 2020).

Segundo Breda e Cerejo (2021), a CPOE permite construir uma ligação que facilite o processo de comunicação centrada na pessoa. As pessoas mais informadas percebem melhor a sua responsabilidade na recuperação e colaboram mais nos cuidados pós-operatórios. A informação deve ser estruturada, devendo existir mesmo uma *check-list*, com orientações rigorosas e precisas sobre o que informar, evitando lacunas na informação e ao mesmo tempo permitindo a rentabilização do tempo (Gaspar, 2021).

A CA tal como a convencional, também apresenta para a pessoa receios provocados quer pelo desconhecimento de todo o processo, do procedimento a realizar ou do prognóstico final. Perante isto, é fundamental que o enfermeiro assegure que a PSP compreende toda a informação transmitida para o pleno exercício da sua autodeterminação e participação efetiva na tomada de decisão relativamente à sua cirurgia (Lopes et al., 2022; Midões, 2023).

Croke (2020) menciona que as pessoas submetidas a cirurgia apresentam stress, ansiedade e medo. O mesmo autor acrescenta que os enfermeiros perioperatórios que têm conhecimentos sobre a cirurgia, o ambiente da SO e sobre a continuidade de cuidados estão numa posição ímpar para lidar com a ansiedade destas através de uma comunicação aberta e empática, estabelecendo uma relação de confiança, ouvindo as suas preocupações e reconhecendo e validando os seus sentimentos.

A CPOE, na UCA é realizada via telefone, no período da manhã, de forma organizada e estruturada seguindo um protocolo em suporte informático. Existe um impresso individual que é preenchido com os dados recolhidos, dando particular ênfase aos critérios de inclusão, avaliação das necessidades físicas e psicológicas da pessoa, ensinamentos pré e pós-operatórios, validando sempre se a pessoa compreendeu a informação. Para o conhecimento da pessoa e da sua família/pessoa significativa sobre o procedimento e a experiência perioperatória, os enfermeiros perioperatórios devem ajudá-los a compreender o processo perioperatório, incentivando-os a verbalizar as suas dúvidas e a expressar as suas inquietações indo de encontro à dimensão das respostas comportamentais do PPFM (Van Wicklin, 2020).

No entanto, em virtude se realizar telefonicamente, não é entregue um folheto informativo que, na opinião de Silva (2022b) constitui um ótimo complemento escrito da informação fornecida, no sentido em que facilitaria a compreensão e revisão das recomendações transmitidas.

No dia anterior à cirurgia é realizado o telefonema da véspera da cirurgia, onde são verificados e registados os ensinamentos de enfermagem realizados na CPOE, seguindo uma *check-list* com as orientações pré-operatórias fornecidas, esclarecidas as dúvidas que ainda possam existir sendo a pessoa informada da hora a que deverá comparecer na UCA no dia seguinte.

Ao longo do estágio participou-se ativamente na realização da CPOE e no telefonema da véspera. Estes momentos revelaram-se valiosos e promotores de um clima de confiança e facilitador da relação terapêutica com a pessoa, pois tal como argumenta Midões (2023, p.53) “no contexto de CA é possível desenvolver competências relativas ao empoderamento e capacitação da pessoa sujeita a cirurgia e respetiva família, permitindo-lhe otimizar e gerir a vivência da experiência cirúrgica e ainda ampliar a sua literacia em saúde, de modo a prevenir complicações e promover a saúde.”

No dia da cirurgia, a pessoa e família/pessoa significativa dão entrada na UCA, competindo ao enfermeiro realizar o seu acolhimento. Neste momento procurou-se proporcionar um acolhimento personalizado e individualizado, estabelecendo uma relação empática e de escuta ativa num ambiente tranquilo e seguro, de modo a reduzir a ansiedade e o stress associados ao momento, apresentando disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

Segundo Barroso et al. (2021), a adoção de boas práticas na identificação inequívoca da pessoa representa uma medida imprescindível para a prestação de cuidados mais segura, quer para a pessoa quer para o profissional de saúde, sendo que estes têm a responsabilidade de garantir a correta identificação da pessoa em todo o seu percurso assistencial (desde a admissão à alta). Para o autor anterior é indispensável a utilização de métodos que uniformizem este processo de identificação, como garantia da segurança de que o procedimento clínico está a ser efetuado/dirigido à pessoa correta. Para tal, na UCA é colocada uma pulseira de identificação a todos as PSP de acordo com a orientação da DGS (2011) e o PNSD 2015-2020 (Despacho nº1400-A/2015, 2015) de forma a garantir a sua identificação inequívoca.

No acolhimento, é realizada uma *check-list* validando um conjunto de informações relacionadas com o processo anestésico e cirúrgico e confirmando os ensinamentos realizados na

CPOE. Igualmente fundamental é assegurar o cumprimento ético e legal relacionado com o consentimento informado, tal como já explanado anteriormente.

De acordo com a AORN, o enfermeiro de anestesia é o responsável pela administração da anestesia, sob visão de um anesthesiologista ou cirurgião, devendo por isso manter uma observação e vigilância intensiva da pessoa, possuir capacidade para despistar sinais e sintomas de complicações e estar apto para atuar em situações de urgência e emergência (AESOP, 2012).

Nesta área de elevado rigor técnico e científico, o enfermeiro de anestesia deve possuir conhecimentos e competências para atuar de forma rápida e eficaz. É fundamental conhecer as diferentes técnicas anestésicas, a medicação, dominar os equipamentos de anestesia e saber atuar perante as emergências decorrentes do processo anestésico (M.M. Costa, 2023).

A existência de *check-list* é fundamental para a realização de tarefas de complexidade e repetição reconhecida, como por exemplo a verificação de equipamentos ou fármacos anestésicos (AESOP, 2012; Duarte & Martins, 2014; Fragata, 2010). Na UCA, os carros de anestesia estão uniformizados em todas as SO e existem *check-list* para o carro de apoio à anestesia que contém a medicação, para o carro de emergência e para o desfibrilhador. Sempre que se assumem as funções de enfermeiro de anestesia, é validada e testada a funcionalidade e operacionalidade de todos os equipamentos necessários ao processo anestésico e conferidas as *check-list* correspondentes.

Diniz et al. (2021) apontam que uma das estratégias a adotar e que se engloba numa cultura de segurança é a normalização dos carros de anestesia, sendo que a uniformização, para além dos objetivos de segurança e eficiência, também se assume como facilitadora da organização do trabalho, contribuindo para o aumento da satisfação dos profissionais de saúde.

É importante salientar que todas as macas que transportam as pessoas de e para a SO possuem grades de proteção, ainda que na mesa operatória a pessoa fique desprotegida e sem suporte lateral. Perante esta situação é crucial a constante vigilância, pois uma queda da PSP poderia causar graves complicações.

De acordo com Mota et al. (2021), as evidências disponíveis revelam que a maioria das quedas em BO envolvem doentes obesos, submetidos a anestesia geral, com posicionamentos cirúrgicos extremos. Também os mesmos autores referem que as causas das quedas correspondem a fatores relacionados com o doente (obesidade, a idade, a sedação, as alterações do estado de consciência e a agitação), com os profissionais (distração,

os problemas de coordenação da equipa, a suposição que outros profissionais estão a vigiar o doente e pressões de produção) e com a mesa operatória (falhas do equipamento, uso inadequado, falta de conhecimento, ausência ou incorreta colocação dos dispositivos de contenção e posicionamentos com inclinação extrema).

Como descrito por Prielipp et al. (2017), as quedas em contexto de BO são incidentes raros; no entanto, quando ocorrem, é sobretudo no momento de transferência da pessoa para a maca, durante a cirurgia e na indução e acordar da anestesia, podendo ter consequências nefastas.

É após a indução anestésica que a PSP perde a totalidade da sua autonomia e fica vulnerável devendo o EE também assumir a responsabilidade pela pessoa. De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (2018), a vulnerabilidade da PSP pode ser expressa como a impossibilidade desta responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a que está sujeita, traduzindo-se na exposição aos riscos, na desproteção e impossibilidade de defesa que requer que seja assegurada por outra pessoa, em sua substituição. Ou seja, tal como nos alude a AESOP (2012), o enfermeiro perioperatório deve proteger a pessoa contra qualquer dano ou prejuízo, e deve assumir a responsabilidade até que esta esteja novamente capaz para tomar as suas próprias decisões.

Como defensores da pessoa, os membros da equipa perioperatória são responsáveis por manter a autonomia, a dignidade e a privacidade destas e por representar os seus interesses durante todo o procedimento (Benze et al., 2021).

No momento em que é realizada a transferência da pessoa da maca para a mesa operatória, por vezes há exposição corporal quebrando a sua privacidade perante a restante equipa. Despertos para esta situação procurou-se o mais possível fazer a transferência de forma segura e respeitando ao máximo a privacidade das pessoas. A respeito deste tema, Ramirez e Contreras (2021) referem que a privacidade da pessoa é essencial para o cuidado, e a sua falta pode ser interpretada como ausência de humanização por parte dos enfermeiros.

Tal como designa o Regulamento n.º 429/2018 (2018), o EE deve estabelecer procedimentos relativos à mobilização e ao posicionamento cirúrgico, que garantam o conforto e previnam complicações nas PSP.

O posicionamento da pessoa, submetida a cirurgia, é uma das tarefas mais importantes realizadas pela equipa perioperatória e é da responsabilidade de todos os membros da equipa cirúrgica, ainda que cada um possua responsabilidades próprias e com competências concretas. O posicionamento incorreto de uma pessoa durante o procedimento cirúrgico

pode resultar em lesões graves de forma temporária ou permanente sendo que os efeitos da lesão podem variar desde pequenos incómodos até restrição funcional de longo prazo, morbidade secundária ou até morte (AORN, 2022a).

Oliveira (2023) afirma que o posicionamento cirúrgico é um procedimento que exige competência e não deve ser subestimado pelo que da sua qualidade de execução depende o sucesso do ato cirúrgico/anestésico, a segurança, o conforto e a prevenção de complicações. A mesma autora sugere a utilização de uma escala como ferramenta de avaliação do risco de lesões perioperatórias a todos as PSP, auxiliando a tomada de decisão clínica do enfermeiro no planeamento e na implementação de cuidados seguros e de qualidade.

Como verificado, o posicionamento é uma atividade pluridisciplinar, fundamental na segurança intraoperatória da pessoa. Apesar de muitas lesões de posicionamento estarem mais associadas a procedimentos prolongados (AORN, 2022a), ao longo do estágio na UCA, onde as cirurgias têm maioritariamente tempos de duração curtos, não foi descurada esta atividade e tentou-se assumir um papel ativo no sentido de alertar a restante equipa para a importância do correto posicionamento da pessoa e as suas implicações para a segurança e conforto, promovendo igualmente a utilização de material adequado e o registo do tipo de posicionamento e dispositivos de alívio de pressão utilizados. Ao posicionar corretamente a PSP, esta foi alvo de particular atenção à proteção ocular (pelo risco de causar lesões na córnea), proteção das zonas de pressão (consoante o decúbito selecionado) e à proteção e isolamento da pele em contato com as superfícies metálicas (devido à utilização de eletrocirurgia).

A eletrocirurgia é uma técnica utilizada há vários anos na SO. A corrente elétrica é produzida por um gerador e chega ao corpo da pessoa através de um elétron ativo que atua nos tecidos alvo e sai por um elétron neutro; quando essa corrente elétrica encontra o tecido humano, ela transforma-se em calor e pode ser utilizada para corte de tecidos e/ou coagulação sanguínea. É função do enfermeiro a seleção do local e a correta colocação do elétron neutro devendo para isso ser colocada o mais próximo possível da área de incisão, evitar proeminências ósseas e pele inflamada ou húmida (Chlouchi et al., 2023), sendo igualmente importante o enfermeiro confirmar se o elétron não ficou húmido após a desinfecção e verificar a integridade da pele após a remoção da placa.

Como já foi referido anteriormente, na CA a dor no pós-operatório é em geral mais reduzida. No entanto, é a complicação mais comum neste contexto, sendo a primeira causa de admissão e de readmissão após a CA, podendo ainda representar uma barreira à expansão

da CA quando se equaciona a inclusão de cirurgias mais complexas (APCA, 2013; A.I.F. Costa, 2019; Lobão, 2021).

É função e dever do EE gerir o controlo e avaliação da dor, sendo igualmente um direito das pessoas. Segundo Lobão (2021), o enfermeiro tem um papel primordial na identificação, avaliação, controlo e registo da dor visando oferecer conforto, dignidade e qualidade de vida às pessoas submetidas a CA, visto que estas, ao realizarem o pós-operatório no domicílio, ao serem orientadas pelos enfermeiros sentem maior acompanhamento e segurança.

Os cuidados de enfermagem à pessoa com dor devem iniciar-se na CPOE e o EE, ao compreender a fisiopatologia da dor, as estratégias de redução da dor, a natureza e duração dos procedimentos a realizar e ao estabelecer uma comunicação eficaz com a pessoa, permite conhecer as suas comorbidades associadas, a sua medicação no domicílio, experiências dolorosas anteriores, o tipo e extensão da incisão e dos cuidados anestésicos perioperatórios, ficando o EE na posse dos elementos necessários para a elaboração de um plano individualizado de controlo da dor (APCA, 2013; Sousa, 2014) .

No estágio, aquando da realização da CPOE via telefone, este sintoma foi sempre alvo de atenção, tentando empoderar e capacitar a pessoa para a gestão da dor ao longo de todo o processo cirúrgico. Como recomenda Maia (2023), idealmente a pessoa deve conhecer o instrumento utilizado para a avaliação da dor e, indo de encontro à escala utilizada na UCA, abordou-se sempre a pessoa no sentido de dar a conhecer a escala numérica de modo a que fosse utilizada corretamente.

Além das medidas farmacológicas para o controlo da dor realizadas em cooperação com o anestesista, procurou-se de forma autónoma implementar algumas estratégias não farmacológicas para o alívio e controlo da dor na PSP, nomeadamente a mudança de posicionamento, massagem com creme para alívio das zonas de pressão, diminuição do ruído e da intensidade das luzes que provocam desconforto.

Na UCA, a dor é extremamente valorizada e a equipa de enfermagem tem em desenvolvimento um Projeto de Melhoria “*Cuidar da pessoa com dor no perioperatório*”, que preconiza que a avaliação da dor deve ser avaliada e registada de forma contínua deste a CPOE até ao telefonema das 24h (ou posterior caso seja necessário).

O objetivo do controlo da dor pós-operatória é minorar as consequências negativas da dor pós-cirúrgica aguda e ajudar a pessoa a fazer uma transição gradual de volta à sua vida normal, sendo que um adequado controlo da dor reduz o sofrimento, reduz a permanência

na unidade, ajuda na mobilização precoce e na capacidade de realizar as atividades da vida diária, aumentando deste modo a satisfação da pessoa (Horn et al., 2024).

A UCA, tal como regulamentado, disponibiliza a medicação analgésica para a pessoa levar para o domicílio após prescrição médica, sendo que esta é entregue pelo enfermeiro aquando do momento da alta. Assume-se como fundamental a competência dos enfermeiros na realização dos ensinamentos à pessoa e família/pessoa significativa no controlo da dor no pós-operatório. A capacitação destes sobre a dor, com uma abordagem farmacológica, de como administrar a medicação de acordo com a posologia e via de administração e com uma abordagem não farmacológica, proporciona melhores resultados na gestão da dor e aumenta a qualidade de vida das pessoas (Santos, 2022).

Outra área de atuação do EE na UCA é a instrumentação cirúrgica. Segundo a AESOP (2012, p.139), o enfermeiro instrumentista deve “(...) compreender e valorizar a área da instrumentação enquanto isolada e distinta, mas deve, simultaneamente, valorizar a área da circulação e da anestesia, como forma de complementar a sua prestação de cuidados no âmbito dos cuidados perioperatórios”, tendo como responsabilidade “prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e para a equipa”.

Na UCA, são diversas as especialidades que realizam cirurgias nesta unidade, o que, por si só, implica da parte do enfermeiro instrumentista o domínio de um vasto conjunto de conhecimentos teóricos, de técnicas cirúrgicas específicas, de equipamentos e instrumentos de forma a tomar as melhores decisões, a dar uma resposta mais eficaz e eficiente, potenciando os resultados cirúrgicos e obtendo o melhor resultado para a pessoa.

O papel do enfermeiro instrumentista é destacado por Silva et al. (2021) e Vogelsang et al. (2020), nomeando as suas competências técnicas, conhecimento das regras de assepsia e esterilização, controlo de infeção, conhecimentos de instrumentação, prevenção de acidentes, controlo e gestão de espécimes biológicas e consciência cirúrgica, como fator decisivo para garantir cuidados seguros e de qualidade à pessoa.

Durante o estágio constatou-se que na UCA, os enfermeiros instrumentistas eram alocados à especialidade de acordo com o seu nível de perícia, indo de encontro ao estudo de Lei (2023), em que os enfermeiros entrevistados consideraram essencial que para conseguirem atingir a perícia na instrumentação cirúrgica devem estarem diferenciados por especialidades cirúrgicas o que permite terem oportunidades de experiência, aprofundar conhecimentos, estarem envolvidos em todas as especificidades da especialidade, serem

elementos de referência e desenvolverem as competências técnicas e não técnicas essenciais para garantir o sucesso cirúrgico. Corroborando com este estudo, Topping et al. (2019) expõem que a constante rotatividade dos enfermeiros pelas diferentes especialidades leva à instabilidade das equipas e ao menor domínio de conhecimento por parte destes, manifestando-se em perdas de tempo, insegurança e interrupções prejudicando o bom funcionamento da equipa.

O enfermeiro instrumentista tem um papel fundamental na equipa cirúrgica, como se constatou ao longo do estágio. Além de ter que possuir um domínio técnico e uma habilidade e agilidade técnica, deve ser igualmente um cuidador, com competências relacionais, humanas e científicas especializadas, promotor de uma cultura de segurança e consciência cirúrgica congruentes com os padrões de qualidade dos cuidados especializados, fazendo dele um prestador de cuidados diferenciado (Lei, 2023).

Relativamente ao enfermeiro circulante, este é um elemento fundamental e indispensável na SO. Para a AESOP (2012, p.128), “a função de enfermeiro circulante deve ser desempenhada por um enfermeiro “sénior”, um enfermeiro experiente, com competências científicas e técnicas atualizadas de modo a dar resposta a qualquer situação urgente/emergente no BO.” Este enfermeiro deve ser o gestor da SO, detentor de um olhar atento, perspicaz e possuidor de competências que garantam a segurança da pessoa e de toda a equipa multidisciplinar. Tem atribuições específicas de responsabilidade no que se refere à segurança da pessoa e equipa cirúrgica além de ser o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico nomeadamente na segurança do ambiente, no controlo da infeção, na gestão de riscos e ainda na gestão organizacional da SO fora da área esterilizada.

Tão importante como as competências técnicas, são as competências não técnicas do enfermeiro circulante, sendo estas últimas as que lhe permitem de forma assertiva, eficaz e eficiente, antecipar procedimentos, evitar riscos, otimizar e organizar equipamentos, adotar comportamentos de boas práticas, lidar com situações de emergência e stressantes sem interferir com a organização e atividades da equipa, facilitar a comunicação verbal e não verbal e garantir a segurança do ambiente, da pessoa e da equipa cirúrgica (Paula, 2019). Na UCA, preferencialmente é o EE que desempenha estas funções; no entanto, devido ao número insuficiente destes, a opção recai muitas vezes no enfermeiro mais experiente da sala.

Considerando que o BO é um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde, não apenas pelo uso da tecnologia sofisticada de acordo com o

procedimento cirúrgico a realizar, mas também pela articulação da equipa multidisciplinar que nele intervém, torna-se mandatória uma interação perfeita de vários fatores neste contexto de elevada complexidade. Para tal foi criada a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) pela OMS em 2009, ao abrigo do programa “*Cirurgia Segura Salva Vidas*” tornando-se esta lista o meio agregador, através do qual a equipa cirúrgica pode validar, numa sequência de atividades, o modo de assegurar cuidados seguros perioperatórios sistemáticos e, desta forma, minimizar os riscos de ocorrência de incidentes (*World Health Organization* [WHO], 2009).

Pretende-se assim e sistematicamente melhorar a identificação correta da PSP, do procedimento e do local cirúrgico, implementar práticas anestésicas universalmente aceites, prevenir a infeção do local cirúrgico (ILC) e, de forma abrangente, melhorar o trabalho em equipa e a comunicação entre os elementos da equipa cirúrgica; para tal, a OMS identificou três momentos-chave para a equipa utilizar a LVSC: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes do doente sair da sala de operações (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A fim de implementar a LVSC durante a cirurgia, uma única pessoa deve ser responsável pela verificação da lista que será habitualmente o enfermeiro circulante (mas poderá ser qualquer elemento da equipa que participa na cirurgia). Ter uma única pessoa a conduzir o processo da LVSC é essencial para o seu sucesso, visto que nenhuma das etapas pode ser negligenciada no decurso do pré-operatório, intraoperatório ou da preparação do pós-operatório. Ao ser designada uma única pessoa para confirmar a conclusão de cada etapa da lista de verificação, pode assegurar-se que as medidas de segurança não são omitidas na pressa de avançar para a próxima etapa da operação (WHO, 2009).

Como recomendado pela OMS, na UCA é o enfermeiro circulante que é o responsável pela LVSC. No entanto, por vezes o *time out* (antes da incisão da pele) não é cumprido rigorosamente. Assim foi partilhada a nossa preocupação, por não estar a ser cumprida na exatidão uma recomendação tão importante e essencial para a segurança da pessoa e da equipa, aumentando o risco da ocorrência de erros.

Também Gonçalves (2023) salienta que o uso da LVSC aumenta a cultura de segurança no BO, melhorando a comunicação dentro da equipa multidisciplinar e permitindo antecipar necessidades intraoperatórias, diminui a mortalidade e reduz as complicações pós-operatórias (infeções, número de readmissões e reintervenções cirúrgicas), os eventos adversos e previne a ocorrência de erros, beneficiando diretamente a PSP.

A comunicação desempenha um papel crucial na garantia da continuidade dos cuidados e na segurança da pessoa durante o período perioperatório. De acordo com a DGS (2021, p.100) “a comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.”

Com o intuito de melhorar a transmissão de informação através da implementação de um sistema padronizado, a DGS (2017) emitiu uma norma “*Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde*” com o objetivo da uniformização de boas práticas garantindo uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde, acerca da transição de cuidados de saúde dos doentes, garantindo uma comunicação precisa e oportuna de informações de modo que possíveis erros e lacunas sejam mitigados, diminuindo, deste modo, a mortalidade dos doentes.

A norma apresenta a técnica *ISBAR* (*Identify*-Identificação, *Situation*-Situação atual, *Background*-Antecedentes, *Assessment*-Avaliação, *Recommendation*-Recomendações), como uma ferramenta de padronização de comunicação em situações de transição de cuidados. Esta metodologia é um instrumento facilitador da normalização da comunicação na transferência de informação, uma vez que permite uma “fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara” (DGS, 2017, p.5).

Relativamente à transição de cuidados ao longo de todo o processo assistencial na UCA, apesar de estar implementada a metodologia *ISBAR*, esta não é realizada pela equipa de forma precisa e inequívoca. Nesta transição de cuidados foram identificados alguns fatores que colocam em causa a sua eficiência, tais como o elevado fluxo de entradas e saídas de pessoas, entrada de diversas pessoas ao mesmo tempo no acolhimento/recobro, ruído envolvente. Foi partilhada com os elementos da equipa esta situação e fundamentada a importância da aplicação desta metodologia, dado que reduz a perda de informação e promove a continuidade dos cuidados a prestar à PSP.

Para esta transição, como argumenta Merlino (2019), a continuidade de cuidados perioperatórios exige ter um meio eficaz, claro e conciso de comunicação o que contribui para a segurança da pessoa e para a coesão da equipa.

Como alega Ramos e Cunha (2022), a comunicação segura e eficaz assume um papel fulcral na enfermagem, uma vez que a segurança dos cuidados não pode ser dissociada do processo comunicativo, suporte imprescindível ao ato de cuidar, tornando-se assim imperioso que os enfermeiros assegurem um processo comunicacional sem erros e imprecisões por forma a promover ambientes e cuidados seguros.

A comunicação, de acordo com Soares (2023), é referida na atual evidência científica como parte fundamental do processo terapêutico, constituindo um dos principais componentes na arte de cuidar em enfermagem, quer junto das pessoas, quer da família/pessoa significativa.

Na opinião de Caverzan et al. (2017), a humanização não é uma opção e, sim, um dever de quem optou por ter o legado de cuidar de pessoas, e a comunicação é uma forma de humanização dos cuidados integrais e holísticos, possibilitando ao enfermeiro, através da interação com a pessoa e familiares, transmitir informações esclarecedoras e consistentes a fim de minimizar as tensões vividas durante o processo cirúrgico.

A comunicação eficaz com o doente perioperatório é um pilar fundamental para a qualidade dos cuidados prestados e uma ferramenta poderosa que influencia diretamente o bem-estar da PSP durante o processo cirúrgico, minimizando a sua ansiedade. É um processo contínuo que exige compromisso e dedicação por parte do EE, razão pela qual ao longo do estágio se investiu numa comunicação terapêutica e empática contribuindo para a satisfação da pessoa e família/pessoa significativa e para a humanização dos cuidados.

Momento de elevada importância, em todo o processo de CA, e onde a comunicação é uma ferramenta imprescindível é o momento da alta. Na UCA, o enfermeiro, aquando da alta reúne a PSP e a sua família/pessoa significativa num gabinete, proporcionando um momento privilegiado para a transmissão das informações e recomendações para o pós-operatório. Tal como defende Gaspar (2021), os enfermeiros de CA trabalham frequentemente em contextos em que o tempo é bastante limitado, com interrupções frequentes, pelo que se deve garantir que a transmissão de informação às pessoas e família/pessoa significativa, ocorra com eficiência e eficácia, num local calmo, sem ruídos e sem interferências.

Na CA é fundamental validar com a pessoa e família/pessoa significativa os ensinamentos efetuados sobre os cuidados a ter no domicílio, as possíveis complicações, o esquema da medicação, as limitações impostas pela anestesia e cirurgia e a retoma das atividades quotidianas. Igualmente importante é a entrega do folheto informativo específico da cirurgia realizada, as cartas de alta, o telefonema das 24h que irá receber (qual o seu motivo e importância) e o inquérito de satisfação que a pessoa deve preencher para a melhoria da qualidade dos

cuidados. De igual modo é imprescindível o envolvimento da família/pessoa significativa em todo o processo cirúrgico, tendo este sido descrito por Mendes et al. (2020), como um aspeto positivo para que a pessoa se sinta mais segura e mais participativa nos cuidados.

Por forma a acompanhar o pós-operatório é realizado o telefonema das 24h a todas as pessoas submetidas a cirurgia na UCA; o telefonema dos 30 dias é realizado a 10% das pessoas, que são selecionadas aleatoriamente. O telefonema das 24h é realizado pelo enfermeiro e é utilizada uma aplicação informática para o seu registo. Este telefonema permite avaliar a PSP, reforçar ensinamentos, despistar possíveis complicações e avaliar a eficácia dos protocolos de analgesia (AESOP, 2012). Quanto ao telefonema dos 30 dias, este tem como principal função avaliar o grau de satisfação da PSP durante o processo de CA, sendo que estes indicadores se traduzem em dados para fomentar práticas de melhoria.

Os registos no BO devem refletir os cuidados perioperatórios e permitir a avaliação dos resultados associados às intervenções de enfermagem, possuindo um papel imprescindível na transmissão de dados e por sua vez na promoção da continuidade dos cuidados, pois possibilitam o acesso a todas as informações do doente de acordo com os princípios éticos e legais (Lopes, 2022).

Na UCA, os registos são realizados na plataforma *Patient Care Bloco Operatório*®. É realizado o registo de toda a informação clínica e administrativa necessária para uma correta gestão e controlo dos cuidados prestados, sendo um sistema interoperável com todos os dispositivos eletrónicos presentes no BO (mesas de anestesia, monitores de sinais vitais, bombas de perfusão) evitando a transcrição manual de dados monitorizados e garantindo maior fiabilidade de dados e segurança para a PSP. Permite também, extrair indicadores estatísticos de uma forma simples e intuitiva possibilitando a produção de indicadores de qualidade, seja para fins de gestão ou para produções científicas (“BSIMPLE”, 2024).

Como foi possível constatar, os registos de enfermagem são um instrumento indispensável para a garantia da prestação de cuidados de enfermagem de excelência permitindo a sua documentação, análise e conclusões sobre ganhos em saúde e a continuidade de cuidados, sendo inegável a sua contribuição para o desenvolvimento da profissão, promovendo o comprovativo do desempenho do exercício profissional dos enfermeiros. De igual forma, constitui ainda uma base de suporte a estudos científicos, projetos e conclusões de investigação que sustentam a prática baseada na evidência (OE, 2022).

3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

Os EEEMC à PSP devido ao risco significativo decorrente da prestação de cuidados perioperatórios, especialmente perante a possibilidade de ocorrerem eventos adversos resultantes da vulnerabilidade da pessoa, das intervenções realizadas e da complexidade do ambiente e recursos, devem integrar os seus conhecimentos e competências para garantir a segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente, agindo sempre em conformidade com os princípios éticos da prática profissional (Regulamento n.º429/2018, 2018). Também a AORN (2022b) reconhece o ambiente perioperatório como sendo de elevado risco e que a vulnerabilidade da PSP aumenta o risco potencial de danos. Exigem, assim, que os profissionais de saúde priorizem a segurança das pessoas em primeiro lugar, reiterando que a principal responsabilidade do enfermeiro perioperatório é promover a saúde, o bem-estar e a segurança da pessoa.

Este destaque dado à segurança da PSP, tanto pela AORN como pelo regulamento atrás referenciado, vai de encontro ao domínio da segurança preconizado pelo PPFM (Wickin, 2020).

O interesse pela segurança da pessoa nas organizações de saúde cresceu exponencialmente em todo o mundo impulsionado por estudos epidemiológicos que revelaram a frequência e o impacto do dano associado aos cuidados em saúde (Faria et al., 2023).

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos e Portugal legitimou a implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, como conducente a ganhos em saúde. Assim, concebeu o PNSD 2015-2020 que visava melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). Foi dada continuidade, com a atualização de um novo PNSD 2021-2026, que tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, não negligenciando os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Este último encontra-se estruturado em cinco pilares: cultura de segurança, liderança e governação, comunicação, prevenção e gestão de

incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros. Importa salientar mais uma vez que o domínio da segurança indicado no PPFM não é descurado.

Mencionando WHO (2024), que define a segurança da pessoa como a ausência de danos evitáveis e a diminuição do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável e entende que a cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde, além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de percepções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes (Despacho nº1400-A/2015, 2015, p.3882). Assim, como se pode constatar, o envolvimento da equipa multidisciplinar é fundamental para uma cultura de segurança de uma organização. No entanto, como referem Gutierres et al. (2018) e Mota (2021), os enfermeiros devido ao seu elevado número, à proximidade com a pessoa, à presença nas diversas áreas (prestação de cuidados e gestão) permite-lhes desenvolver competências únicas, desenhar processos de melhoria contínua a partir do planeamento de estratégias com vista à diminuição de erros e promoção de boas práticas assumindo uma forte influência na segurança da PSP.

A tendência crescente da CA, assumindo o regime cirúrgico privilegiado do futuro, torna imperativo garantir a segurança da PSP, situando o EE num papel primordial para intervir na gestão do risco e para identificar práticas conducentes a erros e eventos adversos, apostando numa *práxis* preventiva e promotora de segurança assegurando a aprendizagem e a melhoria contínua.

O Regulamento nº 429/2018 (2018) reconhece como uma das competências específicas do EEEMC, a maximização da segurança da PSP e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, segundo o qual demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.

A consciência cirúrgica é um conceito único que é central para prática clínica dos enfermeiros perioperatórios, sendo um fenómeno abstrato que explica a obrigação moral dos enfermeiros de salvaguardar a assepsia cirúrgica e a segurança da pessoa, independentemente do custo ou consequência (Duff et al., 2021). Para estes autores, a consciência cirúrgica depende de três elementos: o conhecimento acerca da assepsia cirúrgica e segurança da pessoa, a capacidade técnica para usar esse conhecimento e a consciência perante a situação; ou seja, é fundamental o conhecimento teórico e as

competências técnicas e não técnicas, para a assepsia cirúrgica e segurança operatória (Duff et al, 2021).

Ao longo do estágio foi desenvolvida e aprimorada a consciência cirúrgica, na área da segurança da pessoa, da assepsia cirúrgica e do controlo da infeção, usando a prática baseada na evidência, indo de encontro a Farley (2022), que ressalva que a consciência cirúrgica é um elemento vital para o cuidado seguro, ético e competente e está relacionada com os melhores resultados para a PSP, incluindo a prevenção da ILC.

As IACS na opinião de Carvalho (2020, p.1) “constituem um evento adverso frequente nas unidades de saúde, refletindo por isso, fragilidades na área da segurança do doente e naturalmente na qualidade dos cuidados prestados”.

A ILC é multifatorial e está relacionada com a condição da pessoa, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido, podendo ocorrer no local da incisão cutânea ou próxima dela, nos primeiros trinta dias de pós-operatório, ou, até três meses após colocação de prótese (DGS, 2022).

As ILC estão entre as IACS mais comuns, posicionando-se como uma das infeções mais prevalentes também em Portugal e, não obstante da enorme evolução técnica e científica, esta é uma das complicações mais frequentes relacionada com os procedimentos cirúrgicos, com implicações nos resultados clínicos e aumento dos custos hospitalares (Mota & Castilho, 2021).

A DGS em 2015 emitiu a norma clínica (atualizada em 2022) “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico”, com o objetivo de assegurar que as pessoas recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência e de uma forma consistente, reiterando que o “Feixe de Intervenções” não é apenas uma lista de ações a implementar, dado que todas as intervenções são necessárias (se alguma destas intervenções não for cumprida, o resultado não será o mesmo); é um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto, para que o sucesso seja atingido (DGS, 2022).

O EE assume um papel de relevância liderando o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Segundo Santos (2018), o empoderamento e consciencialização dos enfermeiros para o cumprimento das normas de boas práticas na prevenção da ILC, contribui para a otimização dos cuidados prestados, uniformização das práticas, fomentando uma prestação de cuidados baseados na melhor evidência científica, contribuindo para suprir as necessidades da pessoa, de forma a

garantir a excelência dos cuidados de enfermagem e promovendo uma diminuição da incidência da taxa de infeções (como citado em Cruz & Magalhães, 2023).

Os enfermeiros têm um papel ativo e dinâmico na prevenção da ILC, ao longo do período perioperatório. Neste contexto e de acordo com as orientações da DGS (2022), aquando da realização da CPOE e do telefonema da véspera da cirurgia é fornecida informação e explicada a necessidade de realizar um banho com clorhexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência; administrar antibiótico dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado; realizar a tricotomia com máquina de corte imediatamente antes da cirurgia, só em caso indispensável; durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes manter a normotermia (temperatura central $\geq 36^{\circ}\text{C}$), normoglicémia ($\leq 180 \text{ mg/dl}$) e saturação periférica de oxigénio ($\text{SpO}_2 \geq 95\%$), realizar o penso com técnica assética e capacitar a pessoa e família/pessoa significativa para os cuidados a ter com a ferida cirúrgica aquando da alta hospitalar.

Ao longo do estágio, foi perceptível a preocupação com a prevenção da ILC. A equipa da UCA tem em desenvolvimento um projeto de melhoria *“Segurança no cuidar – feixes de intervenção na prevenção da infeção do local cirúrgico”*, que foi integrado na prática de cuidados durante o período de estágio. Reconhecendo a importância das IACS, foi realizada uma formação em serviço para os enfermeiros da UCA e do BOC sobre a *“Desinfeção do local cirúrgico em Oftalmologia: Que evidência?”*, com o objetivo de apresentar a evidência mapeada sobre a desinfeção do local cirúrgico em pessoas submetidos a cirurgia oftalmológica, em contexto hospitalar.

Conforme sustenta a *European Operating Room Nurses Association-EORNA* (2023), os enfermeiros, ao prestarem cuidados à PSP devem estar cientes das políticas implementadas, manterem-se atualizados com as práticas recomendadas e baseadas na mais recente evidência científica e garantirem que estas práticas contribuem para a redução da ILC, tal como sustenta o PPFM (Wickin, 2020).

Os avanços e mudanças no controlo das IACS constituem um elemento central na prestação de cuidados, na qual a gestão e controlo dos dispositivos médicos assume uma especial importância. Assim o EEEMC à PSP tem como competências, garantir a rastreabilidade dos dispositivos médicos, gerir a utilização dos dispositivos médicos implantáveis de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos, assegurando a sua documentação e rastreabilidade, providenciar a atualização da equipa acerca das normas de segurança na utilização dos dispositivos médicos e assegurar que os dispositivos médicos

estão disponíveis, íntegros e funcionais e são utilizados de acordo com as instruções do fabricante e participar na conceção e na implementação dos processos de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A participação no reprocessamento de dispositivos é determinante para assegurar o desempenho, a qualidade e segurança dos dispositivos médicos sujeitos a reprocessamento, constituindo-se como uma componente efetiva para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para a prevenção e controlo de IACS, obtenção de ganhos em saúde e atividade produtiva nas unidades de saúde (Regulamento n.º 729/2021, 2021).

No estágio destacou-se a verificação da validade e integridade de todo o material cirúrgico antes da sua utilização como prática comum, sendo o seu registo efetuado na LVSC como recomendado. No entanto, os indicadores que atestam a operacionalidade não são alocados ao processo da PSP tal como os dispositivos médicos implantados (exceto os dispositivos de ortopedia).

O sistema de rastreabilidade é considerado uma prática eficaz, que possibilita um controlo das etapas do processamento dos instrumentos cirúrgicos contribuindo para a segurança da PSP (Galhardo & Lopes, 2022). Corroboram e completam Cabral et al. (2021), ao afirmarem que devem ser registadas todas as características do dispositivo médico implantado no processo clínico da pessoa ou num documento de consumo do serviço, devendo esse registo incluir o nome do material, fabricante, marca e modelo, tamanho, lote, validade, data de uso, nome do profissional responsável pelo procedimento, identificação da pessoa e descrição do tipo de implante realizado. Perante esta evidência foi proposto à equipa da UCA um impresso de registo de todos os dispositivos médicos implantados e os indicadores das caixas cirúrgicas de modo a assegurar a rastreabilidade, indo ao encontro das recomendações alusivas à temática.

4. Considerações finais

A elaboração deste relatório permitiu expor o percurso realizado ao longo do estágio na UCA, através de uma exposição descritiva, crítica e reflexiva sobre a prática clínica que, no seu conjunto permitiram a aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências comuns e específicas do EEEMC à PSP, aliando a teoria à prática.

A CA é uma área da saúde em evolução e mudança, daí ser exigido aos EE uma constante mobilização de saberes e conhecimentos, num processo dinâmico e de atualização contínua, de forma a fomentar a excelência na sua prestação diária de cuidados.

Tal como descrito no relatório, o EE deverá diferenciar-se pelo seu conhecimento aprofundado e pelas suas competências técnicas e não-técnicas na prestação de cuidados baseadas na mais recente evidência científica, pautando o seu exercício profissional, ético e legal de excelência que promova a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e contribuindo para a satisfação da PSP.

Ao colocar a PSP ao centro dos cuidados, aliada à interação com a equipa multidisciplinar permitiu ter uma visão holística dos cuidados perioperatórios na CA, enfatizando a importância da segurança, da comunicação eficaz e da melhoria contínua. A prática baseada na evidência científica foi um pilar constante, orientando as intervenções e os procedimentos realizados.

Apesar das dificuldades sentidas ao longo do estágio relacionadas com a conciliação da atividade profissional, pedagógica e familiar, estas adversidades foram sendo atenuadas pelo entusiasmo, interesse e atitude proativa na procura de novos conhecimentos e oportunidades de aprendizagens em prol de uma enfermagem avançada, de modo a alcançar os objetivos definidos.

Refletindo sobre o estágio, é inegável o crescimento e valorização profissional daí decorrente, não apenas no domínio das habilidades práticas, mas também no fortalecimento da capacidade de tomar decisões informadas e na adaptação a ambientes dinâmicos e por vezes imprevisíveis característicos de uma SO. Este estágio solidificou a convicção na escolha da Enfermagem Perioperatória como área de especialização, concedendo mais capacidade para enfrentar os desafios futuros da profissão com maior confiança e competência.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória: Percepção dos Enfermeiros

1. Resumo

Enquadramento: A sede é uma manifestação com elevada prevalência no período perioperatório, frequentemente associada ao jejum prolongado, à restrição da ingestão de líquidos, à ansiedade e aos fármacos utilizados. Esta condição não só causa desconforto significativo, como também afeta negativamente a recuperação pós-operatória. No entanto e de acordo com a literatura, esta tem sido insuficientemente valorizada, registada e tratada na prática clínica por parte dos enfermeiros.

Objetivos: Pretende-se identificar a valorização da sede, caraterizar a avaliação da sede e identificar as intervenções de enfermagem à pessoa em situação perioperatória com sede, na perspetiva dos enfermeiros.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional. O instrumento de colheita de dados foi construído especificamente para este estudo, com base na revisão da literatura. A recolha de dados foi realizada através de um formulário digital via *Google Forms*®: I – Caraterização socioprofissional; II – Avaliação da sede na Pessoa em Situação Perioperatória. Amostra não-probabilística por conveniência, com enfermeiros que desempenham a sua atividade profissional em serviços com a Pessoa em Situação Perioperatória. Análise dos dados com recurso ao SPSS (versão 26.0). Estudo submetido à Unidade de Investigação e Desenvolvimento da ESSNorteCVP, com parecer favorável da Comissão de Ética.

Resultados: Amostra final constituída por 302 enfermeiros: os resultados revelam que 64% valoriza ou valoriza muito a sede e 58% considera o sintoma sede importante ou muito importante; 43% nunca ou quase nunca avalia a sede, 83% nunca ou quase nunca a regista no processo clínico e 13% utiliza instrumentos de avaliação (escalas) para a mensurar; 9% teve formação sobre esta temática e 68% dos enfermeiros referem que intervêm de acordo com a mais recente evidência científica. Foi ainda estudada a associação entre as variáveis e verificaram-se correlações positivas importantes, com resultados estatisticamente significativos para a avaliação e valorização da sede por parte dos enfermeiros especialistas e correlação positiva forte entre a valorização da sede por parte dos enfermeiros e a sua avaliação na prática diária da prestação de cuidados.

Conclusão: Os enfermeiros valorizam a sede, especialmente os Enfermeiros Especialistas. No entanto, o estudo revela que a sede é esporadicamente avaliada e registada, evidenciando a necessidade da aplicação de instrumentos válidos para a sua identificação e a utilização de estratégias baseadas na evidência para a sua resolução.

No contexto perioperatório, considera-se que uma atuação proativa do enfermeiro e baseada na evidência é de extrema importância, devendo envolver a avaliação contínua da sede, a implementação de estratégias eficazes para a minimizar e a capacitação da pessoa em situação perioperatória sobre os cuidados necessários para lidar com a sede neste período, tendo em vista a qualidade dos cuidados e a melhoria da sua experiência cirúrgica.

Palavras chave: Sede; Enfermagem Perioperatória; Cuidados de Enfermagem; Assistência Perioperatória; Avaliação de Sintomas

2. Abstract

Background: Thirst is a highly prevalent manifestation during the perioperative period, often associated with prolonged fasting, fluid restriction, anxiety, and medication used. This condition not only causes significant discomfort but also negatively impacts postoperative recovery. However, according to scientific evidence, thirst has been insufficiently valued, documented, and treated in clinical practice by nurses.

Objectives: Identify the value attributed to thirst, characterize thirst assessment, and identify nursing interventions for perioperative patients experiencing thirst, from the perspective of nurses.

Methodology: Quantitative, descriptive-correlational study. The data collection instrument was specifically developed for this study based on literature review. Data was collected through a digital form using *Google Forms*®: I – Socio-professional characterization; II – Thirst assessment in perioperative patients. Non-probabilistic convenience sample of nurses working professionally with people in perioperative situation. Data analysis conducted using SPSS (version 26.0). Study submitted to the Research and Development Unit of ESSNorteCVP, with favorable opinion from the Ethics Committee.

Results: Final sample consisted of 302 nurses: results revealed that 64% consider thirst to be somewhat or very valued, and 58% view thirst as an important or very important symptom; 43% rarely or never assesses thirst, 83% rarely or never document it in clinical records, and 13% use assessment tools (scales) to measure it; 9% received training on this topic, and 68% of nurses reported intervening based on the most recent scientific evidence. The association between variables was also studied, leading to significant positive correlations in specialty nurses' assessment and valuation of thirst, and strong positive correlation between nurses' valuation of thirst and their daily practice assessment.

Conclusion: Nurses value thirst, especially specialist nurses. However, the study shows that thirst is sporadically assessed and documented, highlighting the need to implement valid assessment tools for its identification and evidence-based strategies for its resolution.

In the perioperative context, proactive and evidence-based nursing actions are considered extremely important. This should involve continuous assessment of thirst, implementation of effective strategies to minimize it, and the empowerment of perioperative patients on necessary care to manage thirst during this period, considering the quality of care and improving their surgical experience.

Keywords: Thirst; Perioperative Nursing; Nursing Care; Perioperative Care; Symptom Assessment

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A sede é uma das necessidades vitais primárias dos seres humanos frequentemente associada ao desejo de beber água, tornando a ingestão hídrica uma necessidade fisiológica que visa promover o equilíbrio hidro-eletrolítico.

Tal como referem Aroni et al. (2020), a sede é definida como o desejo de beber água e é um mecanismo de compensação que visa restabelecer o equilíbrio hídrico no corpo humano, sendo um sintoma multifatorial que pode ser estimulado pela necessidade de hidratação, necessidade de normalização do volume sanguíneo e da osmolaridade plasmática.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2019, p. 121), o foco *sede* é definido como “percepção: sensação de desejo de beber água ou outros líquidos referenciada à boca e orofaringe; secura das mucosas da boca e orofaringe”.

No contexto perioperatório, a PSP faz parte de um grupo com elevado risco de desenvolver sede, dado que resulta da privação do consumo de líquidos, condição associada à realização de cirurgia, como será apresentado adiante neste trabalho. Assim não pode ser excluída do contexto global dos cuidados prestados, apresentando-se como um sintoma multifatorial, incómodo, desagradável, provocando um desconforto intenso e negativo e de elevada intensidade (Nascimento et al., 2023; Silva, 2023).

A sede perioperatória é definida como a “experiência sensorial, fisiológica e subjetiva que se refere ao desejo de ingerir água com o objetivo de restaurar a homeostase dos fluídos corporais, gerando intenso desconforto quando não atendido” (Nascimento et al., 2021a, p.5).

É estabelecida como um mecanismo compensatório na procura da restauração do equilíbrio hídrico do organismo, motivado tanto por sinais e sintomas fisiológicos quanto por contextos culturais, emocionais, hábitos, medicamentos e condições alimentares, podendo ser induzida por dois mecanismos diferentes, as mudanças na pressão osmótica e as mudanças no volume, que ocorrem após desidratação e perda de água, fazendo com que esses estímulos suscitem distintos mecanismos de sede no corpo, denominados sede osmótica e sede hipovolémica, respetivamente (Silva, 2023).

A sede osmótica é provocada pelo aumento de 1% a 2% na osmolaridade plasmática, capaz de estimular a libertação da hormona antidiurética. Quando o mecanismo compensatório

proporcionado pelas alterações osmóticas não é eficaz, a sede é ativada, impulsionando o organismo a procurar água. Por sua vez, a sede hipovolémica associa-se à necessidade de ingestão hídrica para repor o volume plasmático e o seu mecanismo de regulação depende tanto do sistema renina-angiotensina-aldosterona quanto da ação adrenérgica (Garcia et al., 2016).

A sede pode ser classificada como homeostática ou não homeostática. A sede homeostática é sensível a alterações na composição sanguínea, como o aumento da osmolaridade e diminuição do volume plasmático e da pressão arterial, tendo como fatores relacionados o jejum pré-operatório, a desidratação, a perda insensível de hidratação, o calor e a hipovolemia (a hemorragia intraoperatória e a exposição das estruturas internas do corpo ao meio ambiente contribuem para a hipovolemia). A sede não homeostática é definida como um conjunto de impulsos antecipatórios que indicam a necessidade de ingestão de água antes que ocorra o desequilíbrio homeostático, estes estímulos incluem uma ampla influência psicológica e ambiental, tais como disponibilidade da bebida, temperatura, associação com refeições e hábitos sociais. A desidratação da cavidade oral (provocada por exemplo pela entubação ou pelo uso de fármacos anticolinérgicos) é um dos fatores da sede não homeostática e determinante para o desencadeamento desta (Arai et al., 2013; Armstrong & Kavouras, 2019; Nascimento et al., 2021b).

A percepção e a saciedade da sede são consequência dos mecanismos neuronais, fisiológicos e hormonais interligados que interagem para motivar a ingestão de água de acordo com a necessidade da pessoa. Quando a sede é percebida, o organismo humano utiliza dois mecanismos distintos para a saciedade: o pré e pós-absortivo (Aroni, 2017).

A saciedade pós-absortiva é iniciada após o organismo absorver a água e há restauração dos níveis osmóticos e/ou hipovolémicos a nível celular. A saciedade pré-absortiva está relacionada com barorreceptores, osmorreceptores e termorreceptores localizados na orofaringe, bem como aos recetores gástricos que atuam como instrumentos de medição do volume ingerido, mesmo antes de haver absorção do líquido. Esses recetores podem ser ativados pela humidificação da mucosa oral, pelo processo mecânico de deglutição e pela distensão gástrica devido à ingestão de líquidos, resultando em saciedade. O estímulo orofaríngeo proveniente de líquidos frios e substâncias mentoladas induz a sensação de saciedade mais rapidamente quando comparado a outros estímulos. Este facto ocorre devido à presença de recetores térmicos na orofaringe, chamados de *Transient Receptor Potential Ankyrin 1* (TRPA1) e *Transient Receptor Potential Melastatin 8* (TRPM8), que são ativados na presença de temperaturas frias. O TRPM8 também é ativado por substâncias como o mentol

e permite sentir saciedade sem ingerir grandes quantidades de líquidos (Aroni et al., 2020; Nascimento et al., 2020; Silva, 2023).

Ao longo dos últimos anos, vários estudos têm sido elaborados de forma a compreender a taxa de incidência da sede no período perioperatório. Estes estudos quantificam a prevalência da sede na PSP. Exemplo disso são os resultados apresentados por Maldonado et al. (2020) que referem que 77% das pessoas têm sede no período pós-operatório imediato. Também neste período, Oliveira et al. (2020) mencionam que 92% das pessoas apresentaram sede e Andriotti et al. (2022) referem que 69% das pessoas apresentavam sede no pré-operatório e 81% no pós-operatório. Estes valores podem alcançar os 98%, segundo Serato et al. (2019), no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Outro dado interessante foi encontrado por Oliveira et al. (2020) no seu estudo, pois 92% das pessoas apresentaram sede no pós-operatório imediato, sendo que 96% não relataram queixa espontânea, tal como descrito por Pierrotti et al. (2018) em que apenas 15% dos adultos verbalizaram sede de forma espontânea.

Perante estes dados, infere-se que o desconforto da sede é real e intenso na fase perioperatória e altamente prevalente, ainda que frequentemente não verbalizado, podendo ser o sintoma dominante no pós-operatório, até mesmo ultrapassando a dor (Oliveira et al., 2020; Silva et al., 2022c).

A experiência da sede na PSP é particularmente desagradável, havendo relatos de que pode ser comparada a sensação de asfixia, fraqueza, irritação, desespero, medo e ansiedade (Wang et al., 2023), manifestado por sinais e/ou sintomas tais como boca, lábios e garganta seca, língua e saliva grossa, sabor amargo na boca e vontade de beber água (Martins et al., 2017; Silva, 2023).

A literatura evidencia que são vários os fatores que contribuem para a sede na PSP: no pré-operatório destacam-se o jejum absoluto por períodos prolongados, a ansiedade e o medo associado ao procedimento cirúrgico, no intraoperatório há referência a medicamentos, a entubação orotraqueal e a hemorragia (Nascimento et al., 2020).

Durante o período pré-operatório os fatores emocionais, próprios desta fase, como a ansiedade, caracterizada por sentimentos de apreensão, nervosismo, medo e preocupação, podem desencadear o mecanismo da sede. Esta relação pode ser explicada com base nas alterações fisiológicas que estimulam a atividade do sistema nervoso autónomo e a secreção de catecolaminas o que resulta em alterações da tensão arterial, taquicardia e principalmente a diminuição da hidratação da mucosa oral. Consequentemente, ao diminuir

a secreção de saliva, a humidificação da boca fica comprometida, estimulando o desenvolvimento da sede (Silva, 2023; Wang et al., 2023).

Também alguns medicamentos, como os anticolinérgicos, opióides, anti-hipertensores, antidiuréticos e anti-inflamatórios não-esteróides podem intensificar a sensação de sede, pois reduzem a produção e secreção de saliva (Andriotti et al., 2022; Motta et al., 2020).

Nos casos em que a PSP é submetida a anestesia geral com intubação, a pessoa permanece durante este período com a boca aberta, o que influencia a xerostomia, motivada não só pela evaporação de saliva, como também pela baixa temperatura da sala operatória (Andriotti et al., 2022).

O jejum é um dos principais fatores relacionados com a sede no perioperatório. No entanto, faz parte das orientações para garantir a segurança do procedimento anestésico/cirúrgico. “O jejum pré-operatório é definido como um período de tempo prescrito antes de um procedimento, quando os pacientes não podem tomar líquidos ou sólidos por via oral” (*American Society Of Anesthesiologists [ASA], 2017, p.376*).

A recomendação do jejum pré-operatório tem o intuito de garantir a segurança da pessoa durante a indução anestésica, por meio do esvaziamento gástrico, com o objetivo de prevenir complicações pulmonares minimizando o conteúdo gástrico e diminuindo, deste modo, o risco de regurgitação e subsequente aspiração pulmonar durante os procedimentos anestésicos (Antunes et al., 2023; ASA, 2023; Leandro et al., 2024).

De acordo com as diretrizes da ASA (2023), o recomendado é de 2 horas para líquidos claros (água, café preto, chá preto, bebidas com carboidratos e sumo sem polpa) e 6 horas para alimentos sólidos, antes da anestesia geral, anestesia regional ou sedação para procedimentos eletivos.

Contudo, a maioria dos estudos aponta para um período de jejum bastante superior ao preconizado pela evidência científica. A este respeito, Silva (2023) refere que no seu estudo, 68% pessoas permaneceram em jejum por um período de 12h a 18h e 27% de 18 a 24h. Resultados semelhantes são descritos por Nascimento et al. (2023) que mencionam que o tempo médio de jejum pré-operatório é de 13h.

Também Oliveira et al. (2022) destacam que o tempo de jejum encontrado no seu estudo obteve a média de 12h para sólidos e 11h para líquidos, muito além das duas horas como recomenda a ASA. Essa diferença média entre alimentos sólidos e líquidos em jejum, conforme demonstrado no estudo anterior, confirma que na prática as recomendações não são individualizadas de acordo com os diferentes tipos de alimentos.

Como consequência do tempo prolongado de jejum, a PSP vivencia condições desagradáveis e desconfortantes predominantemente relacionadas com a sede. As recomendações mais recentes para a diminuição do tempo de jejum pré-operatório especialmente para a ingestão de líquidos, com ou sem carboidratos, visam proporcionar maior conforto à PSP e reduzir os riscos de hipoglicemia e desidratação, sem elevar a incidência de aspiração pulmonar durante o período perioperatório (Leandro et al., 2024).

O tempo de jejum acrescido na PSP acentua os sintomas da sede, como a xerostomia e potencia riscos como o da própria bronco-aspiração, devido à elevação da produção de suco gástrico e redução do pH (Antunes et al., 2023; Pereira et al., 2021).

De igual modo, Nascimento et al. (2020) e Pinto et al. (2021) referem que o jejum prolongado provoca ansiedade, medo e agitação no período pré-operatório, desencadeando reações hormonais que resultam na diminuição da produção de saliva, que leva à diminuição da humidade da cavidade oral potenciando alterações metabólicas como a resistência insulínica, resultando em hiperglicemia e diminuição da insulina nos tecidos periféricos o que dificulta a captação da glicose. No seu conjunto, estas alterações afetam a recuperação e aumentam o tempo de internamento. Por outro lado, aumentam a suscetibilidade a infeções, pois ocorrem alterações metabólicas com a diminuição do aporte calórico, levando a desnutrição, aumentando a dificuldade da resposta inflamatória e à diminuição da imunidade.

São vários os protocolos internacionais que indicam a necessidade de uma redução drástica do jejum perioperatório e recomendam que a PSP ingira líquidos claros até duas horas antes da cirurgia, com reintrodução precoce no pós-operatório imediato (Nascimento et al., 2020).

De acordo com a literatura, há evidências que a abreviação do jejum se traduz num menor desconforto da PSP, numa diminuição de danos causados pelas alterações metabólicas no pós-operatório, menor ocorrência de complicações cirúrgicas, morbidade, mortalidade, aspiração ou regurgitação, menor taxa de infeção e diminuição do tempo de internamento e de recuperação (Antunes et al., 2023; Leandro et al., 2024; Maldonado et al., 2020; Pinto et al., 2021).

Por ser um sintoma subjetivo e multifatorial, é necessário avaliar a sede em toda a sua amplitude. Existem referências a diversas formas de avaliação ou mensuração da sede, como a escala visual analógica, a escala de faces, a escala verbal numérica e a do tipo *Likert*, sendo estas escalas também utilizadas para avaliação da dor (Oliveira et al., 2020).

Para promover a avaliação fidedigna do sintoma sede na PSP, foi desenvolvida e validada uma escala, por investigadores brasileiros, para avaliação do desconforto da sede perioperatória, a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP). A aplicação da EDESP procura compreender a magnitude deste desconforto e avaliar as diferenças individuais de percepção da sede, pois diferencia a intensidade do desconforto por intermédio de sete atributos: lábios ressequidos, boca e garganta secas, língua e saliva grossas, sabor amargo na boca e vontade de beber água. A EDESP permite classificar esses sete atributos num *score* de 0 a 2, podendo o total do *score* da escala estar no intervalo de 0 a 14, sendo que a sede é tão intensa e desconfortável quanto mais elevado for o *score* final (Martins et al., 2017).

O conhecimento dos atributos da sede e a aplicação de uma escala de avaliação da sede direciona os cuidados de enfermagem a serem proporcionados à PSP (Martins et al., 2017; Pereira et al., 2021).

Em relação às estratégias de alívio da sede, muitas abordagens têm sido descritas na literatura, tais como a ingestão de líquidos na cavidade oral associada a baixa temperatura, mentol, estimulação salivar e introdução precoce de líquidos. No entanto, as estratégias com água fria e/ou mentoladas têm apresentado resultados mais eficazes na redução da intensidade e desconforto da sede (Oliveira et al., 2022; Silva, 2023; Silva et al., 2022c; Wang et al., 2023).

As principais estratégias para o alívio da sede no período perioperatório, de acordo com a evidência científica mais recente são a utilização de cubos de gelo, simples ou mentolados, pastilha elástica/rebuçado de mentol, água fria para gargarejo (pequenos volumes em seringa ou lascas de gelo), compressas húmidas, bebidas ricas em carboidratos, spray de ácido cítrico ou água fria após remoção do tubo endotraqueal e aplicação de hidratante labial (Aroni et al., 2020; Conchon & Fonseca, 2018; Lee et al., 2020; Oliveira et al., 2022; Moon et al., 2015; Serato et al., 2019; Silva, 2023; Silva et al., 2022c; Wang et al., 2023; Wu et al., 2021).

A maior eficácia da utilização do frio em relação a metodologias com temperatura ambiente advém da presença de recetores e termorreguladores, TRPM8, nos nervos trigémeo e glossofaríngeo presentes na mucosa da boca, desencadeando sensações de toque e oscilações de temperatura, sendo que a ativação dessa inervação estimula uma região do córtex cerebral, o hipotálamo, responsável pela saciedade da sede, logo é possível ativar o TRPM8 com a diminuição da temperatura oral sem haver a necessidade de ingestão de

líquidos, gerando a sensação de frescura e saciedade (Silva et al, 2022c). Esta ação explica o melhor desempenho e aceitabilidade do frio e do mentol como estratégias para o alívio da sede (Nascimento et al., 2020).

A aplicação de gelo simples ou mentolado e a utilização de água fria para gargarejo (pequenos volumes em seringa ou lascas de gelo) promove sensações de frescura e agradabilidade na pessoa, além de permitir maior estimulação salivar e hidratação dos lábios, diminuindo a intensidade e o desconforto da sede, sendo uma estratégia viável para o controle da sede no perioperatório (Aroni et al., 2020; Conchon & Fonseca, 2018; Lee et al., 2020).

O uso de solução enriquecida com hidratos de carbono no pré-operatório é já uma prática consolidada por estudos de alta evidência (Marquini et al., 2019; Wang et al., 2019), como é o caso do estudo desenvolvido por Oliveira et al. (2022, p.6) em que se verificou uma diminuição da intensidade da sede tanto no grupo que recebeu cubos de gelo de hidratos de carbono ou em solução líquida, comparativamente ao grupo que manteve o jejum, sendo que “a redução do desconforto da sede foi significativa”.

O mentol tem alcançado bons resultados no alívio da sede melhorando significativamente a intensidade e o desconforto da sede, principalmente através da aplicação de cubos de gelo, fornecendo igualmente um método seguro e eficaz (Serato et al., 2019; Silva, 2023; Wang et al., 2023)

A pastilha elástica de mascar mentolada também se mostra efetiva para o alívio da sede no pré-operatório. Dados de Garcia et al. (2019) evidenciaram esse efeito positivo da pastilha de mascar mentolada, podendo ser explicado pelo aumento do fluxo salivar por meio da estimulação das glândulas salivares e pela presença do mentol, não aumentando o volume ou a acidez gástrica o suficiente para aumentar o risco de broncoaspiração (ASA, 2023).

De igual modo, o uso de compressas húmidas (Moon et al., 2015), aplicação de spray de ácido cítrico ou água fria após remoção do tubo endotraqueal (o spray de ácido cítrico tem um efeito melhor no alívio da sede pois tem efeito mais duradouro do que o spray de água fria) (Wu et al., 2021) e aplicação de hidratante labial (Serato et al., 2019) também estão entre as estratégias mais eficazes no alívio da sede.

Embora baseado em evidências científicas, o controle da sede causa incerteza entre os profissionais de enfermagem que atuam no perioperatório quanto ao momento ideal para administrar um método de alívio no pós-operatório imediato, pois recebem o

desenvolvimento de eventos adversos decorrentes da introdução precoce de líquidos (Motta et al., 2020; Nascimento et al., 2020).

Neste contexto, foi elaborado um protocolo de segurança para o controlo da sede no pós-operatório imediato, que incluiu três critérios de avaliação: nível de consciência, proteção das vias aéreas e ausência de náuseas e vômitos, com o objetivo de prevenir a aspiração pulmonar, hipoxemia e obstrução das vias aéreas (Nascimento et al., 2020).

Segundo Motta et al. (2020) o seu estudo, que avaliou o protocolo de segurança para controlo da sede no pós-operatório, fortaleceu as evidências de que é possível aplicar com segurança um método para alívio da sede na maioria das pessoas, cerca de 70%, em até 30 minutos na unidade de cuidados pós-anestésicos, independentemente da técnica anestésica a que foram submetidos.

Também a elaboração do “*Modelo de Manejo da Sede*” (Nascimento et al., 2020) composto por quatro pilares: identificação, mensuração, avaliação da segurança e administração de uma estratégia de alívio da sede, quando utilizado com a pessoa no pré e pós-operatório imediato permite que a equipa de enfermagem realize o controlo adequado, seguro e efetivo desse desconforto. Ao incluir o controlo da sede nos cuidados de enfermagem, espera-se que a pessoa possa ter a sua sede diagnosticada e que as medidas de alívio sejam aplicadas de forma sistemática e padronizada, contribuindo para uma experiência cirúrgica com o menor sofrimento possível, otimizando a sua recuperação e melhorando ativamente a qualidade dos cuidados prestados.

É imperioso que equipa de enfermagem se aproprie de conhecimentos e estratégias efetivas de alívio baseadas em evidências científicas acerca dos métodos para o controlo da sede no perioperatório, garantindo uma prestação de cuidados humanizada, de qualidade, eficiente e segura à PSP.

Desta forma, o enfermeiro, ao assumir um papel fundamental na gestão do cuidado e na segurança da PSP, deve valorizar o sintoma, compreender a fisiologia e identificar as estratégias de controlo da sede (Silva et al., 2022c).

No entanto, para Silva et al. (2016), existe uma cultura hospitalar na qual tanto a pessoa como os profissionais de saúde aceitam que a sede é um incómodo a pagar para evitar complicações no procedimento cirúrgico. Os mesmos autores destacam a falta de conhecimento acerca dos progressos alcançados na identificação, mensuração, avaliação de segurança e utilização de estratégias eficazes para lidar com a sede no perioperatório.

De igual forma, Martins e Fonseca (2017), Nascimento et al. (2023) e Oliveira et al. (2020) destacam que na prática clínica não se avalia a sede de forma intencional e sistematizada, sendo os registos da sua avaliação escassos ou até inexistentes, contemplando sobretudo a intensidade, quando deveriam abranger a sua multifatoriedade, dentro das dimensões referentes a: prevalência, incidência, frequência, duração e desconforto.

Resultados semelhantes são apresentados no estudo realizado por Pereira et al. (2021), que identifica a presença de fragilidades quanto ao conhecimento e práticas relativas ao controlo da sede por parte dos enfermeiros. De igual forma, Conchon et al. (2015), alegam que a avaliação, mensuração e adoção de estratégias de alívio da sede, quando realizadas, ocorrem de forma descontinuada, não padronizada e não baseada em evidências científicas.

Pelo que foi descrito anteriormente, depreende-se que a sede perioperatória tem sido insuficientemente valorizada, avaliada, registada e alvo de intervenção na prática clínica. Assim identificar e mensurar a sede e o seu desconforto são os primeiros passos para ampliar a consciencialização da equipa de saúde, tendo em vista a utilização de medidas seguras e eficazes para reduzir a sede na PSP.

Uma forma de destacar a sua importância seria incorporar a *sede perioperatória* como diagnóstico de enfermagem em classificações e terminologias internacionais (Nascimento et al., 2023).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, apresenta o termo *Sede*, como já foi referido anteriormente e a taxonomia da *NANDA Internacional* (2021) apresenta dois diagnósticos que podem estar relacionados com esta condição clínica, embora sejam diferentes do diagnóstico de *Sede Perioperatória: Volume de Líquidos Deficiente e Risco para Boca Seca*. Contudo, não descrevem as informações importantes para a prática do enfermeiro, como os atributos essenciais da sede, as suas características clínicas e fatores relacionados (Nascimento et al., 2021b; Nascimento et al., 2023).

Quanto maior o nível de evidência científica, melhor a possibilidade do diagnóstico de enfermagem refletir consistentemente os critérios que uma linguagem padronizada deve ter, facilitando a comunicação entre os enfermeiros. Esta padronização da linguagem facilita a compreensão de enfermeiros em diferentes realidades, possibilitando que a equipa multidisciplinar trabalhe para amenizar este desconforto.

No quotidiano dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, a PSP faz parte de um grupo com elevado risco de desenvolver sede, por isso, deve ter o seu controlo padronizado. Considera-se que a introdução deste diagnóstico permite alertar o enfermeiro sobre os riscos

da sede no perioperatório, auxiliando-o na identificação e no planeamento de ações passíveis de alta resolubilidade, pois as intervenções para este diagnóstico são relativamente simples e não invasivas (Nascimento et al., 2021b).

A inclusão do diagnóstico de enfermagem “*sede perioperatória*” na taxonomia amplia o cuidado à PSP, fortalece a sistematização dos cuidados de enfermagem perioperatórios, evidencia a autonomia do enfermeiro no controlo da sede e amplia a prática clínica, o ensino e as pesquisas nesta temática (Nascimento et al., 2023).

Ao longo deste enquadramento é destacada a importância do papel da prática baseada na evidência e da enfermagem avançada no controlo da sede da PSP, com uma abordagem centrada na pessoa, visando a melhoria contínua da qualidade com vista à obtenção de resultados de alta qualidade para a PSP, o que vai de encontro ao preconizado pelo PPFM enquanto modelo central da prática dos cuidados perioperatórios.

4. Finalidade e objetivos

A fundamentação/enquadramento teórico que antecedeu este capítulo permite uma melhor compreensão do estado da arte sobre a sede da PSP.

Pela realização do estudo pretende-se:

- Identificar a valorização da sede na PSP pelos enfermeiros;
- Caracterizar a avaliação da sede na PSP pelos enfermeiros;
- Identificar as intervenções de enfermagem à PSP com sede.

De acordo com Sousa et al. (2018), as questões de investigação devem ser apropriadas, significativas e ter um propósito, apresentando determinadas características, nomeadamente terem viabilidade, serem interessantes, terem originalidade, respeitarem os princípios éticos e serem relevantes. Assim, na sequência do exposto e da experiência da prática profissional, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Os enfermeiros valorizam a sede na PSP?
- Os enfermeiros avaliam e atuam perante a PSP com sede?

Atendendo aos objetivos definidos, bem como às questões de investigação, foram formuladas as hipóteses de investigação, ou seja, “a resposta temporária, provisória, que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação” (Vilelas, 2022, p.165).

Assim, tem-se como hipóteses de investigação:

- A valorização da sede está relacionada com as variáveis profissionais (grau académico, categoria profissional, tempo de serviço, local onde desempenha funções);
- A avaliação da sede está relacionada com as variáveis profissionais (grau académico, categoria profissional, tempo de serviço, local onde desempenha funções);
- A valorização da sede está relacionada com o registo das intervenções de enfermagem;
- A avaliação da sede está relacionada com o registo das intervenções de enfermagem;
- A valorização da sede está relacionada com a formação sobre a temática;
- A avaliação da sede está relacionada com a formação sobre a temática;

- Existe relação entre a valorização da sede e a avaliação da sede na prática diária de cuidados;
- Existe relação entre os enfermeiros que referem conhecer a mais recente evidência científica e as intervenções realizadas à PSP com sede.

Com a realização do presente estudo pretende-se que os resultados sejam passíveis de serem incorporados na prática diária, de forma contínua e padronizada à PSP.

5. Metodologia

Neste capítulo é apresentada e justificada a construção metodológica do trabalho de investigação desenvolvido.

5.1. *Desenho do estudo*

O estudo desenvolvido pretende identificar se os enfermeiros avaliam e valorizam a sede na PSP e que intervenções de enfermagem executam, sendo uma investigação do tipo descritivo-correlacional.

Selecionou-se como método de investigação o método quantitativo que admite que tudo pode ser quantificável, que é possível traduzir em números as opiniões e informações, podendo ser classificadas e analisadas. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas tais como percentagem, média, mediana, desvio padrão, entre outras (Vilelas, 2022).

População e Amostra

De acordo com Vilelas (2022, p.179), população é o “conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades” e uma amostra “não é mais do que uma parte do todo a que chamamos população e que a representa”. Tendo em conta os objetivos, a população deste estudo é constituída pelos enfermeiros a exercer a sua atividade profissional em serviços com a PSP no período pré, intra ou pós-operatório.

A amostragem, segundo Bhardwaj (2019), é definida como um procedimento para selecionar uma amostra de um participante ou de um grande grupo da população para determinado tipo de finalidade de pesquisa. Para este estudo, a amostra foi selecionada segundo um processo não probabilístico por conveniência, também chamada de acidental, no qual os enfermeiros foram incluídos de forma sequencial, à medida que aceitaram participar no estudo.

A amostragem não probabilística, é um tipo de amostragem em que cada membro da população não tem probabilidade conhecida de ser selecionado na amostra; por conveniência, pois neste caso são selecionados apenas os membros que são facilmente

acessíveis ao investigador. Este método para criar amostras é fácil de implementar e com custos reduzidos, permite recolher uma maior quantidade de dados num período de tempo curto e torna-se útil para a formulação de hipóteses; contudo, tem como desvantagem a elevada probabilidade de erro de amostragem, pois, geralmente, não é representativo da população (Bhardwaj, 2019; Vilelas 2022).

Após a autorização para a realização do estudo, a colheita de dados foi realizada pelo responsável do estudo, entre março e maio de 2024, com base no questionário criado para o efeito pelo investigador, tendo todos os participantes tido acesso ao termo de consentimento livre e informado, que foi lido e aceite, antes de iniciarem a sua participação.

De forma a esclarecer todas as dúvidas relativas ao tema, foi adicionado o contacto do investigador, aquando da informação inicial ao questionário.

Os critérios adotados para a inclusão ou exclusão dos participantes foram os seguintes:

Critérios de inclusão:

- Enfermeiros que desenvolvam a sua atividade profissional em serviços com a PSP no período pré, intra ou pós-operatório;
- Aceitar voluntariamente a participação no estudo.

Critérios de exclusão:

- Enfermeiros que não desenvolvam a sua atividade profissional em serviços com a PSP (questão prévia ao questionário).

Instrumento de Colheita de Dados

Após a elaboração dos elementos teóricos e definido o tipo de estudo, Vilelas (2022) argumenta que é indispensável selecionar a técnica de recolha de dados necessária para construir o instrumento que nos permita obter os dados da realidade, alcançando a investigação, a necessária correspondência entre a teoria e os factos. Para isso o investigador deve adequar o instrumento de recolha de dados aos objetivos propostos, às questões de investigação, às características dos participantes que constituem a amostra e ao tempo que dispõe para a realização da pesquisa (Polit & Beck, 2018).

Para o presente estudo foi elaborado especificamente um questionário pelo investigador com base na revisão da literatura (Apêndice IV), com recurso à ferramenta *Google Forms*®,

constituído por um conjunto de duas partes com a seguinte designação e sequência: Parte I – Caracterização socioprofissional; Parte II – Avaliação da sede à PSP.

A Parte I é constituída por questões relacionadas com as variáveis socioprofissionais, nomeadamente: a idade, o género, o grau académico, o tempo total de exercício profissional, o local onde desempenha funções, a localização geográfica da instituição, o setor da saúde onde desempenha funções, a categoria profissional, a área de especialização e o tempo total de exercício como EE.

A Parte II é constituída por 11 questões que avaliam o comportamento dos enfermeiros, perante a sede na PSP.

Foi realizado um pré-teste, a uma pequena amostra, afim de avaliar a aceitabilidade, clareza e compreensão do questionário (Vilelas, 2022).

O link de acesso ao formulário digital (via *Google Forms*®) foi disseminado através dos contatos do investigador por email e por meio de aplicações digitais. Foi pedido a colaboração à OE (Anexo XX), à Associação Portuguesa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Anexo XXI) e à Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (Anexo XXII) na divulgação do estudo e no envio do formulário digital de forma a promover a representatividade da amostra.

Tratamento/Análise de Dados

A análise foi desenvolvida com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* (versão 26.0, SPSS An IBM Company, Chicago, IL). A significância estatística assumida foi de 0,05, o que significa que sempre que se comprovar a hipótese estatística, os resultados obtidos não resultam da aleatoriedade dos acontecimentos, mas da existência de uma relação causal entre as variáveis envolvidas, em 95% dos casos.

Para o estudo das diferenças significativas entre variáveis foram primeiramente avaliados os pressupostos à realização de testes paramétricos, nomeadamente, a normalidade dos dados e a homogeneidade de variâncias. Para isso foram testados os pressupostos – Tabela 1, através do teste de *Shapiro-Wilk* (teste de normalidade), teste de *Levéne* (teste de homogeneidade de variâncias) e ainda a inspeção gráfica da homogeneidade da variância e normalidade dos resíduos. Desta forma, foram selecionados os testes paramétricos para a análise dos dados, uma vez que a amostra segue uma distribuição normal.

Tabela 1 – Tabela de pressupostos aos testes paramétricos para as variáveis dependentes

Variável dependente	Teste de Shapiro-Wilk (Normalidade dos dados)	Teste de Levene (Homogeneidade de Variâncias)	Análise de qq-plot sugere normalidade	Análise de resíduos aleatórios
Idade	p=0.055	p = 0.374	✓	✓
Categoria Profissional	p=0.123 a) *	p = 0.051	✓	✓
Grau Académico	p=0.051 a) *	p = 0.084	✓	✓
Tempo total (em anos) de exercício profissional como enfermeiro(a)	p=0.076	p = 0.097	✓	✓

a) – Variável categórica, convertida em variável contínua (níveis crescentes) para efeitos de análise; * - da análise do histograma, q-q plot e análise dos resíduos, optou-se pela análise através de testes paramétricos.

Para a comparação entre diferentes grupos, foram utilizados os métodos estatísticos apropriados para analisar as diferenças nas variáveis de interesse. Especificamente, o teste t de *Student* para amostras independentes foi utilizado quando a análise envolveu apenas dois grupos (exemplo: comparação entre o grupo de enfermeiros e enfermeiros especialistas). Este teste paramétrico é adequado para comparar as médias de duas amostras independentes, permitindo avaliar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre elas.

Quando a comparação envolveu mais de dois grupos, foi utilizado o teste de *ANOVA* de uma via (*one-way ANOVA*). Este teste paramétrico é utilizado para determinar se existem diferenças significativas nas médias de três ou mais grupos, considerando a variância dentro de cada grupo e entre os grupos. A escolha desses testes foi baseada na natureza dos dados e na necessidade de robustez e rigor estatístico nas análises realizadas, garantindo a validade e a confiabilidade dos resultados obtidos.

Por último, foi usada a correlação de *Pearson*, que é uma medida de correlação paramétrica utilizada quando os dados seguem uma distribuição normal, como é o caso. A correlação de *Pearson* mede a força e a direção da associação linear entre duas variáveis. Este coeficiente de correlação varia entre -1 e 1, onde 1 representa uma correlação perfeitamente positiva, -1 representa uma correlação perfeitamente negativa e 0 representa a ausência de correlação. Quanto mais próximo o valor estiver de 1, mais forte é a relação linear positiva entre as variáveis.

5.2. *Considerações éticas*

A realização de qualquer pesquisa implica por parte do investigador a salvaguarda de questões morais e éticas, que podem pôr em causa direitos e liberdades das pessoas. Cabe ao investigador, quando inicia a investigação, respeitar o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e equitativo (Vilelas, 2022).

De acordo com Nunes (2020), a ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores.

O Projeto de Investigação foi aprovado pela Unidade de Investigação e Desenvolvimento e da Comissão de Ética da ESSNorteCVP, com o Parecer nº014/2024 (Anexo XXIII).

Na presente investigação, os questionários foram precedidos de um texto assegurando os princípios do anonimato, da confidencialidade e do consentimento livre e esclarecido. Cada participante no estudo deu o seu consentimento informado através do preenchimento de uma seção prévia ao início do questionário *online* que incluía as informações acerca do estudo em desenvolvimento, dos seus objetivos, enquadramento, investigador responsável, condições e financiamento.

A garantia da confidencialidade foi assegurada aos participantes pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos, assim como na garantia que os dados da investigação só seriam usados de modo a que mais ninguém além do investigador tivesse conhecimento da sua origem.

A participação foi anónima e voluntária, podendo os participantes não darem continuidade ao estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Não ocorreram danos, riscos ou inconvenientes para os participantes do estudo, pois não existiu intervenção direta.

Não se verificaram conflitos de interesse, nem quaisquer custos para os participantes.

O investigador envolvido nesta investigação cumpriu padrões éticos de respeito pela privacidade dos participantes em trabalhos de investigação e a legislação de proteção de dados em vigor, em particular a legislação de proteção de dados para a investigação científica, o enquadramento decorrente do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e da Lei nº 59/2019 (2019) do RGPD.

6. Resultados

Ao longo deste capítulo são apresentados os resultados obtidos ao longo deste processo de investigação tendo por base os objetivos delineados para o estudo. No sentido de facilitar a sua leitura e análise esta será feita com recurso a tabelas.

Foram obtidas 309 respostas ao questionário, das quais 7 foram excluídas, devido a não cumprirem os critérios de inclusão.

Nas tabelas 2 e 3 está presente a descrição das características da amostra, tendo como base a Parte I do questionário para caracterização socioprofissional.

A amostra de 302 enfermeiros apresenta uma média de idade de 43.4 anos, sendo maioritariamente composta por indivíduos do sexo feminino (78.8%). A maioria possui Licenciatura (59.3%) e trabalha principalmente na região Centro (70.5%). Em termos de categorias profissionais, 70.5% são enfermeiros(as) e 28.1% são enfermeiros(as) especialistas. O local de trabalho mais comum é o Bloco Operatório (49.0%). A média de tempo de exercício na profissão é de 20.8 anos, com a maioria a exercer funções no setor público (80.1%) – Tabela 2.

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra

	Total amostra (n=302)
Idade (anos); média(dp)	43.4 (9.5)
Sexo	
Masculino	64 (21.2%)
Feminino	238 (78.8%)
Habilitações Académicas	
Bacharelato	1 (0.3%)
Licenciatura	179 (59.3%)
Pós-Licenciatura de Especialização	48 (15.9%)
Pós-Graduação	1 (0.3%)
Mestrado	69 (22.8%)
Doutoramento	4 (1.3%)
Área de Trabalho	
Norte	64 (21.2%)
Centro	213 (70.5%)
Sul	23 (7.6%)
Ilhas	2 (0.7%)
Categoria Profissional	
Enfermeiro(a)	213 (70.5%)
Enfermeiro(a) Especialista.	85 (28.1%)
Enfermeiro(a) Gestor(a)	4 (1.3%)

Local de Trabalho	
Bloco Operatório	148 (49.0%)
Unidade Cirurgia Ambulatório	40 (13.2%)
Unidade Cuidados Pós-Anestésicos	14 (4.6%)
Cuidados Intensivos	9 (3.0%)
Urgência	6 (2.0%)
Internamento cirúrgico	76 (24.8%)
Outro	10 (3.3%)
Tempo exercício como enfermeiro (anos); média(dp)	20.8 (9.2)
Setor	
Público	242 (80.1%)
Privado	36 (11.9%)
Público/Privado	24 (7.9%)

Na Tabela 3, estão representadas as áreas de especialização do enfermeiro especialista. Dos 85 enfermeiros especialistas, 31.8% atuam em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 18.8% em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e 17.6% em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSP. Além disso, 16.5% tem especialidade em Enfermagem de Reabilitação, 5.9% em Enfermagem Comunitária, 5.9% em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2.4% em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 1.2% em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Tabela 3 – Área de especialização do enfermeiro especialista

	Total amostra (n=85)
Enfermagem Médico-Cirúrgica	27 (31.8%)
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	16 (18.8%)
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à PSP	15 (17.6%)
Enfermagem Comunitária	5 (5.9%)
Enfermagem de Reabilitação	14 (16.5%)
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	2 (2.4%)
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	5 (5.9%)
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1 (1.2%)

Na Tabela 4 está representada a valorização da sede na PSP e a comparação entre o grupo de enfermeiros e enfermeiros especialistas. A valorização da sede na PSP foi medida numa escala de *Likert* de 5 pontos, onde 1 significa "Não Valorizo" e 5 "Valorizo Muito". Na amostra, 1.3% não valoriza a sede, enquanto 31.5% (n=95) refere que valoriza muito, com uma média de 3.9 (dp=1.0).

Entre os 213 enfermeiros, a média foi de 3.8 (dp=1.0), com uma diferença estatisticamente significativa ($t(296) = -2.529$, $p=0.012$) em relação aos 85 enfermeiros especialistas, que apresentaram uma média de 4.1 (dp=0.9), indicando que os especialistas valorizam mais a sede na PSP.

Tabela 4 – Valorização da sede na PSP

	1 – Não Valorizo	2	3	4	5 – Valorizo Muito	Média (dp)	Teste de diferenças
Total amostra (n=302)	4 (1.3%)	26 (8.6%)	67 (22.2%)	110 (36.4%)	95 (31.5%)	3.9 (1.0)	-
Enfermeiro (n=213)	3 (1.4%)	21 (9.9%)	53 (24.9%)	75 (35.2%)	61 (28.6%)	3.8 (1.0)	$t(296) = -2.529$, $p=0.012$
Enfermeiro Especialista (n=85)	1 (1.2%)	4 (4.7%)	13 (15.3%)	33 (38.8%)	34 (40.0%)	4.1 (0.9)	

Na Tabela 5 está descrita a importância atribuída à sede enquanto sintoma. Este parâmetro foi avaliado numa escala de *Likert* de 5 pontos, onde 1 significa "Nada importante" e 5 "Muito importante". Na amostra total, apenas 1.0% considerou a sede nada importante, enquanto 26.2% consideraram muito importante, resultando em uma média de 3.8 (dp=1.0). Entre os 213 enfermeiros, a média foi de 3.6 (dp=1.0), com uma diferença estatisticamente significativa ($t(296)=-3.980$, $p<0.001$) em relação aos 85 enfermeiros especialistas, que apresentaram uma média de 4.1 (dp=0.8), indicando que os especialistas atribuem maior importância à sede enquanto sintoma.

Tabela 5 – Importância atribuída à sede enquanto sintoma

	1 – Nada importante	2	3	4	5 – Muito importante	Média (dp)	Teste de diferenças
Total amostra (n=302)	3 (1.0%)	30 (9.9%)	76 (25.2%)	114 (37.7%)	79 (26.2%)	3.8 (1.0)	-
Enfermeiro (n=213)	3 (1.4%)	26 (12.2%)	60 (28.2%)	79 (37.1%)	45 (21.1%)	3.6 (1.0)	$t(296) = -3.980$, $p<0.001$
Enfermeiro Especialista (n=85)	-	3 (3.5%)	16 (18.8%)	33 (38.8%)	33 (38.8%)	4.1 (0.8)	

A frequência com que os enfermeiros avaliam a sede na PSP foi medida numa escala de *Likert* de 5 pontos, onde 1 significa "Nunca" e 5 significa "Sempre". Do total de enfermeiros, 16.9% (n=51) nunca avaliam a sede, enquanto 6.6% fazem-no sempre, resultando em uma média de 2.8 (dp=1.2). Entre os 213 enfermeiros, a média foi de 2.7 (dp=1.2), com uma diferença estatisticamente significativa ($t(296) = -2.621, p=0.009$) em relação aos 85 enfermeiros especialistas, que apresentaram uma média de 3.1 (dp=1.1), indicando que os especialistas avaliam a sede com maior frequência na sua prática diária de prestação de cuidados – Tabela 6.

Tabela 6 – Frequência com que avalia a sede à PSP

	1 – Nunca	2	3	4	5 – Sempre	Média (dp)	Teste de diferenças
Total amostra (n=302)	51 (16.9%)	80 (26.5%)	82 (27.2%)	69 (22.8%)	20 (6.6%)	2.8 (1.2)	-
Enfermeiro (n=213)	42 (19.7%)	57 (26.8%)	56 (26.3%)	48 (22.5%)	10 (4.7%)	2.7 (1.2)	$t(296) =$ -2.621, $p=0.009$
Enfermeiro Especialista (n=85)	7 (8.2%)	22 (25.9%)	26 (30.6%)	20 (23.5%)	10 (11.8%)	3.1 (1.1)	

Na Tabela 7 estão representados os instrumentos utilizados na avaliação da sede na PSP, onde mais do que uma opção podia ser assinalada. Na amostra, 71.9% utilizam a questão direta "Tem sede? Sim/Não" para avaliar a sede na PSP. Outros métodos menos utilizados incluem a Escala Visual Analógica (5.0%), a Escala de Faces (3.6%), a Escala Verbal Numérica (4.0%) e a Escala *Likert* (0.6%).

Tabela 7 – Instrumentos utilizados na avaliação da sede

	Total amostra (n=302)
Questão direta: Tem sede? Sim/Não	217 (71.9%)
Escala Visual Analógica	15 (5.0%)
Escala de Faces	11 (3.6%)
Escala Verbal Numérica	12 (4.0%)
Escala <i>Likert</i>	2 (0.6%)
Não avalia	73 (24.2%)
Outra	1 (0.3%)

Além disso, 24.2% (n=73) dos enfermeiros relatam não avaliar a sede. Entre os enfermeiros que não avaliam a sede, os motivos relatados incluem: “esperar que a pessoa verbalize a queixa sobre a sede” (75.3%), “que a pessoa deve manter o jejum absoluto” (19.2%), “falta de tempo” (4.1%) e “não valorizar a sede” (4.1%) – Tabela 8.

Tabela 8 – Motivos porque os enfermeiros não avaliam a sede na PSP

Total amostra (n=73)	
Falta de tempo	3 (4.1%)
Não valorizo a sede	3 (4.1%)
A pessoa deve manter o jejum absoluto	14 (19.2%)
Espero que a pessoa verbalize a queixa sobre a sede	55 (75.3%)
Outra	2 (2.7%)

Relativamente ao registo no processo clínico das intervenções de enfermagem realizadas à PSP com sede, 60.6% nunca registam essas intervenções, enquanto apenas 2.3% o fazem sempre, resultando em uma média de 1.6 (dp=1.0). Entre os 213 enfermeiros, o registo no processo clínico das intervenções de enfermagem realizadas à PSP com sede, a média foi de 1.6 (dp=0.9), sem diferença estatisticamente significativa ($t(296) = -0.618$, $p=0.537$) em relação aos 85 enfermeiros especialistas, que apresentaram uma média de 1.7 (dp=1.0) – Tabela 9.

Tabela 9 – Frequência com que regista no processo clínico as intervenções de enfermagem realizadas à PSP com sede

	1 – Nunca	2	3	4	5 – Sempre	Média (dp)	Teste de diferenças
Total amostra (n=302)	183 (60.6%)	69 (22.8%)	33 (10.9%)	10 (3.3%)	7 (2.3%)	1.6 (1.0)	-
Enfermeiro (n=213)	130 (61.0%)	51 (23.9%)	23 (10.8%)	6 (2.8%)	3 (1.4%)	1.6 (0.9)	$t(296) =$ -0.618 , $p=0.537$
Enfermeiro Especialista (n=85)	53 (61.2%)	18 (21.2%)	9 (10.6%)	3 (3.5%)	3 (3.5%)	1.7 (1.0)	

Na Tabela 10 estão identificadas as intervenções executadas quando é identificada uma PSP com sede. As intervenções mais comuns por parte dos enfermeiros, incluem humidificar os lábios da pessoa com recurso a compressas húmidas (67.5%), humidificar os lábios com algodão humedecido em água à temperatura ambiente (47.7%) e oferecer pequena quantidade de água à temperatura ambiente (32.5%). Outras intervenções incluem providenciar água à temperatura ambiente para gargarejo (24.8%), aplicar hidratante labial (18.2%) e oferecer pequena quantidade de água fria (6.3%). Menos comuns são aplicar lascas de gelo nos lábios (2.0%), oferecer pastilha elástica/rebuçado de mentol no pré-operatório (0.6%) e administrar solução gelada de maltodextrina (0.6%). Destaca-se ainda que as três primeiras opções (gargarejo com água à temperatura ambiente, oferecer pequena quantidade de água à temperatura ambiente e humidificar lábios com algodão humedecido em água à temperatura ambiente) não são baseadas na mais recente evidência científica, ao contrário das demais intervenções listadas.

Tabela 10 – Intervenções executadas à PSP com sede

	Total amostra (n=302)
Providenciar água à temperatura ambiente para gargarejo	75 (24.8%)
Oferecer pequena quantidade de água à temperatura ambiente	98 (32.5%)
Humidificar lábios da pessoa com recurso a algodão humedecido em água à temperatura ambiente	144 (47.7%)
Aplicar hidratante labial	55 (18.2%)
Administrar sumo de cereja azeda até 2 horas antes da cirurgia	-
Oferecer pastilha elástica/rebuçado de mentol no pré-operatório	2 (0.6%)
Oferecer gelado de gelo mentolado	-
Aplicar lascas de gelo nos lábios da pessoa	6 (2.0%)
Oferecer pequena quantidade de água fria	19 (6.3%)
Humidificar lábios da pessoa com recurso a compressas húmidas	204 (67.5%)
Providenciar água fria para gargarejo	10 (3.3%)
Administrar spray de ácido cítrico 0,75% após remoção do tubo endotraqueal	-
Administrar solução gelada de maltodextrina	2 (0.6%)
Outra	1 (0.3%)

A maioria dos enfermeiros acredita que o jejum prolongado é o principal fator que contribui para a sede na PSP, com 86.4% das respostas (n=261). Outros fatores incluem a ansiedade (67.5%, n=204), o uso de fármacos (40.0%, n=121), a temperatura ambiente (24.2%, n=73) e hemorragias/perdas sanguíneas (22.2%, n=67) – Tabela 11.

Tabela 11 – Fatores que mais contribuem para a sede na PSP

	Total amostra (n=302)
Jejum Prolongado	261 (86.4%)
Fármacos	121 (40.0%)
Temperatura ambiente	73 (24.2%)
Ansiedade	204 (67.5%)
Hemorragia/Perdas Sanguíneas	67 (22.2%)
Outra	6 (2.0%)

À questão “As intervenções de enfermagem que realiza à PSP com sede, são suportadas na mais recente evidência científica”, 205 enfermeiros (67.9%) responderam afirmativamente – Tabela 12.

Tabela 12 – As intervenções de enfermagem realizadas são suportadas na mais recente evidência científica

	Total amostra (n=302)
Sim	205 (67.9%)
Não	97 (32.1%)

Por último, a Tabela 13, descreve a formação sobre a temática da sede na PSP. Apenas 9.3% (28 enfermeiros) já receberam formação sobre a sede na PSP, enquanto 90.7% (274 enfermeiros) não receberam nenhuma formação. Entre os que receberam formação, 78.6% participaram em formação em serviço, 14.2% em congressos, jornadas ou seminários, 7.1% em Webinares e 14.2% em outras modalidades de formação.

Tabela 13 – Formação sobre a sede na PSP

	Total amostra (n=302)
Já recebeu formação sobre a sede na PSP	
Sim	28 (9.3%)
Não	274 (90.7%)
Se sim, onde realizou formação sobre a temática da sede à PSP	
Formação em serviço	22 (78.6%)
Congressos/Jornadas/Seminários	4 (14.2%)
Webinares	2 (7.1%)
Outra	4 (14.2%)

Hipóteses de Investigação

“A valorização da sede está relacionada com as variáveis profissionais (grau académico, categoria profissional, tempo de serviço, local onde desempenha funções)”

As tabelas 14 e 15 pretendem dar resposta à hipótese de investigação *“A valorização da sede está relacionada com as variáveis profissionais (grau académico, categoria profissional, tempo de serviço, local onde desempenha funções)”*.

Para além da comparação descrita na tabela 4, entre os enfermeiros e os enfermeiros especialistas (com uma diferença estatisticamente significativa ($t(296) = -3.980$, $p < 0.001$)), foram comparadas diferenças na valorização da sede entre os locais de atividade profissional (Tabela 14) e entre os níveis de formação (Tabela 15). Relativamente aos níveis de formação, não foram encontradas diferenças significativas entre os diferentes níveis de formação ($F(2,293) = 3.011$, $p = 0.059$); o mesmo ocorreu relativamente aos diferentes locais de atividade profissional ($F(14,280) = 1.097$, $p = 0.360$). Relativamente ao tempo de serviço, existe uma correlação estatisticamente significativa, positiva, entre o tempo de serviço e a valorização da sede ($r = 0.172$, $n = 279$, $p = 0.004$) – Tabela 18.

Tabela 14 – Valorização da sede na PSP (diferenças entre locais de atividade)

	1 - Não Valorizo	2	3	4	5 – Valorizo Muito	Média (dp)	Teste de diferenças
Total amostra (n=302)	4 (1.3%)	26 (8.6%)	67 (22.2%)	110 (36.4%)	95 (31.5%)	3.9 (1.0)	-
Bloco Operatório	2 (1.4%)	16 (10.8%)	34 (23.0%)	53 (35.8%)	43 (29.1%)	3.8 (1.0)	F (14,280) = 1.097, p=0.360
Unidade Cirurgia Ambulatório	2 (5.0%)	3 (7.5%)	8 (20.0%)	16 (40.0%)	11 (27.5%)	3.9 (1.0)	
Unidade Cuidados Pós-Anestésicos	-	1 (7.1%)	2 (14.3%)	4 (28.6%)	7 (50.0%)	4.0 (1.0)	
Cuidados Intensivos	-	1 (11.1%)	2 (22.2%)	2 (22.2%)	4 (44.4%)	4.0 (1.1)	
Urgência	-	1 (16.7%)	-	5 (83.3%)	-	3.7 (0.8)	
Internamento cirúrgico	-	3 (4.0%)	20 (26.7%)	28 (37.3%)	24 (32.0%)	3.8 (0.9)	
Outro	-	1 (10.0%)	1 (10.0%)	2 (20.0%)	6 (60.0%)	4.3 (0.8)	

Tabela 15 – Valorização da sede na PSP (diferenças entre níveis de formação)

	1 - Não Valorizo	2	3	4	5 – Valorizo Muito	Média (dp)	Teste de diferenças
Total amostra (n=302)	4 (1.3%)	26 (8.6%)	67 (22.2%)	110 (36.4%)	95 (31.5%)	3.9 (1.0)	-
Licenciatura (n=179)	3 (1.7%)	20 (11.2%)	43 (24.0%)	63 (35.2%)	50 (27.9%)	3.8 (1.0)	F (2,293) = 3.011, p=0.059
Pós-Graduação de Especialização (n=48)	-	3 (6.3%)	8 (16.7%)	18 (37.5%)	19 (39.6%)	4.1 (0.9)	
Mestrado (n=69)	1 (1.4%)	3 (4.3%)	15 (21.7%)	25 (36.2%)	25 (36.2%)	4.0 (0.9)	

“A avaliação da sede está relacionada com as variáveis profissionais (grau acadêmico, categoria profissional, tempo de serviço, local onde desempenha funções)”

As tabelas 16 e 17 pretendem dar resposta à hipótese de investigação: *“A avaliação da sede está relacionada com as variáveis profissionais (grau acadêmico, categoria profissional, tempo de serviço, local onde desempenha funções)”*. Para além da comparação descrita na tabela 6, entre os enfermeiros e os enfermeiros especialistas (com uma diferença estatisticamente significativa ($t(296) = -2.621$, $p=0.009$)), a frequência de avaliação da sede foi comparada entre níveis de formação (Tabela 16) e entre os locais de atividade profissional (Tabela 17). Relativamente aos níveis de formação, não foram encontradas diferenças significativas entre os diferentes níveis de formação ($F(2,293) = 1.159$, $p=0.315$); o mesmo ocorreu relativamente aos diferentes locais de atividade profissional ($F(14,280) = 1.116$, $p=0.343$). Relativamente ao tempo de serviço, existe uma correlação positiva fraca, entre o tempo de serviço e a avaliação da sede ($r=0.156$ ($n=279$), $p=0.009$) – Tabela 18.

Tabela 16 – Frequência da avaliação da sede na PSP (diferença entre níveis de formação)

	1 - Nunca	2	3	4	5 - Sempre	Média (dp)	Teste de diferenças
Total amostra (n=302)	51 (16.9%)	80 (26.5%)	82 (27.2%)	69 (22.8%)	20 (6.6%)	2.8 (1.2)	-
Licenciatura (n=179)	32 (17.9%)	51 (28.5%)	48 (26.8%)	37 (20.7%)	11 (6.1%)	2.7 (1.2)	F (2,293) = 1.159, p=0.315
Pós-Graduação de Especialização (n=48)	8 (16.7%)	8 (16.7%)	15 (31.3%)	11 (22.9%)	6 (12.5%)	3.0 (1.3)	
Mestrado (n=69)	11 (15.9%)	21 (30.4%)	15 (21.7%)	19 (27.5%)	3 (4.3%)	2.8 (1.2)	

Tabela 17 – Frequência da avaliação da sede na PSP (diferenças entre locais de atividade)

	1 - Nunca	2	3	4	5 – Sempre	Média (dp)	Teste de diferenças
Total amostra (n=302)	51 (16.9%)	80 (26.5%)	82 (27.2%)	69 (22.8%)	20 (6.6%)	2.8 (1.2)	-
Bloco Operatório	32 (21.6%)	47 (31.8%)	42 (28.4%)	23 (15.5%)	4 (2.7%)	2.5 (1.1)	F (14,280) = 1.116, p=0.343
Unidade Cirurgia Ambulatório	8 (20.0%)	12 (30.0%)	5 (12.5%)	13 (32.5%)	2 (5.0%)	2.9 (1.3)	
Unidade Cuidados Pós- Anestésicos	-	3 (21.4%)	3 (21.4%)	6 (42.9%)	2 (14.3%)	3.1 (1.0)	
Cuidados Intensivos	1 (11.1%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	2 (22.2%)	3.1 (1.4)	
Urgência	2 (33.3%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	2.7 (1.6)	
Internamento cirúrgico	6 (8.0%)	15 (20.0%)	24 (32.0%)	22 (29.3%)	8 (10.7%)	3.1 (1.1)	
Outro	2 (22.2%)		4 (44.4%)	1 (11.1%)	2 (22.2%)	2.9 (1.3)	

Relativamente ao tempo de serviço – Tabela 18, as correlações de *Pearson* das variáveis com o tempo de serviço mostram associações positivas entre o tempo de serviço dos enfermeiros e várias práticas relacionadas à gestão da sede em situações perioperatórias. Especificamente:

- "Valoriza a sede na PSP?" apresenta uma correlação de $r=0.172$ ($n=279$, $p=0.004$), indicando uma correlação positiva fraca.
- "Que importância atribui à sede enquanto sintoma?" tem uma correlação de $r=0.252$ ($n=279$, $p<0.001$), indicando uma correlação positiva moderada.
- "Na sua prática diária de prestação de cuidados, com que frequência avalia a sede na PSP?" mostra uma correlação de $r=0.156$ ($n=279$, $p=0.009$), também indicando uma correlação positiva fraca.
- "Na sua prática diária, com que frequência regista no processo clínico as intervenções de enfermagem realizadas à PSP com sede?" apresenta uma correlação de $r=0.164$ ($n=279$, $p=0.006$), correlação positiva fraca.

Embora todas as correlações sejam estatisticamente significativas, os valores indicam que as correlações variam de fracas a moderadas, sugerindo que o tempo de serviço tem uma influência modesta nas atitudes e práticas dos enfermeiros em relação à gestão da sede perioperatória.

Tabela 18 – Correlação das variáveis com o tempo de serviço

Questão	Correlação com o tempo de serviço
Valoriza a sede na PSP?	$r=0.172$, $n=279$, $p=0.004$
Que importância atribui à sede enquanto sintoma?	$r=0.252$, $n=279$, $p<0.001$
Na sua prática diária de prestação de cuidados, com que frequência avalia a sede à PSP?	$r=0.156$, $n=279$, $p=0.009$
Na sua prática diária, com que frequência regista no processo clínico as intervenções de enfermagem realizadas à PSP com sede?	$r=0.164$, $n=279$, $p=0.006$

“Existe relação entre a valorização da sede e a avaliação da sede na prática diária de cuidados”

A relação entre a valorização da sede e a avaliação da sede na prática diária de cuidados demonstrou que os enfermeiros que valorizam a sede, avaliam-na na sua prática diária, com uma correlação positiva forte, $r=0.521$, $n=302$, $p<0.001$. Esta correlação permite responder à hipótese de investigação anteriormente formulada *“Existe relação entre a valorização da sede e a avaliação da sede na prática diária de cuidados”*.

“A valorização da sede está relacionada com o registo das intervenções de enfermagem”

“A avaliação da sede está relacionada com o registo das intervenções de enfermagem”

Na Tabela 19, estão representadas as correlações entre o registo no processo clínico as intervenções de enfermagem realizadas à PSP com sede. Esta tabela responde às hipóteses de investigação anteriormente formuladas *“A valorização da sede está relacionada com o registo das intervenções de enfermagem”* e *“A avaliação da sede está relacionada com o registo das intervenções de enfermagem”*

Tabela 19 – Correlações do registo no processo clínico e as intervenções de enfermagem

Questão	Correlação com o registo das intervenções de enfermagem
Valoriza a sede na PSP?	$r=0.171$, $n=298$, $p=0.003$
Que importância atribui à sede enquanto sintoma?	$r=0.196$, $n=298$, $p=0.001$
Na sua prática diária de prestação de cuidados, com que frequência avalia a sede na PSP?	$r=0.377$, $n=298$, $p<0.001$

Foram reportadas correlações entre o registo no processo clínico das intervenções de enfermagem realizadas à PSP com sede e as questões anteriormente descritas. Os enfermeiros que mais valorizam a sede na PSP ($r=0.171$, $n=298$, $p=0.003$), que mais importância atribuem à sede enquanto sintoma ($r=0.196$, $n=298$, $p=0.001$) e que na sua prática diária de prestação de cuidados, avaliam com mais frequência a sede na PSP ($r=0.377$, $n=298$, $p<0.001$), registam mais as suas intervenções. No entanto, as correlações apresentam valores fracos a moderados.

“A valorização da sede está relacionada com a formação sobre a temática”

“A avaliação da sede está relacionada com a formação sobre a temática”

Na Tabela 20, estão representados os testes de diferenças entre os enfermeiros que receberam e os que não receberam formação. Estes dados permitem responder às hipóteses de investigação anteriormente formuladas *“A valorização da sede está relacionada com a formação sobre a temática”* e *“A avaliação da sede está relacionada com a formação sobre a temática”*

Tabela 20 – Diferenças entre os enfermeiros que receberam ou não formação sobre a sede

Questão	Teste de diferenças entre os enfermeiros que receberam e não receberam formação
Valoriza a sede na PSP?	$t(300) = 1.668$, $p=0.096$
Que importância atribui à sede enquanto sintoma?	$t(300) = 2.065$, $p=0.040$
Na sua prática diária de prestação de cuidados, com que frequência avalia a sede na PSP?	$t(300) = 0.636$, $p=0.525$
Na sua prática diária, com que frequência regista no processo clínico as intervenções de enfermagem realizadas à PSP com sede?	$t(300) = 2.514$, $p=0.012$

Os enfermeiros que receberam formação tendem a atribuir mais importância à sede ($t(300) = 2.065$, $p=0.040$) e registam com maior frequência no processo clínico as intervenções de enfermagem realizadas à PSP com sede ($t(300) = 2.514$, $p=0.012$). No entanto, não apresentaram diferenças significativas em relação à valorização da sede ($t(300) = 1.668$, $p=0.096$), nem na frequência com que avaliam a sede na PSP ($t(300) = 0.636$, $p=0.525$).

“Existe relação entre os enfermeiros que referem conhecer a mais recente evidência científica e as intervenções realizadas à PSP com sede”

Relativamente às intervenções de enfermagem realizadas, os enfermeiros foram questionados se as mesmas são suportadas na mais recente evidência científica, com 67.9% (n=205) a responderem que suportam a sua atividade na mais recente evidência científica. As respostas a esta questão foram comparadas com a escolha das intervenções executadas e reportadas na Tabela 10. Adicionalmente, dicotomizou-se os enfermeiros em dois grupos: os que escolhiam intervenções suportadas na mais recente evidência científica e os que escolhiam outras intervenções, nomeadamente as três primeiras opções (gargarejo com água à temperatura ambiente, oferecer pequena quantidade de água à temperatura ambiente e humidificar lábios com algodão humedecido em água à temperatura ambiente) não baseadas na mais recente evidência científica. Um teste de qui-quadrado concluiu que não existem diferenças na escolha das intervenções entre os que consideram que se baseiam na mais recente evidência científica e os que não consideram ($\chi^2(1, N = 302) = 2.364, p = .080$).

7. Discussão

A sede perioperatória refere-se a uma experiência sensorial, fisiológica e subjetiva que é comum e pode causar desconforto intenso, sendo definida como o desejo de ingerir água com o objetivo de restaurar a homeostase dos fluidos corporais (Aroni et al., 2020; Conchon & Fonseca, 2018; Garcia et al., 2016; Nascimento et al., 2021a). Este sintoma, prevalente no período perioperatório e subvalorizado pelos enfermeiros, afeta significativamente o bem-estar da pessoa e representa um desafio para estes profissionais, que muitas vezes sentem incerteza sobre o momento ideal e as intervenções adequadas para o seu alívio, receando o desenvolvimento de eventos adversos decorrentes da precoce ingestão de líquidos (Chen & Yang, 2023; Martins et al., 2017; Motta et al., 2020; Nascimento et al., 2023; Oliveira et al., 2020; Pavani et al., 2016; Silva et al., 2022c).

Estas considerações contribuíram para fundamentar a necessidade e a pertinência do estudo, incrementando-se assim a literatura disponível sobre a temática. Logo, importa discutir estes mesmos resultados, à luz da evidência disponível alusiva à temática em estudo que, não obstante existir, ainda é relativamente escassa, principalmente em Portugal.

Em relação aos resultados obtidos, importa salientar que 67.9% dos enfermeiros valoriza ou valoriza muito a sede na PSP e 63.9% considera a sede enquanto sintoma importante ou muito importante; no entanto, 43.4% nunca ou quase nunca avalia a sede.

Relativamente à valorização da sede, estes dados contrariam a literatura existente, pois de acordo com Motta et al. (2020) e Pavani et al. (2016) a sede é um desconforto subvalorizado sob a perspetiva dos enfermeiros. Contudo, encontra-se em linha com os estudos de Martins e Fonseca (2017), Nascimento et al. (2023), Oliveira et al. (2020) e Pavani et al. (2016), que destacam a não avaliação da sede de forma intencional e sistematizada na prática clínica por parte dos enfermeiros.

No que respeita à valorização da sede na PSP, os resultados do estudo indicam que os enfermeiros especialistas valorizam mais a sede na PSP, em comparação com os enfermeiros de cuidados gerais.

Os dados obtidos no estudo são consistentes com a evidência consultada, nomeadamente com o estudo de Nascimento et al. (2023), que referem que a formação especializada contribui para uma maior consciencialização sobre a importância da avaliação e intervenção de enfermagem à pessoa com sede.

Os mesmos autores destacam a importância do reconhecimento e do tratamento adequado deste sintoma na PSP, sendo que os resultados sugerem que os enfermeiros especialistas têm maior probabilidade de identificar e gerir a sede perioperatória, devido à formação especializada, reforçando-se assim a importância da formação específica para o cuidado efetivo da PSP.

Por outro lado, de acordo com o estudo de Nascimento et al. (2020), que fornece uma abordagem estruturada para a gestão da sede perioperatória, a implementação eficaz do *“Modelo de Manejo da Sede”*, é mais frequentemente observada entre enfermeiros especialistas devido à sua formação avançada e foco específico nos cuidados perioperatórios, o que lhes permite aplicar estratégias e práticas baseadas em evidências com maior eficiência.

Adicionalmente, o estudo conduzido por Pavani et al. (2016), que avaliou a percepção da equipa de enfermagem em relação à sede na PSP, revelou que os enfermeiros de cuidados gerais frequentemente subvalorizam ou subnotificam a sede, menosprezando-se assim a sua avaliação e gestão de forma mais sistemática. Em compensação, os enfermeiros especialistas, devido à formação que possuem, são mais orientados e mais eficientes, em reconhecer a importância da sede e a potenciar a sua gestão de forma mais eficaz, destacando-se claramente a diferença na avaliação e na gestão deste sintoma entre os dois grupos (Pavani et al., 2016).

Há assim um consenso, corroborando a perspetiva de que os enfermeiros especialistas valorizam mais a sede na PSP e são mais efetivos na gestão deste sintoma, em comparação com os enfermeiros de cuidados gerais. A formação e o foco especializados dos enfermeiros especialistas são assim indicadores importantes, para melhorar a qualidade do cuidado e o alívio da sede da PSP (Nascimento et al., 2020; Nascimento et al., 2023; Pavani et al., 2016).

Neste estudo, apesar dos resultados apresentados, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na valorização da sede entre diferentes níveis de formação. Ainda assim, considera-se que estes resultados poderão ser considerados relevantes, merecendo em estudos futuros uma análise comparativa e possibilitando eventualmente novas linhas de investigação.

Relativamente à avaliação da sede na PSP, verificou-se que os enfermeiros especialistas avaliam a sede com maior frequência na sua prática diária de prestação de cuidados. A relação entre a valorização da sede e a avaliação da sede na prática diária de cuidados, demonstrou que os enfermeiros que valorizam a sede, avaliam-na na sua prática diária, com

uma correlação positiva forte. Adicionalmente, não se verificaram diferenças significativas na frequência de avaliação da sede, entre os diferentes níveis de formação ou os diferentes locais de atividade profissional.

Torna-se importante clarificar os contributos de Nascimento et al. (2023), que validaram um novo diagnóstico de enfermagem denominado “*Sede Perioperatória*”, reforçando a importância de reconhecer e tratar adequadamente este sintoma em pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas. Esta clarificação contribui para reforçar o papel importante da disciplina de enfermagem. De facto, é facilitadora de um maior suporte à tomada de decisão de cada enfermeiro, que possui todo um conjunto de conhecimentos e ferramentas efetivos para a gestão da sede em contexto perioperatório, garantindo um cuidado possibilitador de um maior conforto (Nascimento et al., 2023).

A inclusão deste diagnóstico de enfermagem na taxonomia amplia o cuidado à pessoa submetida a intervenção cirúrgica, fortalecendo assim a sistematização dos cuidados de enfermagem perioperatórios, destacando a autonomia do enfermeiro na gestão da sede. Por último é promotor da responsabilidade individual, por parte de cada enfermeiro, mas também numa ótica mais ampla, enquanto disciplina, não só enfatizando a sua responsabilidade na prática clínica, mas também no ensino e na investigação sobre o tema (Nascimento et al., 2023).

Em relação aos instrumentos utilizados na avaliação da sede na PSP, a maioria dos enfermeiros (71.9%) utilizam a questão direta “Tem sede? Sim/Não”, sendo que 24.2% (n=73) dos enfermeiros relatam não avaliar a sede, justificando-se pelos motivos: “esperar que a pessoa verbalize a queixa sobre a sede” (75.3%); “que a pessoa deve manter o jejum absoluto” (19.2%); “falta de tempo” (4.1%); e “não valorizar a sede” (4.1%).

É relevante destacar que 75.3% dos enfermeiros esperam que a pessoa verbalize a sede. Esperar que a pessoa verbalize a sede, sem recorrer à utilização de instrumentos de avaliação, pode resultar em subnotificação e gestão inadequado da sede, tal como nos referem Oliveira et al. (2020), em que, das 92% das pessoas que apresentaram sede no pós-operatório imediato, 96% não relataram queixa espontânea, e Pierrotti et al. (2018) em que apenas 15% da PSP verbalizou sede de forma espontânea.

No estudo, 71.9% dos enfermeiros relataram utilizar a pergunta direta “Tem sede? Sim/Não”, o que é insuficiente para conseguir avaliar a complexidade do sintoma. A utilização de instrumentos de avaliação permite uma identificação mais precisa do nível de desconforto e

a implementação de intervenções mais direcionadas, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados.

Martins et al. (2017) desenvolveram a EDESP para avaliar os atributos relacionados com a sede em contexto perioperatório, apresentando altos índices de validade e confiabilidade em relação à pessoa submetida a intervenção cirúrgica, o que a torna uma ferramenta válida e confiável que permite uma avaliação mais precisa e sistemática da sede.

A avaliação da sede não se encerra apenas na dimensão intensidade, pois tem sido considerada na literatura a percepção de desconfortos específicos e expressivos experienciados pela PSP e que compõem atributos periféricos da sede que não podem ser ignorados (Martins et al., 2017). A utilização de diferentes escalas para avaliar o desconforto da sede perioperatória pode efetivamente levar a variações na sua prevalência entre os diferentes estudos (Aroni et al., 2020).

Adicionalmente, os estudos de Mello e Torezan (2022) e Magalhães (2022) destacam a necessidade de uma avaliação sistemática e segura para a gestão da sede. A inexistência de avaliações empíricas e a falta de sistematização na identificação e gestão da sede ainda são comuns, sublinhando-se a importância de protocolos e instrumentos validados para auxiliar a prática clínica. Segundo os autores, estes instrumentos de avaliação e protocolos são essenciais para identificar com precisão o nível de desconforto da pessoa e implementar intervenções direcionadas, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados neste período.

Em relação ao registo no processo clínico das intervenções de enfermagem realizadas à PSP com sede, verificou-se que 60.6% nunca registam estas intervenções. De referir ainda que, apesar de as correlações apresentarem valores fracos a moderados, constatou-se que os enfermeiros que mais valorizam a sede na PSP, que mais importância atribuem à sede enquanto sintoma e que na sua prática diária de prestação de cuidados avaliam com mais frequência a sede na PSP, são os que registam mais as suas intervenções.

Pavani et al. (2016), no âmbito do estudo já reportado anteriormente, concluíram que muitos profissionais de saúde não valorizam a sede como um desconforto primordial levando, por conseguinte, a que seja caracterizado com um sintoma subvalorizado, subnotificado e não avaliado de forma sistemática. Por sua vez, Magalhães (2022) refere que a ausência de registos detalhados pode levar a uma gestão ineficaz da sede, impactando negativamente a experiência da pessoa e a eficácia do tratamento no período perioperatório.

Tem-se então a ausência de registros no processo clínico como um problema na prática de enfermagem, uma vez que compromete a continuidade e a qualidade dos cuidados. Estudos como os de Pavani et al. (2016) e Garcia et al. (2019) indicam que a ausência de documentação sistemática pode levar à subvalorização da sede, impactando negativamente a gestão deste sintoma. Os registros detalhados são essenciais para garantir que todas as intervenções são monitorizadas e avaliadas, facilitando melhorias contínuas na prática clínica. Além disso, consideram os autores que a documentação adequada permite uma comunicação mais eficaz entre os enfermeiros, assegurando uma atenção direcionada para as necessidades e das intervenções necessárias para a gestão deste sintoma.

Relativamente às intervenções de enfermagem mais comuns à PSP com sede identificadas no estudo, incluem-se: humidificação dos lábios com compressas húmidas (67.5%); humidificação dos lábios com algodão humedecido em água à temperatura ambiente (47.7%); oferecer pequena quantidade de água à temperatura ambiente (32.5%); e providenciar água à temperatura ambiente para gargarejo (24.8%). Estas últimas três intervenções não estão alinhadas com a evidência científica disponível mais recentemente, em detrimento de outras intervenções elencadas no estudo, como, por exemplo: aplicar hidratante labial (18.2%); e providenciar água fria para gargarejo (3.3%); aplicar lascas de gelo nos lábios (2.0%); oferecer pastilha elástica/rebuçado de mentol no pré-operatório (0.6%); e administrar solução gelada de maltodextrina (0.6%), apesar de serem amplamente descritas na evidência consultada.

De acordo com a evidência mais recente, as principais estratégias para combater a sede consistem na utilização de cubos de gelo, simples ou mentolados, pastilha elástica/rebuçado de mentol, água fria para gargarejo (pequenos volumes em seringa ou lascas de gelo), compressas húmidas, spray de ácido cítrico ou água fria após remoção do tubo endotraqueal e aplicação de hidratante labial. No entanto, a aplicação de gelo simples ou mentolado ou água fria também simples e/ou mentoladas, têm apresentado resultados mais eficazes na redução da intensidade e desconforto da sede (Aroni et al., 2020; Conchon & Fonseca, 2018; Lee et al., 2020; Moon et al., 2015; Oliveira et al., 2022; Serato et al., 2019; Silva, 2023; Silva et al., 2022c; Wang et al., 2023; Wu et al., 2021).

Nos estudos de Aroni et al. (2020) e Garcia et al. (2019), é referido que a utilização de estratégias para aliviar a sede da pessoa no pré-operatório não faz parte da cultura das instituições de saúde, uma vez que nestas ainda persistem preconceitos quanto à administração de qualquer método de alívio da sede pré-operatória. Sendo que, de acordo com os mesmos autores, na prática clínica registam-se até atrasos e suspensões cirúrgicas

por parte de anesthesiologists e cirurgiões, quando a PSP utiliza a pastilha de mascar por medo do aumento do conteúdo gástrico.

Os autores anteriores destacam que a utilização do frio e do mentol, a estimulação salivar e a introdução precoce de líquidos no pós-operatório imediato, mostraram-se eficazes e seguros para reduzir a sede e o desconforto orofaríngeo e aumentar a satisfação da pessoa no período perioperatório. Concluem que estas evidências podem ser adotadas nas instituições de saúde, dado constituírem uma estratégia fácil e simples para controlar a sede, de alta viabilidade clínica, baixo custo e boa aceitabilidade pela PSP e com efetividade em diferentes resultados, como a satisfação da PSP e a satisfação profissional.

Os resultados dos estudos apresentados contribuem para o conhecimento disponível sobre as intervenções que podem ser realizadas pelos enfermeiros em contexto perioperatório para aliviar ou mitigar o impacto da sede nas pessoas submetidas aos diferentes procedimentos, considerando-se ainda que existe uma necessidade de atualização contínua de estudo, investigação e disseminação destas práticas baseadas em evidência, entre os profissionais. Práticas estas que devem ser baseadas na avaliação criteriosa, sistematizada e individualizada de cada PSP (Garcia et al., 2016).

Apesar de 68% dos enfermeiros afirmarem intervir com base na evidência científica, os resultados revelam que as intervenções como gargarejo com água à temperatura ambiente, oferecer pequena quantidade de água à temperatura ambiente e humidificar os lábios com algodão humedecido em água à temperatura ambiente, não estão alinhadas com as mais recentes evidências científicas.

Tal como mostram Pereira et al. (2021, p.461-462), no seu estudo sobre o conhecimento, práticas e métodos para o alívio da sede no pós-operatório imediato entre profissionais de enfermagem, “a presença de fragilidades quanto ao conhecimento e práticas relativas ao controlo da sede por parte dos profissionais de enfermagem” e “o conhecimento da equipa de enfermagem sobre o sintoma sede e a aplicação de estratégias de alívio da sede é uma lacuna” comprovado pela utilização de práticas empíricas como humedecer os lábios com algodão embebido em água e o jejum absoluto e a subutilização de práticas como o uso de cubos/lascas de gelo ou água fria para o controlo efetivo da sede por parte dos enfermeiros.

É assumido que a prática baseada em evidência é essencial para garantir que as intervenções aplicadas sejam mais efetivas e seguras, promovendo uma recuperação mais rápida e confortável para a pessoa. Apesar do conhecimento sobre estas intervenções baseadas na evidência, muitos profissionais de enfermagem ainda utilizam métodos menos efetivos.

Métodos esses que são frequentemente utilizados devido a um desconhecimento das evidências mais recentes ou por receio de complicações, como a aspiração pulmonar, de acordo com o estudo de Mello e Torezan (2022).

Em relação ao que os enfermeiros consideram que mais contribui para a sede na PSP, o jejum prolongado é claramente o principal fator apontado, com 86.4% do total das respostas da amostra em estudo. Outros fatores incluem a ansiedade (67.5%), o uso de fármacos (40.0%), a temperatura ambiente (24.2%) e hemorragias ou perdas sanguíneas (22.2%).

Estes resultados estão em consonância com a literatura consultada. Vários autores identificaram que fatores como o jejum pré e pós-operatório, o uso de anticolinérgicos e a intubação, estão associados à sede perioperatória, salientando a importância de se adotarem estratégias específicas de gestão para estes mesmos fatores (Andriotti et al., 2022; ASA, 2023; Nascimento et al., 2020; Silva, 2023).

Por fim, no que concerne à formação específica sobre a sede perioperatória, os resultados deste estudo mostram que foi recebida por apenas 9.3% dos enfermeiros, sendo que 90.7% dos enfermeiros consultados referiram não ter até ao presente momento qualquer formação na área.

De facto, neste estudo, 90.7% dos enfermeiros revelaram nunca ter recebido formação sobre a sede. A ausência de formação específica é um grande obstáculo para a implementação de práticas baseadas em evidência. A formação contínua e especializada é essencial para capacitar os enfermeiros a implementar estratégias efetivas na gestão da sede perioperatória, considerando-se que os programas de melhoria e protocolos baseados em evidências e que são implementados nos contextos, contribuem para promover melhores resultados de saúde (Mello & Torezan, 2022). A formação contínua permite que os enfermeiros se mantenham mais atualizados com as melhores práticas e desenvolvam competências necessárias (Magalhães, 2022; Pereira et al., 2021).

Os resultados apresentados merecem uma reflexão, dado que a formação contínua é considerada essencial para melhorar a prática clínica e garantir que as intervenções sejam mais alinhadas com as melhores evidências disponíveis e que resultem da investigação produzida (Chen & Yang, 2023; Nascimento et al., 2021). Os autores consideram ainda que a formação sobre a gestão da sede deve ser efetivamente uma estratégia a ser adotada e implementada nas instituições de saúde.

No grupo dos enfermeiros que receberam formação prévia, estes tendem a atribuir mais importância à sede enquanto sintoma e a registar mais frequentemente as suas intervenções

no processo clínico, apesar de os resultados do estudo não apresentarem diferenças estatisticamente significativas em relação à valorização da sede na PSP, nem na frequência com que é avaliada.

Considera-se que os resultados apresentados contribuem para acrescentar valor à literatura disponível, assim como incrementar uma maior discussão na comunidade científica sobre a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com sede, em contexto perioperatório.

De um modo mais abrangente, a adoção de um conjunto de estratégias direcionadas para a sede no perioperatório e a sua implementação na prática clínica, deve estar alinhada com melhor evidência disponível.

Neste âmbito, por um lado, concretiza-se esta ideia ao procurar-se clarificar a importância dos enfermeiros perioperatórios estarem alinhados relativamente às Competências de Educação em Qualidade e Segurança, que visam dotar os enfermeiros com conhecimentos, habilidades e atitudes, consideradas necessárias para a prestação de cuidados de saúde mais seguros, efetivos e centrados na pessoa (Cengiz & Yoder, 2023). São seis as competências elencadas e que estão intimamente relacionadas com o desafio constante de preparar os enfermeiros com as competências necessárias para melhorar continuamente a qualidade e segurança dos sistemas de saúde em que trabalham: cuidado centrado na pessoa; trabalho em equipa e colaboração; prática baseada em evidências; melhoria da qualidade; segurança e tecnologias de informação (Cronenwett et al., 2007).

Adicionalmente, remetendo para os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica, que se constituem como um suporte norteador e referencial para a prática do enfermeiro especialista nesta área de especialização, atendendo aos conceitos de PSP, ambiente perioperatório e cuidados de enfermagem perioperatórios (OE, 2017).

Este estudo evidencia a necessidade de uma abordagem mais estruturada e baseada em evidências para a gestão da sede perioperatória, ou seja, a importância crítica de reconhecer e tratar adequadamente este sintoma, particularmente pela formação especializada dos enfermeiros (Mello & Torezan, 2022; Pereira et al., 2021).

As diferenças na valorização entre enfermeiros especialistas e de cuidados gerais sublinham a importância da formação contínua e especializada. A formação específica e contínua, como evidenciada por Nascimento et al. (2023), promove uma maior consciencialização e competência na gestão da sede perioperatória, resultando em cuidados mais efetivos e centrados na pessoa.

Além disso, a utilização de instrumentos de avaliação adequados, como a EDESP desenvolvida por Martins et al. (2017) e a implementação de intervenções baseadas em evidências, como o uso de cubos de gelo e pastilhas/rebuçados de mentol, são essenciais para melhorar o cuidado e o conforto da pessoa (Conchon & Fonseca, 2018; Garcia et al., 2019).

O registo das intervenções realizadas também tem demonstrado ser importante, não só para a continuidade dos cuidados, mas igualmente facilitando a melhoria contínua na prática clínica. A implementação de protocolos baseados em evidências e a promoção de uma cultura institucional de documentação são consideradas essenciais para otimizar a gestão da sede perioperatória (Mello & Torezan, 2022; Pereira et al., 2021).

Por fim, os cuidados de enfermagem no âmbito da temática em estudo devem ir ao encontro das Competências de Educação em Qualidade e Segurança, como o cuidado centrado na pessoa e as práticas baseadas em evidências. Também cuidados alinhados com os padrões de qualidade específicos para os cuidados de enfermagem perioperatórios, conforme delineado pela Ordem dos Enfermeiros, podem orientar a prática e melhorar os resultados em saúde.

8. Conclusão

De acordo com os dados obtidos no estudo, podemos afirmar que os enfermeiros valorizam a sede na PSP, sendo considerada um sintoma importante. No entanto, a sua avaliação é pouco frequente assim como o seu registo. Não utilizam instrumentos adequados para a sua mensuração recorrendo mais frequentemente à questão direta “Tem sede?”. É de destacar que apenas uma pequena percentagem de enfermeiros teve formação sobre a sede e, apesar da maioria referir que intervém de acordo com a mais recente evidência científica, utilizam estratégias que estão identificadas como não sendo as mais eficazes para o controlo da sede na PSP.

O estudo evidencia a necessidade de uma abordagem mais estruturada e baseada em evidências para a gestão da sede perioperatória. As diferenças na valorização e na eficácia das intervenções entre enfermeiros especialistas e de cuidados gerais sublinham a importância da formação contínua e especializada. A utilização de instrumentos de avaliação apropriados e a implementação de intervenções baseadas em evidências são essenciais para melhorar o cuidado e o conforto da PSP com sede.

Adicionalmente, o registo detalhado das intervenções e a adesão de estratégias específicas podem otimizar a gestão da sede perioperatória, proporcionando cuidados de enfermagem mais efetivos e de maior qualidade. A ausência de documentação sistemática pode levar à subvalorização da sede, impactando negativamente a gestão deste sintoma. Os registos detalhados são essenciais para garantir que todas as intervenções sejam monitorizadas e avaliadas, facilitando a melhoria contínua na prática clínica.

A formação contínua e especializada é importante na capacitação dos enfermeiros para implementarem estratégias efetivas na gestão da sede perioperatória. Programas de melhoria e protocolos baseados em evidências devem ser implementados para promover melhores resultados de saúde. A formação contínua permite que os enfermeiros se mantenham informados sobre as melhores práticas na gestão da sede e desenvolvam as competências necessárias.

A inexistência de estudos em contexto nacional sobre a sede na PSP, limitou a capacidade de comparar os resultados com estudos similares. Como inspiração para futuros trabalhos propõem-se a realização de estudos adicionais sobre esta temática, que forneçam indicadores sobre as práticas profissionais dos enfermeiros na atuação perante a PSP com

sede e sobre a prevalência da sede em contexto perioperatório de modo a promover um maior conhecimento sobre a temática na realidade da prestação de cuidados.

Este estudo contribui para a extensão do conhecimento e estimula a implementação de práticas baseadas em evidências na gestão da sede perioperatória, promovendo um cuidado de enfermagem de excelência. É importante mencionar o compromisso de divulgar o presente estudo sob a publicação de um artigo científico, uma comunicação oral ou poster, para assim também contribuir para a visibilidade da temática no contexto da enfermagem perioperatória.

Ao destacar as lacunas existentes na prática atual e as áreas de melhoria, o estudo promove uma discussão mais ampla na comunidade científica e particularmente entre os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional em contexto perioperatório.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresenta algumas limitações. Estas devem ser consideradas ao interpretar-se os resultados obtidos e, simultaneamente, ao planear-se eventualmente novos trabalhos ou novas linhas de investigação.

A técnica de amostragem utilizada no estudo (amostragem não probabilística, por conveniência) não é representativa de todos os enfermeiros em diferentes regiões ou contextos hospitalares. Por conseguinte, a generalização dos resultados deste estudo deverá ser realizada com cautela, atendendo a este elemento metodológico.

Adicionalmente, importa mencionar que os resultados foram obtidos com recurso à ferramenta do *Google Forms*®, o que pode contribuir para aumentar o risco de viés, nomeadamente pelo facto de um número de participantes do estudo não serem abrangidos pelos critérios de inclusão. Clarifica-se também que o estudo se baseia em dados auto-relatados pelos enfermeiros, o que pode introduzir vieses de resposta e memória, levando, entre outros elementos, a não se relatar com precisão as práticas ou atitudes realizadas até ao presente momento.

Por outro lado, destacar a possibilidade de variabilidade nas práticas de cuidados dos enfermeiros, entre diferentes instituições e mesmo em serviços clínicos, como resultado, entre outros, de fatores socioculturais e pelas políticas institucionais específicas. Estas variações, que não foram exploradas no estudo, podem influenciar os resultados, tornando difícil estabelecer uma prática mais homogénea.

No que concerne à formação documentada, a maioria dos enfermeiros reportou não ter recebido formação específica sobre a sede na PSP. Esta lacuna formativa limita a capacidade de comparação das práticas entre aqueles que receberam e aqueles que não receberam qualquer tipo de formação.

O estudo realizado é de âmbito descritivo e observacional, não tendo sido por isso avaliadas quaisquer práticas de enfermagem ao longo do tempo, o que impede a análise de mudanças ou melhorias nas práticas de gestão da sede na PSP, por exemplo, após intervenções ou formações específicas.

Por fim, a comparação com estudos realizados em outros contextos, mas relativos à temática em estudo foi limitada, dado a reduzida produção científica disponível, o que pode restringir a capacidade de contextualizar os resultados num âmbito mais amplo da prática de enfermagem.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

É essencial a formação especializada e contínua entre os enfermeiros, de forma a capacitá-los com conhecimentos e competências que permitam não só a melhoria da prática clínica como garantir que as intervenções sejam mais alinhadas com as melhores evidências disponíveis.

A formação específica sobre a sede também é fundamental de modo a valorizar a sede e a dar resposta a este desconforto presente durante o período perioperatório, melhorando a satisfação da PSP.

Destaca-se igualmente a necessidade de atualização contínua e a implementação de projetos de melhoria e protocolos baseados em evidências para garantir uma prática clínica de alta qualidade. Neste sentido, as instituições de saúde devem promover efetivamente programas de educação e formação possibilitando, por exemplo, a existência de protocolos que integrem as intervenções de enfermagem mais comuns e mais efetivas à PSP com sede, devidamente sustentadas num corpo de conhecimentos técnico-científicos.

Salvo melhor opinião considera-se igualmente importante a elaboração e implementação de protocolos com a restante equipa cirúrgica (anestesiastas e cirurgiões) de modo a diminuir o tempo excessivamente prolongado de jejum, o que seria benéfico para a PSP.

Os registos das intervenções de enfermagem são fundamentais para garantir a continuidade dos cuidados. A avaliação e a monitorização das intervenções, facilitam a melhoria contínua

da prática clínica, sendo que a falta de documentação sistemática pode levar à subvalorização da sede e comprometer a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

A ausência de registros leva a uma gestão ineficaz da sede, impactando negativamente a experiência da PSP e a eficácia do tratamento perioperatório.

A implementação de protocolos de documentação pode fomentar uma cultura institucional de registo estruturado e sistematizado, essencial para a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e a avaliação contínua das intervenções realizadas perante a PSP com sede. Além disso, promover uma cultura de documentação detalhada pode ser crucial para a continuidade dos cuidados e a análise da efetividade das intervenções implementadas, perante uma PSP que manifeste sede durante o período perioperatório.

Esperar que a pessoa verbalize sede, sem realizar a avaliação com recurso a instrumentos de avaliação pode resultar em subnotificação e gestão inadequada da sede. A mensuração da sede através da utilização de instrumentos de avaliação, como a EDESP, permite uma avaliação mais precisa e sistemática da sede, melhorando a qualidade dos cuidados prestados. A utilização de instrumentos de avaliação, por parte dos enfermeiros, é essencial para uma adequada gestão da sede na PSP, evitando a dependência exclusiva da verbalização da pessoa, que pode ser influenciada por fatores como o estado emocional e a capacidade de comunicação.

Este estudo revelou uma inconsistência na escolha das intervenções, ou seja, intervenções que não estão alinhadas com as evidências disponíveis mais recentes. As intervenções realizadas de acordo com a mais recente evidência científica, não proporcionam apenas um alívio mais rápido e eficaz da sede, mas também contribuem para a satisfação da pessoa. A gestão da sede baseada em evidência é fundamental para a segurança das intervenções, promovendo uma recuperação mais rápida e confortável para a PSP.

A CPOE desempenha um papel crucial na preparação da PSP para o processo cirúrgico sendo um momento privilegiado para a transmissão de informação e implementação de recomendações visando a sua preparação para a cirurgia e promovendo o seu contributo e participação ativa nos cuidados perioperatórios. Durante essa consulta, o enfermeiro tem a oportunidade de abordar questões específicas, como a gestão da sede.

Ao capacitar a pessoa para lidar com a sede, o enfermeiro deve orientar a PSP para verbalizar a queixa, pois esta é frequente durante o período perioperatório. Também cabe ao enfermeiro adaptar e direcionar as estratégias para lidar com a sede de acordo com as necessidades e preferências individuais da PSP, tendo em atenção a sua condição clínica.

Desta forma, a atuação do enfermeiro no empoderamento da PSP sobre a gestão da sede, não apenas melhora a experiência perioperatória, contribuindo para o seu conforto e bem-estar, mas também promove resultados cirúrgicos mais seguros e eficazes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o percurso apresentado ao longo deste relatório, é essencial refletir sobre o seu desenvolvimento. Este trajeto revelou-se uma experiência enriquecedora tanto a nível profissional quanto pessoal, sendo crucial para promover momentos de reflexão sobre a prática de enfermagem até ao presente momento. Chega agora o momento de sintetizar as principais ideias e resultados alcançados, permitindo estabelecer objetivos e perspetivas futuras, com o intuito de incentivar o contínuo autodesenvolvimento das competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A conclusão desta caminhada abre um novo capítulo na carreira profissional, repleta de expectativas e desafios.

As experiências vivenciadas ao longo do curso, particularmente durante o estágio na UCA, foram determinantes para o crescimento enquanto enfermeiro e para a consolidação de competências essenciais à prática baseada na evidência. O estágio proporcionou um contato direto com a realidade do perioperatório, num ambiente dinâmico e em constante atualização, o que permitiu desenvolver um conhecimento mais aprofundado das diferentes fases do processo perioperatório. Para além disso, a experiência contribuiu para o aperfeiçoamento das competências de comunicação interpessoal e trabalho em equipa, elementos fulcrais para a segurança e qualidade dos cuidados prestados, centrados na PSP e tendo o PPFM como referencial teórico.

Alicerçada na vivência prática, a busca por conhecimentos baseados em evidências científicas tornou-se um pilar fundamental da formação. A prática baseada na evidência é o alicerce sobre o qual a enfermagem moderna emerge e se sustenta. Por este motivo, ao longo do percurso, a aplicação destas práticas permitiu desenvolver um olhar crítico sobre a literatura científica, promovendo a atualização contínua de conhecimentos e a incorporação das melhores práticas clínicas. Esta abordagem permitiu não só melhorar a qualidade dos cuidados prestados à PSP, mas também contribui para a segurança e eficácia dos procedimentos realizados em CA.

Importa também realçar as competências avançadas em enfermagem adquiridas ao longo do mestrado que são capitais para a evolução profissional e para a prestação de cuidados perioperatórios de qualidade, contribuindo para o assumir de funções de maior

responsabilidade e autonomia no âmbito do perioperatório, objetivando desta forma a excelência do cuidado à PSP.

Na componente de Investigação, foi conduzido um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, em que se propôs estudar a sede na PSP na percepção dos enfermeiros. Esta temática, ainda pouco abordada na realidade do nosso país, carece de maior atenção e desenvolvimento científico por parte dos profissionais de enfermagem.

A valorização da sede pelos enfermeiros e a avaliação intencional deste sintoma, além de contribuir positivamente para a experiência cirúrgica da PSP, atende a uma necessidade humana fundamental e acrescenta humanização e qualidade aos cuidados prestados. Desta forma, esta pode beneficiar de cuidados de enfermagem autónomos e personalizados através da correta identificação da sede, diminuindo o seu desconforto e aumentando o seu bem-estar.

Ficou demonstrada a necessidade da formação contínua e especializada de modo a que os enfermeiros, baseados na mais recente evidência científica, sejam capazes de implementar estratégias eficazes e seguras no alívio da sede.

Acredita-se que este mestrado proporcionou as ferramentas e os conhecimentos necessários para tornar um enfermeiro mestre e especialista qualificado, capaz de fazer a diferença na vida da PSP e família/pessoa significativa e contribuir para o avanço da profissão. A paixão pela enfermagem e o compromisso com a qualidade dos cuidados impulsionam a perseguir novos desafios e a buscar a excelência da atuação profissional, contribuindo para a construção de um futuro promissor para a Enfermagem Perioperatória e para a melhoria contínua dos cuidados prestados à PSP.

A busca por oportunidades de atualização profissional contínua, através da participação em cursos, congressos e eventos científicos, tem como objetivo a atualização sobre as últimas evidências e inovações na área e passa a partir de agora a ser quase um imperativo pessoal.

Por todo o percurso descrito afirma-se que os objetivos traçados foram alcançados para atingir o grau de Mestre e EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à PSP.

Em suma, este mestrado foi mais do que uma jornada académica, foi uma transformação profissional. As experiências vividas e as competências adquiridas são agora parte integrante da identidade como enfermeiro e serão a base sobre a qual se construirá a carreira futura, enfrentando novos desafios e expandindo os horizontes da Enfermagem Perioperatória,

sempre com o compromisso de proporcionar cuidados de excelência e de continuar a aprender e a evoluir na profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2011). *Recomendações Técnicas para Bloco Operatório*. https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf
- American Society of Anesthesiologists (2017). Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology* 2017; 126:376–393. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001452>
- American Society of Anesthesiologists (2023). Practice Guidelines for Preoperative Fasting: Carbohydrate-containing Clear Liquids with or without Protein, Chewing Gum, and Pediatric Fasting Duration—A Modular Update of the 2017 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting*. *Anesthesiology*, 138(2), 132–151. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004381>
- Andriotti, L. A., Fonseca, L. F., do Nascimento, L. A., Franco, M. E. S., & Ramos, H. C. F. (2022). Prevalência das características definidoras da proposição diagnóstica de enfermagem de sede perioperatória [Prevalence of defining characteristics of the proposed nursing diagnosis of perioperative thirst] [Prevalencia de características definitorias de la propuesta diagnóstica de enfermería de sed perioperatoria]. *Revista Enfermagem UERJ*, 30(1), e62764. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.62764>
- Antunes, T. S., Sousa, C. Q. D., Panzetti, T. M. N., & Santos, A. L. S. (2023). Conhecimento do enfermeiro sobre a abreviação do jejum pré-operatório. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(4), e11948. <https://doi.org/10.25248/reas.e11948.2023>
- Arai, S., Stotts, N., & Puntillo, K. (2013). Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 22(4), 328–335. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013533>
- Araújo, I. A., Souza, M. M. S. de, Gomes, J. R. D. A. A., Ferreira, V. da S., Corgozinho, M. M., Oliveira, É. V. S., Brandão, V. F., Souza, L. T. C. de, Oliveira, F. P. de, Mendes, K. M., & Sousa, F. de M. B. (2022). Conflitos ético-morais na assistência de enfermagem no período perioperatório. *Health Residencies Journal - HRJ*, 3(14), Artigo 14. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.317>

- Armstrong, L. E., & Kavouras, S. A. (2019). Thirst and Drinking Paradigms: Evolution from Single Factor Effects to Brainwide Dynamic Networks. *Nutrients*, 11(12), Artigo 12. <https://doi.org/10.3390/nu11122864>
- Aroni, P. (2017). *O uso do picolé mentolado para manejo da sede do paciente no pré-operatório: Ensaio clínico randomizado*. [Tese de Mestrado não publicada]. Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/T.22.2018.tde-29032018-144647>
- Aroni, P., Fonseca, L. F., Ciol, M. A., Margatho, A. S., & Galvão, C. M. (2020). The use of mentholated popsicle to reduce thirst during preoperative fasting: A randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 29(5-6), 840–851. <https://doi.org/10.1111/jocn.15138>
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2012). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática Dos Cuidados* (2ªed). Lusodidacta.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (s.d.). *Referencial de Competências para Enfermeiros da Área de Gestão*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>
- Association of Perioperative Registered Nurses (2022a). *Guidelines – Positioning the Patient*. <https://aornguidelines.org/guidelines/content?sectionid=173734066&view=book#180194530>
- Association of Perioperative Registered Nurses (2022b). Position Statement on Patient Safety. *AORN Journal*, 115(5), 454–457. <https://doi.org/10.1002/aorn.13671>
- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2013). *Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-operatória em Cirurgia Ambulatória*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.pdf
- Associação Portuguesa Cirurgia Ambulatório (2020). *Recomendações Nacionais-Retorno da Atividade Cirúrgica na era covid-19 Cirurgia de Ambulatório*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/RECOMENDACOES_NACIONAIS_RETOMA_DA_CA.pdf
- Barros, J. (2023). A importância da idoneidade formativa para a melhoria da qualidade profissional tutelada – o papel do enfermeiro gestor. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 34, 35-42. https://issuu.com/spgsaude/docs/revista34_rpgs_web
- Barroso, F.; Sales, L. & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente*. 1ª Edição. Lidel.

- Benze, C.; Spruce, L. & Groah, L. (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice. AORN Inc. <https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf>
- Bhardwaj, P. (2019) Types of Sampling in Research. *Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences*, 5, 157-163. https://doi.org/10.4103/jpcs.jpcs_62_19
- BSIMPLE (2024). *Produtos*. <https://www.b-simple.pt/produtos/>
- Cabral, J. A., Aragão Machado, D., Bridi, A. C., Bertolossi Marta, C., Lopes da Silva, P. A., Alves Junior, J. L., Barroso, N., de Araújo Mendes, C., Mesquita Joazeiro, V., Borges Dutra, L., & Barreiros Neves, R. (2021). A rastreabilidade de dispositivos médicos implantáveis e o sistema único de identificação de dispositivos: um estudo bibliométrico. *Global Academic Nursing Journal*, 2(4), e200. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200200>
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2013). Competência profissional: A construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22, 552–560. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034>
- Cardante, S. D. de F. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: A perspectiva dos enfermeiros*. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Carvalho, A. C. N. D. (2020). Impacto de uma iniciativa de melhoria da qualidade na taxa de Infecção do local cirúrgico e nos custos relacionados com os dias de internamento, em doentes submetidos a cirurgia eletiva do cólon e reto. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Caverzan, T., Calil, Â., Araújo, C., & Ruiz, P. (2017). Humanização no processo de informações prestadas aos acompanhantes dos pacientes cirúrgicos. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 24, 37. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.735>
- Cengiz, A., & Yoder, L. H. (2023). Perioperative Nurses' Perceptions of the QSEN Competencies. *AORN Journal*, 118(6), e1–e8. <https://doi.org/10.1002/aorn.14035>
- Chen, Y., & Yang, J. (2023). Perioperative Fast-Track Surgery Nursing Intervention for Patients with Kidney Stone Disease under Computed Tomography Imaging. *Contrast media & Molecular Imaging*, 2023, 1101388. <https://doi.org/10.1155/2023/1101388>
- Conchon, M. F., Nascimento, L. A., Fonseca, L. F., & Aroni, P. (2015). Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. *Revista Da Escola De*

Enfermagem Da USP, 49(1), 122–128. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100016>

Conchon, M. F., & Fonseca, L. F. (2018). Efficacy of an Ice Popsicle on Thirst Management in the Immediate Postoperative Period: A Randomized Clinical Trial. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 33(2), 153–161. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.03.009>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *CIPE Versão 2019: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Costa, A. I. F. (2019). *Avaliação da dor pós-operatória e estratégias analgésicas em Cirurgia de Ambulatório num Hospital Universitário Português*. [Tese de Mestrado não publicada]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Costa, D. L. (2021). *O papel do enfermeiro gestor na gestão de conflitos*. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Costa, M. M. (2023). *Práticas Seguras na Prevenção e Controlo de Infecção na Área de Anestesia no Intraoperatório*. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Chlouchi, A., Andaloussi, M. R., Bensghir, M., & Baite, A. (2023). Burns in the Operating Room: A Case Report of na Electrosurgery Plate Hand Burn. *SAS Journal of Medicine*, 9(05), 572–574. <https://doi.org/10.36347/sasjm.2023.v09i05.036>

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Unidade Cirurgia Ambulatório (2022). *Manual de Procedimentos de Enfermagem*.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2024). *Missão e Valores*. <https://www.chuc.min-saude.pt/missao-e-valores/>

Coutinho, S. (2009). Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório. *Revista Portuguesa De Cirurgia*, (8), 59-64. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/230>

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Sullivan, D. T., & Warren, J. (2007). Quality and Safety Education for Nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006>

Croke, L. (2020). Open communication and empathy during perioperative stage can ease patient anxiety. *AORN Journal*, 111(2), P5–P5. <https://doi.org/10.1002/aorn.12968>

Cruz, J. R. M & Magalhães, C. P. (2023). Cuidados de enfermagem na prevenção da infeção do local cirúrgico. In Praxedes, M. F. S. (Ed), *Enfermagem: Autonomia e Processo de Cuidar*. (34-46) Atena Editora.

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/28506/3/Cuidados%20de%20enfermagem%20na%20prevenc%C3%A7%C3%A3o%20da%20infec%C3%A7%C3%A3o%20.pdf>

Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. Diário da República II série, n.º 102 (27-05-2015) (13550-13553).
<https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República II série, n.º 28 (10-02-2015) (2-10).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

Despacho n.º 1380/2018 de 8 de fevereiro (2018). Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. Diário da República II série, n.º 28, (08-02-2018) (4511).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/02/028000000/0451104511.pdf>

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República II Série, n.º 187 (24-09-2021) (96 – 103).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Dias, I. S. (2010). Competências em educação: Conceito e significado pedagógico. *Psicologia Escolar e Educacional*, 14, 73–78. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572010000100008>

Direção Geral de Saúde (2011). Orientação n.º 18/2011 de 23 de maio. *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011-jpg.aspx>

Direção Geral de Saúde (2019). *Manual de Standards – Instituições de Saúde/Centros Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual-de-standards-is-ch1.aspx>

Direção Geral de Saúde (2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Diniz, A. M., Diniz, M. das N., Marques, S., & Hingá, C. (2021). Segurança do medicamento nos carros de anestesia: um projeto de melhoria em cirurgia de ambulatório. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 7(2), 178-193.
[http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).505.178-193](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).505.178-193)

Duarte, A. & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel.

- Duff, J., Bowen, L., & Gumuskaya, O. (2022). What does surgical conscience mean to perioperative nurses: An interpretive description. *Collegian*, 29(2), 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.07.007>
- Entidade Reguladora da Saúde (2021). *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde*. https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde (2023). *Consentimento Informado*. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>
- Escola Superior de Saúde do Norte (2023). *Guia de Orientação - Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II*. Oliveira de Azeméis.
- Estefanio, M. P., Lemos, K. T. de B. D., Lemos, A. C. M., Ramos, L. G. A., & Silva, M. da G. L. da. (2023). Indicadores de qualidade e desempenho aplicados à assistência de enfermagem. *Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review*, 1(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.52600/2965-0968.bjcmr.2023.1.3.3-18>
- European Operating Room Nurses Association (2023). Best Practice for Perioperative Care. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2023/07/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care2023.pdf>
- Faria, L. R., Alvim, A. L. S., Dutra, H. S., Carbogim, F. da C., da Silva, C. F., & Bastos, R. R. (2023). Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: incidência, características e fatores associados. *Revista SOBECC*, 28. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328890890>
- Farley, M. (2022). Surgical conscience and its role in patient safety and care/la conscience chirurgicale et son role pour la securite des patients et leurs soins. *ORNAC Journal*, 40(1), 15+. <https://link.gale.com/apps/doc/A695506866/AONE?u=anon~c3087a87&sid=google Scholar&id=71530117>
- Fragata, J. I. G. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: Revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 17–26. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-erros-e-acidentes-no-bloco-X0870902510898559>
- Fuller, J. (2013). *Instrumentación Quirúrgica: Principios y Práctica*. 2013. 5ª Edição. Editorial Medica Paramericana.
- Galhardo, G. F., & Lopes, A. J. (2022). The importance of instrument traceability by the nursing team of the Surgical Center of a Hospital Universitário Federal do Rio de Janeiro/Brazil. *Research, Society and Development*, 11(14), e409111436409. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36409>

- Garcia, A. K. A., Fonseca, L. F., Aroni, P., & Galvão, C. M. (2016). Estratégias para o alívio da sede: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 69(6), 1215–1222. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0317>
- Garcia, A. K. A., Furuya, R. K., Conchon, M. F., Rossetto, E. G., Dantas, R. A. S., & Fonseca, L. F. (2019). Goma de mascar mentolada no manejo da sede pré-operatória: ensaio clínico randomizado. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 27, e3180. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3070.3180>
- Gaspar, D.M.P.S. (2022). *Adesão à Preparação Pré-Operatória em Cirurgia de Ambulatório: influência da consulta da enfermagem pré-operatória presencial*. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Gonçalves, M. F. M. M. (2023). *Lista de verificação de segurança cirúrgica na garantia da segurança em contexto de bloco operatório*. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Gutierrez, L. de S., Santos, J. L. G., Peiter, C. C., Menegon, F. H. A., Sebold, L. F., & Erdmann, A. L. (2018). Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: Recomendações de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2775–2782. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
- Horn, R., Hendrix, J. M., & Kramer, J. (2024). Postoperative Pain Control. Em *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544298/>
- Joint Commission International (2020). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais* (7ª ed.). Oak Brook: Joint Commission Resources.
- Kolovos, P. (2020). Perioperative Nursing Care. Based on a Theoretical Model. *Hellenic Journal of Nursing*, 59 (4), 353-359. <https://www.hjn.gr/index.php/en/2020/volume-59-n-4/year-2020/volume-59-n-4/1183-2020406>
- Leandro, L. G., Almeida, N. de C., & Wilk, M. M. G. de S. (2024). Harms of prolonged fasting in the preoperative period: Integrative review. *Research, Society and Development*, 13(1), e5613144762. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i1.44762>
- Lee, Chia-Wei & Liu, Shih-Ting & Cheng, Ya-Jung & Chiu, Ching-Tang & Hsu, Yu-Fen & Chao, Anne. (2020). Prevalence, risk factors, and optimized management of moderate-to-severe thirst in the post-anesthesia care unit. *Scientific Reports*, 10, 16183. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73235-5>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República I série, n.º 181 (16-09-2015) (8059-8105). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

- Lei n.º 59/2019 de 8 de agosto (2019). Regulamento Geral sobre Proteção de Dados Pessoais. Diário da República I série, n.º 151 (08-08-2019) (41-68). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/08/15100/0004100068.pdf>
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde. Diário da República I série, n.º 169 (04-09-2019) (55-68). <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lei, M. P. S. (2023). *Percepção dos enfermeiros instrumentistas no desenvolvimento de competências diferenciadas por especialidades cirúrgicas*. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Lima, L. N. de, França, E. G., Mola, R., Lacerda L. C. A., Neto, L. B. L., & Góis, A. R. da S. (2021). Conflitos na prática profissional em ambientes de urgência e emergência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(8), e8273. <https://doi.org/10.25248/reas.e8273.2021>
- Lopes, E. C. R., Cerqueira, M. M. A., & Rocha, M. do C. de J. (2022). As vantagens da consulta de enfermagem presencial à pessoa submetida a cirurgia ambulatoria. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21149>
- Lopes, R. A. M. (2022). *Estágio de Natureza Profissional: Um percurso para o desenvolvimento de competências: registos de enfermagem no bloco operatório*. [Tese de Mestrado não publicada]. Instituto Politécnico Viana do Castelo.
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Machado, A. P. P. (2020). *A implementação do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria – um estudo de caso*. [Tese de Mestrado não publicada]. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Magalhães, C. S. F. A. (2022). *Estratégias para o alívio da sede na pessoa em cuidados perioperatórios*. [Tese de Mestrado não publicada]. Universidade Católica portuguesa.
- Maia, A. S. A. (2023). *Consulta Pré-Cirúrgica de Enfermagem: a Informação a transmitir ao Utente submetido a Cirurgia Ambulatória*. [Tese de Mestrado não publicada]. Instituto Politécnico Viana do Castelo.
- Maldonado, R., Conchon, M., Birolim, M., & Fonseca, L. (2020). Sede do paciente cirúrgico ortopédico no pós-operatório imediato. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34533>

- Marquini, G. V., Pinheiro, F. E. S., Vieira, A. U. C., Pinto, R. M. C., Uyeda, M. G. B. K., Girão, M. J. B. C., & Sartori, M. G. F. (2019). Efeitos da abreviação do jejum pré-operatório com solução de carboidrato e proteína em sintomas pós-operatórios de cirurgias ginecológicas: ensaio clínico randomizado controlado duplo-cego. *Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões*, 46(5), e20192295. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192295>
- Martins, P. R., & Fonseca, L. F. (2017). Avaliação das dimensões da sede: revisão integrativa. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 19, a09. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.40288>
- Martins, P. R., Fonseca, L. F., & Rossetto, E. G. (2017). Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 51, e03240. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016029003240>
- Martins, K. N., Bueno, A. de A., Mazoni, S. R., Machado, V. B., Evangelista, R. A., & Bolina, A. F. (2021). Processo gerencial em centro cirúrgico sob a ótica de enfermeiros. *Acta Paul Enferm.*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00753>
- Matias, A. C. R. (2021). *Avaliação da cultura de segurança de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória*. 87–87. <http://web.esenfc.pt/?url=Wl5Inxc1>
- Mello, M. L., & Torezan, G. (2022). Estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem no manejo da sede do paciente no pós-operatório imediato. *Revista de Enfermagem da UFSM*.
- Mendes, D. I. A., Ferrito, C. R. de A. C., & Gonçalves, M. I. R. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: Percepção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Merlino, M. (2019). Creating Our Future Through Team Communication. *AORN Journal*, 109(6), 669–671. <https://doi.org/10.1002/aorn.12715>
- Midões, P. F. G. L. (2023). *Fatores que influenciam a contagem cirúrgica para a segurança da pessoa submetida a cirurgia: Scoping Review*. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Ministério da Saúde (2019). *Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022*. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_portugu%C3%AAs.pdf
- Moon, Y.H., Lee, Y.H., & Jeong, I.S. (2015). A Comparison of Effect between Wet Gauze with Cold Normal Saline and Wet Gauze with Cold Water on Postoperative Thirst, Oral Cavity

- Condition, and Saliva pH*. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 22, 398-405. DOI:[10.7739/jkafn.2015.22.4.398](https://doi.org/10.7739/jkafn.2015.22.4.398)
- Mota, A. S. de C., Castilho, A. F. de O. M., & Martins, M. M. F. P. da S. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(6), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>
- Mota, A. S. de C. (2022). *Segurança do doente no bloco operatório: Contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem*. [Tese de Mestrado não publicada]. Universidade do Porto.
- Motta, N. H., do Nascimento, L. A., Pierotti, I., Conchon, M. F., & Fonseca, L. F. (2020). Evaluation of a Safety Protocol for the Management of Thirst in the Postoperative Period. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 35(2), 193–197. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.07.005>
- NANDA International Nursing Diagnoses (2021). *Definitions & Classification*, 2021-2023 Edition:12. DOI:[10.1055/b0000000515](https://doi.org/10.1055/b0000000515)
- Nascimento, L. A., Fonseca, L. F., Rosseto, E. G., & Santos, C. B. (2014). Development of a Safety protocol for Management Thirst in the Immediate Postoperative Period. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 48(5), 834–843. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000009>
- Nascimento, L. A. do, Garcia, A. K. A., Conchon, M. F., Aroni, P., Pierotti, I., Martins, P. R., Nakaya, T. G., & Fonseca, L. F. (2020). Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. *AORN Journal*, 111(2), 165–179. <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>
- Nascimento, L. A., Garcia, A. K. A., Conchon, M. F., Lopes, M. V. de O., & Fonseca, L. F. (2021a). Concept analysis of Perioperative Thirst for the development of a new nursing diagnosis. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 74(1), e20200065. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0065>
- Nascimento, L. A., Lopes, M. V. O., & Fonseca, L. F. (2021b). Development and validation of a new nursing diagnosis: Perioperative thirst. *International journal of nursing knowledge*, 32(4), 253–261. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12319>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021c). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 505–510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Nascimento, L. A., Conchon, M. F., Garcia, A. K. A., Lopes, M. V. de O., & Fonseca, L. F. (2023). Validación clínica de la propuesta diagnóstica de enfermería de sed perioperatoria.

- Revista Latino-americana De Enfermagem*, 31, e3974. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6621.3974>
- Nunes, J. S., Gomes, R., Povo, A., & Alves, E. C. (2018). Quality Indicators in Ambulatory Surgery: A Literature Review Comparing Portuguese and International Systems. *Acta Médica Portuguesa*, 31(7-8), 425–430. <https://doi.org/10.20344/amp.10416>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20invstigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Nunes, L. (2022). *Sobre Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20EDDP%20I%20%20vol%20I%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022_compr.pdf
- Oliveira, L. M., & Queirós, P. (2015). Tradução, adaptação cultural e validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a população portuguesa. *Revista Investigação em Enfermagem*, 77-89.
- Oliveira, L. D. de L., Nascimento, S. F. do, & Farias, C. R. L. de. (2020). Avaliação das dimensões da sede no paciente cirúrgico ortopédico. *Revista SOBECC*, 25(2), 99–104. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000020006>
- Oliveira, C. B., Garcia, A. K. A., Nascimento, L. A., Conchon, M. F., Furuya, R. K., Rodrigues, R., & Fonseca, L. F. (2022). Effects of carbohydrate use on preoperative thirst: a randomized clinical trial. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(5), e20210355. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0355>
- Oliveira, S. C. de. (2023). *Lesão por pressão no posicionamento cirúrgico: Evidências para o cuidado*. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade_emc_rev.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2021a). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição de título profissional de Enfermeiro Especialista*. Portugal. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para->

[est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf](#)

Ordem dos Enfermeiros (2021b). *Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2022). *Registos no Perioperatório: Onde estamos? Para onde vamos?*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/registos-no-perioperatorio-onde-estamos-para-onde-vamos/>

Paula, M. C. P. (2019). *O processo de integração do enfermeiro circulante em contexto perioperatório*. [Tese de Mestrado não publicada]. Instituto Politécnico de Setúbal-Escola Superior de Saúde.

Paço, S. C. F. L. S. do. (2021). *Fundamentos do agir do enfermeiro face aos problemas éticos de início de vida*. [Tese de Doutoramento não publicada]. Universidade Católica Portuguesa.

Pavani, M. M., Fonseca, L. F., & Conchon, M. F. (2016). Sede do paciente cirúrgico: Percepções da equipe de enfermagem nas unidades de internação. *Rev. Enferm. UFPE on Line*, 3352–3360.

Peralta, S. S., Dodge, K. A., & Jones, R. A. (2021). An Overview of Quality Improvement Processes and Data Analysis in Perioperative Nursing Practice. *AORN Journal*, 114(4), 294–308. <https://doi.org/10.1002/aorn.13501>

Pereira, E., Oliveira, K., Santos, M., Modesto, B., Souza, C., & Aquino, J. (2021). Conhecimento, práticas e métodos para o alívio da sede no pós-operatório imediato entre profissionais de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 20, 452–464. <https://doi.org/10.33233/eb.v20i4.4259>

Perim, L., Ventura, J., Corrêa, L., Minasi, A. S., Brum, A., & Scarton, J. (2022). O gerenciamento de conflitos da equipe de enfermagem, uma reflexão acerca da atuação do Enfermeiro. *Conjecturas*, 22(14), 208–220. <https://doi.org/10.53660/CONJ-1766-2K02B>

Pierotti, I., Nakaya, T. T., Garcia, A. K. A., Nascimento, L. A., Conchon, M. F., & Fonseca, L. F. (2018). Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. *Revista Baiana De Enfermagem* 32 . <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.27679>

Pinto, J. R. L., Matias, A. C. R., & Sarnadas, L. L. (2020). Avaliação da cultura de segurança do doente em cirurgia ambulatoria pelos enfermeiros: protocolo de scoping review. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(4), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20059>

- Pinto, A. C. S., Ferreira, R. S., Gomes, P. M., de Andrade, L. B., & Tavares, J. de M. (2021). Evaluation of the effects of prolonged furniture prior to and after operating / Avaliação dos efeitos do jejum prolongado no pré e pós-operatórios. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 1161–1166. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9057>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9ª ed. Artmed.
- PORDATA. 2023. Dia Internacional dos Migrantes. <https://pmf-sef.pt/wp-content/uploads/2023/12/PORDATA-dia-Internacional-dos-Migrantes-2023-12-12.pdf>
- Portaria n.º 163/2013 de 24 de abril (2013). Aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respetivo Regulamento. Diário da República I Série, n.º 80/2013, (2013-04-24) (2495-2606). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2013/04/08000/0249502606.pdf>
- Prielipp, R. C., Weinkauf, J. L., Esser, T. M., Thomas, B. J., & Warner, M. A. (2017). Falls From the O.R. or Procedure Table. *Anesthesia & Analgesia*, 125(3), 846. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002125>
- Ramirez, A., & Contreras, O. L. (2021). Intervenção de enfermagem para satisfazer as necessidades dos familiares durante a espera no centro cirúrgico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3483. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5028.3483>
- Ramos, S., & Cunha, M. (2022). Comunicação Segura na Implementação de Cuidados em Enfermagem: Nível de Conhecimento dos Enfermeiros sobre a metodologia ISBAR. *Servir*, 2(03), e27163. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27163>
- Regulamento n.º 707/2016 de 21 de julho (2016). Regulamento de Deontologia Médica. Diário da República II Série, n.º 139 (21-07-2016) (22575 – 22588). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2016/07/139000000/2257522588.pdf>
- Regulamento n.º 558/2017 de 17 de outubro (2017). Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica. Diário da República II série, n.º 200 (17-10-2017) (23640-23642). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/558-2017-108317777>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República II série, n.º 135 (16-07-2018) (19259-19370). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, n.º 26 (06-02-2019) (4744-4750). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

- Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, II série n.º 184 (25-09-2019) (128-155). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Regulamento n.º 729/2021 de 5 de agosto (2021). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Reprocessamento de Dispositivos. Diário da República II Série, n.º 151 (2021-08-05) (189 – 203). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/08/151000000/0018900203.pdf>
- Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República II Série, n.º 131, (2022-07-08) (179-182). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Rezende, H. A. & Duarte, A. C. S. (2017). A influência da liderança na promoção de comportamentos de cidadania organizacional entre enfermeiros. In R. C. Melo, L. S. Mónico, C. M. S. Carvalho, P. M. S. Pereira, H. A. Rezende, A. C. S. Duarte, D. H. Zapata, A. F. Traver, S. M. G. Gondim, G. D. Alberton, C. S. Hutz, I. M. V. Campos, E. P. Lousã (Eds.), *Liderança e Seus Efeitos* (pp. 27-48). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://www.esenfc.pt/pt/download/3862/ATxTd7gXJOqMMIC0j21B>
- Rodrigues, A. L., Torres, F. B. G., Gomes, D. C., Carvalho, D. R., Santos, E. A. P., & Cubas, M. R. (2020). Fluxo de trabalho e tomada de decisão do enfermeiro de centro cirúrgico: Revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190387. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/gj9HvnbRq6JB8RqDkNw8jFn/?lang=pt>
- Rothorck, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the Perioperative Patient Focused Model. *AORN Journal*, 71(5), 1030–1037. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61552-4)
- Santos, R. F. S. (2022). *Dor e ferida cirúrgica: Contributos para a implementação da supervisão clínica em cirurgia de ambulatório* [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Scarton, J., Claro, L. C., Paula, S. F. de, Perim, L. F., Ventura, J., & Medeiros, S. P. (2020). Continuing education: contributions to the pedagogical practice of nurses. *Research, Society and Development*, 9(3), e02932260. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2260>
- Serato, V. M., Fonseca, L. F., Birolim, M. M., Rossetto, E. G., Mai, L. D., & Garcia, A. K. A. (2019). Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(3), 600–608. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0057>
- Serra, D. M. P., Costa, I. A., Godinho, S. F. F., Henriques, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da

- literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 317-337.
<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2023). *Novo recorde de cirurgias de ambulatório*.
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/06/19/novo-recorde-de-cirurgias-de-ambulatorio/>
- Silva, L. C. J. R., Aroni, P., & Fonseca, L. F. (2016). Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. *Revista SOBECC*, 21(2), 75–81.
<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600020003>
- Silva, B. R. da, Leal, L. A., Soares, M. I., Resck, Z. M. R., Silva, A. T., & Henriques, S. H. (2021). Matriz de competências coletivas do enfermeiro na assistência perioperatória. *Revista Enfermagem UERJ*, 29(1), e61461. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.61461>
- Silva, M., Silva, J., Novo, J., Oliveira, F., Carneiro, E., & Mourão, J. (2022a). The Patient Perspective Regarding Ambulatory Surgery: An Observational Study. *Acta Médica Portuguesa*, 35(10), 743–748. <https://doi.org/10.20344/amp.16494>
- Silva, T. G. da. (2022b). *Desenvolvimento de um bloco operatório: Projeto, construção, equipamentos médicos e vídeo-integração* [Tese de Mestrado não publicada]. Instituto Superior de Engenharia de Coimbra.
- Silva, T. T. M., Dantas, J. K. S., Araújo, S. C. M., Silva, S. O., Dantas, D. V., & Dantas, R. A. N. (2022c). Strategies for thirst management in postoperative adult patients: a scoping review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(4), e20220154.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0154>
- Silva, T. T. M. da. (2023). *Uso do picolé mentolado no manejo da sede pós-operatória em pacientes submetidos a prostatectomia radical: Ensaio clínico randomizado*. [Tese de Mestrado não publicada]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Soares, C. C. dos S. (2023). *Comunicação no Perioperatório: Contributos para a Família da Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva*. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Sousa, B. J. N. (2014). *O follow-up e as complicações pós-operatórias em cirurgia de ambulatório*. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem* - 2018: 31-39. <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1287>

- Tomaschewski-Barlem, J. G., Lunardi, V. L., Barlem, E. L. D., Silveira, R. S. da, Ramos, A. M., & Santos, J. M. dos. (2018). Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27, e0730014. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000730014>
- Torring, B., Gittell, J. H., Laursen, M., Rasmussen, B. S., & Sørensen, E. E. (2019). Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: An ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 528. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. 3ª Ed. Lisboa.
- Vogelsang, A. C., Swenne, C. L., Gustafsson, B. Å., & Falk Brynhildsen, K. (2020). Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Nursing Open*, 7(2), 495–502. <https://doi.org/10.1002/nop2.424>
- Wang, Y., Zhu, Z., Li, H., Sun, Y., Xie, G., Cheng, B., Ji, F., & Fang, X. (2019). Effects of preoperative oral carbohydrates on patients undergoing ESD surgery under general anesthesia: A randomized control study. *Medicine*, 98(20), e15669. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015669>
- Wang, R., Wang, L., Liu, T., & Peng, C. (2023). Effects of menthol on thirst during surgery patients fasting: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *International journal of nursing practice*, e13191. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/ijn.13191>
- Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 100083. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- World Health Organization (2009). *Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por.pdf?sequence=71&isAllowed=y
- World Health Organization (2024). *Patient safety*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Wu, C., Liu, Y., Yang, L., Tang, Y., Zhou, L., & Wang, X. (2021). Thirst Relief Effect of 0.75% Citric Acid Spray During the Anesthesia Recovery Period: A Randomized Controlled Trial. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 36(6), 642–646. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.008>

Zaranko, B., Sanford, N. J., Kelly, E., Rafferty, A. M., Bird, J., Mercuri, L., Sigsworth, J., Wells, M., & Propper, C. (2023). Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: A retrospective longitudinal study. *BMJ Quality & Safety*, 32(5), 254–263. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015291>

ANEXOS

ANEXO I: Certificado Congresso Internacional IACS 2023



**ANEXO II: Certificado Comunicação Oral – “*Projeto de Melhoria
Contínua: Rastreabilidade em Contexto Intraoperatório*”**



CERTIFICADO

Certifica-se que:

Luciana Forte, Neli Bastos, Ana Rita Pires, Luís Miguel Filipe, Liliana Santos, Mário Miranda, Dina Costa

apresentou a comunicação oral intitulada “Projeto de melhoria contínua: rastreabilidade em contexto intraoperatório” inserida no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção, realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2023, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 27 de outubro de 2023

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP



Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica



Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

www.essnortecvp.pt

**ANEXO III: Certificado Comunicação Oral – “Desinfecção do Local
Cirúrgico em Oftalmologia: Que evidência?”**



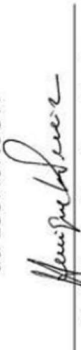
CERTIFICADO

Certifica-se que:

Luciana Forte, Neli Bastos, Ana Rita Pires, Luís Miguel Filipe, Liliana Santos, Mário Miranda, Dina Costa

apresentou a comunicação oral intitulada “Desinfecção do local cirúrgico em Oftalmologia: Que evidência?” inserida no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção, realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2023, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP



Prof. Doutor Henrique Pereira

Santa Maria da Feira, 27 de outubro de 2023

A Comissão Científica



Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

www.essnortecvp.pt

**ANEXO IV: Certificado Congresso Enfermagem Perioperatória -
Tecnologia, Humanização E Cuidados De Excelência**



**ANEXO V: Certificado Comunicação Oral – *O Enfermeiro
Instrumentista Em Oftalmologia: Uma visão sobre a prática de
cuidados***



CERTIFICADO

Certifica-se que a *Comunicação Livre* subordinada ao tema “O enfermeiro instrumentista em oftalmologia”, da autoria de Neli Jacinto Leitão Bastos e coautores Dina Teresa Ferreira da Costa, Luís Miguel Teixeira Mendes Filipe, Catarina Ferreira Silva Menezes Antunes e Joana Patrícia Sousa Cristóvão, foi apresentada no Congresso Enfermagem Perioperatória – Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência, que se realizou no Auditório Municipal de Lousada, nos dias 24 e 25 de novembro de 2023.



“Congresso de Enfermagem Perioperatória Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência” a realizar pelo Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Serviço de Ensino Formação e Investigação está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação Profissional, com a atribuição de 0,60 Crédito de Desenvolvimento Profissional (CDP).

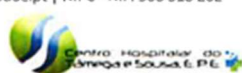
Penafiel, 25 de novembro de 2023

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

José Ribeiro

Enfermeiro Diretor

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262



ANEXO VI: Certificado Comunicação Oral – “*Cuidados de Enfermagem à Pessoa Submetida a Terapia Genética em Oftalmologia: Contributos do Enfermeiro Perioperatório*”



CERTIFICADO

Certifica-se que a *Comunicação Livre* subordinada ao tema “Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a terapia genética em oftalmologia”, da autoria de Luís Miguel Teixeira Mendes Filipe e coautores Ana Rita Fonseca Pires, Dina Teresa Ferreira da Costa, Liliana Patrícia Gomes Santos, Neli Jacinto Leitão Bastos, Luciana Forte e Sérgio Miranda, foi apresentada no Congresso Enfermagem Perioperatória – Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência, que se realizou no Auditório Municipal de Lousada, nos dias 24 e 25 de novembro de 2023.



* Congresso de Enfermagem Perioperatória Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência a realizar pelo Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Serviço de Ensino Formação e Investigação está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação Profissional, com a atribuição de 0,60 Crédito de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Penafiel, 25 de novembro de 2023

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

José Ribeiro

Enfermeiro Diretor

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262



**ANEXO VII: Certificado 3º Prémio Melhor Comunicação Oral –
“Cuidados de Enfermagem à Pessoa Submetida a Terapia Genética em
Oftalmologia: Contributos do Enfermeiro Perioperatório”**



CERTIFICADO

Certifica-se que à *Comunicação Livre* subordinada ao tema “Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a terapia genética em oftalmologia”, da autoria de Luís Miguel Teixeira Mendes Filipe e coautores Ana Rita Fonseca Pires, Dina Teresa Ferreira da Costa, Liliana Patrícia Gomes Santos, Neli Jacinto Leitão Bastos, Luciana Forte e Sérgio Miranda, apresentada no Congresso Enfermagem Perioperatória – Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência, que se realizou no Auditório Municipal de Lousada, nos dias 24 e 25 de novembro de 2023, foi atribuído o Terceiro Prémio.



“Congresso de Enfermagem Perioperatória Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência” a realizar pelo Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Serviço de Ensino Formação e Investigação está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação Profissional, com a atribuição de 0,60 Crédito de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Penafiel, 25 de novembro de 2023

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

José Ribeiro

Enfermeiro Diretor

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262



**ANEXO VIII: Certificado Congresso - 3º Webinar Nacional e 1º Webinar
Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-
Cirúrgica/Adulto e Idoso – ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção
do Conhecimento e Exercício Clínico**



CERTIFICADO

Certifica-se que Luis Filipe participou no **3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico** que decorreu no dia 7 de fevereiro de 2024, com a duração de 5h30m.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL
Carla Nascimento
Professora Doutora Carla Nascimento

ANEXO IX: Certificado Webinar – “A enfermagem e as leis: da deontologia à legislação”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LUÍS MIGUEL TEIXEIRA MENDES FILIPE

membro nº 34748 desta Ordem, participou no(a) "Enfermagem às Quintas - A enfermagem e as leis: da deontologia à legislação", realizado no dia 21 de Março de 2024, com duração total de 2h00, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 21 de Março de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO X: Certificado Webinar – "*Ontologia de Enfermagem*"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LUÍS MIGUEL TEIXEIRA MENDES FILIPE

membro nº 34748 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - Ontologia de Enfermagem", realizado no dia 9 de Abril de 2024, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 9 de Abril de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,36 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO XI: Certificado Webinar – “O Processo Cirúrgico e a Segurança da Intervenção de Enfermagem”



ANEXO XII: Certificado Webinar – "Inteligência Artificial na Saúde"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LUÍS MIGUEL TEIXEIRA MENDES FILIPE

membro nº 34748 desta Ordem, participou no(a) "Webinar: Inteligência Artificial na Saúde", realizado no dia 16 de Abril de 2024, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Coimbra, 16 de Abril de 2024

Presidente do Conselho Diretivo Regional

Valter Amorim

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,56 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO XIII: Certificado Webinar – “Bloco Verde”

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Webinar

Certifica-se que: Luís Miguel Teixeira Mendes Filipe

Participou no **1º webinar 2024 "Bloco Verde"** promovido pelo Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, no dia 22 de abril de 2024, com a duração de 2 horas:

1º webinar 2024 "Bloco Verde"

- Sustentabilidade Ambiental no Bloco Operatório (Enf. Augusta)
- Projeto Bloco Verde (Enf. Luz de Fátima)
- Implementação prática do Projeto Bloco Verde (Enf. Luís Pinho)

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



Assinatura Diretor SIFE



Castelo Branco | 30 de abril de 2024



**ANEXO XIV: Certificado Webinar – “Supervisão Clínica para o
Desenvolvimento Profissional”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LUÍS MIGUEL TEIXEIRA MENDES FILIPE

membro nº 34748 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Supervisão Clínica para o Desenvolvimento Profissional", realizado no dia 6 de Maio de 2024, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 6 de Maio de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,36 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO XV: Certificado Webinar – "IV Ciclo de Webinars de
Investigação em Enfermagem 2024 | 1Sessão"**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LUÍS MIGUEL TEIXEIRA MENDES FILIPE

membro nº 34748 desta Ordem, participou no(a) "IV Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2024 | 1Sessão", realizado no dia 7 de Maio de 2024, com duração total de 16h00 às 18h00, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 7 de Maio de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,36 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO XVI: Certificado Webinar – "*IV Ciclo de Webinars de
Investigação em Enfermagem 2024 | 2Sessão*"**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LUÍS MIGUEL TEIXEIRA MENDES FILIPE

membro nº 34748 desta Ordem, participou no(a) "IV Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2024 | 2ª Sessão", realizado no dia 14 de Maio de 2024, com duração total de 16h00 às 18h00, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 14 de Maio de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,36 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO XVII: Certificado Webinar – "*Supervisão Clínica*"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LUÍS MIGUEL TEIXEIRA MENDES FILIPE

membro nº 34748 desta Ordem, participou no(a) "Webinar: Supervisão Clínica", realizado no dia 14 de Maio de 2024, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Coimbra, 14 de Maio de 2024

Presidente do Conselho Diretivo Regional

Valter Amorim

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO XVIII: Certificado Webinar – “Desenvolvimento de Projetos de
Melhoria Contínua em Enfermagem Médico-Cirúrgica”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LUÍS MIGUEL TEIXEIRA MENDES FILIPE

membro nº 34748 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - Desenvolvimento de Projetos de Melhoria Contínua em Enfermagem Médico-Cirúrgica", realizado no dia 15 de Maio de 2024, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 15 de Maio de 2024

O Bastonário

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Luís Filipe Barreira', is written over a light blue horizontal line.

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,36 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO XIX: Certificado Webinar – “Ambientes favoráveis a processos
formativos de qualidade”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LUÍS MIGUEL TEIXEIRA MENDES FILIPE

membro nº 34748 desta Ordem, participou no(a) "Enfermagem às Quintas - Ambientes favoráveis a processos formativos de qualidade", realizado no dia 23 de Maio de 2024, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 23 de Maio de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,36 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO XX: Pedido de colaboração para divulgação do estudo à Ordem
dos Enfermeiros**

De: Luis Miguel Filipe <enf.luisfilipe@gmail.com>
Enviada: 20 de fevereiro de 2024 14:42
Para: mail <Email.Geral@ordemenfermeiros.pt>
Assunto: Pedido divulgação questionário no âmbito da tese de mestrado

Boa tarde, o meu nome é Luis Filipe, sou enfermeiro (Membro nº34748) e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa sob orientação da Professora Assistente Convidada Dina Costa e venho por este meio solicitar a Vossas Excelências, apoio na divulgação do estudo intitulado: **"A sede na pessoa perioperatória: Percepção dos Enfermeiros"**.

Este estudo foi integrado na Unidade de Investigação e Desenvolvimento da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, tendo parecer positivo da Comissão de Ética da mesma instituição - Parecer nº 014/2024 (em Anexo).

Este estudo tem como objetivos caracterizar a avaliação da sede da pessoa em situação perioperatória pelos enfermeiros e identificar as respetivas intervenções de enfermagem.

O estudo é dirigido aos enfermeiros que desempenham a sua atividade profissional na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória (cuidados de enfermagem pré, intra e pós-operatórios). Assim, agradeço a partilha (através das redes sociais da Ordem dos Enfermeiros/email/página da Ordem) do link do questionário para preenchimento no Google Forms®.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSjTh_YXOgtH3Uze2ALt0KF7anFB8qML0_OZTRKvYREvXUQ/viewform?ust=sl_link

Atenciosamente
Enfermeiro Luis Filipe

**ANEXO XXI: Pedido de colaboração para divulgação do estudo à
Associação Portuguesa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Pedido de Divulgação de questionário no âmbito da tese de mestrado

Luis Miguel Filipe <enf.luisfilipe@gmail.com>
para geral.aeeemc

Boa tarde, o meu nome é Luis Filipe, sou enfermeiro e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa sob orientação da Professora Assistente Convidada Dina Costa e venho por este meio solicitar a Vossas Excelências, apoio na divulgação do estudo intitulado: **"A sede na pessoa perioperatória: Percepção dos Enfermeiros"**.

Este estudo foi integrado na Unidade de Investigação e Desenvolvimento da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, tendo parecer positivo da Comissão de Ética da mesma instituição - Parecer nº 014/2024 (em Anexo).

Este estudo tem como objetivos caracterizar a avaliação da sede da pessoa em situação perioperatória pelos enfermeiros e identificar as respetivas intervenções de enfermagem.

O estudo é dirigido aos enfermeiros que desempenham a sua atividade profissional na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória (cuidados de enfermagem pré, intra e pós-operatórios). Assim, agradeço a partilha junto dos sócios da AEEEMC, através de email, do link do questionário para preenchimento no Google Forms®.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQL5fTh_YXOtqH3Uze2ALT0xK7anFB8gMLQ_02TRNvYVRFMxUQ/viewform?usp=sf_link

Atenciosamente

Enfermeiro Luis Filipe



terça, 20/02, 14:48

**ANEXO XXII: Pedido de colaboração para divulgação do estudo à
Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses**

Luis Miguel Filipe <enf.luisfilipe@gmail.com>

para aesop 

Boa tarde, o meu nome é Luis Filipe, sou estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e venho por este meio solicitar apoio na divulgação do estudo intitulado: **“A sede na pessoa perioperatória: Percepção dos Enfermeiros”**.

Este estudo foi integrado na Unidade de Investigação e Desenvolvimento da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, tendo parecer positivo da Comissão de Ética da mesma instituição - Parecer nº 014/2024 (em Anexo).

Este estudo tem como objetivos caracterizar a avaliação da sede da pessoa em situação perioperatória pelos enfermeiros e identificar as respetivas intervenções de enfermagem.

O estudo é dirigido aos enfermeiros que desempenham a sua atividade profissional na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória (cuidados de enfermagem pré, intra e pós-operatórios).

Assim, agradeço a partilha do link do questionário para preenchimento no Google Forms®. O questionário demora cerca de 5/6 minutos a preencher.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfjTh_YXOtqH3Uze2ALIToKF7anFB8gMLO_O2TRkyrVRFMXuQ/viewform?usp=sf_link

Atenciosamente

Enfermeiro Luis Filipe

ANEXO XXIII: Parecer Comissão de Ética da ESSNorteCVP

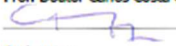


**APRECIACÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA
COMISSÃO DE ÉTICA**

Parecer n.º 014/2024	Código: 2023.069	Data: 29 de janeiro 2024
----------------------	------------------	--------------------------

Título do estudo de investigação: A sede da pessoa em situação perioperatória: Perceção dos enfermeiros	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem: , L1 – Resposta humana ao processo de saúde/doença	
Investigador responsável: Luis Miguel Teixeira Mendes Filipe (orientador: Dina Teresa Ferreira da Costa)	Protocolo (se aplicável): N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade ☒ Aprovado por maioria	Rejeitado por unanimidade ☐ Rejeitado por maioria ☐
Resumo do Parecer/Recomendações: O projeto de investigação é pertinente e com relevância para a temática em estudo. - O estudo tem justificação na medida em que incrementará o conhecimento científico nesta problemática. - Os resultados poderão ser úteis numa melhor compreensão das questões ligadas à sede da pessoa em situação perioperatória e a Perceção dos enfermeiros CONCLUSÃO Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.		
Pelo que se submete à consideração superior.		
Data: 29 de janeiro de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:	



APÊNDICES

**APÊNDICE I: Poster: “A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória:
Percepção dos Enfermeiros”**



A sede da pessoa em situação perioperatória: Percepção dos enfermeiros

Catarina Antunes¹, Dina Costa², Luis Filipe³

¹ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira CHUC; ² Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Assistente Convidada ESSNorteCVP, Enfermeira CHUC; ³ Mestrando Enfermagem Médico-Cirúrgica Área Especialização A Pessoa em Situação Perioperatória da ESSNorteCVP, Enfermeiro CHUC

Introdução

A sede perioperatória tem sido insuficientemente valorizada, registada e tratada na prática clínica, por isso identificar e mensurar a sede e o seu desconforto são os primeiros passos para ampliar a consciencialização da equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tendo em vista a utilização de medidas seguras, eficazes e baseadas na evidência para reduzir a sede da pessoa em situação perioperatória.

Objetivos

- Caracterizar a avaliação da sede da pessoa em situação perioperatória pelos enfermeiros.
- Identificar as intervenções de enfermagem à pessoa em situação perioperatória com sede.

Palavras-Chave

"Perioperative Nursing"; "Nursing Care"; "Thirst"; "Symptom Assessment"; "Perioperative Care"

Metodologia

População
Enfermeiros que desenvolvam a sua atividade profissional em serviços com a pessoa em situação perioperatória no período pré, intra ou pós-operatório.

Questões de Investigação
- Os enfermeiros valorizam a sede da pessoa em situação perioperatória?
- Os enfermeiros avaliam e atuam perante a pessoa em situação perioperatória com sede?

Tipo de Estudo
Estudo descritivo, com base numa metodologia quantitativa.

Dados
Questionário elaborado pelo investigador, disseminado através da plataforma Google Forms[®].

Amostra
Tipo não-probabilística por conveniência.

Considerações Éticas
Este estudo obteve parecer positivo da Comissão de Ética da ESSNorteCVP (Parecer nº0014/2024).

Resultados

Pretende-se identificar se os enfermeiros avaliam e valorizam a sede da pessoa em situação perioperatória e que intervenções de enfermagem executam, permitindo que os resultados sejam suscetíveis/passíveis de serem incorporados na prática diária, de forma contínua e centrada na pessoa com sede em situação perioperatória, visando a melhoria contínua com vista à obtenção de resultados de alta qualidade para a pessoa, o que vai de encontro ao preconizado pelo Perioperative Patient Focused Model (Benzte, Spruce, & Groah, 2021).

Discussão/Conclusão

A valorização da sede pelos enfermeiros e a avaliação intencional deste sintoma, além de contribuir positivamente para a experiência cirúrgica da pessoa, atende a uma necessidade humana fundamental e acrescenta humanização e qualidade aos cuidados prestados, logo a pessoa em situação perioperatória pode beneficiar de cuidados de enfermagem autônomos e personalizados através da identificação da sede, diminuindo o seu desconforto e aumentando o seu bem-estar.

É importante conhecer e explorar os conhecimentos e a percepção dos enfermeiros acerca da sede, temática esta subvalorizada, subavaliada, submensurada e subregistada contribuindo para a sua consolidação na prática diária dos cuidados de enfermagem. São necessárias ações de formação, atualização dos enfermeiros e investimento científico de forma a contribuir para uma prática de excelência por parte dos enfermeiros à pessoa com sede em situação perioperatória.

Referências



APÊNDICE II: Formação em serviço – “Desinfecção do Local Cirúrgico em Oftalmologia: Que evidência?”

ESS+

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - RIBEIRÃO
GRUPO UNIVERSITÁRIO PORTUGUESA

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

Enquadramento

O desenvolvimento da Enfermagem como ciência exige que os enfermeiros desenvolvam a sua prática baseada na evidência científica, otimizando os cuidados prestados.



ESS+

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - RIBEIRÃO
GRUPO UNIVERSITÁRIO PORTUGUESA

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

Enquadramento

RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado com o doente:

- infeção pré-existente,
- idade avançada,
- obesidade,
- diabetes,...

Relacionado com fatores cirúrgicos:

- duração da cirurgia,
- assepsia do procedimento cirúrgico,
- classe da ferida cirúrgica,...



O sucesso na prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios. (1001, 2002)

Estima-se que cerca de 50 a 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de "feixes de intervenções". (1002, 2022)

ESS+

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - RIBEIRÃO
GRUPO UNIVERSITÁRIO PORTUGUESA

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: QUE EVIDÊNCIA?

LUIS FILIPE
INELI LEITÃO

PROFESSORA ORIENTADORA: DINIA COSTA
TUTORAS: ENF. CADERINA ANTUNES
ENF. JOANA CRISTÓVÃO

ESS+

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE - RIBEIRÃO
GRUPO UNIVERSITÁRIO PORTUGUESA

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

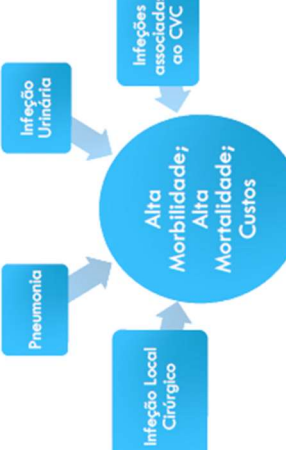
Enquadramento

Infecções associadas aos cuidados de saúde

Infecção Local Cirúrgica

Infecção Urinária

Pneumonia



Alta Morbilidade; Alta Mortalidade; Custos

208

Luis Filipe

ESS+

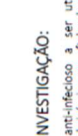
ESSENCIAIS PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

DESINFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

METODOLOGIA

OBJETIVO:
 Mapear a evidência sobre a desinfecção do local cirúrgico em doenças submetidas à cirurgia oftalmológica, em contexto hospitalar.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:
 Qual o agente anti-infeccioso a ser utilizado na preparação do local cirúrgico em oftalmologia?



DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

Realizar desinfecção da pele do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de clorhexidina a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado e sempre de acordo com as instruções do fabricante. [106, 2022]

E a situação particular da Oftalmologia?

Exposições a elevadas concentrações de clorhexidina em superfícies consideradas sensíveis causam consequências oculares e intra-oculares muitas vezes irreversíveis. [Aravena, 2013.]

Enquadramento

NORMAS ECS

"Normas de Segurança" por a Prática Clínica e Hospitalar
 para o Cuidado Cirúrgico

Associação Nacional de Escolas Médicas - ANAM
 Associação Brasileira de Escolas de Enfermagem - ABEN
 Associação Brasileira de Faculdades de Odontologia - ABO
 Associação Brasileira de Faculdades de Medicina - ABBM
 Associação Brasileira de Faculdades de Farmácia - ABFA
 Associação Brasileira de Faculdades de Veterinária - ABVET

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026:
 Item 5- Práticas Seguras em Ambientes Seguros
 O objetivo é reduzir os riscos associados aos cuidados de saúde e às resistências aos antimicrobianos"

[illegible]

```

graph TD
    A[Desinfeção do local cirúrgico em oftalmologia: Que evidências?] --> B[METODOLOGIA]
    B --> C[Realizada uma pesquisa]
    C --> D[Crise de elegibilidade]
    D --> E[Participantes (P)]
    E --> F[Desinfeção do local cirúrgico]
    F --> G[Contexto (C)]
    G --> H[Contexto hospitalar]
  
```

Desinfeção do local cirúrgico em oftalmologia: Que evidências?

METODOLOGIA

- realizada a 26/08/2023
- estudos publicados em inglês, francês e espanhol
- sem limite temporal
- bases de dados eletrônicas CINHAL Completa via EBSCOhost; MEDLINE with Full Text, via PubMed; B-ON; Scielo; pesquisa livre no Google Acadêmico e OpenGrey
- termos MESH: "ophthalmologic surgical procedures"; "surgical wound"; "surgical site"; "anti-infective agents"

Crise de elegibilidade

Participantes (P)

população adulta submetida a cirurgia oftalmológica

Contexto (C)

desinfeção do local cirúrgico

Contexto (C)

contexto hospitalar

ESS+
Revista Brasileira de Saúde Perioperatória

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

Resultados

Autor	Ano	Título	Principais conclusões
Hekilo, J. et al.	2020	"Iodine allergy" and the use of povidone iodine for endophthalmitis prophylaxis	A iodopovidona é essencial para reduzir a incidência de endoftalmite após procedimentos e cirurgias oftalmológicas. A utilização de iodopovidona diminui a taxa de endoftalmite comparativamente a outra substância. O todo é um elemento necessário à vida, logo uma alergia ao todo elementar não é possível. A alergia, no entanto, apresenta manifestações dermatológicas e anafiláticas. A aplicação de todo diminui a flora microbiana na pele periorbital e superficial ocular e se apresenta como uma alternativa segura para a prevenção de endoftalmite. Recomendada aplicação de iodopovidona no fundo do saco conjuntival antes da cirurgia e deixar atuar durante 3 minutos. O todo é um elemento químico e uma parte essencial do corpo humano. Há alegrias medidas por anticorpos a desinfetantes contendo todo, no entanto o alérgico não é ao todo mas sim a outros componentes da respectiva formulação. A chamada alergia ao todo é um mito sem base científica, que não deveria resultar na não utilização de iodopovidona, amenizando assim o risco de infeção para o doente.
Kaerner, J. et al.	2018	Povidone-iodine concentrations used during cataract surgery	O uso de iodopovidona, como antisséptico pré-operatório na desinfeção ocular, é o padrão de ouro. No caso de alergia ao todo, deverá ser usada uma solução de clorhexidina aquosa a 0,05%, no entanto esta não é eficaz contra esporos.
Krohne, T. U. et al.	2016	"Iodine allergy" A medical myth with risks for the ophthalmological patient	O uso de iodopovidona, como antisséptico pré-operatório na desinfeção ocular, é o padrão de ouro. No caso de alergia ao todo, deverá ser usada uma solução de clorhexidina aquosa a 0,05%, no entanto esta não é eficaz contra esporos.
Zahara, A. C. et al.	2021	Preoperative antiseptics in ophthalmic surgery (a review)	O uso de iodopovidona, como antisséptico pré-operatório na desinfeção ocular, é o padrão de ouro. No caso de alergia ao todo, deverá ser usada uma solução de clorhexidina aquosa a 0,05%, no entanto esta não é eficaz contra esporos.

ESS+
Revista Brasileira de Saúde Perioperatória

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

Discussão

Em todos os estudos é perentório o uso da iodopovidona como anti-infeccioso para desinfeção do local cirúrgico em oftalmologia.

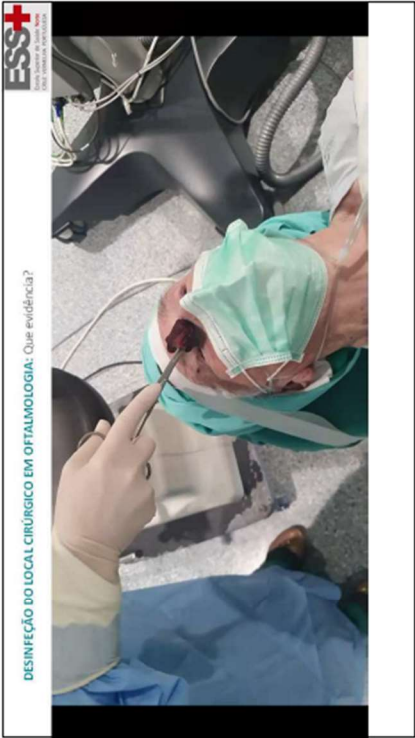
Em quatro estudos são referidas as soluções à base de clorhexidina como uma alternativa à desinfeção com todo, ainda que o seu uso ocular seja limitado pela toxicidade endotelial, pela ação antimicrobiana e pelo grau de desconforto no doente.

ESS+
Revista Brasileira de Saúde Perioperatória

DESINFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

Resultados

Autor	Ano	Título	Principais conclusões
Kandier, P. B. Myers, W.	2021	Chlorhexidine and other alternatives for povidone-iodine in ophthalmic surgery: a systematic review of comparative studies	Alternativas ao uso de iodopovidona em cirurgia ocular: - solução de clorhexidina não são eficazes contra esporos - formulação de clorhexidina em solução alcoólica, tem ação bactericida e virúcida, mas o uso de álcool pode causar irritação ocular e dor. - a clorhexidina em solução aquosa é mais segura e eficaz, mas não é eficaz contra esporos. - em alguns países a clorhexidina possui a certificação como antisséptico em injetores intratíbulos e a taxa de endoftalmite é semelhante à observada nos casos de desinfeção com o uso de iodopovidona. Em vários países, incluindo Portugal, a clorhexidina em baixa concentração não está disponível no mercado, por isso deve ser manipulada . - não foram encontradas evidências que suportem que a mudança da iodopovidona para clorhexidina seja uma alternativa segura . - alternativas são promissoras, mas ainda não suficientemente exploradas. - Forte evidência científica comprovada por vários estudos, acerca da eficácia da iodopovidona como antisséptico e do seu perfil de segurança. É mais a favor , com relatos de resistência e nenhum relato de anafilaxia no uso crâmico tópico. - Embora pareça ser uma alternativa promissora, há estudos em que o desenvolvimento de resistência à clorhexidina foi demonstrado in vitro.
Gryboski, A. & Brona, P.	2017	Povidone-iodine is still a premium antiseptic measure in ocular surgery	Embora pareça ser uma alternativa promissora, há estudos em que o desenvolvimento de resistência à clorhexidina foi demonstrado in vitro.
Modgraves, B. et al.	2016	Endophthalmitis after intravitreal injections in patients with reported iodine allergy.	Evitar iodopovidona devido a auto-relato de alergia aumenta risco substancial de endoftalmite ocular .



ESS+

Escola Superior de Saúde Nova
Lusitana - Universidade Nova de Lisboa



DESINFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

Conclusão

✓ Não foram encontradas evidências que suportem a substituição da lodoopovidona por outros agentes anti-infecciosos em cirurgia oftalmológica.

✓ Em caso de baixa tolerância à lodoopovidona pode ser usada solução de clorexidina de base aquosa, ainda que não seja comercializada (é manipulada nas farmácias hospitalares).

✓ As alternativas são promissoras, mas sem estudos conclusivos para Oftalmologia.

ESS+

Escola Superior de Saúde Nova
Lusitana - Universidade Nova de Lisboa



DESINFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: Que evidência?

Bibliografia

Alvarez, L. (2018). Uso de lodoopovidona e medicação residual de liberatores. *Practica, São Paulo*. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-85-373-0150-0>.

DOE. (2022). NORMA CLÍNICA. (2022) de 12/12/2015 atualizada a 17/1/2022. "Tese de Intervenção" para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. *Orgão-Geral da Saúde*.

Gratwick, K. A., & B. (2017). *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 42(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12345>.

Hsieh, John W., Wayne, Charles C., Lim, Joseph L., Hsu, Paul, Kim, Stephen J., Tanaka, Tomonori, Ryan, Jerry, [Jan-Pei] Chang, Hsiang-Yi, & Chen, Hsiang-Yi. (2017). *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 42(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12345>.

Kaplan, S. & Myers, W. G. (2022). Chlorhexidine and other antiseptics for preoperative skin antisepsis: a review of the literature. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 47(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12345>.

Kumar, Jagdeep, C., George, Mary J., Meyer, Dale R., Bono, Michael G., Walsh, Matthew M., Mier, 2018. Prevalence of contamination and drug resistance in ocular surgery. *Survey of Ophthalmology*, 63(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2018.05.002>.

Levine, M. J., & Levine, M. J. (2017). *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 42(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12345>.

Madigan, B. S., van Dyk, K., Finkel, H. V., Leonard, S. E., & Ellett, D. (2018). *Endophthalmitis after intraocular surgery in patients with anti-hepatitis delta virus. American Journal of Ophthalmology*, 175, 65-74.

Zabara, A. C., Dambrosio, G. M., Rizzo, R. C., Dambrosio, A. C., & Zabar, M. (2018). *Endophthalmitis after intraocular surgery in patients with anti-hepatitis delta virus. American Journal of Ophthalmology*, 175, 65-74.

ESS+

Escola Superior de Saúde Nova
Lusitana - Universidade Nova de Lisboa



DESINFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO EM OFTALMOLOGIA: QUE EVIDÊNCIA?

LUIS FILIPE
NELI EITÃO

PROFESSORA ORIENTADORA: DINA COSTA
TUTORAS: ENFª CATARINA ANTUNES
ENFª JOANA CRISTÓVÃO

APÊNDICE III: Formação em serviço – “A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória”

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
Oliveira Guimarães PORTUGAL

A Sede da Pessoa em Situação Perioperatória

Professora Orientadora: Dina Costa
Tutoras: Enfª Catarina Antunes
Luís Filipe

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-QUIRÚRGICA (ESM-MQ) – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

ESS+

Estado da Saúde do Sistema Ess+
 2022 - ANÁLISE DE INDICADORES

ENQUADRAMENTO

- Diariamente pessoas referem sede ao longo das várias etapas do processo cirúrgico. Este desconforto não é avaliado de forma sistemática e, por vezes, é mesmo desvalorizado;
- O desconforto da sede é real, intenso e por vezes mais perturbador que a própria dor (Aroni, Nascimento & Fonseca, 2012) (Silva et al., 2022).
- A sede assume uma prevalência de 84,5% a 90,8% no período intraoperatório (Nascimento, Lopes & Fonseca, 2021).

A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória

Área de Especialização de Enfermagem em Situação Perioperatória

Fatores que contribuem para a sede

Pré-Operatório

Jéjum

Anestésico

Modo

Pós-Operatório

Medicação

Ensaio

Recuperação pós-operatória

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros, o foco sede é definido como "percepção de desejo de beber água ou outros líquidos referenciada à boca e orofaringe; secura das mucosas da boca e orofaringe".
(ICN, 2016, p.10).

Osmótica

desencadeada pelo aumento da osmolaridade plasmática que estimula a liberação da hormona antidiurética

Hipovolémica

desencadeada pela necessidade de ingestão hídrica com vista à reposição do volume plasmático

(Silva et al, 2022)

A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória

Área de Especialização de Enfermagem em Situação Perioperatória

Identificação da sede

Vontade de beber água

Boca seca

Lábios secos

Garganta seca

Sabor amargo na boca

Falta de saliva

Língua grossa

A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória

Área de Especialização de Enfermagem em Situação Perioperatória

Fatores que contribuem para a sede

Pré-Operatório

Jéjum

Anestésico

Modo

Pós-Operatório

Medicação

Ensaio

Recuperação pós-operatória

A Sede na Pessoa em Situação Perioperatória

Área de Especialização de Enfermagem em Situação Perioperatória

Avaliação da sede

✓ Questionário direto

✓ Escala Numérica

✓ Escala Visual Analógica

✓ Escala tipo Likert

✓ Combinação de Questionário direto e Escala Numérica

✓ Questionário direto com Escala de Faces

✓ Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESPE)

Escalas de avaliação da sede

Escala Numérica

Escala Visual Analógica

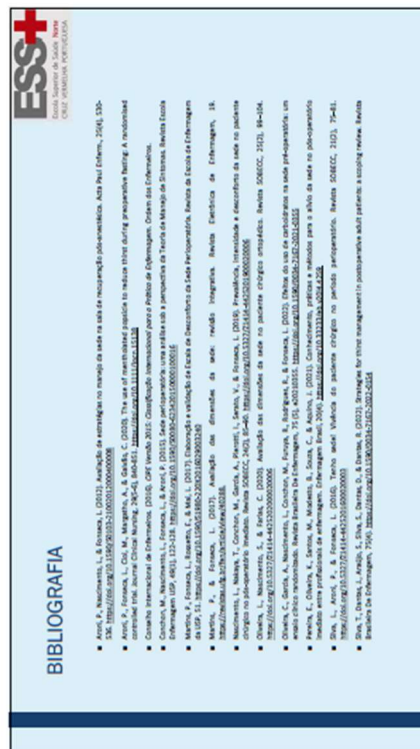
Escala tipo Likert

Escala de Faces

Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESPE)

Luis Filipe

215



APÊNDICE IV: Instrumento Colheita de Dados – Questionário

Questionário

Ex.ma Senhora Enfermeira/ Ex.mo Senhor Enfermeiro

Cara/o Colega,

O meu nome é Luis Miguel Teixeira Mendes Filipe, Enfermeiro e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa sob orientação da Professora Assistente Convidada Dina Costa.

De momento, encontro-me a realizar um estudo de investigação intitulado: "A sede da pessoa em situação perioperatória: Percepção dos Enfermeiros", que tem como objetivos caracterizar a avaliação da sede da pessoa em situação perioperatória pelos enfermeiros e identificar as respetivas intervenções de enfermagem.

Por este meio, venho solicitar a colaboração da/o Colega/o que presta cuidados à pessoa em situação perioperatória a participar neste estudo, preenchendo o seguinte questionário.

Este estudo foi integrado na Unidade de Investigação e Desenvolvimento da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, tendo parecer positivo da Comissão de Ética da mesma instituição - Parecer nº 014/2024.

A sua participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, contudo é imprescindível para o sucesso deste estudo.

O questionário é absolutamente anónimo e será garantida a confidencialidade dos dados.

As respostas só serão válidas se for preenchido o questionário até ao final e CLICAR ENVIAR, demorando cerca de 6-7 minutos.

Qualquer esclarecimento adicional por favor contacte: gnf.luisfilipe@gmail.com

Agradecido pela sua colaboração.

Investigador Principal: Luis Miguel Teixeira Mendes Filipe

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Ao avançar e submeter o questionário, confirma que: *

- é enfermeira/o,
- e desempenha a sua atividade profissional na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória (cuidados de enfermagem pré, intra e pós-operatórios).

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

Avançar para a secção 4 (Obrigado pela sua participação, mas estudo inclui apenas enfermeiras/os que desempenham a sua atividade profissional na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória.)

2. Declaro ter compreendido o enquadramento e os objetivos do estudo fornecidos pelo investigador, que se encontra disponível para qualquer esclarecimento adicional. Declaro que foram assegurados os princípios de confidencialidade e anonimato e garantida a inexistência de prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento. Assim, depois de devidamente esclarecido(a): *

Marcar apenas uma oval.

☐ Aceito participar voluntariamente e dou o meu consentimento para participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido(a) sobre as condições do mesmo. Avançar para a pergunta 3

☐ Não aceito participar neste estudo. Avançar para a secção 11 (O questionário terminou.)

Avançar para a pergunta 3

Obrigado pela sua participação, mas estudo inclui apenas enfermeiras/os que desempenham a sua atividade profissional na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória.

PARTE I – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

Assinale
a opção que corresponde à sua situação atual

3. Idade *

4. Género *

Marcar apenas uma oval.

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Outro

5. Grau Académico *

Marcar apenas uma oval.

☐ Licenciatura

☐ Pós-Licenciatura de Especialização

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

☐ Outra: _____

6. Tempo total (em anos) de exercício profissional como enfermeiro(a) *

7. Local onde desempenha atualmente as suas funções *

Marcar apenas uma oval.

☐ Bloco Operatório

☐ Unidade Cirurgia Ambulatório

☐ Unidade Cuidados Pós-Anestésicos

☐ Cuidados Intensivos

☐ Urgência

☐ Internamento cirúrgico

☐ Outra: _____

8. Localização geográfica da instituição onde desempenha a sua atividade profissional *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Norte
☐ Centro
☐ Sul
☐ Ilhas

9. Setor da saúde onde desempenha funções *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Público
☐ Privado
☐ Público/Privado

10. Categoria Profissional *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Enfermeiro(a) Avançar para a pergunta 13
☐ Enfermeiro(a) Especialista Avançar para a pergunta 11
☐ Enfermeiro(a) Gestor(a) Avançar para a pergunta 13

Avançar para a pergunta 13

11. Área de Especialização *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica
☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
☐ Enfermagem de Reabilitação
☐ Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
☐ Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
☐ Enfermagem Comunitária
☐ Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

12. Tempo total (em anos) de exercício profissional como enfermeiro(a) especialista *

Avançar para a pergunta 13

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SEDE À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Assinale a opção que melhor se adequa

13. Valoriza a sede na pessoa em situação perioperatória? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Nãc ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Valorizo Muito

14. Que importância atribui à sede enquanto sintoma? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Nac ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito Importante

15. Na sua prática diária de prestação de cuidados, com que frequência avalia a sede na pessoa em situação perioperatória? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Nur ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sempre

16. Que instrumentos utiliza na avaliação da sede na pessoa em situação perioperatória? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Questão direta: Tem sede? Sim/Não
☐ Escala Visual Analógica
☐ Escala de Faces
☐ Escala Verbal Numérica
☐ Escala Likert
☐ Não avalia

Seção sem título

17. Quais os motivos porque não avalia a sede na pessoa em situação perioperatória? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Falta de tempo
- ☐ Não valorizo a sede
- ☐ A pessoa deve manter o jejum absoluto
- ☐ Espero que a pessoa verbalize a queixa sobre a sede
- ☐ Outra: _____

Seção sem título

18. Na sua prática diária, com que frequência regista no processo clínico as intervenções de enfermagem realizadas à pessoa em situação perioperatória com sede? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Nur ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sempre

19. Das seguintes intervenções de enfermagem, quais executa quando identifica uma pessoa em situação perioperatória com sede? *

Pode escolher uma ou mais opções

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Providenciar água à temperatura ambiente para gargarejo
- ☐ Oferecer pequena quantidade de água à temperatura ambiente
- ☐ Humidificar lábios da pessoa com recurso a algodão humedecido em água à temperatura ambiente
- ☐ Aplicar hidratante labial
- ☐ Administrar sumo de cereja azeda até 2 horas antes da cirurgia
- ☐ Oferecer pastilha elástica/rebuçado de mentol no pré-operatório
- ☐ Oferecer gelado de gelo mentolado
- ☐ Aplicar lascas de gelo nos lábios da pessoa
- ☐ Oferecer pequena quantidade de água fria
- ☐ Humidificar lábios da pessoa com recurso a compressas húmidas
- ☐ Providenciar água fria para gargarejo
- ☐ Administrar spray de ácido cítrico 0,75% após remoção do tubo endotraqueal
- ☐ Administrar solução gelada de maltodextrina
- ☐ Outra: _____

20. Na sua opinião, o que mais contribui para a sede na pessoa em situação perioperatória? *

Pode escolher uma ou mais opções

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Jejum Prolongado
☐ Fármacos
☐ Temperatura ambiente
☐ Ansiedade
☐ Hemorragia/Perdas Sanguíneas
☐ Outra: _____

21. As intervenções de enfermagem que realiza, à pessoa em situação perioperatória com sede, são suportadas na mais recente evidência científica? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

22. Já recebeu formação sobre a sede na pessoa em situação perioperatória? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim [Avançar para a pergunta 23](#)
☐ Não [Avançar para a secção 11 \(O questionário terminou.\)](#)

[Avançar para a secção 11 \(O questionário terminou.\)](#)

23. Onde realizou formação sobre a temática da sede à pessoa em situação perioperatória? *

Pode escolher uma ou mais opções

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Formação em serviço
☐ Congressos/Jornadas/Seminários
☐ Webinars
☐ Outra: _____

O questionário terminou.

Obrigado pela sua participação.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários