

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: O
Empowerment da Pessoa a Vivenciar a Experiência
Cirúrgica**

Carla Patrícia Rodrigues Correia

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória**

Funchal,

2023

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: O
Empowerment da Pessoa a Vivenciar a Experiência
Cirúrgica**

Carla Patrícia Rodrigues Correia

Orientadora: Professora Doutora Noélia Pimenta

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória**

Funchal,

2023

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny pela inovação e excelência do ensino. Agradecimento especial à Professora Doutora Noélia Pimenta pela disponibilidade, pelo rigor na orientação, pelos conhecimentos transmitidos e pela disponibilidade durante o meu percurso.

Ao Serviço Regional de Saúde e respetiva Direção de Enfermagem do Hospital Dr. Nélio Mendonça, que concedeu e viabilizou a licença de equiparação a bolseiro, disponibilizando, igualmente, os contextos de prática clínica essenciais para o desenvolvimento das competências especializadas.

Aos Enfermeiros tutores e demais elementos de equipa, pelo acolhimento, disponibilidade e partilha de conhecimentos, que tornaram mais fácil este desafio.

Aos meus colegas do Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça pelo apoio, motivação e, sem dúvida, pela compreensão. Aos meus colegas de Mestrado, em especial àqueles que mais próximos de mim estiveram: às partilhas e troca de vivências e pela aprendizagem conjunta.

Às minhas amigas e parceiras, pelo companheirismo e lealdade. Destaque para a Urbina, pela paciência e presença assídua nas longas horas de desabafos.

Aos meus pais, por serem uma presença constante na minha vida, por me educarem e ensinarem a ser mais e melhor pessoa; por confiarem no meu valor. À minha família de coração, por tanto carinho e boa disposição nos momentos mais difíceis; pelo estímulo imprescindível nesta jornada.

À minha família nuclear, o Rui e o Pedro, pelo amor incondicional. Sem ele, esta etapa estaria comprometida e o alento seria, talvez, mais frágil.

A todos os que, direta ou indiretamente, bem contribuíram para esta minha caminhada.

A todos, reforço a minha GRATIDÃO!

RESUMO

O presente relatório advém da frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Comporta as seguintes metas: evidenciar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista; demonstrar a aquisição de competências de Mestre, através da sua apresentação e discussão pública; e ilustrar o desenvolvimento de capacidades de reflexão crítica, bem como raciocínio clínico acerca das situações vivenciadas nos diferentes contextos da prática.

O Ensino Clínico I “Cuidar em sala operatória” foi-me creditado pelo Conselho Técnico-Científico da escola, considerando as competências adquiridas nos vinte e um anos de labor no Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos do Hospital Dr. Nélio Mendonça. A Unidade Curricular, “Estágio com Relatório”, contempla dois módulos de prática: o módulo I, que decorreu na Unidade de Hemodinâmica, cujo objetivo geral foi capacitar a pessoa e família para a gestão da experiência cirúrgica, em contexto de ambulatório; e o módulo II - Opção Clínica, desenvolvido no serviço de Cirurgia da Mama e Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Esta escolha deveu-se ao meu interesse pelo desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais no empoderamento da pessoa/família com patologia da mama a vivenciar uma experiência cirúrgica, no período perioperatório, promovendo um cuidar integral da pessoa/família.

O relatório enfatiza a aquisição e o alargamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória: cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, maximiza a segurança em contexto cirúrgico e, igualmente, da equipa pluridisciplinar, em harmonia com a consciência cirúrgica, rumo à aquisição das competências de Mestre.

Recorri à metodologia descritiva, analítica e reflexiva, sustentada na evidência científica, de modo a espelhar a aplicação de conhecimentos, a análise das situações vivenciadas, o pensamento crítico e reflexivo, assim como a experiência profissional.

Palavras-Chave: Competências, Enfermeiro Especialista, Empoderamento, Pessoa em Situação Perioperatória.

ABSTRACT

This report is part of the Master's Degree Program in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for Persons in Perioperative Situation. Its objectives are to demonstrate the common and specific competencies of the specialist nurse; demonstrate the acquisition of master competencies through the presentation and public discussion of this report; to illustrate the development of the appropriate competencies that were gained from actual situations, in different practice areas, resulting in the development of critical thinking and reasoning.

The Clinical Teaching I "Care in the Operating Room" was credit by the Technical-Scientific Council of the school, taking in consideration the competencies acquired during twenty-one years of professional practice in the Operating Room and Post-Aesthesia Care Unit of the Hospital Dr. Nélio Mendonça. The Curricular Unit "Internship with Report" includes two practice modules, Module I which took place in the Hemodynamic Unit and aimed to empower the person and family for the management of the surgical experience in an outpatient setting. Module II - Clinical Option, was developed in the Breast Surgery Service and Operating Room of the Hospital Dr. Nélio Mendonça. The choice was based on the interest in developing scientific, technical and relational skills in empowering the persons/families with breast pathology, to gain expertise in surgical environment during the perioperative period, to promote comprehensive care.

This report emphasises the acquisition and development of the standard and specialised competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, specifically in the area of Nursing to Persons in Perioperative Situations. The areas covered included caring for the person in perioperative situations, their respective family/significant person and maximizing their safety and of the multidisciplinary team, in harmony with the surgical conscience. Towards the acquisition of master's competencies

I have used a descriptive, analytical and reflective methodology, supported by scientific evidence, reflecting the application of knowledge, analysis of actual situations, critical thinking and reasoning, including the application of all professional experience.

Keywords: Competencies, Specialist Nurse, *Empowerment*, Person in perioperative situation

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSA - Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía

AESOP – Associação Enfermeiros Sala de Operações Portugueses

AORN - Association of Operating Room Nurses

APA - American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

CDT – Consulta de Decisão Terapêutica

CEPO – Consulta de Enfermagem Perioperatória

CM – Cirurgia da Mama

DGS – Direção Geral da Saúde

DIB - Disposable infusion balloon

EEEMCEPSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgico na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EMIR - Equipa Médica de Intervenção Rápida

EORNA - European Operating Room Nurses Association

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

HNM – Hospital Dr. Nélío Mendonça

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

LASA - Look-Alike e Sound-Alike

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SESARAM – Serviço de saúde da Região Autónoma da Madeira

SNS – Sistema Nacional Saúde

SPA - Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

UC – Unidade Curricular

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UH – Unidade de Hemodinâmica

UPP – Úlcera Por Pressão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: O <i>EMPOWERMENT</i> DA PESSOA A VIVENCIAR A EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA.....	12
2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....	19
2.1. Caracterização dos contextos da prática clínica	21
2.2. Desenvolvimento das competências comuns.....	25
2.3. Desenvolvimento das competências específicas.....	43
2.3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	44
2.3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	58
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DA MESTRIA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA.....	68
CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

INTRODUÇÃO

A evolução da sociedade, bem como os avanços da ciência, despertaram a necessidade de progressos no campo da enfermagem enquanto saber científico e, conseqüentemente, conduziu os enfermeiros na busca de uma especialização, procurando alcançar uma atuação diferenciada, almejando prestar cuidados com maior qualidade e segurança.

A elaboração da presente explanação traduz o percurso efetuado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC), visando a sua apresentação e discussão pública à obtenção do grau acadêmico de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De acordo com o Regulamento 65/2018, Artigo 15º, o grau de Mestre é conferido a todos aqueles que: demonstrem possuir conhecimentos e capacidades de compreensão profunda e especializada no seu campo de intervenção; sejam capazes de aplicar esses saberes e a sua aptidão no entendimento e resolução de problemas em novas situações; tenham habilidade para integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, apresentando soluções ou emitindo juízos. É atribuído ainda: aos que tenham a destreza de comunicar as suas conclusões e o entendimento e raciocínios a elas subjacentes; aos que possuem competências que lhes permitam uma aprendizagem autónoma ao longo da vida, na sua área de especialização.

Com a realização deste relatório, designado “Competências Especializadas em Enfermagem Perioperatória: O *Empowerment* da Pessoa a Vivenciar a Experiência Cirúrgica”, é meu intuito evidenciar as competências comuns e específicas adquiridas e desenvolvidas no contexto dos ensinamentos clínicos na área da enfermagem perioperatória. Pretende-se também fundamentar a aquisição de competências de mestre e, do mesmo modo, ilustrar o desenvolvimento de capacidades de reflexão crítica e raciocínio clínico acerca das situações vivenciadas nos diferentes contextos da prática clínica.

O plano de estudos da ESESJC, publicado no Despacho n.º10960/2020, contempla duas unidades curriculares de prática clínica: a Unidade Curricular (UC) Ensino Clínico I, “Cuidar em sala operatória” e a Unidade de Cuidados “Estágio com Relatório”. Esta última

contempla três módulos – o módulo 1, implementado numa unidade de ambulatório; o módulo 2 referente à opção clínica; e o módulo 3, a redação do relatório final.

Quanto ao Ensino Clínico I, “Cuidar em sala operatória”, obtive, desde logo, a sua creditação pelo Conselho Técnico-Científico da escola. Considerando as competências e saberes adquiridos nos vinte e um anos de exercício profissional, no Bloco Operatório (BO) e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), apresentei um portefólio. Neste descreve-se a minha experiência profissional, a atividade desenvolvida, as funções desempenhadas, os cuidados prestados, entre outros, retratando o desenvolvimento de competências compatíveis com as do enfermeiro especialista na área de enfermagem perioperatória.

Relativamente ao módulo I da UC “Estágio com Relatório”, referente à Unidade de Ambulatório, realizei o meu ensino clínico na Unidade de Hemodinâmica (UH) do HNM, num total de 62 horas. O propósito geral foi o de capacitar a pessoa e família na gestão da experiência cirúrgica, em contexto de ambulatório.

No módulo II, sendo um ensino clínico de opção, escolhi realizá-lo no serviço de internamento de Cirurgia da Mama (CM) e no Bloco Operatório do HNM. Contabilizando 330 horas, teve como objetivo genérico ampliar competências científicas, técnicas, mas também relacionais, no empoderamento da pessoa/família com patologia da mama a vivenciar a experiência cirúrgica. O ambicionar uma visão abrangente e conhecimentos aprofundados e especializados que permitissem cuidar, de uma forma integral, a pessoa em situação perioperatória foi outro dos intentos. De modo a alcançar este propósito, no estágio de opção, cuidei da pessoa/família, desde o momento da decisão da cirurgia – na Consulta de Decisão Terapêutica (CDT), no acolhimento do serviço de internamento e na sua preparação pré-operatória – passando pelo acompanhamento no intraoperatório, na UCPA e, posteriormente, no pós-operatório e consulta de enfermagem pós-alta.

O relatório inicia-se, pois, com o capítulo de enquadramento teórico acerca da temática do *Empowerment* da pessoa a vivenciar a experiência cirúrgica; segue-se um subcapítulo em que se alude aos contextos decorrentes das práticas clínicas. O capítulo dois expõe a evolução das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCEPSP). Aqui, salienta-se a capacitação do cliente a vivenciar a experiência cirúrgica. Já o terceiro capítulo incide na obtenção e ampliação das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A metodologia subjacente à realização deste relatório de estágio é não apenas descritiva, mas, sobretudo, analítica e reflexiva, fruto das vivências ao longo dos ensinamentos clínicos e experiência profissional, sustentada na evidência científica, na interpretação e análise das situações e ainda no pensamento crítico.

No que diz respeito à estrutura e normas para as citações e referências bibliográficas, farei uso do guia “Elaboração de Trabalhos Acadêmicos: síntese e orientações”, versão 1.2 de 2020, preconizada pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, que tem por base as normas e princípios propostos na 7ª edição do *Publication Manual of American Psychological Association* (APA, 2019).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: O *EMPOWERMENT* DA PESSOA A VIVENCIAR A EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA

Ao longo do curso de Mestrado, canalizei o meu percurso para os cuidados de enfermagem à pessoa/família/pessoa significativa a vivenciar uma experiência cirúrgica em diferentes contextos, nomeadamente, numa unidade de hemodinâmica, serviço de internamento cirúrgico e BO. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017), os cuidados de enfermagem perioperatórios exigem a identificação das necessidades, do planeamento, da execução e da avaliação dos resultados nas áreas complementares entre si. Caracterizam-se estes por uma atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação anestésico-cirúrgica, em que se pretende: a autonomia da pessoa e da família ou pessoa significativa, a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença.

De acordo com Maurício et al. (2019), o enfermeiro no período pré-operatório é responsável por analisar os antecedentes clínicos e a clínica da pessoa. Assim, realiza uma entrevista pré-operatória, onde explica as diferentes etapas do procedimento cirúrgico, orientando e preparando psicologicamente a pessoa para a cirurgia, de modo a minimizar os riscos e intercorrências, logo, promovendo uma recuperação adequada.

Referido pela Direção Geral de Saúde (DGS), no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016, em 2004 a 57^a World Health Assembly propôs a criação da World Alliance for Patient Safety para tornar a segurança da pessoa numa iniciativa global. Definiram-se seis áreas prioritárias: a prevenção das infeções (Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde – IACS), o envolvimento das pessoas e dos consumidores, a conceção duma taxonomia para segurança das pessoas, o estímulo à investigação nesta área, a execução de soluções para reduzir o risco e a necessidade de reportar e, por último, aprender com os erros cometidos.

O atual PNS para o período de 2020-2030 preconiza um processo participativo, cocriativo, estruturado e integrador. Desta forma, acolhe, como princípios e valores, entre outros, a participação de todos os intervenientes no processo de saúde (garantindo o envolvimento e compromisso para a criação de valores e resultados em saúde), a transparência no acesso a informação de qualidade (contribuindo para a valorização da saúde e exercício da cidadania) e o foco nas pessoas, valorizando a diversidade, as carências e as expectativas das mesmas. Evidencie-se, aqui, a importância da participação efetiva da

população em ações de saúde, nomeadamente, no processo de transição vivenciado no período perioperatório, com vista a maximizar os ganhos em saúde.

Meleis (2010), na sua *Teoria das Transições*, defende que as transições se desencadeiam por eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes. A experiência de transição inicia logo que um evento ou mudança ocorre. As transições são, deste modo, caracterizadas por diferentes estágios dinâmicos, marcos e pontos de viragem, podendo ainda ser determinadas por meio de processos e/ou resultados.

O grau de envolvimento da pessoa e a sua família nestes processos de transições é estimado de acordo com a procura de informação, o uso de modelos de conduta, a preparação ativa e a modificação pró-ativa das atividades (Meleis, 2010). Relativamente à consciencialização, a autora supracitada afirma que a mesma está diretamente relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento da pessoa sobre a experiência de transição que se encontra a vivenciar. Em análise, pode assim depreender-se que a consciencialização está estreitamente relacionada com o envolvimento, influenciando o grau do mesmo. Ainda para a mesma autora, o nível de comprometimento de uma pessoa que está ciente das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais será diferente daquela que não tem consciência de tais mudanças, o que influenciará o resultado do processo de transição. A ausência de perceção da mudança pode significar a não inicialização do processo de experiência de transição. Todavia, Meleis (2010) sustenta que a falta de manifestação dessa consciencialização não impede o início de uma experiência de transição.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis amplia a definição de enfermagem à ciência humana que cuida de reações, ou possíveis reações, humanas e ambientais, em situações de saúde e doença. Esta visão permite aos enfermeiros dar resposta às necessidades de todos os envolvidos no processo saúde/doença, à pessoa e família ou pessoa significativa (Moraes, 2012). A autora considera que a “transição” constitui um conceito principal em enfermagem, em que a saúde e o bem-estar resultam da intervenção da enfermagem no momento de transição. Assim, para Ribeiro et al. (2018) compete aos enfermeiros identificar e compreender os processos de transição, implementando terapêuticas que promovam o bem-estar e estabilidade do indivíduo.

No BO, convivo diariamente com clientes a experienciar processos de transição, que correspondem a mudanças no ciclo de vida da pessoa. Estão habitualmente associados a acontecimentos que implicam a alteração de papéis, em diferentes contextos, resultantes, muitas vezes, de uma mudança súbita de um estado de bem-estar para outro ou para um novo estado de bem-estar. Com a realização de uma cirurgia, é fundamental uma reorganização,

tendo em conta que houve uma rutura no quotidiano. O cliente manifesta diversos modos de consciencialização e envolvimento e apresenta circunstâncias diversas que influenciam a forma como se compromete neste processo. Subsistem fatores que podem facilitar, dificultar, ou até mesmo impedir, um processo de transição saudável, dando origem a distintos padrões de resposta a este mesmo processo.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, relativo às competências do EEEMCEPSP, a primeira competência elencada é: “Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa”. E esclarece o descritivo que “(...) o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-o para o autocuidado e para a reintegração familiar e social.” (p.19366). Esta aceção vai ao encontro do processo de transição que a pessoa e família/pessoa significativa experienciam, sendo que o enfermeiro deverá: identificar a natureza das transferências, os fatores condicionantes de transição, o padrão de resposta da pessoa e, por fim, adequar as intervenções de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento de uma transição saudável.

Atenhamo-nos agora na competência “Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica”, explanada no mesmo Regulamento nº 429/2018. Partindo do seu descritivo, o Enfermeiro Especialista “... mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa...” (p. 19367), é mais uma vez possível reconhecer a importância do papel do enfermeiro como fator condicionante positivo. Este desenvolve intervenções de acordo com as reais necessidades da pessoa, mantendo-a em segurança, prevenindo a ocorrência de eventos críticos que desestabilizem a sua capacidade de adaptação, contribuindo, assim, e uma vez mais, para uma salutar transição.

Em 2011, Magalhães referiu que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam com as pessoas e acompanham os seus processos de transição, sendo este um conceito central para a enfermagem. Em 2021, Almeida Ventura-Silva et al. sustentam esta mesma noção e reconhecem os enfermeiros como agentes facilitadores nos processos de transição. A interação enfermeiro/pessoa organiza-se em torno de uma intenção que conduz a ação a promover, restaurar ou facilitar a saúde. Desta forma, Magalhães (2011) refere que as transições pertencem ao domínio da disciplina de enfermagem quando se relacionam com a saúde e com a doença, ou quando as suas respostas são manifestadas por

comportamentos relacionados com a saúde. Neste entendimento, é perceptível a concetualização do processo de transição como foco marcante dos cuidados de enfermagem.

Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família é uma das atribuições do EEEMCEPSP, que tem o dever de a capacitar para o autocuidado e reintegração familiar e social. Neste sentido, o PNS 2012/2016 (DGS), com revisão e extensão a 2020, destaca o *empowerment*, definido como a ampliação dos ativos e das capacidades das pessoas, de modo a poderem participar, negociar, influenciar, controlar e responsabilizar as instituições sempre que estas, por negligência, afetem as suas vidas. Nas instituições de saúde, a participação da pessoa define-se: por uma maior democratização da informação; pelo reconhecimento da pessoa e família, por parte dos profissionais, como elementos ativos no processo do cuidado com a saúde; pela compreensão da pessoa portadora direitos, e pela sua iniciativa na defesa dos próprios interesses. De um modo geral, *empoderamento* significa que as pessoas, a sua família e cuidadores passam a desempenhar um papel ativo em todo o processo, discutindo, fazendo perguntas, procurando informação, tomando decisões e assumindo responsabilidade pela sua saúde.

O termo *empowerment*, em matéria contextual na área da saúde e centrado nos indivíduos, surge na primeira grande conferência internacional sobre promoção da saúde, que ocorreu a 21 de novembro de 1986, na cidade de Ottawa, no Canadá, destacando-se com a Carta de Ottawa, em que o tema central é o empoderamento da comunidade como promoção da saúde. Em 1991, na conferência internacional em Sundsvall (Suécia), o empoderamento das pessoas é visto como autoconfiança e desenvolvimento sustentável. Na conferência de Ljubljana (Eslovénia), em 1996, recomenda-se que as reformas sejam centradas nas pessoas, tendo em conta as suas necessidades e expetativas, e que os serviços de saúde sejam influenciados pela voz e escolha do cidadão. Por sua vez, a Declaração de Jakarta (Indonésia), em 1997, menciona que a participação das pessoas é essencial para que as mesmas estejam envolvidas na promoção da saúde e no processo de tomada de decisão (Ramos, 2001). Em Portugal, o empoderamento tomou especial relevo quando foi referenciado no PNS (2004-2010) como intervenção necessária a participação ativa dos cidadãos no sistema de saúde.

De acordo com alguns artigos e estudos, a tradução literal do termo *empowerment* para a língua portuguesa é *empoderamento*, o que significa dar poder, permissão, capacitar alguém. Contudo, esta versão não é unânime, dado que não é aceite por todos os autores (Ferreira, 2012). Deste modo, optei por utilizar o anglicismo no título do relatório, procurando manter a essência do termo original, parecendo-me, igualmente, mais fidedigno.

Na revisão de literatura, os autores utilizam o termo em português e inglês. Assim, ao longo do trabalho decidi-me pela utilização do termo *empowerment* ou empoderamento, tendo em consideração os autores consultados.

Para Zimmerman e Perkins (1995), o conceito de *empowerment* é descrito como “um constructo que liga forças e competências individuais, sistemas de ajuda naturais e comportamentos proativos...” (p.569). Salientam ainda a relevância de especificar claramente o significado da aceção, nos contextos particulares da sua aplicação.

Ao longo dos anos, o significado conceptual de *empowerment* ganhou múltiplas formas e modelos. Relativamente ao contexto clínico, Ouschan et al. (2000) definem *empowerment* como um processo que compreende três dimensões: percepção de controlo sobre a situação de saúde, participação no processo de decisão e educação por parte do doente. Dimensões estas que evidenciam a necessidade dos profissionais de saúde em agilizar a comunicação com as pessoas, incentivando-as a participar no processo de tomada de decisão na aprendizagem e no desenvolvimento do sentido de controlo da sua doença/problema de saúde. Na perspetiva de Pereira et al. (2011), para empoderar a pessoa, é fundamental que o enfermeiro adquira competências e conhecimentos que permitam implementar intervenções promotoras de saúde, de autonomia e favoráveis ao desenvolvimento do seu projeto de saúde.

Para Nunes (2012), *empowerment*, traduzido para “capacitação”, pode ser definido como um processo entre o enfermeiro e a pessoa e visa promover a autonomia e os comportamentos saudáveis. Refere ainda que alguns autores defendem que o *empowerment* abarca a pessoa de tal forma que esta expande a consciência crítica sobre os seus problemas. Na linha de pensamentos de Nunes (2012), é imperativo considerar-se estes pontos, relativamente à pessoa: possui a principal responsabilidade sobre a sua saúde; goza de capacidades para fazer as suas próprias escolhas; é capacitada apenas por si própria, ou seja, por sua vontade. Acrescente-se que, para o processo obter êxito, requer uma relação equilibrada, alicerçada no respeito mútuo entre o enfermeiro e a pessoa – a confiança é o pilar no método de *empowerment*.

Já em 2020, Nobre et al. aludem que o empoderamento é essencialmente um processo educativo que intenta desenvolver a autonomia da pessoa para que esta assuma a responsabilidade da sua saúde, através de saberes, habilidades e atitudes. Nesta ótica, é possível instruir as pessoas para que elas aprendam e sejam ativas no seu processo de saúde. Ainda para Nobre et al. (2020), pessoas mais empoderadas, envolvidas e informadas interagem e contribuem com resultados positivos. Assim sendo, o empoderamento pode ser

descrito como um processo que envolve o aumento de conhecimentos da pessoa/família, contribuindo para uma participação dinâmica, com maior poder, controlo e tomadas de decisão informada acerca do seu estado de saúde.

O processo cirúrgico envolve várias etapas/fases que são vivenciadas de forma diferente por cada pessoa. Desta forma, cuidar da pessoa de modo personalizado deverá ser uma preocupação do enfermeiro perioperatório, compreendendo as suas inquietações e vulnerabilidades e capacitando-as para saber-ser, saber-estar e saber-fazer, na vertente da enfermagem perioperatória (Nunes, 2012).

Para Mazzi e Tonhom (2018), o período perioperatório pode provocar sentimentos de insegurança e ansiedade para a pessoa, temendo eventuais deformações, complicações e/ou perda de autonomia. Perante estas possibilidades, segundo as autoras, é premente que a pessoa receba informações individualizadas acerca de todo o processo. É importante que a educação para a saúde contribua para: a consciência crítica dos indivíduos, o respeito pela sua saúde e para a busca de autonomia, contribuindo, pois, para o empoderamento dos mesmos, bem como para a compreensão da experiência cirúrgica (Mazzi e Tonhom, 2018).

Para Gonçalves et al. (2019), o enfermeiro tem o dever de facultar à pessoa toda a informação acerca dos cuidados de enfermagem que serão prestados ao longo do período perioperatório. Esclarecimentos estes que deverão ser transmitidos desde a consulta de enfermagem pré-operatória, conduzindo à qualidade e segurança dos cuidados.

Corroborando as ideias dos autores supracitados, Breda e Cerejo (2021) sugerem que, para aumentar a segurança e diminuir o risco perioperatório, um dos fatores essenciais é a comunicação entre a equipa multidisciplinar, os pares e, sobretudo, com a pessoa e a sua família ou pessoa significativa. Diálogo esse que, segundo os mesmos autores, deverá ampliar-se na Consulta de Enfermagem Pré-Operatória (CEPO), um fator determinante para o aumento do sucesso da experiência no perioperatório, acrescentando segurança e minimizando riscos. Uma pessoa empoderada é alguém consciente e com responsabilidades no processo a vivenciar.

A realização da CEPO permite a criação de uma relação de empatia e de cooperação para com a pessoa e a família/pessoa significativa. Nesta consulta, os clientes são informados sobre os cuidados a ter nas três fases do processo perioperatório, conforme preconizado pela Associação Enfermeiros Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2012).

O desempenho da enfermagem pré-operatória pode ser aperfeiçoado com a melhoria dos serviços de saúde, possibilitando a deteção precoce de problemas passíveis de interferir no tratamento cirúrgico. A implementação da CEPO pode ser um procedimento

valioso para a obtenção de ganhos em saúde das pessoas, mais concretamente, a diminuição da ansiedade, o desenvolvimento de conhecimentos e as capacidades fomentadoras da vivência no período perioperatório (Gonçalves 2019). O enfermeiro perioperatório: atua como facilitador nas decisões a serem tomadas, trabalha em equipa com a pessoa e a sua família/pessoa significativa para um entendimento e ajuda a fim de solucionar possíveis incidentes. Deve encetar um diálogo adequado, saber escutar e demonstrar interesse pelo relato da pessoa. Graças a isto, a CEPO torna-se um instrumento benéfico para ambos os envolvidos neste processo (Medeiros et al., 2017).

Mendes (2020) refere que a CEPO pode ser percecionada como uma ação complexa, já que apresenta várias componentes no processo. Constitui um momento de interação entre o enfermeiro e a pessoa/família, com objetivos definidos, mas sujeitos a uma série de fatores, a saber: a individualidade de cada pessoa enquanto ser único, o tipo de intervenção cirúrgica, o historial clínico da pessoa e ainda as aptidões e experiência do enfermeiro que concretiza a consulta.

Ainda para Mendes (2020), a CEPO pode ser entendida como um momento único para a preparação da pessoa e família/pessoa significativa para a cirurgia e para a alta. A identificação de comorbilidades e a otimização pré-operatória são dados que, habitualmente, são contemplados nesta fase. É o momento privilegiado para bem instruir a pessoa, disponibilizando-lhe elementos que vão auxiliar, desde a sua admissão até à sua recuperação. Em suma, uma das formas encontradas para melhor promover o ensino ao cliente e contribuir para o desenvolvimento da sua participação nos cuidados perioperatórios é a implementação da consulta de enfermagem pré-operatória.

A CEPO não é ainda uma realidade para todas pessoas proposta para cirurgia eletiva na instituição onde exerço funções. É uma lacuna e, pelo que já foi explanado anteriormente, a sua implementação traria grandes vantagens.

Na véspera da cirurgia, o enfermeiro realiza a visita pré-operatória ao BO. Este contato com a pessoa que irá ser submetida a uma cirurgia tem como finalidade reduzir o seu grau de ansiedade, identificar necessidades e planificar os cuidados individualizados (Camargo et al., 2021). No entanto, a efetivação desta visita pré-operatória não invalida ou substitui a CEPO. As competências específicas, inerentes a esta temática, serão tratadas com mais propriedade e vagar no item que segue, abarcando a caracterização dos contextos da prática clínica.

2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Segundo Guedes et al. (2019), a definição clara de competências de um grupo profissional constitui uma oportunidade para o mesmo avaliar a natureza do seu trabalho, num cenário amplo e inovador, elucidando publicamente que tarefas pode o grupo profissional desempenhar. Para estes autores, o explanar do sentido de competências deve concorrer para o entendimento da pertinência das ações inerentes à especificidade da profissão. Referem ainda que o conhecimento respeitante às ações de enfermagem desenvolvidas em diferentes contextos permite uma avaliação de competências mais assertiva, assim como uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Já Lacerda et al. (2022) advertem que o conceito de competência surge na vertente administrativa, tornando-se presente na área da saúde a partir do ano 2000. É um conceito que abrange múltiplos significados, sendo que, o amplamente aceite é o que o define como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que capacitam uma pessoa a executar as suas atividades laborais com elevado desempenho.

Lopes et al. (2020) revelam que as aptidões profissionais dos enfermeiros são fundamentais, podendo representar avanços na atuação do profissional, refletidas na sua mudança de pensamento, visão e práticas de saúde. O desenvolvimento destas competências permite atuar com conhecimento, contribuindo para uma maior humanização dos cuidados. Ainda de acordo com os autores, o aprimoramento destes saberes deve ter já lugar de relevo na formação académica, continuando-se no desempenho da profissão. Cabe ao enfermeiro a busca sistemática do conhecimento para alcançar a melhoria da sua prática diária.

Nesta linha de pensamento, cada enfermeiro adquire e desenvolve competências ao longo da sua carreira através: do exercício profissional especializado, da formação, da investigação e da assessoria (OE, 2019). Assim, o Enfermeiro Especialista possui capacidades que lhe permitem desempenhar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas das terapêuticas de saúde. Para Pereira e Moriya (2022), a atualização científica da enfermagem perioperatória e o desenvolvimento de competências do

Enfermeiro Especialista amplia sobremaneira a segurança da pessoa no cuidado à sua saúde, sendo que é garantida uma prática consistente e congruente com os padrões de qualidade.

Nas normas das competências comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento nº 140/2019, torna-se claro que, atualmente, os cuidados de saúde de enfermagem assumem uma maior importância e exigência técnica e científica, que se traduz numa diferenciação e especialização cada vez mais autêntica nos profissionais desta área. No mesmo regulamento, define-se Enfermeiro Especialista como aquele a quem é reconhecido competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem na área de especialidade a que lhe foi atribuído este título.

Tendo ainda por base o Regulamento nº 140/2019, é possível constatar que as designadas aptidões comuns do Enfermeiro Especialista abarcam “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (p.4744). Deste modo, temos como domínios das competências comuns: a responsabilidade profissional ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Domínios estes que serão desenvolvidos no ponto seguinte. Posto isto, compreende-se a responsabilidade dos enfermeiros na sua prática clínica e como se torna crucial desenvolver e consolidar a enfermagem assente na evidência científica relevante.

Tendo a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica uma vasta abrangência e uma necessidade de cuidados de enfermagem especializados em diferentes ramos, de acordo com o destinatário dos cuidados, no Regulamento nº 429/2018 define-se as diversas áreas de enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este mesmo regulamento determina que o Enfermeiro Especialista nesta vertente reúna as seguintes competências específicas: cuidar da pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, resultantes de doença aguda ou crónica; otimizar o ambiente e os procedimentos terapêuticos na pessoa e família a vivenciar os mesmos processos anteriormente descritos; e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos às mesmas pessoas e família.

No que concerne à área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, o Regulamento nº 429/2018 descreve as competências inerentes à mesma: cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família significativa; maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Nos subcapítulos seguintes, caracterizo os contextos da prática clínica e apresento o desenvolvimento de cada um dos domínios das competências comuns e específicas, relatando as principais vivências do exercício clínico, assim como da minha experiência profissional a desempenhar funções num bloco operatório central há vinte e um anos. Considero ser esta uma mais-valia, pela aquisição progressiva de competências e pela partilha de saberes com outros profissionais, sempre tendo por base o suporte científico e a análise crítico-reflexiva.

2.1. Caracterização dos contextos da prática clínica

O plano de estudos do curso contempla duas unidades curriculares de prática clínica. A UC Ensino Clínico I “Cuidar em sala operatória” e a UC “Estágio com Relatório”. Abrangendo esta última três módulos: o módulo 1, que se desenvolve na “Unidade de Ambulatório”, o módulo 2, referente à “Opção Clínica” e o módulo 3 - a concretização do “Relatório Final”.

No Ensino Clínico I, foi-me atribuída creditação pela Conselho Técnico-Científico da ESESJC, tendo por base a minha experiência profissional. Iniciei funções em 2002 no BO do Hospital Central do Funchal, atual Hospital Dr. Nélio Mendonça. Principiei a atividade profissional como enfermeira instrumentista e circulante, maioritariamente na área de Urologia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Obstetrícia, em cirurgias eletivas e de urgência/emergência. Em 2005, passei a desenvolver o meu trabalho na área de anestesiologia e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, onde permaneço até à data. Enquanto enfermeira desta área, exerço atividade na maioria das especialidades, tanto nas cirurgias eletivas como nas urgências e emergências, ainda que desempenhe um papel mais ativo na especialidade de Neurocirurgia, fazendo parte desta equipa específica. Integro, desde 2017, a equipa de Neurorradiologia Terapêutica, em formato de prevenção, que atua sempre que é ativada a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC), para Tratamento Endovascular, nomeadamente, trombectomias mecânicas, embolização de aneurismas e tratamento de vasospasmos de urgência, na UH. Desenvolvo também a função de enfermeira perioperatória de anestesia no Serviço de Gastroenterologia (bloco de exames), Serviço de Imagiologia e Cirurgia do Ambulatório.

Constata-se, pois, que a minha prestação de cuidados abrange as diferentes especialidades praticadas no meu local de trabalho, nas diversas faixas etárias (pessoas com ou sem outras doenças associadas), em cirurgias major ou minor, em regime ambulatório ou

de internamento, cirurgias eletivas, urgentes e emergentes. Presto cuidados de enfermagem, autónomos e interdependentes, à pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, em contextos díspares da sala operatória, maximizando a segurança e minimizando os perigos num ambiente de alto risco, que é a sala operatória, tanto para o cliente como para a equipa pluridisciplinar. São medidas congruentes com a consciência cirúrgica, sendo este um princípio ético e moral que nos orienta na prática do cuidar, agindo em benefício da pessoa em qualquer situação.

O BO é composto por várias salas: sete no Bloco Central, uma no Bloco Operatório de Obstetrícia e quatro no Bloco Operatório da Cirurgia do Ambulatório. No BO, integra-se ainda a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. É um serviço que abarca doze especialidades cirúrgicas, pelo que é vasta a diversidade de experiências e tem como missão proporcionar o ambiente físico, os recursos humanos e materiais necessário à execução de atos operatórios. O serviço está acreditado com o nível Bom, pelo Departamento da Qualidade na Saúde, através do processo de Acreditação da Qualidade do Ministério da Saúde, segundo o Modelo de Acreditação Internacional da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Este modelo é atualmente um dos programas de maior relevância no mundo e foi adotado pela DGS por ser o que melhor se adapta aos critérios definidos na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde.

O BO possui a dotação adequada de enfermeiros com elevado nível de qualificação e competências, sendo que conta com um enfermeiro especialista em saúde mental, dezasseis enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e outros sete enfermeiros em fase de conclusão do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação perioperatória.

Relativamente à UC “Estágio com Relatório”, como já referi anteriormente, optei pela realização do módulo 1 na Unidade de Hemodinâmica do HNM. O Ensino Clínico teve início a 16 de novembro de 2021 e teve o seu término a 25 de novembro de 2021, contemplando um total de sessenta e duas horas de contato.

A UH é um departamento do Serviço de Cardiologia, no entanto, tem a sua equipa própria, composta por cinco enfermeiros, um dos quais especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O serviço está em processo de acreditação, através da Acreditação da Qualidade pelo Ministério da Saúde, segundo o Modelo de Acreditação ACSA Internacional.

Por si só, é já uma unidade complexa, acrescendo o facto de lidar com pessoas em estado crítico, que necessitam de cuidados intensivos e ações rápidas e distintas, além da tecnologia utilizada. É prestada assistência à pessoa em regime de internamento ou

ambulatório, em caráter eletivo ou de urgência 24 horas por dia, com a ativação das vias verdes. Sendo assim, é de grande relevância a capacitação intelectual, as ações de liderança, a atualização e o pensamento crítico por parte dos enfermeiros de modo a darem pronta resposta às diferentes situações (Lemos et al. 2017). A UH mencionada é composta por duas salas, estando uma designada a várias especialidades ou valências, como a Vascular, a Nefrologia, a Neurocirurgia, a Neurorradiologia, a Terapia da Dor e a Via Verde do AVC. São também efetuados procedimentos de cardiologia, conforme a lotação da outra sala. A outra sala é maioritariamente utilizada para os procedimentos de Cardiologia de Intervenção (Via Verde Coronária) e de Cardiologia.

Em termos estatísticos, durante o período compreendido entre janeiro e novembro de 2021, 54,53% dos procedimentos foram de cateterismos/angioplastias, 18,44% da atividade deste serviço consistiu na colocação/substituição de pacemaker, 12,95% abrangeu ativações da Via Verde Coronária, 7,15% envolveu colocações de Implantofix, 2,78% incluiu implantações percutâneas de próteses valvulares aórticas, 2,14% encerrou estudos eletrofisiológicos e 1,68% abarcou procedimentos de neurorradiologia. Esta unidade estabelece ligação com todos os serviços cujas especialidades fazem uso da mesma para realização de procedimentos terapêuticos e/ou diagnósticos, uma vez que qualquer cliente, em qualquer serviço, pode perfazer os critérios de via verde de um momento para o outro. Na maioria das intervenções eletivas, a pessoa desloca-se de casa acompanhada por um familiar ou pessoa significativa.

O módulo II realizou-se no serviço de internamento de Cirurgia da Mama do HNM e BO do mesmo Hospital, com o objetivo geral de desenvolver competências como enfermeira especialista em enfermagem perioperatória no empoderamento da pessoa/família com patologia da mama a vivenciar a experiência cirúrgica, prestando um cuidado centrado e integral à pessoa em situação perioperatória. O Ensino Clínico decorreu de 3 de janeiro de 2022 a 14 de março do mesmo ano, num total de 330 horas.

O serviço de CM está integrado no serviço de Ginecologia – é constituído por oito enfermarias, dois isolamentos e uma sala de tratamentos, para além das restantes salas e gabinetes de apoio ao funcionamento do serviço. A equipa de enfermagem compõe-se de vinte e três elementos, adequadamente dotados para as especificidades do serviço. É constituída por duas enfermeiras especialistas em saúde mental, duas enfermeiras especialistas em reabilitação e uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Tem capacidade para receber trinta clientes e, além de ser um serviço específico de ginecologia e de cirurgia da mama, admitia pessoas de outras especialidades,

nomeadamente, cirurgia geral, medicina interna e cardiologia. Tal se deveu ao contexto, durante o ensino clínico, das constantes atualizações e reformulações de serviços, legitimadas pela doença Covid-19.

O serviço está acreditado com o nível Bom pelo Departamento da Qualidade na Saúde, através processo de Acreditação da Qualidade do Ministério da Saúde, segundo o Modelo de Acreditação ACSA Internacional. O sector da CM estabelece um vínculo com os serviços que têm uma estreita ligação com a especialidade, nomeadamente, com a valência de Medicina Nuclear e serviço de Imagiologia e Bloco Operatório.

Possuindo uma vasta experiência profissional no intraoperatório e no pós-operatório imediato, determinei orientar o meu ensino clínico do módulo 2 na fase pré-operatória e na fase pós-operatória mediata e tardia, almejando assim uma visão holística no cuidado à pessoa em situação perioperatória. Como enfermeira da anestesia, revelou-se-me premente compreender que trajeto fizera o indivíduo ao meu cuidado e que percurso faria ainda. Algumas questões pediam resposta: Que vivências experienciou neste processo cirúrgico e vai ainda experienciar? Quais foram os seus sentimentos, medos, dúvidas e expectativas? Que papel teve e tem o enfermeiro neste processo? Quais as consequências desse mesmo papel? Com este questionamento pretendia obter, essencialmente, uma visão mais alargada/integral, desenvolver conhecimentos mais profundos e especializados para um cuidar centrado na pessoa em situação perioperatória (atendendo à sua vulnerabilidade e da sua família nas diferentes fases do período perioperatório) e contribuir para o empoderamento dos mesmos.

A opção pela área de especialidade inerente ao cuidar da pessoa com patologia da mama, submetida a cirurgia, deve-se ao facto de o cancro da mama, segundo Silva et al. (2018), ser uma doença que, em Portugal e na Europa, tem maior incidência na mulher. Por outro lado, as alterações que o tratamento desta patologia acarreta do ponto de vista físico, psicológico e social desafiam as mulheres a desenvolverem processos de adaptação complexos. Franco (2021) reforça que o cancro da mama é mais incidente entre as mulheres e que em 2018, ocorreram 2,1 milhões de novos casos, o equivalente a 11,6% de todos os cancros estimados mundialmente.

Na minha passagem pelo serviço de CM, procurei olhar de forma diferente esta patologia, uma visão mais técnica, especializada e mais aprofundada em termos de conhecimentos e competências, de modo a tornar toda a vivência cirúrgica das mulheres o mais natural possível. Tive oportunidade de acompanhar a pessoa a vivenciar a experiência cirúrgica, desde o momento em que se decidira pela cirurgia (estando presente na consulta

de decisão terapêutica, até ao instante da consulta de enfermagem pós-alta. Obtive assim uma visão abrangente e integradora dos cuidados de enfermagem no período perioperatório.

2.2. Desenvolvimento das competências comuns

Independentemente da área de intervenção e da formação específica dos Enfermeiros Especialistas, estes abarcam quatro competências comuns, conforme explanado no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Consciente de que a atuação do enfermeiro especialista deve contemplar estes quatro domínios, passo a abordar o **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** que, de acordo com o Regulamento nº 140/2019, incorpora o desenvolvimento da prática profissional, ética e legal, atuando de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. O enfermeiro deverá evidenciar “um exercício seguro, profissional e ético utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (p.4746). É um domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista que se define pelo corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico. Atua de acordo com as normas legais, na apreciação e ponderação organizada das melhores práticas tendo em conta os direitos e preferências da pessoa e família em questão e a responsabilidade dos profissionais. Gonçalves (2015), ao prefaciá-lo documento da Deontologia Profissional de Enfermagem OE, alude à deontologia como uma palavra que está agrupada ao dever e à obrigação. É entendida como um grupo de regras e princípios que acordam um agir por preceito, concedendo à ação o seu valor moral, da qual a sua totalidade só pode ser alcançada por livre vontade.

O Código Deontológico, inserido no Estatuto da Ordem de Enfermeiros (2015) segundo a Lei n.º 156/2015, Capítulo VI - Deontologia profissional, no artigo 99.º refere que o enfermeiro deve reger-se pelos seguintes Princípios Gerais:

1-As intervenções de enfermagem devem ser efetuadas sempre com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. 2 - Os valores universais (...) são: a) a igualdade; b) A liberdade responsável, (...); c) a verdade e a justiça; d) o altruísmo e a solidariedade; e) a competência e o aperfeiçoamento contínuo. 3 - São princípios orientadores (...): a) a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) o respeito pelos direitos humanos (...); c) a excelência do exercício na profissão (...). (p.5)

Estes princípios gerais orientam o exercício profissional, sendo este centrado numa relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa/família.

Vários são os momentos da nossa prática profissional em que nos deparamos com dilemas éticos. Nestas ocasiões, é dever do enfermeiro realizar um exercício seguro, profissional e de integridade. Ainda no Código Deontológico, menciona-se que o enfermeiro assume o dever de:

a) cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; b) responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega; c) proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, (...); d) ser solidário com a comunidade, (...), atuando sempre de acordo com a sua área de competência; e) Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, (...). (p.6)

O Ministério da Saúde, no Despacho nº 14223/2009, reflete acerca do código deontológico, pelo facto de este ser uma autolimitação do poder do profissional de saúde, dando origem a um paradigma de relação entre duas pessoas autónomas e livres, sendo estas o profissional de saúde e a pessoa utilizadora do sistema. Com o direito das pessoas a participar nas decisões que lhes dizem respeito e com a liberdade de aceitarem ou não, depois de devidamente informadas, o mesmo despacho assume os códigos deontológicos como defensores da qualidade dos cuidados prestados, com constante atualização dos conhecimentos científicos e preparação técnica. Assume-se este despacho também com o propósito de os profissionais de saúde se obrigarem à prestação de melhores cuidados na promoção ou restituição da saúde, suavizando o sofrimento, tendo em atenção o pleno respeito pela dignidade da pessoa.

Por outro lado, Deodato (2015) destaca a importância da deontologia em enfermagem e a forma como esta harmoniza o discernimento e a ação dos enfermeiros:

(...) constitui um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro (...). A sua utilização revela-se, deste modo, como essencial na procura do melhor agir profissional de todos os dias, orientando e fundamentando as decisões e os atos dos enfermeiros (p. 9 – 10).

Assim sendo, a profissão de enfermagem tem como foco cuidar da pessoa e da sua família. A este cuidar, muitas vezes, estão inerentes processos de tomada de decisão, que devem ser adequados à pessoa e família alvo dessas decisões. Esta realidade é explanada por Magalhães (2020), quando descreve que os enfermeiros, ao interagir com a pessoa, os familiares ou outras pessoas significativas, colhem de forma ininterrupta informações, identificam e resolvem problemas, intervêm, avaliam e reavaliam as situações dos clientes, o que ocorre num ciclo de processamento de informação e decisão. A mesma autora menciona que as boas práticas de cuidados em enfermagem decorrem de um relacionamento de saberes e conhecimentos, que possibilitam aos enfermeiros saber como e quando devem fazer deliberações. Magalhães (2020) refere ainda que os enfermeiros têm de avaliar as

situações dos clientes, assumir a responsabilidade de lhes criar condições, capacitando-os para ponderar as possíveis alternativas e fazer resoluções. Para a autora, “o objetivo da atividade profissional de enfermagem é ajudar as pessoas a utilizarem as suas competências, à medida que têm mais informação para tomar decisões” (p.45).

Para Deodato (2010), o enfermeiro procura a ação certa para resolver o problema identificado, construindo uma decisão. O mesmo autor, afirma que o problema ético está na base da presença de incerteza em relação à deliberação a tomar para agir. Cabe ao enfermeiro decidir sustentado por fundamentos que se mostrem apropriados para garantir o agir ético, levando a uma solução adequada.

Entende-se assim, que o enfermeiro tem como dever exercer a sua profissão de acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, incorporado na Lei no 156/2015, onde está incluído o capítulo IV, que especifica a Deontologia Profissional de Enfermagem. E deve também exercer a sua profissão de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), descrito no Decreto-Lei n.º 161/96. Deste modo, o enfermeiro chama a si o dever de cumprir as normas e as leis que regulam a profissão, com a responsabilização da tomada de decisões, com a proteção e salvaguarda da pessoa na eventual prática de atos contrários à lei, ética e bem comum.

Tendo em conta esta orientação, considero de extrema importância as aprendizagens adquiridas na UC “Ética e Deontologia”, matéria integrada neste Curso de Mestrado. Os conteúdos nela veiculadas permitiram-me refletir acerca da minha conduta profissional, contribuindo, assim, não apenas para o crescimento profissional como também pessoal. Estas considerações continuaram a fazer parte integrante da minha carreira profissional. Procurei explorar e atualizar saberes à luz da bioética, atuando em conformidade com os princípios da autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência, bem como de acordo com as normas orientadoras da Deontologia em Enfermagem, apresentadas no Código Deontológico que rege esta profissão.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, e tendo por pilar o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015), realizei as minhas intervenções de enfermagem tendo em atenção a liberdade e dignidade da pessoa, fazendo por respeitar a individualidade da pessoa e da sua família. Procurei atuar na linha de um exercício profissional seguro e ético, com tomada de decisões pautadas pela integridade e deontologicamente conscientes. Recorri ordinariamente ao pensamento reflexivo, ponderando as minhas próprias ações, ajuizando a sua adequação ao momento e à pessoa. Tal cogitação promoveu em mim uma superior assertividade nas tomadas de decisão, concorrendo, certamente, para a melhoria progressiva na prestação dos

cuidados. Julgo ter promovido a liberdade responsável e firmeza no momento da escolha, visando o bem da pessoa, e identificando necessidades diferenciadas. Este cuidado alargou-se à orientação na busca de soluções para problemas detetados.

Numa área tão específica e delicada como o cuidar da pessoa com patologia da mama submetida a cirurgia, canalizei a minha atenção para o respeito à intimidade, ao dever de informação e à humanização dos cuidados, como o código deontológico em enfermagem preconiza. No respeitante a este contexto, relembro que, mesmo nos internamentos de curta duração (dois a cinco dias), tive a oportunidade de acompanhar três clientes, ao longo de grande parte da vivência perioperatória – desde a consulta de decisão terapêutica, onde se determinou que a pessoa teria de ser intervencionada (iniciando-se assim o período perioperatório), no intraoperatório e até à consulta de enfermagem pós-alta. Este acompanhamento foi de extrema importância já que permitiu um levantamento de informações mais fidedignas. Este período possibilitou a identificação e resolução adequada de problemas contextualizados e o envolvimento da pessoa no processo de deliberação, garantindo, portanto, uma melhoria contínua da prestação de cuidados. Logo se corrobora o defendido por Magalhães (2020), anteriormente.

Percorri as várias fases inerentes a este processo da mulher: acolhimento no serviço de internamento, acompanhamento à unidade de imagiologia para colocação do arpão eco guiado, cujo objetivo é o de identificar as lesões da mama não palpáveis (Ramos 2017), deslocação ao serviço de Medicina Nuclear para a realização da linfocintigrafia. Trata-se do diagnóstico e identificação do gânglio sentinela - o primeiro gânglio atingido pelas células malignas emitidas pelo tumor - através de radiofármacos, neste caso através do Tecnécio 99m (Vaz et al., 2018). Realizei, igualmente, a preparação para a cirurgia, seguindo as dinâmicas protocoladas; acompanhei as mulheres ao BO; permaneci no intraoperatório e na UCPA, prestei cuidados no pós-operatório mediato e, relativamente ao pós-operatório tardio, orientei-as na consulta de enfermagem pós-alta.

No decurso destas etapas, cada uma das mulheres lidou e expressou as suas emoções de forma particular. Apoiei-as na gestão dessas emoções; apliquei competências de comunicação e sensibilizei para o valor da persistência: este poderia ser um processo de cura e de esperança perante o seu problema de saúde. Demonstrei empatia; refletimos, conjuntamente, acerca de todas as fases.

Ribeiro et al. (2020) aludem que, para além da dor e da mutilação, as mulheres vivenciam fortes impactos psicológicos, resultando em sentimentos de várias intensidades e natureza, como o medo, a dúvida e a ansiedade. Reforçam que, mesmo sendo o prognóstico

otimista para a maioria das mulheres identificadas num estadio inicial da doença, o diagnóstico de cancro da mama acarreta um profundo impacto psicossocial nas pessoas e nos seus familiares. Mediante esta fragilidade, procurei envolver a pessoa no plano de cuidados com o intuito de agilizar o processo de gestão da doença; assegurei o respeito de escolha da pessoa e autodeterminação, no âmbito dos cuidados, assim como a confidencialidade e o direito à privacidade. Recordo, a título de exemplo, uma mulher que se recusou a ver a ferida cirúrgica, bem como o seu corpo. Adotei, assim, uma estratégia: no momento de realizar o penso, posicionava-a de costas para o espelho ou para algum vidro que refletisse a sua imagem. Paulatinamente, a cliente foi aceitando este processo de transição e, por sua iniciativa, foi observando o seu corpo. Como Lima (2019) expõe, as mamas são um símbolo de feminilidade, sexualidade, maternidade e fertilidade, pelo que tanto a doença como o tratamento causam grande impacto na autoimagem e sexualidade. Estes são, culturalmente, dois padrões que representam a sua identidade como mulher.

Na UH, atendendo às expectativas, à sua vulnerabilidade e aos seus medos e anseios, identifiquei e compreendi a abordagem a efetuar à pessoa em situação perioperatória, nos diferentes procedimentos. Neste contexto, promovi conforto e segurança, considerando o pudor e privacidade; fomentei o respeito pelo direito à privacidade. Nesta unidade, o facto de a pessoa estar apenas com uma bata durante os procedimentos fá-la sentir-se exposta. Por este motivo, redobrei a atenção, cobrindo-a com o lençol. Do mesmo modo, as salas da UH são frias, provocando o arrefecimento corporal e igualmente aumenta o risco de hipotermia. Como forma de minimizar este desconforto, providenciei antecipadamente um cobertor, garantindo a segurança, privacidade e dignidade da pessoa. Esta manifestou a sua satisfação pelo cuidado, já que se manteve a temperatura corporal.

As pessoas que são submetidas a procedimentos na UH, na maioria das vezes, desconhecem o teor destes procedimentos e os cuidados a ter durante e após os mesmos. Aquando do acolhimento na unidade, fiz por me inteirar do grau de literacia dos mesmos e da forma como compreendiam a situação. Posteriormente, esclarecia as suas dúvidas e receios. Segundo Varela (2016), as pessoas que têm um baixo nível de literacia fazem menos perguntas e apresentam dificuldade em discutir sobre as tomadas de decisão. Para a equipa de enfermagem, é um desafio incentivar as pessoas e as famílias com baixa alfabetização a expressar as suas preferências, a não ficar incomodadas em colocar questões ou até mesmo a colaborar nas decisões com o profissional de saúde. Após esta avaliação, descrevia os cuidados a ter com o procedimento, garantindo, assim, o respeito pelo direito à informação e exercendo terapêuticas que fomentassem a segurança, a intimidade e honradez da pessoa.

A desempenhar funções no BO desde 2002, primeiro como enfermeira instrumentista e circulante e, atualmente, mais vocacionada para a área da anestesiologia e UCPA, fui aprimorando as minhas competências e desenvolvendo uma prática profissional ética e legal de acordo com as normas, os princípios e a deontologia profissional. Acresce a importância de adquirir alguns conhecimentos de aspetos culturais e crenças/doutrinas. A este respeito, menciono o caso de algumas pessoas que, ao longo destes anos, contaram com os meus cuidados de enfermagem e que, apoiando-se na sua crença, não consentiam as transfusões sanguíneas. Revelando-se pessoas conscientes, informadas e apresentando documentação própria para o efeito, foi respeitada a sua vontade, assegurando-se, assim, o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais, e as práticas específicas da religião.

Atendendo a estes casos, há que garantir a segurança da pessoa: adotava uma conduta antecipatória, cateterizando acessos venosos de maior calibre para infusão rápida de soros expansores de volume, como o lactato de ringer; procedia à administração de substitutos de sangue como o sulfato ferroso, e de anti-hemorrágicos como a vitamina K e o ácido tranexâmico. Assim, estava acautelada a proteção dos direitos humanos e implementadas medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. Esta temática foi e é refletida em equipa, tornando-se um contributo para a análise dos fundamentos de tomada de decisão, considerando que os cuidados praticados foram suficientes para manter a estabilidade hemodinâmica dessas pessoas respeitando, similarmente, a sua vontade.

Salvaguardando os direitos individuais, informei adequadamente as pessoas (ainda conscientes), de acordo com a sua literacia, valores, crenças e costumes, da realização de cuidados e procedimentos, promovendo autonomia e responsabilidade.

Certifiquei-me que a comunicação foi compreendida e elucidativa, criando assim condições para a participação nas tomadas de decisão, obtendo, à posteriori, o seu consentimento. Já com as pessoas inconscientes, ou em coma induzido, atendi à sua vulnerabilidade, respeitando os direitos humanos, a dignidade, a privacidade, as responsabilidades profissionais e incrementei a segurança dos mesmos. Orientei-me pelo dever do sigilo profissional, consideração pela privacidade e confidencialidade da informação relativa ao doente. São princípios que muito prezo e valorizo e que procuro efetivar na minha prática diária. Julgo fazer uma prestação de cuidados assente na ética, no rigor, profissionalismo e no máximo respeito pela individualidade da pessoa no seu processo de transição.

No meu entendimento, a minha intervenção relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi equacionada, estando sempre ciente de que as

necessidades da pessoa e família foram mantidas, designadamente o respeito pelos seus direitos, no acesso à informação, à privacidade e confidencialidade e à liberdade de escolha, isenta de qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa. O sentido de integridade foi crucial para que eu pudesse promover o cuidado humano inserido numa abordagem multidimensional, capaz de atender às diversas dimensões da pessoa e sua família.

No **domínio da melhoria contínua da qualidade**, o Enfermeiro Especialista deve garantir esta competência com um pendor dinamizador, no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, reconhecendo a melhoria da qualidade na avaliação das práticas, com eventual revisão das mesmas e com implementação de programas de melhoria contínua (OE, 2019). Neste domínio, o Enfermeiro Especialista propicia um ambiente terapêutico e seguro. A melhoria sistemática da qualidade dos cuidados é uma temática de interesse nacional e enquadra-se na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. No Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio, a qualidade e a segurança surgem como uma obrigação ética, no sentido em que as mesmas contribuem para a redução de riscos que podem ser evitados, propiciando assim a melhoria dos cuidados, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados. O mesmo documento define qualidade em saúde como “(...) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p. 13551).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, aspirava melhorar a prestação sólida de cuidados de saúde a todos os níveis, de forma incorporada e num processo de melhoria ininterrupta da qualidade do SNS. Este plano visava alcançar os seguintes objetivos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; ampliar a segurança de comunicação; alargar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização de medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; acautelar o surgimento de úlceras de pressão; garantir a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (p. 3882). O PNSD 2021-2026, segundo o Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro, teve em consideração a avaliação da experiência resultante da execução do Plano de 2015-2020, e veio reforçar a necessidade de se destacar a importância da segurança do cliente, considerando este princípio, orientador de todos os

planos nacionais desenvolvidos neste âmbito. Portanto, o atual PNSD tem como objetivo consolidar e promover a confiança na prestação de cuidados de saúde.

No Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde (2020), a definição de “cuidados de saúde de qualidade” prende-se com os pressupostos de que os cuidados devem ser: eficazes e baseados na evidência; seguros, evitando prejudicar as pessoas a quem os mesmos se destinam; centrados nas pessoas, respondendo às suas preferências, necessidades e valores. Para que os mesmos promovam a melhoria progressiva da qualidade, segundo o mesmo documento, os serviços de saúde terão de ser: oportunos, reduzindo os tempos de espera; equitativos, com qualidade do cuidados prestados independentemente da idade, sexo, género, raça, etnia, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política; integrados com cuidados coordenados entre os diferentes prestadores ao longo de toda a vida; e eficientes, maximizando o benefício dos recursos e evitando o desperdício.

Os projetos de melhoria da qualidade na área da saúde tornaram-se, portanto, obrigatórios na medida em que estimulam a efetividade, a eficiência, a equidade e a segurança dos cuidados. Assim sendo, foram criadas as comissões de qualidade e segurança nas instituições de saúde, com o objetivo de consolidar e promover a segurança na prestação dos mesmos, segundo o que está definido na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, no Despacho nº 9390/2021.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, em 2017, aprovou por maioria, numa sessão extraordinária, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas diferentes áreas de intervenção. Estes padrões de qualidade visam ser norteadores e ser uma referência para a prática especializada do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, de acordo com a sua área de intervenção. O Enfermeiro Especialista idealiza, desenvolve e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvo dos seus cuidados, pretendendo a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação de situações complexas, maximizando as capacidades das pessoas, o bem-estar e a qualidade de vida (OE, 2017).

Estou ciente dos padrões e estratégias de qualidade da instituição hospitalar onde trabalho. Com vista a participar na definição de metas para a melhoria de qualidade dos cuidados em termos organizacionais e a realizar atividades e protocolos nesta área, integrei, ao longo do meu percurso profissional, o grupo de trabalho para a acreditação do serviço de Anestesiologia e do BO do Hospital Dr. Nélio Mendonça, através do Modelo de Acreditação ACSA, no desenvolvimentos de standards e protocolos, ambos aprovados com o nível Bom

pelo Ministério da Saúde Português. É um trabalho permanente ao qual dou seguimento diariamente, mobilizando conhecimentos e aptidões com a garantia da melhoria contínua da qualidade. O Modelo ACSA é um protótipo espanhol e foi eleito pelo Ministério da Saúde português por se adaptar aos critérios estabelecidos pela Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde. Além de ser um modelo consolidado e reconhecido, possui o intuito de verificar a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde (SNS, 2021).

The Andalusian Agency for Healthcare Quality identifica-se como uma organização pública, vinculada ao Ministério da Saúde do Governo Regional de Andaluzia. Foi fundada com o objetivo de assegurar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no Serviço Público de Saúde da Andaluzia. Foi assim criado o modelo de acreditação ACSA, que se designa como um organismo de certificação de qualidade para organizações de saúde e serviços sociais. Apoiar as organizações e profissionais de saúde na melhoria da qualidade do seu trabalho, através de certificações e outros projetos que fomentem a segurança do cliente, o desenvolvimento profissional e a inovação em saúde.

Machado (2020), na sua dissertação de mestrado, expõe que o modelo ACSA procura a excelência nos cuidados de saúde e promove uma cultura de melhoria contínua. Esta não é apenas uma entidade certificadora, mas também uma organização que gera conhecimento sobre a qualidade, resultante de trabalhos de investigação e dos próprios processos de avaliação, a partir de critérios e padrões de desempenho mais complexos e abrangentes. Tem por base três pilares (gestão por processos, gestão clínica e gestão por competências) que vão atuar em várias dimensões da qualidade, nomeadamente, o cidadão como centro do sistema de saúde, integração e continuidade dos cuidados de saúde, os profissionais, os processos de suporte e os resultados.

Ao longo das práticas clínicas, inteirei-me dos projetos de melhoria contínua da qualidade em cada um dos serviços, de forma a conhecê-los e agir em conformidade com os mesmos. Desenvolvi, assim, práticas de qualidade, gerindo e colaborando nos programas de melhoria permanente. Diferentemente do BO e do serviço de Cirurgia da Mama, a UH está ainda no processo de acreditação para a certificação da qualidade, o que permite concluir que são serviços empenhados na sua melhoria sistemática. Deste modo, os ensinamentos clínicos, para além de serem importantes para interpretar, entender e alcançar diferentes contextos do cuidado à pessoa em situação perioperatória (como por exemplo, em regime ambulatorio e no internamento), foram igualmente relevantes para perceber o compromisso de cada serviço no desenvolvimento de estratégias para maximizar a qualidade e a segurança da pessoa e sua família. São serviços com definição precisa das funções e responsabilidades de cada

elemento da equipa multidisciplinar o que, por sua vez, institui cuidados adequados e seguros. Promovem a ligação entre os diferentes projetos da instituição, têm planos de integração para os novos profissionais bem definidos, apresentam planos elucidativos e protocolos de funcionamento do serviço, de procedimentos e de sistemas/equipamentos tecnológicos adequados às necessidades atuais e de cada um dos serviços. Concorre, por isso, para uma uniformização dos cuidados e procedimentos, o que se traduz também numa maior confiança e qualidade dos mesmos para a pessoa (Veloso 2018).

Nos ensinamentos clínicos e na minha prática diária no BO, pude orientar a minha prestação de cuidados no sentido de minimizar os riscos e aumentar a segurança. Para tal, avaliei as minhas intervenções, refleti, analisei e solicitei diretrizes junto dos enfermeiros tutores com a intenção de promover um ambiente seguro. No serviço de CM, inicialmente, contei com algumas dificuldades neste processo, mas, com o decorrer do ensino clínico, e com a orientação da enfermeira tutora e restantes colegas do serviço, fui atuando com maior confiança, segurança e valendo-me da evidência científica. Este suporte refletiu-se nas minhas intervenções de enfermagem, favoráveis a um ambiente de confiança e empatia, garantindo, pois, a qualidade dos cuidados com a pessoa a vivenciar uma experiência cirúrgica.

Segundo Rafter et al. (2015), 70% dos eventos adversos reportados nos hospitais mundiais são referentes a quedas, úlceras por pressão (UPP) e a erros relacionados com a preparação/administração de fármacos. Colaborei, de forma ativa, com a equipa, avaliando e identificando os perigos de queda, através da escala de Morse. No serviço CM, as pessoas eram autónomas e independentes, no entanto, nos pós-operatório mediato, atuei com medidas de prevenção de quedas. Um dos critérios foi a elevação das grades da cama; outra foi a colocação da marquês o mais próximo possível do chão, por logo ter constatado, na UH, as limitações que alguns clientes possuíam na subida e descida da marquês e na marcha e, sobretudo, devido à idade ou as suas patologias. Por outro lado, no bloco operatório, a vulnerabilidade das pessoas é maior, pelo que o cuidado na prevenção de quedas é um foco constante, procedendo-se à elevação de grades na UCPA, à colocação de faixas de contenção de acordo com o posicionamento cirúrgico e à vigilância mais próxima das pessoas com alterações de consciência.

A avaliação de ocorrências de UPP foi feita através da escala de Braden. Monitorizei zonas de pressão, assegurei posicionamentos adequados com rolos e roscas de gel, dei especial atenção aos cuidados da pele e, relativamente aos doentes submetidos a uma anestesia geral, tenho o especial cuidado de proteger os olhos com um colírio ou proceder

ao encerramento manual das pálpebras de forma a prevenir úlceras da córnea. Procuro sistematicamente otimizar os cuidados e promover um ambiente seguro.

Garanti igualmente boas práticas na preparação e administração de fármacos, fazendo uma gestão segura dos mesmos, conforme explanado no Despacho 9390/2021 do Diário da República. Estou em condições de assegurar que este é um procedimento tido em conta por todos os serviços por onde passei. Os fármacos são preparados e administrados consoante a prescrição eletrónica, no sistema informático, sendo identificados de acordo com risco (a vermelho os fármacos de alto risco), com nome ou aspeto semelhante, conhecidos como *look-alike* e *sound-alike* ou LASA. Procedi sempre à dupla verificação, certifiquei-me que administrava o medicamento exato à pessoa correta, confirmando a identificação com dados fidedignos, como o nome, a data de nascimento e o número de processo da instituição; atestei que a administração decorria à hora certa e pela via correta, com uma duração de administração acertada e com a validade dentro do prazo. Após a administração, procedia à avaliação e registava todo o procedimento.

Nos resultados do estudo descritivo de Villar et al. (2021), relativo aos incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil, os mais apontados estiveram relacionados com o uso de medicamentos (50,8%), com as quedas (7,5%) e com as infeções associadas aos cuidados de saúde (7,2%). A implementação de métodos de segurança e conseqüente melhoria da qualidade tem como objetivo diminuir a ocorrência destes e de outros incidentes. No ponto 5, Norma 17/2022 da DGS, descreve-se que “o sistema de notificação de incidentes de segurança do doente deve permitir o reporte, a análise, a gestão e a monitorização do incidente, conduzindo à implementação efetiva de medidas e/ou corretivas de situações geradoras de dano, real ou potencial” (p. 3). Daí a importância da sua notificação quando estes ocorrem, como defendem Dias e Carreiro (2020), afirmando que a comunicação de complicações em saúde é de máxima importância para a segurança da pessoa e para a melhoria contínua da qualidade em saúde.

Por esta razão, os serviços em questão possuem um sistema de notificação de incidentes, que promove a aprendizagem com o erro e com a conseqüente implementação de ações de melhoria. No entanto, as mesmas autoras, Dias e Carreiro (2020), concluíram no seu estudo, “Perfil das notificações de incidentes em saúde em um hospital universitário”, que existe uma subnotificação de incidentes, associada, maioritariamente, ao receio de reportar e à falta de conhecimentos acerca da temática. Constata-se que o enfermeiro especialista deve desempenhar um papel ativo na formação e encorajamento dos seus pares,

de modo a eliminar o medo e a entender a notificação de incidentes como uma oportunidade de melhoria e aprendizagem.

Ainda relativamente à qualidade, a comunicação surge como garantia do prosseguimento dos cuidados e do tratamento adequado. Para Caselhas (2020), a interlocução entre os profissionais de saúde representa um desafio, visto que os erros e lacunas associados à mesma, em momentos de transição de cuidados, podem colocar a segurança da pessoa em risco. Posto isto, no CM e na UH fui praticando e aperfeiçoando a comunicação entre pares, à medida do tempo e da experiência. As passagens de turno dispunham de procedimentos implementados para que a informações fossem transmitidas de forma assertiva, precisa e esclarecedora, tais como a identificação, a situação atual, antecedentes e recomendações.

Em modo de síntese, reforço que, no que concerne ao domínio das melhorias, foi minha preocupação atestar uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e com segurança, recorrendo à análise crítica e reflexão diárias acerca da prática clínica. O intuito foi o de aperfeiçoar procedimentos e condutas sempre com vista à excelência profissional.

O **domínio da gestão dos cuidados** consta no Regulamento n.º140/2019 como um domínio composto por duas competências: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos humanos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4745). Assim sendo, o Enfermeiro Especialista deve adotar um papel proativo na gestão dos cuidados de enfermagem, tal como na gestão da equipa, assegurando, deste modo, a otimização da resposta e adaptando a liderança aos recursos existentes, às situações e ao contexto em causa, sem nunca descurar a qualidade dos cuidados (OE 2019).

No Regulamento 76/2018, publicado no Diário da República, é evidente a importância do domínio da gestão dos cuidados na enfermagem especializada já que “o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde...” (p. 3478). Ao Enfermeiro Especialista compete otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, supervisionado as tarefas delegadas, garantindo, assim, a segurança e a qualidade, conforme explanado no Regulamento n.º140/2019.

Freire et al. (2019) definem a liderança como a capacidade de influenciar um grupo com o intuito de alcançar objetivos comuns. Relatam ainda que o enfermeiro líder implementa na sua rotina de comando a capacitação dos seus pares, envolvendo a equipa no

planeamento, prestação e avaliação dos cuidados - o que vai ao encontro do domínio da gestão dos cuidados do enfermeiro especialista, nomeadamente, nas tomadas decisões da equipa de saúde, na implementação de métodos de organização de trabalho adequados, na utilização dos recursos de forma a fomentar a qualidade dos cuidados e, por fim, na promoção de um ambiente positivo e favorável à prática.

No decorrer das minhas práticas clínicas, e tendo em conta estas linhas de pensamento, observei o papel da enfermeira-chefe e, sempre que possível, acompanhei-a no desempenho das suas funções. Perante a ausência ou indisponibilidade da enfermeira-chefe, a responsabilidade da gestão do serviço recaía na Enfermeira Especialista do serviço. Assim, procurei identificar o seu papel/função, através da conversação, mas também mediante a observação do seu trabalho, sem esquecer o pensamento reflexivo. Presenciei o seu cuidado nas inter-relações, a forma de lidar com os clientes profissional e amistosa, respeitadora dos direitos humanos. Constatei, igualmente, que gozava de capacidade analítica e interpretativa das diferentes situações específicas, bem orientando situações potencialmente comprometedoras para as pessoas. Sem dúvida, assumia um papel de liderança, de comunicação assertiva, de gestão de recursos humanos e materiais, estimulando sempre o trabalho em equipa.

No caso da UH, e sendo uma dependência do serviço de Cardiologia, a gestão era já concretizada por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para um cuidado com qualidade e segurança à pessoa e à sua família, a mesma tirava partido das suas competências enquanto especialista. Na sua ausência a gestão da unidade ficava a cargo do enfermeiro com mais experiência na área, e a quem os seus pares identificavam como perito. Cabia, frequentemente, ao enfermeiro responsável gerir a sua prestação entre o cuidado direto à pessoa e a gestão do serviço, atendendo às prioridades de cada momento, o que muitas vezes, se traduzia numa tarefa árdua. Recordo que no Regulamento 743/2019, referente à norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, fica claro que o número apropriado de enfermeiros é fundamental para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde, sendo necessário, por isso, uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população.

No CM, a gestão dos recursos humanos efetuava-se a partir do método de trabalho do enfermeiro responsável, e de acordo com o número de horas de cuidados necessários de cada pessoa, no sentido de não haver sobrecarga de tarefas. No entanto, e devido à pandemia que se viveu, a falta de recursos humanos foi uma constante, tendo a chefe do serviço que fazer constantes atualizações do horário em vigor.

Neste ensino clínico, inicialmente, a minha função foi mais de observadora, conjugada com a reflexão acerca das competências do Enfermeiro Especialista. Progressivamente, fui aumentando a participação na tomada de decisão da equipa, à medida que me senti mais confiante das minhas aptidões. Julgo ter alcançado melhorias no que respeita à informação disponibilizada no acolhimento e nas práticas e procedimentos do BO, no sentido de orientar e esclarecer as pessoas submetidas à cirurgia, otimizando, assim, o processo de cuidados. De igual forma, penso que: geri o meu tempo para dessa forma prestar cuidados atempadamente e de qualidade; formulei diagnósticos de enfermagem; elaborei planos de cuidados individualizado e, após a sua implementação, procedi à avaliação dos resultados. E ainda: colaborei na gestão e organização de recursos materiais, para uma melhor funcionalidade e controle de *stocks*; procurei fomentar um ambiente positivo e organizado de modo a orientar para uma prática otimista e confiante. Uma vez mais, apercebi-me da relevância/papel do Enfermeiro Especialista na capacitação da pessoa e família na gestão da experiência cirúrgica, na promoção de cuidados especializados e na maximização da segurança.

Na mesma linha de método de trabalho dos serviços mencionados anteriormente, no BO, a gestão é feita pela enfermeira-chefe, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que é igualmente substituída por um Enfermeiro Especialista na sua ausência; as diferentes equipas de enfermagem são geridas por Enfermeiros Especialistas. A administração dos recursos humanos realiza-se por salas operatórias, pela UCPA e por serviços externos ao BO. Cada sala operatória tem alocados três enfermeiros, dois da área da instrumentação e circulação e um da área da anestesia. Na UCPA, são destacados, no mínimo, dois enfermeiros, tal como está estabelecido no Regulamento nº743/2019 da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Nos serviços externos, como o bloco de exames de Gastroenterologia, o serviço de Imagiologia e a UH, há um enfermeiro de anestesia destacado.

Ainda que não sendo Enfermeira Especialista até a data, relembro que possuo uma vasta experiência no serviço ao BO. Assim, fui desenvolvendo, durante estes anos, a gestão dos procedimentos de enfermagem, aprimorando e promovendo a qualidade dos cuidados, em resposta às necessidades da pessoa e da sua família, garantido também a segurança dos mesmos. Para Benner (2005), e de acordo com o seu modelo de obtenção, a evolução do desenvolvimento de competências do enfermeiro é baseada nas experiências vivenciadas e a excelência da prática dos cuidados ocorre quando o profissional atinge a perícia profissional. A mesma autora defende que o especialista tem uma grande experiência,

compreende cada situação de maneira instintivamente e aprende diretamente o problema sem se desorientar. Este processo de aquisição de aptidões dos enfermeiros desenrola-se em várias etapas: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Benner (2005) define sucintamente que o enfermeiro iniciado atua apenas de acordo com os regulamentos. Por outro lado, o iniciado avançado conta já com alguma experiência, que lhe possibilita considerar as situações e os seus elementos, principiando a conceção de raciocínios clínicos, baseados na experiência, para guiar a sua ação. O enfermeiro competente é aquele com alguma experiência na área de intervenção, com um pensamento fundamentado, baseando as suas ações no abstrato e analítico; o proficiente mostra uma visão global das situações e aplica a experiência na previsão de situações similares e na otimização dos seus planos de ação; o perito é um enfermeiro com um desempenho extremamente eficiente e com uma consciência global e holística da situação, pela qual define a sua ação.

Sustentada na descrição destas etapas, identifico-me e sou igualmente reconhecida pelos meus pares como *perita* na área do BO, no âmbito da minha intervenção. Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados no BO, ao longo da minha experiência profissional, exerci funções de chefe e responsável de equipa por diversas vezes pelo facto de ser reconhecida como perita pela equipa. Este contexto proporcionou-me experiências e conhecimentos para poder gerir e otimizar a resposta dos recursos humanos e materiais, atendendo à promoção da qualidade, segurança dos cuidados e das tarefas delegadas, com adequação dos recursos às necessidades de cuidados e aos desafios de cada momento. Atendi às particularidades de cada especialidade clínica, coordenando a equipa de enfermagem de acordo com as competências de cada profissional. Fi-lo de forma a promover a qualidade dos cuidados adequados a cada situação, utilizando assim os recursos de forma eficiente e implementando métodos de organização, aquando da realização de cirurgias eletivas, de urgência e até mesmo de emergência.

Porque acredito que pessoas felizes trabalham melhor, fomentei um ambiente positivo e favorável à prática clínica, assim como apliquei estratégias de motivação para um desempenho diferenciado, tal como: o reconhecimento profissional de cada um, o respeito e a confiança por cada identidade, a partilha e envolvimento dos mesmos no processo de tomada de decisão, a estimulação e encorajamento da autonomia e, não menos importante, a valorização e agradecimento pelo trabalho desenvolvido.

Para Salas-Vallina et al. (2018), a felicidade no trabalho é uma variável de particular importância na vida das organizações e trabalhadores. Os autores defendem que alcançar a

felicidade no local onde permanecemos grande parte do dia e pôr em prática as nossas competências é muito importante. A felicidade é um fator preponderante na motivação e conseqüente melhor desempenho de funções. Ainda para os mesmos autores, os trabalhadores que necessitam de reflexão, pensamento crítico e de tomada de decisão no trabalho, valorizam líderes que lhes proporcionem maior autonomia, oportunidade de crescimento e reconhecimento pelo trabalho efetuado.

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** o Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento e assertividade no seu trabalho, baseando a sua prática clínica especializada na evidência científica. É um elemento diferenciado e importa que sirva de referência no meio onde se insere; goza de discernimento individual e profissional, no sentido em que incrementa no seu percurso o autoconhecimento com o objetivo de facilitar o relacionamento com a pessoa, familiares e toda a equipa multidisciplinar. O Enfermeiro Especialista assenta os processos de tomada de decisão e intervenções em informação válida, atual e pertinente, imputando-se como um elemento facilitador nos processos de aprendizagem e com um papel ativo na investigação, conforme descrito no Regulamento nº 140/2019.

Ao longo dos vinte e um anos de exercício profissional, senti vontade de alargar aprendizagens. Na generalidade das pessoas, quem nunca quis progredir, aperfeiçoar as suas aptidões, sobretudo, na sua área profissional? Eu não sou exceção. Quis e quero aprimorar a destreza nas intervenções, assim como desenvolver habilidades e competências nos diferentes domínios, desde os técnicos, científicos, relacionais e comunicacionais. Esta necessidade pela busca do conhecimento advém das minhas experiências diárias e dos desafios constantes, particularmente, o trabalhar num bloco operatório. Frequentei variadíssimas formações/cursos, desempenhei também a função de formadora em serviço, nas seguintes temáticas: carro de entubação difícil e broncofibroscópio; funcionamento do videolarincoscópio e fibroscópio rígido; práticas de anestesiologia para enfermeiros.

A área da Enfermagem Perioperatória é-me especialmente cara e com a qual me tenho envolvido particularmente. Assim, quando em 2018 foi aprovado o Regulamento de Competências Específicas do EEEMCEPSP, despertei para a importância de melhorar a minha atuação enquanto enfermeira do perioperatório e de promover cuidados de excelência às pessoas que deles dependem. Ingressar neste Mestrado foi o momento adequado para a concretização deste anseio. Foi a possibilidade de levar adiante a materialização dessa busca incessante pela excelência do exercício profissional, numa área tão específica como o perioperatório. Foi, indubitavelmente, a oportunidade de aprofundar o meu leque de

conhecimentos, conduzindo-me a uma prestação de cuidados especializada, segura, competente e de qualidade.

Os ensinamentos clínicos foram, naturalmente, uma mais-valia no desenvolvimento das aprendizagens. O contacto com outros contextos da prática de enfermagem, outras dinâmicas e outros desafios propiciou a vivência de estratégias e abordagens diferentes das por mim experienciadas na prestação de cuidados, nomeadamente no serviço de CM. Este contacto com realidades díspares exigiu de mim uma grande capacidade de adaptação de forma a poder desenvolver as competências impostas como futura enfermeira especialista.

Na UH, reconheci as minhas limitações no que concerne aos procedimentos efetuados. Tendo esta consciência, procurei otimizar os conhecimentos já alcançados, coadjuvando-os com estudos e pesquisas nas mais recentes evidências. Assim, poderia inteirar-me melhor, bem compreender e explorar os cuidados de enfermagem pré e pós-operatório nalguns procedimentos, tais como a implantação percutânea de próteses valvulares aórticas e de dispositivos de ressincronização e/ou desfibrilhação.

No decurso do ensino clínico no CM, pareceu-me indispensável encetar pesquisas bibliográficas acerca de algumas especificidades da cirurgia da mama, tendo como foco as pessoas e a sua família. Atentei nos cuidados de enfermagem especializados a considerar no pré e pós-operatório: a partilha de informações relativamente aos dois momentos; a preparação para a cirurgia; a orientação sobre os procedimentos a realizar; o apoio emocional e orientação objetiva e racional (diminuindo preocupações, inseguranças, angústias e medos); o estímulo para a participação no processo, promovendo a capacidade de tomada de decisão. Importa ainda referir: a probabilidade de alteração de movimentos, sobretudo, do braço/ombro do lado da cirurgia, (e orientação sobre exercícios a realizar); a dor e o alívio da mesma; a promoção do autocuidado; a monitorização de potenciais complicações (infecção e linfedema); e a alteração da imagem corporal (e suas consequências), promovendo-se estratégias para conviver/lidar com esta circunstância – o uso de dispositivos de adaptação (próteses, roupas e cosméticos).

Documentei-me acerca dos diferentes tipos de carcinomas da mama, admitindo também as minhas lacunas nesta área. Informe-me dos vários tratamentos, de acordo com o tipo de cirurgia e métodos complementares de diagnóstico; consulte e analisei os procedimentos e protocolos existentes no serviço, nomeadamente: “Preparação pré-operatória para cirurgia Ginecológica, Mamária e Uroginecológica”, “Acolhimento do Doente/Pessoa Significativa” e “Cirurgia Mamária”. A mais-valia desta pesquisa/estudo

resultou em vantagens na qualidade dos cuidados especializados de enfermagem prestados, beneficiando assim a pessoa e a família em situação perioperatória.

Atuei como formador oportuno, sendo facilitadora de aprendizagem e agindo como dinamizadora de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, tendo em vista os ganhos em saúde. Para isso, realizei uma ação de formação dirigida aos enfermeiros do serviço de CM, intitulada “Consulta de Enfermagem Pré-Operatória à Pessoa com Patologia da Mama a Vivenciar a Experiência Cirúrgica”. O principal objetivo foi o de patentear as vantagens e desvantagens das CEPO para a pessoa a vivenciar uma experiência cirúrgica e culminou com um mapa conceptual elucidativo dessas mesmas vantagens. Demonstrou-se, assim, os ganhos em saúde com a implementação da CEPO. Acrescenta-se que repliquei esta atividade formadora em três sessões, procurando abranger o maior número de enfermeiros.

A minha opção por esta temática prendeu-se, sobretudo, com a opinião de que a implementação da consulta de enfermagem pré-operatória contribui para a melhoria dos cuidados de enfermagem, aumenta os ganhos em saúde dos clientes, alarga os conhecimentos dos mesmos, facilita a vivência da experiência e diminui a ansiedade (Gonçalves et al., 2019).

Avaliei o impacto desta formação, medindo-a a partir da receptividade da equipa de enfermagem do serviço de CM. Aceitaram-na prontamente e participaram, concordando com a pertinência e importância da consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa com cirurgia eletiva. Ficou o entusiasmo e a vontade de implementar a CEPO pelo papel contributivo que esta assume na garantia da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, aumentando assim os ganhos em saúde.

Analisando o meu percurso durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considero que desenvolvi as competências comuns do Enfermeiro Especialista, indo ao encontro do explanado no Regulamento nº 140/2019. Assentei os processos de tomada de decisão e as intervenções de enfermagem em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes. Demonstrei possuir uma base de saberes sólida e que se refletiu numa prestação de cuidados de qualidade. As dificuldades encontradas ao longo da prática confluíram em momentos de ponderação para um melhor desenvolvimento das competências comuns, orientando-me para contextos de pesquisa nas mais variadas fontes de evidência científica, ciente que o desenvolvimento das aptidões do enfermeiro especialista é um processo progressivo e inacabado. O desenvolvimento das competências específicas é descrito e explanado nos subcapítulos seguintes.

2.3. Desenvolvimento das competências específicas

Os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, conforme elucidado no Regulamento nº 429/2018, têm como finalidade a melhoria da qualidade da vida da pessoa. Determinam que o especialista desta área acompanhe, desde logo, o avanço no conhecimento e desenvolva uma prática fundamentada nas mais recentes evidências. A Enfermagem Médico-Cirúrgica é uma área bastante vasta, pelo que, atualmente, sobressaem quatro diferentes áreas específicas de enfermagem. No que diz respeito aos cuidados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória, o alvo de intervenção é “(...) a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem a experiência cirúrgico/anestésica.” (p.19366).

Em 1969 a Association of Operating Room Nurses (AORN) definiu o conceito de “enfermagem perioperatória” como o conjunto das atividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante os três períodos da experiência cirúrgica (pré, intra e pós-operatório). Já em 2006, a AESOP designa “enfermagem perioperatória” como um “conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (...) o enfermeiro reconhece as necessidades do doente (...) executa-as (...) e avalia os resultados obtidos (...)” (p.107).

A OE (2017), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória, salvaguarda que estes cuidados se desenvolvam num processo padronizado de boas práticas que configurem terapêuticas confiáveis e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa, continuamente (antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico). Estas têm como objetivo proporcionar ao cliente proteção na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-lo e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde.

Analisando de forma mais profunda estes *padrões*, identificamos como pilares dos cuidados de enfermagem especializados: o reconhecimento do outro e a capacitação como base da intervenção e do processo de enfermagem; a vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória (que pode resultar na sua impossibilidade de responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes do procedimento cirúrgico e anestésico); a responsabilidade de cuidado (o enfermeiro na área da enfermagem perioperatória tem o encargo de promover resultados positivos e ajudar a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar); a prudência e a gestão de risco (o enfermeiro detém competências na gestão dos riscos e das

consequências possíveis e prováveis de cada decisão ou ato). Este profissional atua com consciência cirúrgica, que é um princípio ético e moral que o orienta nesta prática, agindo em benefício do cliente, em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado (OE, 2017).

Ainda no Regulamento nº 429/2018, pormenoriza-se as áreas de atuação do Enfermeiro Especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória: a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. São áreas de atuação que se complementam entre si, comportando as fases pré, intra e pós-operatória.

A etapa do pré-operatório principia no momento em que a pessoa e o médico se decidem pela cirurgia e termina aquando da transferência do cliente para a marquesa operatória. Por sua vez, a fase intraoperatória, inicia-se neste segundo momento do pré-operatório, culminando com a transição para a UCPA. Finalmente, a fase do pós-operatório começa com a admissão na UCPA e encerra após a recuperação do processo cirúrgico/anestésico (Ferrito, 2014).

No subcapítulo que se segue, passo a desenvolver/demonstrar a aquisição das competências específicas do EEEMCEPSP, enunciadas no Regulamento nº 429/2018.

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

Em 2021, a Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN) definiu o enfermeiro perioperatório como o profissional capaz de reconhecer e atender às necessidades físicas, psicológicas, socioculturais e espirituais da pessoa/família, através de um plano individualizado de cuidados, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar da pessoa antes, durante e após a cirurgia.

Neste contexto, e em conformidade com o Regulamento 429/2018, *o cuidar* mostra-se como competência específica do Enfermeiro Especialista, de forma a repor ou manter a saúde da pessoa e respetiva família ou pessoa significativa em situação perioperatória. De acordo com a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o Enfermeiro Especialista impulsiona os seus conhecimentos para cuidar do cliente, possibilitando a compreensão do processo e educando para o autocuidado e reintegração familiar e social.

Pela minha experiência em BO, procedo em conformidade, nas diferentes áreas de atuação, nomeadamente, com a visita pré-operatória, na anestesia, na circulação, na instrumentação e nos cuidados pós-anestésicos.

A visita pré-operatória de enfermagem é, segundo Pires e Rego (2016), um momento decisivo para o planeamento das atividades a desenvolver, que tem como objetivo a elaboração de um processo de cuidados individualizados e humanizados, prestando apoio psicológico à pessoa, ajudando-a a lidar com os seus medos e receios, preparando-a para uma experiência cirúrgica mais segura. Camargo et al. (2021) corroboram da mesma convicção quando afirmam que a visita de pré-operatório pretende apoiar a pessoa e a sua família a compreender e preparar-se para o procedimento anestésico-cirúrgico, identificando e analisando as necessidades individuais, diminuindo a ansiedade e contribuindo para sua recuperação. Segundo as mesmas autoras, a preparação e capacitação adequada da pessoa para o procedimento anestésico-cirúrgico é fundamental para o sucesso do procedimento e para o retorno da mesma às atividades diárias.

Durante o meu percurso profissional foram inúmeras as vezes que efetuei a visita pré-operatória. Nesses momentos, o primeiro passo foi apresentar-me e explicar o motivo da minha visita. Seguidamente, procedi à identificação da pessoa e confirmei o uso da pulseira de identificação, ao mesmo tempo que busquei inteirar-me das suas necessidades. Depois, identifiquei diagnósticos de enfermagem e confirmei se o cliente tinha conhecimento da cirurgia e das implicações da mesma. Por outro lado: forneci informação sobre o circuito do BO, reforcei a importância do banho pré-operatório, da necessidade de retirar próteses dentárias e adornos ou maquilhagem e aludi ainda ao uso do vestuário específico para o bloco, e à importância do jejum. Por fim, informei da ocorrência da dor no pós-operatório e expliquei as várias medidas para o controlo da mesma.

Revela-se interessante a atitude de confiança e segurança do cliente que chega ao BO para ser intervencionado, após a visita pré-operatória do enfermeiro. O impacto do diálogo nesta fase é quase sempre favorável à pessoa, mas igualmente gratificante para mim, enquanto enfermeira do perioperatório. Concluída a visita pré-operatória, e depois de aferidas as necessidades da pessoa, organizo o material necessário à cirurgia, planifico os cuidados de enfermagem e reúno com a equipa para troca de informações e determinação de ações.

Como já apontado, principiei funções no BO como enfermeira instrumentista/circulante, maioritariamente na área de Urologia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Obstetrícia, em cirurgias eletivas e de urgência/emergência. Durante este período

inicial no BO, desenvolvi competências e assumi responsabilidades na manutenção de um ambiente seguro e nos cuidados multidisciplinares. Assim: delineei os cuidados, preparei e confirmei a funcionalidade do material e equipamentos necessários para a cirurgia, verifiquei a limpeza de superfícies e esterilização do material, assegurei a temperatura e ventilação da sala operatória, forneci os dispositivos médicos necessários, cumpri e fiz cumprir as regras da assepsia cirúrgica, colaborei no posicionamento do doente. Ainda promovi um ambiente sereno para a pessoa e equipa cirúrgica, desenvolvendo assim a minha intervenção numa perspetiva interprofissional na gestão de stress e conflitos, fomentando um ambiente harmonioso, de acordo com o especificado no Regulamento 429/2018.

Em 2005, passei a desenvolver a minha atividade na área de anestesia e UCPA. Julgo poder afirmar que domino todas especialidades nas cirurgias eletivas, urgências e emergências, com exceção da cirurgia Cardiorácica, que dispõe de uma equipa própria.

Como enfermeira de UCPA, promovo a recuperação da anestesia, ao receber o cliente na unidade, previamente preparada para o efeito. Observo imediata e rapidamente a respiração, a permeabilidade da via aérea, a coloração da pele, o nível de consciência, pensos, drenos, permeabilidade de soroterapia, entre outros. De seguida, administro analgesia prescrita, mantenho monitorização contínua dos sinais vitais e, quando necessário, incentivo à respiração profunda. Ainda: zelo pela segurança e conforto da pessoa, atendo às suas necessidades e/ou da família (no caso das crianças acompanhadas por um dos pais ou familiar significativo), proporciono-lhes apoio emocional, tendo em conta que são sempre momentos de ansiedade e receios. Quando oportuno, efetuo ensinamentos e esclareço dúvidas.

Possuo largos conhecimentos e domino os riscos de complicações a que as pessoas estão sujeitas, na UCPA. Assim, planifico as minhas ações no sentido de os evitar ou minimizar. Cunha (2022) considera crítico e de grande vulnerabilidade para a pessoa o período pós-anestésico, pela conjugação dos riscos associados à cirurgia e à anestesia. Deste modo, defende que os cuidados de enfermagem na UCPA assumem particular relevância para responder aos problemas deste período. Para a autora, o enfermeiro constitui o elemento-chave da equipa multidisciplinar nestas unidades. De acordo com as diretrizes da American Society of Anesthesiologists, todos as pessoas submetidas a uma anestesia geral, local ou cuidados de anestesia monitorados devem ser alvo de cuidados pós-anestésicos adequados, na UCPA, e monitorizados de forma consistente.

A visita pós-operatória inclui-se no pós-operatório mediato e realiza-se com o principal objetivo de monitorizar a dor aguda, no entanto, aproveito este momento para proceder a uma avaliação geral da pessoa: a sua evolução, recuperação física e bem-estar

psicológico. Atendo às necessidades do cliente e realizo ensinamentos, se for pertinente, como forma de auxílio à pessoa e respectiva família. Desenvolvo, para tal, um plano de instrução, ensino e treino, promovendo a capacitação, autogestão e recuperação da pessoa na sua experiência cirúrgica.

Tirando partido da minha experiência profissional no BO, tenho desenvolvido e aperfeiçoado competências específicas na área da enfermagem perioperatória. Por conseguinte, encontrei no ensino clínico de opção a possibilidade de desenvolver conhecimentos e habilidades no cuidado à pessoa/família, desde a fase pré-operatória ao pós-operatório mediato/alta. Sendo uma lacuna no meu percurso profissional, foi o modo de expandir todo um leque de conhecimentos e desenvolver competências especializadas no cuidado integral à pessoa em situação perioperatória. Por esta razão, procurei nos meus ensinamentos clínicos colocar em prática cuidados especializados inerentes à minha condição de futura EEEMCEPSP. Capacitei a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica, promovi cuidados à pessoa em situação perioperatória e desenvolvi a minha intervenção numa perspetiva interprofissional.

Durante o ensino clínico na Unidade Hemodinâmica, focada no *empowerment* da pessoa a vivenciar a experiência cirúrgica, pude tomar conhecimento da estrutura e dinâmica organizacional e funcional da mesma, o que me propiciou ferramentas para a promoção de cuidados à pessoa ao longo das diversas fases da sua estadia na unidade. Cuidados como: receção/acolhimento (pré-operatório) da pessoa e da sua família ou pessoa significativa na UH, na sala de hemodinâmica (intraoperatório), durante os procedimentos, e na sala de recuperação (pós-operatório). Foi ainda possível participar na consulta de enfermagem pré-operatória e de *follow up*.

No pré-operatório, colaborei muitas vezes no acolhimento da pessoa e sua família na UH, identificando as suas necessidades que, frequentemente, se prendiam com a abordagem do procedimento, a duração e os cuidados no domicílio. A informação foi transmitida indo ao encontro das carências manifestadas e identificadas da pessoa e sua família – estabeleceu-se, assim, uma relação de proximidade. Nos ensinamentos à pessoa e família, inteirei-me do seu grau de literacia, da sua compreensão da situação e das dúvidas inerentes, assegurando que a pessoa compreendia toda a informação, sabendo que o grau de literacia pode influenciar a tomada de decisão e o comprometimento na gestão da experiência cirúrgica. Este fator traduz-se numa dificuldade acrescida para a equipa de enfermagem no sentido de envolver a pessoa na experiência a vivenciar.

Para Almeida (2019), “a comunicação é a base estruturante em que a literacia em saúde assenta e que permite estabelecer relações entre as pessoas” (p.43). Menciona ainda que a relação instituída entre os profissionais de saúde e a pessoa assenta numa conversação interpessoal, que é o coração da qualidade dos cuidados de saúde. Reforça que a interação entre o profissional de saúde e o cliente resulta na promoção do conhecimento com vista a melhores resultados em saúde, sendo a comunicação o fator chave para que as pessoas consigam “aceder, compreender e usar a informação em saúde, por forma a tomarem as melhores decisões sobre a sua saúde e os que dela dependem” (p.44).

Na UH, preparei o cliente para ser submetido a diversos procedimentos, eletivos ou de urgência, que englobou cuidados como a tricotomia nas zonas possíveis de punção, (realizada o mais aproximado da realização do procedimento), bem como a antibioterapia profilática, o cumprimento do jejum, a obtenção de conhecimento sobre a existência ou não de alergias, o peso e a altura. Durante esta preparação, um diálogo profícuo possibilitou a realização de uma avaliação inicial completa, que permitiu a elaboração do processo de enfermagem. Este, pela dinâmica da UH, onde a pessoa permanece por um período transitório, é efetuado mentalmente e baseado nos acontecimentos do momento.

Pude constatar que a ansiedade é um dos principais entraves da enfermagem na fase pré-operatória, causada, muitas vezes, por desconhecimento. Foi meu cuidado reforçar as informações transmitidas acerca do procedimento, a fim de minimizar tais aflições, que podem comprometer o procedimento e a sua recuperação. Esclareci que, durante o processo, o cliente estaria desperto, podendo interagir com a equipa sempre que solicitado ou, em caso de necessidade, informar/expressar algum sintoma, já que o procedimento se realiza sob anestesia local. Esta informação revelou-se tranquilizadora para a pessoa a vivenciar a experiência perioperatória – em certa medida, esta estratégia contribuiu para o aumento da segurança e para o envolvimento da pessoa durante o procedimento. Alencar et al. (2021) concluíram que a falta de conhecimento da pessoa relacionado com o cateterismo cardíaco pode ocasionar tensão, medo e ansiedade, pelo que, o papel do enfermeiro é o de elucidar e orientar o cliente sobre o protocolo a realizar e as terapêuticas posteriores, de forma a sensibilizá-lo e capacitá-lo para o autocuidado.

Em sequência, monitorizei sinais e sintomas, analisando os resultados e intervindo de acordo com o conhecimento especializado, a evidência científica, bem como a minha experiência profissional. Da mesma forma, geri a dor associada ao procedimento com a administração de analgesia, segundo prescrição médica, o que se revelou eficaz. No fim do procedimento, de que é exemplo o cateterismo cardíaco, e após a retirada do introdutor que

possibilita a passagem e inserção do cateter, identifiquei e colaborei na execução do penso compressivo, nas suas diferentes abordagens.

Ainda na UH e na sala de recuperação, mantive a supervisão dos sinais vitais e atentei em indícios de possíveis complicações (no caso de hemorragia), como forma de atuar atempadamente, se necessário.

Alencar et al. (2021) descrevem a dor aguda, integridade de pele prejudicada, ansiedade, déficit de autocuidado, mobilidade física prejudicada e conhecimento deficiente como os diagnósticos mais comuns evidenciados no cateterismo cardíaco. Desta maneira, mantive-me vigilante aos diagnósticos mais frequentes e preparei a pessoa para potenciais alterações e/ou diminuição de capacidades decorrente dos cateterismos, que recomendam, por exemplo, a inibição da condução de veículos no período de 72 horas, a minimização de esforços, o evitar pegar em pesos ou, simplesmente, não deitar sobre o membro em que se realizou a punção. Desenvolvi o plano de instruções, ensino e treino promovendo a capacitação, autogestão e recuperação da pessoa. Refira-se as orientações de atuação, a título de exemplo, no surgimento de hematoma ligeiro ou equimose no local de punção: deve aplicar-se gelo; se apresentar hemorragia/hematoma acentuado, recorrer ao serviço de urgência, de acordo com o protocolado na UH.

Com a intenção de capacitar a família nesta experiência, além das informações prestadas aquando do acolhimento da pessoa, relativas ao procedimento a que o familiar será submetido, tive o cuidado de a contactar no final dos procedimentos para transmitir informações: acerca da forma como decorreu todo o processo, sobre o período de alta, da UH para o domicílio ou então, se fosse caso disso, alta da UH para o internamento. A receptividade da família a este contacto foi enorme. Mobilizavam-se, assim, estratégias facilitadoras da comunicação entre a equipa de enfermagem e a família, contribuindo para a segurança e continuidade dos cuidados da pessoa. Em suma: geri o contacto com a família aquando da alta do cliente; reforcei as informações prévias; esclareci dos cuidados pós-operatórios relativos à ferida, à mobilidade do membro do lado da punção, às possíveis complicações, como a hemorragia; e disponibilizei as informações em formato papel no guia de cuidados pós-alta adotado pela UH; foram igualmente facultados o relatório de enfermagem e o relatório médico. Quando o cliente ficava internado, contactava-se o serviço de internamento para assegurar a sua transferência com segurança e garantir o prosseguimento dos cuidados, gerindo o trabalho em equipa, fomentando a partilha e reflexão relativamente ao processo de cuidados. Após a alta da pessoa, colaborei na organização e preparação da unidade do recobro da sala de hemodinâmica e do acolhimento,

no sentido de preparar o ambiente e fomentar a segurança e eficiência das terapêuticas, assim como otimizar a experiência da pessoa.

Ainda na UH, tive oportunidade de participar na consulta de enfermagem pré-operatória, onde identifiquei o envolvimento, a capacitação e a tomada de decisão da pessoa e da sua família no seu processo perioperatório. Trata-se de consultas exclusivas para as pessoas que serão ou já foram submetidos à implantação percutânea de prótese valvular aórtica. Este atendimento é planeado antes do procedimento, para: aferir da reunião de critérios para este tipo de processo, esclarecer e orientar a pessoa/família acerca dos cuidados pré e pós-operatórios, efetuar o levantamento das necessidades do cliente (delineando desde logo os cuidados intraoperatórios), promover o contacto da pessoa com a equipa. A sessão realiza-se no mesmo dia da consulta médica, havendo assim uma articulação entre os membros da equipa interdisciplinar, para planeamento e implementação de cuidados. Na véspera do procedimento, realiza-se a visita pré-operatória no internamento, na qual também tive oportunidade de participar. As consultas de acompanhamento são realizadas no primeiro, terceiro, sexto e décimo segundo mês, após o procedimento.

Mais tarde, aplicou-se um questionário para avaliação da qualidade de vida, após o procedimento. Foi realmente gratificante constatar a evolução das pessoas relativamente aos ganhos em saúde. O que vai ao encontro do que Olsen et al (2017) concluíram no seu estudo *“Changes in self-reported health and quality of life in octogenarian patients one month after transcatheter aortic valve implantation”*, em que um dos objetivos era determinar as mudanças na saúde e qualidade de vida reportadas um mês após o procedimento. Inferiu-se, então, que houve um aumento significativo na saúde das pessoas, após a implantação percutânea de prótese valvular aórtica. A maioria delas apresentou resultados positivos no aumento da qualidade de vida, decorrido um mês procedimento.

Nessas consultas e visitas apercebi-me da existência de medos e anseios; notei também a forma como as pessoas e famílias estão envolvidas no processo. Pude verificar que a implicação da população é ainda baixa, no entanto, foi visível a cumplicidade entre as pessoas/família e a enfermeira que realiza as consultas, concorrendo para uma maior segurança e confiança entre as partes. Lima e Pinto (2014) defendem que a consulta de enfermagem é um elemento crucial na execução e planeamento dos cuidados ao cliente em regime ambulatorio. Traz a possibilidade de informar, identificar necessidades e responder a expectativas, melhorando o conforto e a segurança. Esta consulta beneficia todos os clientes com cirurgia eletiva marcada independentemente de ser ou não regime ambulatorio. Trescher et al (2020) advogam que a CEPO deve ser uma prática organizada, estruturada

cientificamente e com uma linguagem de enfermagem consolidada. Já para Brenda e Cerejo (2021) a prestação de cuidados de enfermagem ao longo de todo o processo, incluindo a CEPO, determina a qualidade da recuperação da pessoa.

Mendes (2020) refere que a CEPO pode ser entendida como um momento único para a preparação da pessoa e família/pessoa significativa para a cirurgia e para a alta. A identificação de comorbilidades e a otimização pré-operatória das pessoas são aspetos que habitualmente são contemplados e que podem ser vistos como um fator influenciador no aumento da segurança e diminuição do risco no perioperatório.

No estudo realizado por Bernardo (2021), fica evidente que a CEPO assume importante papel na redução do sofrimento, no desamparo e na descontinuidade dos cuidados; pretende orientar e credenciar a pessoa para o autocuidado e potenciar a sua reabilitação. É através desta mesma consulta que se estabelece o plano de cuidados individual, no sentido de apoiar a pessoa a atingir a capacidade máxima de autocuidado e gestão da experiência cirúrgica. Na mesma linha de pensamentos, Gonçalves (2019) refere que a implementação da CEPO pode ser um procedimento valioso para a obtenção de ganhos em saúde das pessoas, mais concretamente, a diminuição da ansiedade, o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades facilitadoras da vivência no período perioperatório.

Kuczmainski et al. (2018), no portefólio norteador da consulta de enfermagem pré-operatória, reforça que esta consulta tem como objetivo orientar a pessoa para a cirurgia, minimizar complicações e até mesmo o cancelamento cirúrgico, preparando a pessoa e família para o procedimento anestésico/cirúrgico. Brenda e Cerejo (2021) vão ainda mais longe, afirmando que uma pessoa sem planeamento pré-operatória verbaliza com frequência informações díspares, podendo isto comprometer todo o procedimento anestésico/cirúrgico. Manifestam ainda: medo relativo a todo o processo, incluindo o pós-operatório imediato, e incertezas ligadas ao momento da alta clínica e à recuperação pós-cirúrgica no domicílio.

No que se refere a esta temática, foi notória a recetividade das enfermeiras do internamento a esta modalidade, pelo reconhecimento da conveniência e importância da consulta de enfermagem pré-operatória às pessoas com cirurgia eletiva. Aludiram ser um recurso de valor na garantia de cuidados de qualidade.

Na UH, tive ainda oportunidade de assistir, em muitos momentos, à ativação da Via Verde Coronária, sendo visível a relevância dos cuidados especializados e a diferenciação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Lembro-me de um cliente chegar à UH, acompanhado pela Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR), acometido por uma paragem cardiorrespiratória e com o dispositivo mecânico de compressão torácica,

mais conhecido por LUCAS. Foi uma situação desafiante e, infelizmente, com um desfecho trágico. Não obstante esta circunstância, a agilidade, o conhecimento especializado e a articulação com a equipa interdisciplinar foram determinantes para que se pudesse investir largamente na recuperação da pessoa. Decisivo foi, do mesmo modo, a comunicação eficaz e gestão de stress da Enfermeira Especialista, já que a mesma desenvolveu a sua intervenção numa perspetiva interprofissional, demonstrando consciência cirúrgica, na promoção do ambiente seguro para todos os intervenientes.

Embora somente com o papel de observadora (devido à lotação da sala), pude aperceber-me e ponderar acerca da importância das competências do EEEMCEPSP.

Como já apontado anteriormente, no ensino clínico de opção, tive oportunidade de acompanhar a pessoa a vivenciar a experiência cirúrgica, desde a deliberação pela cirurgia, na consulta de decisão terapêutica, até ao momento da consulta de enfermagem pós-alta, tendo assim prestado cuidados integrais à pessoa/família durante o período perioperatório. De acordo com a complexidade e situações distintas de cada caso, foi necessária uma perseverante atualização de conhecimentos e pensamento crítico de forma a dar resposta às diferentes situações. Foram vários os momentos de discussão formal e informal e reflexão com a enfermeira orientadora, assim como com os demais elementos da equipa de enfermagem. Esta comunicação alicerçou-se nos procedimentos e cuidados de enfermagem, numa perspetiva de aprendizagem e de partilha, fomentado a comunhão de saberes e considerações relativamente ao processo de cuidados e eventual instituição de medidas corretivas.

No início da experiência perioperatória, aquando da decisão pela cirurgia na consulta de decisão terapêutica, comprovei a articulação entre os diferentes membros da equipa interdisciplinar, no planeamento e implementação de cuidados baseados nas melhores evidências científicas. Tendo a função de enfermeira especialista, a garantia desta articulação revelava-se essencial. Na CDT, a Enfermeira Especialista promovia igualmente um primeiro contacto com a pessoa a iniciar a vivência cirúrgica, detendo um papel crucial no apoio à cliente, nomeadamente, na gestão de emoções. O impacto da confirmação de um diagnóstico de cancro da mama é muito grande; nesse momento e segundo Almeida (2018), é olhado como uma espécie de ameaça à vida, à integridade física e emocional. A mesma autora refere que a mulher lida com sentimentos intensos, por vezes contraditórios, de medo, raiva, incerteza e até mesmo aceitação. Desde modo, Brandão et al. (2017) sustentam que a gestão das emoções assume papel de relevo ao longo de todo o processo, tendo em conta a infinidade de perturbações e sentimentos a enfrentar pela pessoa a vivenciar a experiência

cirúrgica. Na CDT, a missão da Enfermeira Especialista era também a de apoiar a pessoa nessa gestão de emoções, com o objetivo de capacitá-la e envolvê-la no processo.

Durante o ensino clínico, mantive uma participação ativa nos cuidados de enfermagem. Apercebi-me de que as clientes mais admitidas na CM vinham com o diagnóstico de carcinoma da mama de diferentes tipos, sendo, maioritariamente, propostas para mastectomia, com ou sem reconstrução, tumorectomia, biopsia excisional e linfadenectomia. A cirurgia oncológica permanece como um dos métodos de tratamento mais indicados, com uma abordagem mais ou menos invasiva, de acordo com o estadiamento do cancro, (Silva et al., 2021). Por outro lado, Santana e Souza (2018) referem que a mastectomia poderá ser uma cirurgia agressiva e mutilante com grande impacto na qualidade de vida da mulher.

As mulheres que cuidei apresentavam idades diferenciadas e estratos sociais com díspares perspetivas e entendimento da situação que estavam a vivenciar. Assim sendo, a minha abordagem foi adaptada e focada em cada uma delas, no sentido de as poder capacitar para o seu processo de saúde. Para Santana e Souza (2018), pessoas envolvidas, bem informadas e empoderadas são capazes de realizar ações de promoção da saúde, acompanhadas dos profissionais, capazes de gerar resultados positivos para ambos. Neste ponto de vista e de acordo com a evidência científica, é de extrema importância a aproximação entre o profissional de saúde e a pessoa a vivenciar uma experiência cirúrgica, na construção de um cuidado empoderador.

Acolhi as clientes na chegada ao serviço, identifiquei-me e procedi à explicação e orientação dos procedimentos que se avizinhavam, particularmente, o processo cirúrgico e/ou esclarecimento de dúvidas. A transmissão e partilha de informações relativas à cirurgia e suas consequências facilita a adaptação às novas condições e apela à participação da pessoa na sua recuperação cirúrgica. Por outro lado, a falta ou imprecisão nas orientações pode contribuir para a ocorrência de complicações no pós-operatório e influenciar negativamente a recuperação funcional (Santana e Souza, 2018).

Fiz-me valer da experiência profissional no BO para explicar como decorreria a passagem das pessoas no BO e na UCPA. Estes esclarecimentos não foram apenas importantes para a pessoa a ser intervencionada, mas também para as colegas do serviço de CM que desconheciam os procedimentos no BO. Contribui-se, assim, para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais em benefício da pessoa. Avaliei as condições físicas e psicológicas de cada cliente. Registo aqui a particularidade da sua postura: algumas queriam apenas que o processo decorresse rapidamente (vendo a sua

situação resolvida) outras, por sua vez, mostravam grande ansiedade com a proximidade da cirurgia. Adequiei a minha intervenção de acordo com a sua especificidade, atendendo igualmente à sua complexidade e vulnerabilidade. Estabeleci uma relação de ajuda e assegurei que a pessoa compreendia a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão.

A avaliação física e emocional permitiu-me assistir à pessoa com perturbações emocionais decorrentes da situação de doença, assim como prepará-la para potenciais alterações da autoimagem, diminuição de capacidades decorrentes do processo cirúrgico e impacto na sua atividade diária. Para Trescher et al. (2020), no período pré-operatório, o enfermeiro deverá estar atento aos sentimentos e preocupações manifestadas pelas pessoas e pela sua família. A não identificação de alterações poderá levar a consequências e complicações, tanto no período intraoperatório como no pós-operatório.

Assisti uma mulher de 52 anos que faria mastectomia subcutânea com colocação de prótese mamária que apresentava dúvidas acerca deste procedimento. Uma vez mais, apoiei-me na minha experiência e expliquei como decorreria o processo, assim como as possíveis complicações na colocação da prótese mamária. Devolvi um plano de instruções, ensino e treino, promovendo a capacitação, autogestão e recuperação. Entretanto, acompanhei outra cliente, de 43 anos, que apresentava dúvidas idênticas e foi submetida a mastectomia subcutânea bilateral com colocação de próteses mamárias. Elaborei o plano de intervenção, promovendo os cuidados à pessoa em situação perioperatória, utilizando estratégias promotoras de esperança realista e alívio da ansiedade e medo. As informações foram recebidas com ânimo, com maior aceitação da imagem corporal e esperança pela resolução do problema (referido pelas mesmas), propiciando diminuição da ansiedade e aumento dos conhecimentos para a gestão da experiência cirúrgica. Silva et al. (2018) advogam que se torna clara a necessidade de identificar e facultar cuidados orientados e especializados para a promoção da adaptação das mulheres com patologia da mama, disponibilizando um acompanhamento de enfermagem sistematizado e proficiente.

Nesta sequência de pensamento, os autores supracitados enfatizam a importância de o enfermeiro identificar a perceção que a mulher tem de si mesma em relação à sua imagem corporal. Esse processo inicia-se quando o profissional encontra estratégias que aumentem a autoestima e melhorem a qualidade de vida da pessoa, de modo que ela possa encarar e superar as dificuldades. A capacidade que a pessoa tem para se adaptar, particularmente, do ponto de vista funcional, está estreitamente relacionada com as limitações que esta apresenta, decorrentes do evento que determinou mudanças nas suas

capacidades de desempenho, em termos de autocuidado. Estas ações são de grande importância no contexto das terapias de enfermagem, na medida em que promovem o cuidado próprio e pode, em última instância, promover a adaptação, Silva et al. (2018).

A influência da equipa de enfermagem é também de grande relevância, pois atua de forma direta no cuidado, construindo vínculos, proporcionando conforto, desenvolvendo a capacidade de superação dessas pessoas, bem como o alargamento do conhecimento nos diferentes aspetos que a doença abarca (Franco et al, 2021). Os autores mencionam ainda o papel educativo e de apoio emocional por parte do enfermeiro, que deve ser expressivo, evitando um cuidado mecanizado e fragmentado, centrando-se, assim, num atendimento personalizado que reconheça as necessidades, os anseios e os desejos das pessoas e da sua família.

A colocação do arção eco guiado e a linfocintigrafia são procedimentos realizados previamente à cirurgia, tais como a tumorectomia e excisão de gânglio sentinela. Para Almeida (2018), o facto de muitas vezes serem realizados na véspera da cirurgia, faz com que se agrave o grau de ansiedade. Como referido anteriormente, acompanhei três mulheres ao serviço de imagiologia para colocação do aludido arção, com o objetivo de identificar as lesões da mama não palpáveis. Dirigimo-nos ao serviço de Medicina Nuclear para a realização da linfocintigrafia, ou seja, para o diagnóstico e identificação do gânglio sentinela. Procurando agir com propriedade e preparar de forma adequada as clientes e conseqüentemente diminuir a sua ansiedade, investiguei acerca destes procedimentos. Esta preocupação vai ao encontro do que Gomes (2021) preconiza quando indica que o conhecimento sobre a patologia mamária e das necessidades educativas e psicológicas da pessoa permite aos enfermeiros promover a adaptação da mesma, antecipando o expectável em relação à cirurgia/procedimento e à sua recuperação. Refere ainda que a pessoa com patologia da mama possui necessidades emocionais e educativas que influenciam o seu bem-estar no pré-operatório. Sendo esta uma fase determinante para proporcionar à mulher a oportunidade de ser ouvida, de esclarecer as suas dúvidas e de capacitá-la para a gestão da experiência cirúrgica, contribuindo para a diminuição dos níveis de stress e melhoria da recuperação cirúrgica.

No pós-operatório, constatei que cada mulher reagia de forma diferente à intervenção cirúrgica. Identifiquei os cuidados de enfermagem pós-operatórias, mantive o encorajamento para o envolvimento da pessoa no plano de cuidados iniciado no pré-operatório, assim como o plano de ensino e treino. Desta forma, promoveu-se o

envolvimento, a capacitação, a autogestão e a recuperação, os cuidados à pessoa em situação perioperatória.

Envolver a pessoa no plano de cuidados foi, com frequência, um desafio. Por exemplo, assisti a uma cliente de 70 anos que foi submetida a tumorectomia e que, por todo um historial de vida e internamentos recorrentes (por outras situações), apresentava grande revolta por estar novamente numa situação de fragilidade. Assim, a sua receptividade às informações foi quase inexistente, não se queria olhar ao espelho, não desejava ser esclarecida do processo; queria apenas que o tempo passasse. Perante este comportamento, mantive uma postura de escuta e empatia, com comunicação expressiva de emoções e pontualmente com informações pertinentes. Aos poucos, a mulher foi aceitando a sua condição e envolvendo-se no processo. Na realização do último penso antes da alta para o domicílio, quis olhar para a ferida cirúrgica e para a mama: referiu estar com melhor aspeto do que ela imaginara. Capacitei-a para a gestão da experiência cirúrgica, respeitando a sua vontade expressa, a sua intimidade e capacidade de escolha, de acordo com o que é preconizado pelo código deontológico (artigo 99º e 107º). Apoiei-a na gestão das emoções, informei-a acerca dos cuidados de enfermagem, atendi aos pedidos pontuais de informação e esclarecimentos, incentivando-a à autonomia no autocuidado.

A avaliação, controlo e alívio da dor foram uma constante ao longo de toda a prática clínica. Recorri a medidas farmacológicas e não farmacológicas, como por exemplo, a aplicação de gelo local, o posicionamento e a diminuição de estímulos ambientais (luz e ruídos) e posterior avaliação dessas mesmas medidas. Segundo Sandvik et al (2020), é possível maximizar a gestão e o controlo da dor através da combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

No Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2017), é referido que a dor influencia, efetivamente, a pessoa no seu todo, pelo que, na sua avaliação, dever-se-á ter em conta não só a vertente sensitiva, mas também as implicações psicológicas, sociais e culturais. Zuazua-Rico et al. (2020) defendem que a avaliação e controlo da dor carece de uma abordagem multidisciplinar, sendo os enfermeiros elementos da equipa que têm o compromisso de a gerir, neste caso, associada aos procedimentos cirúrgicos, planeando intervenções adequadas a cada indivíduo.

As pessoas submetidas a cirurgias da mama, muitas vezes, tinham a prescrição de *disposable infusion balloon* (DIB) com opióides. Estive atenta aos efeitos secundários, tais como náuseas e vômitos, de modo a poder atuar atempadamente, por exemplo, com a

administração de antieméticos prescritos; promovi conforto nesta fase, a monitorização hídrica e contacto com o médico, habitualmente o anestesista, se os sintomas persistissem.

Fomentei conforto e segurança considerando o pudor e privacidade. A título de exemplo, as pessoas sentiam-se expostas por envergarem apenas uma bata durante grande parte do internamento, assim, providenciei um roupão para colmatar esta vulnerabilidade. Apercebendo-me que a exposição do corpo fragilizava a pessoa, disponibilizei vestuário adequado às suas necessidades, propiciando confiança.

O internamento das pessoas submetidas a cirurgia da mama era de curta duração, (entre dois e cinco dias), dependendo da intervenção cirúrgica e da recuperação. Colaborei e realizei a preparação para a alta, fazendo o ensino acerca do processo de recuperação, de mobilidade dos membros e técnicas de exercícios do membro afetado. Implementei ainda estratégias de prevenção do linfedema, preveni para os cuidados com o penso cirúrgico e drenos, sinais de alerta ou de possíveis complicações. O objetivo é sempre o de empoderar as pessoas, capacitando-as para a autonomia, tomada de decisão e participação ativa no seu processo de saúde. Orientei para o uso de dispositivos de adaptação, assim como roupas e próteses, e forneci, com o apoio da Liga Portuguesa Contra o Cancro da Mama, próteses mamárias de tecido para serem usadas provisoriamente. A aceitação deste dispositivo de adaptação foi grande, já que melhorava a imagem corporal da pessoa. Enquanto futura EEEMCEPSP, tratei da pessoa, capacitando-a para a gestão da experiência cirúrgica.

Na consulta do pós-operatório, constatei que o facto de os clientes estarem perante uma pessoa conhecida (acompanhei-as desde o início do processo), tornava-se um fator tranquilizador. As competências comunicacionais podem ser aprendidas, treinadas e otimizadas. Uma comunicação adequada aumenta o rigor no diagnóstico dos profissionais de saúde e promove a adequação das prescrições e a efetividade das intervenções, tendo como resultado ganhos significativos para as pessoas, refletindo-se na qualidade dos cuidados de saúde e promovendo a satisfação das mesmas (Sequeira, 2016). Desta forma, torna-se assertivo afirmar que as competências comunicacionais são um fator primordial para a capacitação da gestão da experiência cirúrgica. Acredito que o meu modo e capacidade de comunicar clara e calmamente pode transmitir confiança e serenidade. Atenta aos sentimentos e necessidades da pessoa, julgo ter contribuído para a segurança, observada na consulta pós-operatória.

Refletindo as experiências vivenciadas, asseguro que foi deveras gratificante e enriquecedor a minha passagem por estes serviços: permitiram-me compreender de uma forma holística toda a vivência da pessoa em situação perioperatória, contribuindo para a

minha transformação profissional, enquanto futura Enfermeira Especialista. Desenvolvi e aperfeiçoei competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente, a capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica; promovi cuidados à pessoa em situação perioperatória e fortaleci a minha intervenção numa perspetiva interprofissional. Alcancei uma visão mais global/integradora das pessoas a vivenciar uma experiência cirúrgica, uma perspetiva mais abrangente e com conhecimentos mais profundos e especializados que me capacitam para cuidar da pessoa/família em situação perioperatória. Esta aprendizagem permite-me, agora, melhor promover o seu empoderamento, a sua habilidade, incluindo-as nas tomadas de decisão e tornando-as mais responsáveis pelo seu processo de saúde. Portanto, foi todo um percurso que me possibilitou crescer pessoal e profissionalmente, ciente que a formação contínua é preponderante para a continuação desta mesma evolução.

No próximo ponto, desenvolve-se a segunda competência específica do EEEMCEPSP, enunciada no Regulamento nº 429/2018.

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

Pela complexidade e diferenciação do BO, a maximização da segurança é um cerne de atenção e um objetivo que está diariamente presente no desempenho das minhas funções. Assim, tenho vindo a evoluir/aperfeiçoar a prestação dos cuidados em conformidade com a o aumento da segurança, tanto da pessoa em situação perioperatória como de toda a equipa multidisciplinar.

Por trabalhar tanto na sala operatória como na UCPA, acompanho a pessoa em situação perioperatória desde a sua chegada ao BO até à saída do mesmo, rumo ao serviço de internamento. Procuro, neste itinerário, demonstrar uma cultura de consciência cirúrgica, promovendo um ambiente seguro para todos os intervenientes neste período que, como já referenciei anteriormente e de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro perioperatório.

Geralmente, é o enfermeiro da anestesia que estabelece o primeiro contacto com a pessoa, aquando da sua chegada ao BO. Nesse momento, após a confirmação da identidade da mesma e a minha apresentação (como breves explicações de procedimentos com o intuito de diminuir o grau de ansiedade e esclarecer dúvidas), é já aplicada uma *checklist* de

segurança, denominada “Lista de verificação Pré-operatória”. Esta lista engloba vários itens, a saber, a hora da última refeição e o cumprimento do jejum, a preparação física para a cirurgia (inclui o banho com clorexidina e a colocação de meias elásticas), a realização de exames complementares de diagnóstico (análises e Raio-X, a reserva de derivados de sangue, a existência ou não de alergias conhecidas), entre outros. Esta lista de verificação de segurança é também aplicada nos serviços de internamento cirúrgicos do HNM, pelo que, durante a passagem no serviço de CM, a utilizei como parte da preparação pré-operatória à pessoa a vivenciar a experiência cirúrgica. Com a aplicação desta ferramenta, pretende-se diminuir o risco de complicações e de mortalidade, elevando a segurança cirúrgica.

É aplicado também a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (antes da: indução da anestesia, da incisão da pele e da pessoa sair da sala de operações) e o Índice de Apgar Cirúrgico como prenunciador de morbilidade e mortalidade no pós-operatório. Estes instrumentos de trabalho são disponibilizados pela DGS e fazem parte integrante da Norma 02/2013, onde o *slogan* é “Cirurgia Segura, Salva Vidas”. Esta mesma norma fornece diretrizes relativas à implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva-Vidas”, sendo obrigatório todas as instituições/blocos operatórios do SNS executarem-no – considerado o padrão mínimo de qualidade clínica. De acordo com a norma supramencionada, todas as cirurgias devem proceder ao registo da utilização da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica e do Apgar Cirúrgico nos sistemas de informação locais.

Este projeto tem como premissas fundamentais: não acrescentar custos, melhorar a confiança cirúrgica e evitar mortes e complicações. Os cuidados seguros perioperatórios em hospitais envolvem uma sequência de atividades de rotina, principalmente, a avaliação pré-operatória de clientes, a preparação da intervenção cirúrgica e o planeamento dos cuidados pós-operatórios adequados. O Índice de Apgar Cirúrgico (assegurado pelo equipa cirúrgica) permite o *feedback* imediato e objetivo aos prestadores de cuidados acerca da condição da pessoa. O estímulo à melhor prática clínica deve ser uma constante, como forma de aumentar a qualidade global dos cuidados de saúde. E a adesão à aplicação da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica e do Apgar Cirúrgico permite estatísticas fundamentais para a melhoria da práxis cirúrgica, conforme explanado na norma 02/2013 da DGS.

Em síntese, e em consonância com o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança da OMS (2009), nas diferentes fases da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, recolhem-se informações que se enumeram de seguida.

Antes da indução anestésica (*sign in*), o enfermeiro atesta (pelo menos com o anestesista e, se possível, com a pessoa) a identidade desta, o seu consentimento para a

realização da cirurgia, o local da cirurgia e o procedimento a realizar. Nesta fase, confirma-se também se: a verificação do equipamento de anestesia e medicação está concluído, a pessoa possui alguma alergia conhecida, a via aérea é difícil ou existe risco de aspiração e existe risco de perdas superior a 500ml de sangue. Perante a aplicação da lista nesta etapa, é possível antever e antecipar possíveis complicações. Por exemplo, se existe risco de perda superior a 500ml de sangue, cateterizo dois acessos venosos periféricos de grande calibre para administração de líquidos, fármacos ou derivados de sangue. Se efetivamente essa perda acontecer, confirmo a tipagem do grupo sanguíneo assim como a disponibilidade de reserva de sangue. No caso de uma avaliação de via aérea difícil ou risco de aspiração, a indução anestésica só se inicia quando o equipamento adequado para colmatar esta situação está aparelhado. Preparo então o ambiente para favorecer a segurança e eficácia dos cuidados, intervindo na gestão do risco e asseguro-me de que os dispositivos médicos estão disponíveis, íntegros e funcionais. A verificação e preparação do equipamento para via aérea difícil está em harmonia com o recomendado pela Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA), no Manual de Recomendações para Verificação do Equipamento Anestésico. Aqui, alude-se que a ausência de verificação do equipamento está associada ao aumento do risco de morbidade e mortalidade pós-operatórias.

Antes da incisão da pele (*time out*) é confirmado pelo enfermeiro, anestesista e cirurgião o nome da pessoa, o procedimento, o local de incisão, a administração de profilaxia antibiótica e tromboembólica e a disponibilidade de exames imagiológicos. O cirurgião enuncia a existência de passos críticos ou fora da rotina, a duração e perda de sangue prevista; já o anestesista revê os planos e cuidados específicos para aquela pessoa; e o enfermeiro verifica os indicadores da esterilização dos materiais e a existência de problemas ou preocupações com os equipamentos ou dispositivos. Durante a cirurgia, a monitorização da pessoa é contínua. Mantenho uma vigilância e interpretação adequada dos sinais vitais, asseguro a manutenção e permeabilidade da via aérea e integridade física da pessoa, o que me permite otimizar os cuidados de qualidade com conforto e privacidade do cliente. Promovo ainda e conservo a segurança da pessoa e da equipa, controlo a gestão de tecidos e fluidos orgânicos para análise, eliminação, colheita ou transplante, conforme o referido na Norma 02/2013.

Ainda em consonância com a Norma nº 02/2013, antes do doente sair da sala de operações (*sign out*), é confirmado pelo enfermeiro, pelo anestesista e pelo cirurgião o nome do procedimento, as contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes, a rotulagem de produtos biológicos e se existem problemas com equipamentos. Certifica-se também das

principais necessidades e preocupações com a pessoa, bem como informações relevantes a transmitir à equipa que dará continuidade aos cuidados, na UCPA ou outra unidade. Esta informação é habitualmente transmitida pelo enfermeiro de anestesia que acompanha a pessoa às referidas unidades. A contagem de materiais, qualquer que seja a natureza, é realizada por dois elementos da equipa de enfermagem (o enfermeiro circulante e o enfermeiro instrumentista) e confirmada pelo cirurgião. Implementa-se um registo de contagem de material cirúrgico, no início, e ao longo da cirurgia, para minimizar o risco de erros na contabilização do material e consequente retenção de objetos. Assegura-se, assim, a gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico.

A Norma nº 02/2013, emitida pela DGS, refere ainda que a aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica traz efetivamente mais confiança e evita mortes e complicações. Segue como critério que a implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” deve ter em conta a dinamização e aperfeiçoamento do trabalho em equipa, com destaque principal para a comunicação interprofissional. Num estudo realizado por Tostes e Galvão (2019), acerca dos benefícios da implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, as autoras chegam à conclusão de que, para os enfermeiros, a implementação da *checklist* é promotora de benefícios para a pessoa a vivenciar a experiência cirúrgica, com destaque para a segurança. Para a equipa interprofissional, o benefício consiste na melhoria da comunicação entre a equipa, na oportunidade de diálogo e no aumento da qualidade dos cuidados. Sendo enfermeira do BO e aplicando diariamente estas *checklist*, envolvo-me numa cultura de consciência cirúrgica em benefício da pessoa, assim como intervenho na gestão de risco e controlo da segurança operatória, garantindo condições de ambiente de trabalho promotoras da saúde e da segurança dos profissionais.

Com o intuito de promover a gestão dos dispositivos médicos no perioperatório, assegurando que estão disponíveis, completos e funcionais, quando necessários, procedo à verificação dos equipamentos de anestesia, no início de cada turno ou de cada cirurgia, de acordo com a pertinência. Sendo assim, verifico: a fonte alternativa de fornecimento de oxigénio, o dispositivo de insuflação manual, o sistema de aspiração, a conexão e funcionamento do aparelho de anestesia (ventilador). Confirmo ainda: a disponibilidade de monitorização requerida e respetivos alarmes, a pressão de oxigénio no ventilador, a pressão de gases na rampa, o preenchimento dos vaporizadores e sua ligação à corrente elétrica. E certifico-me: da ausência de fugas no sistema anestésico (com a realização do teste de verificação), da funcionalidade do sistema de exaustão de gases anestésicos, da coloração do absorvente de dióxido de carbono, do fluxo de gases no circuito anestésico durante a

inspiração e expiração. Continuo com a verificação: do equipamento necessário para o ato anestésico e abordagem da via aérea (cabos de laringoscópio, lâminas de laringoscópio, condutores, tubos traqueais e orofaríngeos, máscaras faciais, máscaras laríngeas), do funcionamento do laringoscópio, da disponibilidade de equipamento para a abordagem de via aérea difícil e para ressuscitação, da existência de material necessário à realização de cateterismo venoso (periférico, central, arterial, e à administração de fluidos); e, finalmente, confirmo a funcionalidade da mesa operatória para o posicionamento de emergência (Trendelenburg).

Relembre-se que a SPA defende que é imprescindível toda esta verificação antes de cada cirurgia, tendo o propósito de aumentar a segurança anestésico-cirúrgica. Por seu lado, a AESOP (2012) refere que um dos objetivos do enfermeiro de anestesia é verificar e preparar criteriosamente os materiais e equipamentos, de modo a evitar fatores de risco acrescidos, o que está de acordo com o que salvaguarda a European Operating Room Nurses Association (EORNA, 2019): o enfermeiro de anestesia é responsável pela preparação e manutenção do equipamento de anestesia, em colaboração com o anestesista.

Procedo à verificação dos equipamentos de anestesia, tendo como suporte um registo deste procedimento numa *checklist*, que é integrada no processo da pessoa. A gestão de equipamentos implica a elaboração de recomendações e normas internas de aplicação de princípios de assepsia progressiva, estrutura física e equipamentos, garantindo a sua implementação. Por conseguinte, tomei a responsabilidade da organização e localização do carro de entubação difícil, assim como da organização e conservação do material do broncofibroscópio, participando na elaboração de normas e procedimentos e na formação e orientação dos profissionais para o manuseamento e conservação deste material. Realizei formações, em serviço, aos enfermeiros e anestesistas, especificamente, “Carro de Entubação Difícil e Broncofibroscópio”, “Funcionamento do Videolarinoscópico e Fibroscópio rígido”, “Práticas de Anestesiologia para Enfermeiros” e ainda ministrei um *Workshop*, sob a temática “Limpeza, Desinfecção e Acondicionamento do Broncofibroscópio”. Estas ações concorrem para a aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na potencialização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar. Estão, pois, em concordância com a aquisição de competências de mestre na capacidade de comunicação de conhecimentos, raciocínios e emissão de conclusões de forma clara e sem ambiguidades. Sendo por isso uma mais-valia para toda a equipa.

Os medicamentos utilizados no contexto de BO são, na sua maioria, de alerta máximo, ou seja, são fármacos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo à pessoa, em consequência de falhas no seu processo de utilização (Marinho et al., 2020). Na minha prática diária, procuro ser meticulosa na administração de medicação, tendo em consideração a pessoa certa, o medicamento certo, a dose certa (quantidade e frequência), a hora e via certas. No BO do HNM tem-se desenvolvido estratégias que visam a prevenção de erros na utilização destes medicamentos. Exemplo disso é a identificação correta das seringas, utilizando etiquetas próprias e de cores diferentes (de acordo com o grupo terapêutico), armazenamento padronizado com rotulagem das gavetas de medicação, uniformização das gavetas de medicação e diferenciação dos medicamentos LASA. Estas estratégias têm bem contribuído para aumentar a confiança e diminuir o perigo de erro.

No ensino clínico realizado no serviço de CM, uma das formas de garantir a segurança na utilização de medicação foi o sistema de dispensa por unidose: a medicação é preparada e individualizada pela farmácia da unidade hospitalar de acordo com a prescrição médica. Independentemente deste protocolo, assegurei a administração de medicação garantindo os princípios de segurança já aludidos anteriormente: verifiquei a integridade das soluções e dos recipientes, o prazo de validade, a compatibilidade dos medicamentos, garantido uma assepsia adequada na preparação/administração e monitorização de efeitos adversos, à medida que efetuava registos.

Outro aspeto fundamental a ser abordado quando refletimos acerca de consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro é o posicionamento cirúrgico. Considerado por Bjorklund-Lima et al. (2019) como parte essencial da prática da enfermagem perioperatória, o posicionamento cirúrgico, além de ser determinante para a realização da cirurgia, é um relevante fator de risco e depende da abordagem cirúrgica a efetuar e das características de cada pessoa. Nesta linha de pensamentos, Trevilato et al. (2022) defendem que a promoção da cirurgia segura inclui o posicionamento adequado da pessoa, garantindo a postura mais anatómica e fisiológica possível, com mínimo de tensões musculares, permitindo, deste modo, ao anestesista e ao enfermeiro de anestesia acesso às linhas de infusão e, naturalmente, um bom acesso do campo operatório ao cirurgião. As autoras realçam que a imobilidade necessária durante o período intraoperatório, que pode ser de largas horas, aumenta o risco de lesões de pele, lesões nervosas e lesões musculares. A AESOP, já em 2012, alertava para o facto de uma pessoa submetida a uma anestesia geral não conseguir manifestar dor ou qualquer espécie de desconforto. Cabe, pois, ao enfermeiro perioperatório, ao anestesista e ao cirurgião a avaliação e decisão do posicionamento seguro

de modo a prevenir qualquer lesão. Partindo destes conhecimentos e tendo em conta os vários posicionamentos de abordagem cirúrgica, na minha prática de cuidados, estabeleço procedimentos relativos à mobilização e ao posicionamento cirúrgico que garantam o conforto e previnam complicações ou lesões osteoarticulares. Mantenho o alinhamento corporal com a utilização de: rolos, almofadas (de diferentes tamanhos), lençóis, proteção de calcanhares, faixas de imobilização, suportes de braço e pernas. Legítimo os diferentes posicionamentos e, de acordo com a necessidade de exposição cirúrgica, disponibilizo e preparo acessórios e apoios de posição antes de realizar a mobilização, antecipando assim dificuldades e sempre com a preocupação de garantir a estabilidade da pessoa em situação perioperatória.

No ensino clínico na UH, assegurei o posicionamento correto para realização do procedimento, proporcionando conforto, integridade e privacidade da pessoa. Mantive-a também coberta com um lençol, juntando depois um cobertor para evitar a hipotermia. Assim como as salas do BO, as salas da UH são frias e o risco de hipotermia e consequente desconforto é elevado. Como já referi anteriormente, pude constatar que, habitualmente, a pessoa a ser submetida a procedimentos na UH é coberta apenas com um lençol. Com o objetivo de propor medidas corretivas, tendo por base a epidemiologia dos efeitos adversos, sugeri a aquisição de uma estufa de roupa para o aquecimento de batas e lençóis, no intuito de tornar esta experiência mais confortável, com mais qualidade e de confiança. A enfermeira responsável pela UH foi receptiva à minha sugestão, compreendendo a sua pertinência, comprometendo-se a reportar ao seu superior hierárquico esta proposta. Até à data, não tenho conhecimento que tenha sido adquirida a estufa de roupa.

A manutenção da temperatura corporal é outra medida necessária à segurança da pessoa no período perioperatório. A hipotermia é, de acordo com a AESOP (2017), um evento que ocorre com regularidade, inadvertidamente, no perioperatório e que possui um grande impacto na experiência cirúrgica da pessoa. A sua prevenção traduz melhores resultados em saúde e benefícios no processo cirúrgico, entre eles: a maior satisfação da pessoa, a diminuição dos níveis de ansiedade e do tempo de permanência na UCPA e a redução da infeção do local cirúrgico.

A hipotermia no cliente cirúrgico ocorre com frequência causada pelas alterações na termorregulação, não só pelo efeito anestésico, responsável pela redução de 20% na produção metabólica de calor, mas também devido: à temperatura ambiente, à exposição do corpo a um meio envolvente frio, à desinfeção da pele com soluções antissépticas frias, à infusão de fluidos não aquecidos, entre outros (Costa et al. 2019). Desta forma, e para gerir

a manutenção da normotermia da pessoa no perioperatório, é crucial a implementação de medidas preventivas da hipotermia o mais precocemente possível, tentando evitar complicações associadas à mesma. Para a manutenção da normotermia, aplico as seguintes estratégias: avaliação da temperatura; aquecimento da pessoa no pré-operatório (no momento do acolhimento no BO é colocado um lençol aquecido sobre o corpo da pessoa); avaliação da temperatura corporal, providenciando, se possível, o aumento da temperatura da sala operatória, principalmente, no caso de crianças, bebês e idosos.

Estas intervenções são sustentadas nas mais recentes evidências científicas. Azenha et al. (2017) recomendam que a temperatura deve ser avaliada uma a duas horas antes do início da anestesia, devendo assegurar-se uma temperatura confortável, enquanto o cliente aguarda pela cirurgia. No intraoperatório, utilizo uma manta de aquecimento com ar forçado, na parte superior e/ou inferior da pessoa, dependendo da zona corporal da intervenção cirúrgica; o mesmo verifica-se no pós-operatório (UCPA).

Para Azenha et al. (2017), se a temperatura pré-operatória do doente for inferior a 36°C na última hora antes da cirurgia, deve iniciar-se aquecimento com ar forçado quente. Defendem ainda que este aquecimento deve ser mantido em todas as fases da cirurgia. Em paralelo, associo a administração de fluidos endovenosos aquecidos em consonância com o anestesista, desde que não ocorram contraindicações – conforme recomendado por Azenha et al. (2017) quando referem que o uso isolado de fluidos aquecidos na prevenção da hipotermia é ineficaz, pelo que deve ser sempre utilizado em combinação com outras medidas preventivas. Em cirurgias major, e com previsão de largas horas de cirurgia, utiliza-se uma sonda de temperatura na cavidade oral ou no nariz. Atualmente, a cavidade oral é considerada como o local de medição não invasiva mais fidedigno e reprodutível (Azenha et al., 2017) para monitorização contínua e consequente ajuste das medidas preventivas de hipotermia, se indispensável.

Assim sendo, medidas preventivas da hipotermia no perioperatório devem ser implementadas o mais precocemente possível. Estas incluem: pré-aquecimento, aquecimento passivo e ativo, aquecimento de fluidos de infusão e aquecimento de fluidos de irrigação.

A prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios é também uma competência do EEEMCEPSP, sendo que José e Deodato (2014) apontam para a importância de uma preocupação e atenção redobradas, tendo em conta que as infeções são ainda, em contexto hospitalar, uma causa de mortalidade e morbidade incontestável. No bloco operatório, o risco de infeção é elevado, causado por procedimentos invasivos a que a

pessoa é sujeita, sendo por isso uma preocupação dos enfermeiros perioperatórios o processo de prevenção e controlo de infeção, associado aos cuidados perioperatórios.

Para a DGS (2017), a IACS é o resultado de infeções adquiridas pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados. Estes contágios estendem-se a todas as unidades prestadoras de cuidados, pelo que é importante assegurar a comunicação e a articulação entre as mesmas. A IACS é um problema nacional que afeta a qualidade de vida e a segurança das pessoas e dos profissionais, ampliando os custos diretos e indiretos do sistema de saúde.

No SESARAM, com o intuito de travar esta problemática, surge em 2015 o Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). O seu objetivo, conforme conta no Despacho nº 2902/2013, passa pela redução da taxa de IACS, pela minimização de microrganismos resistentes aos antimicrobianos e pela garantia de um sistema de vigilância contínua na prescrição e consumo de antibióticos. Em 2019, a aplicação do *Programa* na RAM revelou-se profícua, já que trouxe uma redução de 50% na taxa de infeção, com a adoção de medidas básicas de prevenção. Administração de antibioterapia 60 minutos antes da cirurgia e a sua repicagem conforme recomendado pela DGS, manutenção da normotermia, preparação pré-operatória adequada, técnica cirúrgica assética e cuidados pós-operatórios foram os métodos adotados.

Viegas (2019) corrobora que a redução efetiva da IACS no BO é obtida através do desenvolvimento de recursos disponíveis para a pessoa e para a equipa cirúrgica, de que é exemplo o uso de precauções universais (luvas, máscara, proteção ocular e batas), o desenvolvimento e aperfeiçoamento de condições ambientais, estruturais e de equipamento (auditoria, manutenção e limpeza de equipamentos de ventilação, limpeza sistemática das superfícies), melhoria na técnica cirúrgica, antibioterapia, proficiência na técnica assética, correta desinfeção da pele (e princípios inerentes à mesma), trabalho de equipa eficiente (controlo do tempo operatório, redução dos movimentos na sala operatória, restrição do número de pessoas e comunicação efetiva) e vigilância da infeção pós-cirurgia.

Baseada nesta conceção, e enquanto enfermeira do perioperatório, adotei este programa de prevenção e controlo de infeção com o intuito de potenciar a segurança da pessoa e da equipa pluridisciplinar. Para além dos cuidados referidos anteriormente, no meu dia a dia, cumpro com a administração da profilaxia antibiótica nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica e realizei a repicagem intraoperatória do antibiótico, de acordo com o que está preconizado na Norma nº 031/2013, da DGS. Ainda, mantive o controlo da glicémia, confirmei a realização do banho pré-operatório, conservei o meu vestuário

adequado (farda, touca de uso único a cobrir todo o cabelo, calçado antiestático e antiderrapante, máscara ajustada no rosto, luvas), assegurei-me que apenas estavam na sala operatória as pessoas indispensáveis. Por fim, sustentei a prática regular de desinfecção das mãos, providenciei e supervisionei a limpeza da sala de operações e regi-me pelos princípios de técnica asséptica, cumprindo com o defendido por Viegas (2019).

Ao longo dos meus ensinamentos clínicos, procurei manter uma prática de cuidados consonante com as recomendações do PPCIRA, demonstrei conhecimentos específicos acerca da higiene hospitalar na prevenção e controlo de infeção, nomeadamente, com a manutenção dos drenos, execução de pensos cirúrgicos, administração de medicação e cateterização de acessos venosos. Cumprir os princípios de assepsia e controlo da contaminação instituídos nos serviços e sensibilizei a pessoa em situação perioperatória para a importância dos cuidados com a ferida operatória e vigilância de sinais e sintomas de infeção.

Participo na conceção e na implementação de sistemas de reprocessamento de dispositivos médicos de usos múltiplos, permitindo a reutilização segura dos diferentes dispositivos, concretamente, broncofibroscópio, videolarinoscópico e laringoscópico. Estes processos incluem a limpeza, desinfecção, esterilização e acondicionamento, bem como testes de segurança técnica e funcional dos diferentes dispositivos.

Assim, considero que, pela minha experiência profissional e pelas oportunidades de aprendizagem proporcionadas nos ensinamentos clínicos, desenvolvi e aprimorei a competência específica: “Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica”.

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DA MESTRIA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

No decurso deste relatório, apresentei o caminho trilhado na aquisição e desenvolvimento das competências especializadas, comuns e específicas, na área de enfermagem da pessoa em situação perioperatória e que confluíram para a obtenção das competências de Mestre. Contudo, na organização deste documento revelou-se pertinente apresentar um capítulo que demonstrasse a aquisição das competências de mestre.

Nos termos do Decreto-Lei nº 65/2018 o grau de mestre é conferido aos que demonstrarem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que desenvolva e aprofunde os saberes obtidos no primeiro ciclo do ensino superior e que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações, em muitos casos, em contexto de investigação. O detentor deste grau deve, igualmente: saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de entendimento e de resolução de problemas em situações novas e não familiares (em contextos alargados e multidisciplinares); ter capacidade de integrar novas aptidões e ser capaz de lidar com situações complexas; encontrar soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (influindo considerações acerca das implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e juízos); ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes às mesmas, de uma forma clara e sem ambiguidades, quer a especialistas, quer a não especialistas; e desenvolver competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

O meu desenvolvimento pessoal e profissional promoveu-se a partir: dos saberes alcançados desde o curso de Licenciatura em Enfermagem, das unidades curriculares do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, das formações realizadas na área do perioperatório, do meu exercício profissional enquanto enfermeira do bloco operatório (devido à especificidade da natureza dos cuidados). Permitiram-me ainda aprofundar conceitos, explorar novos domínios e áreas de interesse, com o desígnio de melhorar a qualidade dos cuidados e aplicar os conhecimentos na resolução de problemas.

A UC de investigação contribuiu para aprofundar conhecimentos sobre a importância da investigação na enfermagem e sobre a prática baseada na evidência, munindo-me, semelhante, de ferramentas indispensáveis à aquisição de conhecimentos, através da pesquisa e seleção da evidência científica moderna.

Nesta UC propôs-se a realização de um trabalho de grupo, nomeadamente uma revisão integrativa de literatura sobre um tema de interesse da prática profissional, indo ao encontro da área de enfermagem da pessoa em situação perioperatória. Assim, optamos pela *revisão* relativa à temática “Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Hipotermia do Adulto no Perioperatório”. A pesquisa bibliográfica incidu na EBSCO, MEDLINE, RCAAP e SCIELO. Foi recolhido inúmeros artigos e estudos científicos publicados nos últimos dez anos sendo alvo de uma análise aprofundada e criteriosa. Os resultados deste trabalho de investigação foram apresentados aos meus colegas de formação e à professora da UC, no decorrer do mestrado. Afora esta temática ser já uma dominante no meu dia a dia, os resultados deste trabalho de investigação fizeram-me refletir acerca da minha prática clínica e partilhei com os meus colegas de serviço estes conhecimentos. Ampliei, assim, a minha capacidade de comunicar as conclusões e experiências a enfermeiros especialistas e não especialista, no sentido de reforçar que a hipotermia não gera apenas desconforto à pessoa, mas também poderá acarretar consequências na sua recuperação. A investigação permitiu-me também apurar e aplicar saberes com benefícios nos cuidados e no aumento da segurança da pessoa em situação perioperatória, consolidando a minha prática de cuidados.

Ainda no decorrer do mestrado, fui coautora na criação de dois pósteres, que contou com a colaboração de outros colegas, intitulados “O enfermeiro e a avaliação do risco cirúrgico do cliente idoso” e “O contexto da Enfermagem Perioperatória: o mapa conceptual como estratégia de aprendizagem”. Estes trabalhos constituíram momentos muito enriquecedores da aprendizagem, fruto de reflexão, organização e pesquisa bibliográfica referente à temática, dos quais resultaram conclusões sustentadas na mais recente evidência científica.

O primeiro póster, “O enfermeiro e a avaliação do risco cirúrgico do cliente idoso”, surgiu do trabalho desenvolvido no contexto das aulas da UC, Cirurgia Geriátrica: Contextos e Desafios. Aqui, efetuamos uma revisão narrativa da literatura, tendo como objetivo identificar fatores de risco da pessoa idosa em situação perioperatória. Já o segundo póster, “O contexto da enfermagem perioperatória: o mapa conceptual como estratégia de aprendizagem”, realizou-se no contexto das aulas da UC, “Enquadramento Conceptual de Enfermagem Perioperatória”, e cuja finalidade foi a de identificar a situação da prática de

enfermagem perioperatória com recurso a um mapa conceptual. Estes cartazes foram apresentados em comunicações livres no “V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?” que decorreu entre os dias 26 e 27 de outubro de 2021, no Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz.

A participação no Congresso supramencionado com a divulgação dos trabalhos desenvolvidos reflete um especial interesse em difundir e sistematizar novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, visando, ademais, contribuir para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada e demonstrando a aquisição das competências de mestre, enunciadas no Decreto-Lei nº 65/2018. Saberes estes: a capacidade de comunicar conclusões, raciocínios e conhecimentos de forma clara e sem ambiguidade, assim como, o desenvolvimento de competências que permitam uma aprendizagem auto-orientada e autónoma ao longo da vida. Nesta sequência de pensamento, as atividades concretizadas ao longo do processo formativo (ações de formação, trabalhos académicos, planeamento dos ensinamentos clínicos, nomeadamente, planos de estágios, a realização de reflexões críticas segundo a metodologia do Ciclo de Gibbs, a conceção do projeto de autoformação e respetivo relatório) habilitaram-me a fortalecer um conjunto de competências que confluíram no desenvolvimento autónomo da autoformação e autoaprendizagem.

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

No cuidado à pessoa e à sua família, foi aplicado a metodologia do processo de enfermagem em que, após a colheita/avaliação inicial de dados, identifiquei pontos de atenção, formulei diagnósticos de enfermagem, planeei e implementei intervenções de enfermagem individualizadas e personalizadas, de acordo com os diagnósticos, e efetuei a avaliação dos resultados sensíveis à minha intervenção. Para Adamy et al. (2020), o

processo de enfermagem constitui-se por um saber científico necessário para a consolidação da profissão e identidade profissional e suporta a tomada de decisão através de conhecimentos fundamentados.

A mobilização de conhecimentos foram uma constante, sempre orientada pelos princípios éticos e pelo Código Deontológico do enfermeiro, conduzindo à tomada de decisões objetivas e assertivas, adequadas às necessidades da pessoa em situação perioperatória. Demonstrei capacidade de aprender com a construção de conhecimentos específicos e de os aplicar na resolução de problemas, em situações novas, o que se compatibiliza com as competências do grau de mestre.

As minhas vivências no serviço de CM, BO e UH contribuíram para elevar o meu conhecimento e entendimento da pessoa em situação perioperatória de uma forma holística, identificando e refletindo acerca das múltiplas variáveis subjacentes na sua abordagem. Estas bases, proporcionaram-me a aquisição de ferramentas de trabalho que se traduzem na aquisição e desenvolvimento de competências de *Especialista* e de *Mestre*. Considero, assim, que este percurso de aprendizagem aprimorou o meu pensamento crítico e reflexivo, fomentando ainda o meu autoconhecimento e firmeza na tomada de decisão e possibilitou a gestão de situações complexas nos diferentes contextos clínicos. Aprendizagem esta que me permitiu e continuará a possibilitar, ao longo da minha vida profissional, prestar cuidados com maior segurança e mais qualidade, sustentados numa atual prova científica.

No serviço de CM, tive oportunidade de realizar uma ação de formação intitulada “Consulta de Enfermagem Pré-Operatória à Pessoa com Patologia da Mama a Vivenciar a Experiência Cirúrgica”, uma temática que me cativa particularmente. Junta-se o facto de toda a evidência corroborar com os ganhos em saúde e que se pode obter através da implementação da CEPO, permitindo uma envolvimento da pessoa e família no processo cirúrgico como fatores impulsionadores da segurança no perioperatório. A ação de formação foi apresentada, discutida e refletida com a equipa de enfermagem do serviço, confluindo para a aquisição da competência de Mestre, que compreende a capacidade de comunicar as minhas conclusões a especialistas e não especialistas de forma clara e sem ambiguidades. Esta competência também pôde ser evidenciada nas passagens de turno, momentos em que necessitei de transmitir informação acerca dos doentes utilizando linguagem clara e assertiva e também nos momentos de discussão do processo de enfermagem com os colegas e enfermeira tutora, entre outros.

Em suma, o percurso efetuado no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica expõe a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns ao EEMCEPSP

e a construção de conhecimentos/competências congruentes com a exigência do grau de mestre em enfermagem.

CONCLUSÃO

O presente relatório constitui o culminar de um percurso formativo realizado durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. A sua execução possibilitou-me uma análise crítico-reflexiva acerca do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas na área da pessoa em situação perioperatória, assim como das de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As experiências vivenciadas na UH permitiram-me atestar o conjunto de aptidões específicas necessárias à prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória em regime de ambulatório, assim como capacitar a pessoa e família para a gestão da experiência cirúrgica no ambulatório, cuidar da pessoa em situação perioperatória e adequar estratégias de comunicação, promotoras de segurança nos procedimentos cirúrgicos. As situações de aprendizagem proporcionadas durante o estágio de opção, com o acompanhamento da pessoa nos diferentes períodos do perioperatório, contribuíram para a aquisição de competências específicas para cuidar da pessoa em situação perioperatória, para a maximização da segurança cirúrgica e foram uma mais-valia na obtenção de um saber mais profundo e uma visão global dos cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar uma experiência cirúrgica.

Assim, pude contribuir para o *empowerment* da pessoa e família, incluindo-os nas tomadas de decisão e promovendo o seu fortalecimento, a sua autoconfiança e a sua autonomia no seu processo de saúde. O facto de contar com uma experiência profissional de vinte e um anos no bloco operatório foi promotor de uma postura confiante, coerente, segura e sustentada, aliando esta experimentação à aquisição e desenvolvimento de competências e, de igual modo, à partilha dos meus conhecimentos e experiência com os pares.

A concretização deste mestrado, tanto na vertente teórica como na prática, revelou-se bastante enriquecedora quer pelos conteúdos apreendidos quer pela ampla diversidade de aprendizagens. Esta formação complementar doutrinou-me na prática de Enfermagem Especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no contexto da Pessoa em Situação Perioperatória; trouxe-me o desenvolvimento das competências comuns no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; auxiliou-me na busca da melhoria contínua da

qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Foi constante a apreciação analítica, imprescindível na consciencialização de dificuldades e na implementação de novas estratégias, que em muito contribuíram para a edificação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre.

Relativamente às competências de Mestre, explorei o Decreto-lei n.º 65/2018. Os saberes e competências aprendidas e adquiridas permitiram-me a sua consequente aplicação na resolução de problemas em contextos alargados, através do processo de tomada de decisão, para tal, comunicando o meu raciocínio e conclusões de forma clara. Ajudaram-me igualmente a desenvolver habilidades de aprendizagem sistemática, auto-orientada e autónoma propiciando um crescimento pessoal e profissional, como preconizado no segundo ciclo de estudos.

Considero que as metas a que me propus foram alcançados com sucesso. Contudo, não foi um percurso isento de dificuldades e contratempus. O contexto da crise pandémica foi, inevitavelmente, um deles. As aulas teóricas decorreram online, trazendo, por vezes, alguns desafios relacionados com os equipamentos tecnológicos; a sobrecarga de trabalho, nos contextos da prática, foi outra condicionante, sobretudo com a necessidade de recorrer ao trabalho extraordinário. Esta circunstância afetou a disponibilidade e a gestão do tempo, mormente, na conciliação da atividade académica com a vida profissional e pessoal. Destaco ainda a cirurgia a que fui submetida, já na fase de redação do relatório final, que se revelou mais custosa do que o esperado, intensificando ainda mais as dificuldades de conclusão do mesmo.

Não obstante, ainda que sendo uma jornada complexa, o contexto suavizou as dificuldades: o acolhimento e envolvimento da equipa de enfermagem dos diferentes serviços por onde realizei as minhas práticas clínicas. Realço também o papel facilitador dos enfermeiros tutores, pela iniciativa e dedicação na transmissão dos seus saberes, facultando, assim, oportunidades de aprendizagem com predomínio no desenvolvimento das competências especializadas. O acompanhamento, os momentos de reflexão e as diretrizes da professora orientadora para esta explanação muito contribuíram para a concretização dos objetivos autopropostos e desenvolvimento de um relatório, na minha perspetiva, fundamentado, ponderado, que traduz o meu percurso de aprendizagem.

Finalizo a presente exposição com o sentimento de dever cumprido e com a certeza de que o esforço, a dedicação e a perseverança concorrem na concretização das metas delineadas. Outra certeza permanece: a de que este caminho, este labor não se esgota aqui. É minha pretensão continuar o percurso, aperfeiçoando e consolidando as competências

especializadas adquiridas, bem como as competências de Mestre. Este curso de mestrado foi, sem dúvida, determinante na melhoria da qualidade e aumento da segurança dos meus cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamy, E., Zocche, D. & Almeida, M. (2020). Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>.
- Alencar, J. L., Silva, L. V. M., da Macias, B. S. G., Cravo, D. D., de S., Santos L. P., dos Ferreira, J. da S., Belém, J. C., da S., Silva, P. H. V., da Ferreira, A. L. da S., & Sardinha, D. M. (2021). Uma revisão integrativa dos diagnósticos de enfermagem mais evidenciados no cateterismo cardíaco. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 14, e8948. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e8948.2021>
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Barbosa Ribeiro, M. I., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação numa ótica marxista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 72–80. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.73>
- Almeida, C. F. (2018). + *Mulher: cuidados de suporte no perioperatório da mulher com cancro de mama: intervenção de enfermagem especializada* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Lisboa). Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25264>
- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Eds.). *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Edições ISPA.
- American Society of Anesthesiologists. (2019). *Standards for Postanesthesia Care*. <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/standards-for-postanesthesia-care>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta.

- Associação dos Enfermeiros de. Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de. Sala de Operações Portugueses. (2017). *Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida: Práticas: Recomendadas para bloco operatório*. <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>.
- Association of Perioperative Registered Nurses. (2021) *Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice*. <https://www.aorn.org/guidelines-resources/clinical-resources/standards-of-practice>
- Azenha, M. (2017). Proposta de consensos de manutenção da normotermia no período perioperatório. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 26(1), 26–37. <https://doi.org/10.25751/rspa.10884>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de Enfermagem*. (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trads.) (2.^a ed.). Quarteto.
- Bernardo, A. R. L. D. (2021). *Capacitação da mulher com cancro da mama: criação de uma consulta especializada de enfermagem pré-operatória* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Lisboa). Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/43235>
- Bjorklund-Lima, L., Müller-Staub, M., Cardozo, M. C. E., de Souza Bernardes, D., & Rabelo-Silva, E. R. (2019). Clinical indicators of nursing outcomes classification for patient with risk for perioperative positioning injury: A cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23-24), 4367-4378. <https://doi.org/10.1111/jocn.15019>
- Brandão, T., Schulz, M., Gross, J., & Matos, P. (2017). The emotion regulation questionnaire in women with cancer: A psychometric evaluation and an item response theory analysis. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1647-1653. <https://doi.org/10.1002/pon.4356>
- Breda, L. F., & Cerejo, M. N. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5) <https://www.redalyc.org/journal/3882/388266931006/html/>

- Camargo, C. D., Araujo, B. R., Francisco, A. F., Lourenço, A. da S., & Caregnato, R. C. A. (2022). Visitas de enfermagem pré e pósoperatórias: revisão integrativa. *Revista SOBECC*, 26(4). <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100040008>
- Caselhas S. M. (2020). *ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande*. (Dissertação de Mestrado, Politécnico de Portalegre). Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33567>
- Costa, M. J., Mendes, A., Sá, C., Seara, L. & Penaforte, H. (2019). Normotermia no perioperatório: Perspetiva do enfermeiro. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 1-17. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.43>
- Cunha, I. (2022). *Reorganização do recobro de um hospital particular de Lisboa* (Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). Lisboa. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/25022/1/master_ines_carrico_cunha.pdf
- Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República** Série I-A. 205 (04-09-1996) 2959 – 2962. [Consult. 10 out. 2022]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Deodato, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Lisboa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4984>.
- Deodato, S. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem* (pp. 9-10). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Despacho n.º 10960/2020. **Diário da República** 2ª Série. 218 (09-11-2020) 180-182. [Consult. 04 mai 2021]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2020/11/218000000/0018000182.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** 2ª Série. 28 (10-02-2015) 3882-(2) - 3882-(10). Disponível em WWW:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf>

Despacho n.º 14223/2009. **Diário da República** 2ª Serie. 120 (24-06-2009) 24667-24669. [Consult. 11 nov. 2022]. Disponível em WWW: <http://dre.pt/application/conteudo/3594950>

Despacho n.º 2902/2013. **Diário da República** II Serie. 38 (22-02-2013) 7179-7180. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/1937340>

Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** 2ª Série. 102 (27-05-2015) 13550 – 13553. [Consult. 1 jan. 2023]. Disponível em WWW: <https://dre.tretas.org/dre/845428/despacho-5613-2015-de-27-de-maio>

Despacho n.º 9390/2021. **Diário da República** Série II. 187 (24-09-2021) 96-103- Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Dias, C. & Carreiro, M. (2020). Perfil das notificações de incidentes em saúde em um hospital universitário. *Revista de Enfermagem UERJ*, 28, 1-7. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.43213>

Direção-Geral da Saúde - Norma n.º 017/2022: **Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente – Otimização do processo de notificação e gestão de incidentes de segurança do doente**. 2022. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 02/2013: **Cirurgia segura, salva vidas**. 2013. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 031/2013: **Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto**. 2013. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Infe%C3%A7%C3%B5es%20e%20de%20Resist%C3%Aancia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de saúde 2004-2010*.
<https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol2-Plano-nacional-de-saude-2004-2010.pdf>
- Direção-geral da Saúde. *Plano Nacional de saúde 2011-2016*.
<http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf>
- Direção-geral da Saúde. *Plano Nacional de saúde 2012-2016 extensão a 2020*.
<http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-geral da Saúde. *Plano Nacional de saúde 2020-2030*. <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER_ProgramaNacionalControloDor.pdf
- European Operation Room Nurses Association. (2019). *Common core curriculum for perioperative nursing*. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Common-Core-Curriculum-for-Perioperative-Nursing-Third-Edition-2019.pdf>
- Ferreira, I. M. F. (2012). *Empowerment: Preferência e valorização das grávidas face aos cuidados de enfermagem pré-natais*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Porto. <https://core.ac.uk/download/pdf/62698365.pdf>.
- Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos da enfermagem perioperatória. In A, Duarte. & O, Martins (Eds.). *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 3-9) Lidel.
- Franco, A., Anjos, B., Ribeiro, W., Oliveira, A., Monsores, A., Dias, I., Ranauro, K., & Macedo, G., (2021). Sistematização da assistência de enfermagem no cuidado da mulher mastectomizada: Uma revisão integrativa. *Reseach, Society and development*, 10(9). <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18121/16274>
- Freire, G. V., Araújo, E. T. H., de Brito Araújo, E., da Silva Alves, L., Freire, A. C. M., & de Sousa, G. F. (2019). Liderança do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(3), 2029-2041. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1542>

- Gomes, G. M. N. (2021). *Intervenções especializadas de enfermagem à mulher com cancro da mama em contexto perioperatório* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/44322>
- Gonçalves, M., Pereira, M. A., & Machado, N. (2019). Construção e implementação de um modelo de consulta de enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada. *Suplemento digital Revista ROL Enfermagem*, (42), 11-12. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35495/1/resumo_p.54.pdf
- Gonçalves, R. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem* (pp. 11-12). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Guedes, V. M. S., Figueiredo, M. H. J. S., Apóstolo, J. L. A., Silva, M. L., Oliveira, P. C. M., & Ferreira, M. M. H. P. (2019). Práticas de enfermagem em cuidados de saúde primários com base num referencial de competências. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 9(27), 23–32. <https://doi.org/10.24276/rerecien2358-3088.2019.9.27.23-32>
- José, H., & Deodato, S. (2014). Classificação dos tipos de cirurgias e a sua relação com os riscos de infeção pós-operatória. In A. Duarte & O. Martins (Eds.). *Enfermagem em bloco operatório* (pp 107-113). Lidel.
- Kuczmainski, A., Ascari, R., Ascari, A., & Pavan, N. (2018). Portfólio Norteador da Consulta de enfermagem Pré- Operatória: fortalecendo a cultura de segurança do paciente. *Revista Extensão & Sociedade*. <https://periodicos.ufrn.br/extensaoesociedade/article/view/13619>
- Lacerda, J. F. E., Maia, E. R., Moreira, M. R. C., Santos, P. S. P., & Farias, A. C. (2022) Competência cultural no cuidado de Enfermagem à pessoa com deficiência: notas sobre a formação do enfermeiro. *Interface*, 26(Supl. 1), e220289 <https://doi.org/10.1590/interface.220289>
- Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Serie. 181 (16-09-2015) 8059 – 8105. [Consult. 13 out. 2023]. Disponível em WWW: <http://dre.pt/application/conteudo/10309896>

- Lemos I., Paixão I., Silva I., Oliveira E., & Cerqueira L., (2017). O papel do enfermeiro dentro da unidade de hemodinâmica. *International Nursing Congress*, maio 9-12.
- Lima, M. (2019). *Autoimagem e sexualidade em mulheres com cancro da mama*. <http://hdl.handle.net/10316/89771>
- Lima, N. & Pinto, S. (2014). Cirurgia ambulatória. In A. Duarte & O. Martins (Eds). *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp 123-133). Lidel
- Lopes, O. C. A., Henriques, S. H., Soares, M. I., Celestino, L. C., & Leal, L. A. (2020). Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, 24(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>
- Machado, A. (2020). *A implementação do modelo ACSA no departamento de pediatria do hospital de santa Maria: Um estudo de caso* (Tese de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas). <http://hdl.handle.net/10400.5/21297>
- Magalhães S. C. R. S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1784/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Magalhães, M. (2020). *A dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros* (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/48506/1/ULSD735309_td_Maria_Magalh%C3%A3es.pdf
- Marinho, A., Diniz, M. N., Cardoso, C., & Hingá, C. (2020). *Utilização segura do medicamento em anestesia na cirurgia de ambulatório*. <https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2020/01/o-Central-4-Medicamento-e-Anestesia.pdf>
- Maurício, Í. H., Souza, L. K. S., Santos, T., Andrade, V. E. M., & Godinho, E. M. A. (2019). Cirurgia segura: um instrumento de enfermagem voltado para a segurança do paciente cirúrgico. *Universidade Vale do Rio Doce*, 1-18. https://www.univale.br/wp-content/uploads/2019/12/ENFER.-2019_2-

CIRURGIA-SEGURA-UM-INSTRUMENTO-DE-ENFERMAGEM...-
%C3%8DCCARO.LORENA.-THASSYLA.-VIN%C3%8DCIUS.pdf

- Mazzi, N. R., & Tonhom, S. F. da R. (2018). Refletindo o processo de trabalho no período perioperatório a partir das necessidades do paciente. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8631>
- Medeiros, M., Dantas, J., Jácome, P., (2017) *Os benefícios da consulta pré-operatória de enfermagem*. http://sobecc.tmeventos.com.br/anais2017/pdfs/trabalho_2421.pdf
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Mendes, D. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória do programa enhanced recovery after surgery, implementação e avaliação*. (Tese de Doutorado, Universidade Católica de Lisboa). Lisboa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/32257>
- Morais, C. (2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Coimbra. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=24204&codigo=688
- Nobre, F. A. da P., Rodrigues, M. K. de S., Costa, R. M. do A., Albuquerque, E. V. da S., Romão, C. M. da S. B., Nascimento, C. C. C., Tavares, M. O. Q. L., & Collaço, L. P. B. (2020). Empoderamento e promoção à saúde: uma reflexão emergente / Empowerment and health promotion: an emerging reflection. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5), 14584–14588. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-253>
- Nunes, L. (2012). Enfermagem Perioperatória: Desafios para a viagem. *Revista AESOP*, (37). https://www.researchgate.net/publication/313842349_Enfermagem_perioperatoria_desafios_para_a_Viagem
- Olsen, S. J., Fridlund, B., Eide, L. S., Hufthammer, K. O., Kuiper, K. K., Nordrehaug, J. E., Skaar, E., Norekvål, T. M., & CARDELIR Investigators (2017). Changes in self-

reported health and quality of life in octogenarian patients one month after transcatheter aortic valve implantation. *European journal of cardiovascular nursing*, 16(1), 79–87. <https://doi.org/10.1177/1474515116641297>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos*. Author. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Ouschan, R., Sweeney, J., & Johnson, L. (2000). Dimensions of patient empowerment: implications for professional services marketing. *Health Marketing Quarterly*, (18). https://doi.org/10.1300/J026v18n01_08

Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, (267). <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.YLvO4PIKjIU>

Pereira, M., & Moriya, G. (2022). A importância da constante atualização científica em enfermagem perioperatória para a qualidade e a segurança da assistência: o papel das associações e sociedades de especialistas. *Revista SOBECC*, 27. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202227793>

Pires, M. A. G., & Rego, A. (2016). Visita pré-operatória de enfermagem: importância da sua implementação. *Revista Servir*, 59(5-6), 54-59. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23467>

- Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., Conroy, R., O'Connor, P., Vaughan, D., & Williams, D. (2015). Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *QJM*, 108(4), 273-277. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcu145>
- Ramos, A. (2001). Empoderamento em saúde: o papel do enfermeiro. *The Internet journal of Healthcare Administration*, 1(2). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9017/1/Revista%20Percursos%20n03_Enfermagem%20-%20Empoderamento%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20O%20Papel%20do%20Enfermeiro.pdf
- Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República II Série**. 26 (06-02-2019) 4744-4750. [Consult. 24 jan. 2023]. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República II Série**. 135 (16-07-2018) 19359-19370. [Consult. 24 jan. 20213]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/115698617/details/4/maximized?serie=II&day=2018-07-16&date=2018-07-01&dreId=115692952>.
- Regulamento n.º 65/2018. **Diário da República** n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16. [Consult. 1 mar. 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República II Série**. 21 (30-01-2018) 4744-4750. [Consult. 1 mar. 2023]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República 2ª série**. 184 (25/09/2019). [Consult. 1 mar 2023]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20743%2F2019>
- Ribeiro, O., Martins, M. M., Tronchin, D. M., & Forte, E. C. N. (2018). O Olhar dos Enfermeiros Portugueses Sobre os Conceitos Metaparadigmáticos de Enfermagem. *Revista Texto & Contexto – Enfermagem*, 27(2), 1 -9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

- Ribeiro, W. A., Cardoso, H. G. G., Costa, H. S., Veras, M. V. F., Coutinho, V. V. A., & Júnior, J. C. F. (2020) Câncer de mama: impacto e sentimentos na vida da mulher. *Revista Pró-UniverSUS*, 11 (1), 14-20. <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i1.2238>
- Salas-Vallina, A., Alegre, J., & Guerrero, R. (2018). Happiness at work in knowledgeintensive contexts: Opening the research agenda. *European research on management and business economics*, 24(3), 149-159. <https://doi.org/10.1016/j.iedeen.2018.05.003>
- Sandvik, R. K., Olsen, B. F., Rygh, L. J., & Moi, A. L. (2020). Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1488-1498. <https://doi.org/10.1111/jocn.15194>
- Santana, C., & Souza, C. (2018). A construção do Cuidar na formação fisioterapeuta: Aproximação profissional e paciente como protagonistas de um cuidado empoderador após câncer de mama. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*, 5(10). <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2016>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e Relação de ajuda* (1ª ed.). Lidel.
- Silva, C., Cunha, T., Dantas, C., & Jesus, C. (2021). A importância da enfermagem no pós-operatório de mulheres mastectomizada com disseção de linfonodos axilares: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(6). <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16177/14451>
- Silva, R., Ferreira, L., & Pereira, F. (2018). Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Mulher ao Cancro da Mama. *Revista Onco.News*, 36. <https://doi.org/10.31877/on.2018.36>.
- Sociedade Portuguesa e Anestesiologia. (n.d.). *Manual de recomendações para verificação do equipamento anestésico, secção de qualidade e segurança, sociedade portuguesa de anestesiologia*. http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Equipamento_Anestesioco.pdf

- Tostes, M. F. P., & Galvão, C. M. (2019). Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspetiva da enfermagem. *Gaúcha Enfermagem*, 40(esp), e20180180. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180180>
- Trescher, G., Amante, L., Rosa, L., Girondi, J., Miranda, G., Santos, M., Zuanazzi, E., & Mohr, H. (2020). Sistematização da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório à mulher com cancer da mama. *Enfermagem em Foco*, 11(5). <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/sistematizacao-consulta-enfermagem-pre-operatorio-mulheres-cancer-mama.pdf>
- Trevilato, D. D., Costa, M. R., Magalhães, A. M. M., & Caregnato, R. C. A. (2022). Concepções das enfermeiras em relação a segurança do paciente durante o posicionamento cirúrgico. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 43, e20210045. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210045.pt>
- Varela, A. (2016). O papel da literacia em saúde na decisão médica partilhada. *Saúde & Tecnologia*, 16, 44-49. <https://doi.org/10.25758/set.1501>
- Vaz, T., Costa, S., & Peleteiro, B. (2018). Fluorescence-Guided Sentinel Lymph Node Biopsy in Breast Cancer: Detection Rate and Diagnostic Accuracy. *Acta Médica Portuguesa*, 31(12), 706–713. <https://doi.org/10.20344/amp.10395>
- Veloso, D. (2018). *Conhecimento sobre cultura de segurança do paciente e implementação de medidas para a sua melhoria em uma unidade de saúde de São Luís* (Trabalho de mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra). Coimbra. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25477/1/TeseMestradoDanyellenVelo so.pdf>
- Viegas, C. (2019). O controlo de infeção no bloco operatório. In A. Duarte, & O. Martins (Eds.). *Controlo da infeção hospitalar* (pp. 129-138). Lidel
- Villar, V. C. F. L., Martins, M., & Rabello, E. T. (2021). Incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil: estudo descritivo, 2014-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400007>

- World Health Organization. (2009). Manual de Implementação da *Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS, Cirurgia Segura salva Vidas*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por.pdf?sequence=71&isAllowed=y
- World Health Organization. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Zimmerman, M. & Perkins, D. (1995) Empowerment theory, research and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569-579.
<https://doi.org/10.1007/BF02506982>
- Zuazua-Rico, D., Mosteiro-Diaz, M., Maestro-Gonzalez, A. & Fernandez-Garrido, J. (2020). Nursing workload, knowledge about pain, and their relation to pain records. *Pain Management Nursing*, 21(6), 510-515. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.009>