



CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA
UM PERCURSO IDENTITÁRIO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
PARA A CAPACITAÇÃO DA PESSOA / FAMÍLIA EM SITUAÇÃO
PERIOPERATÓRIA

Patrícia Alexandra Alves Rosas

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, orientado pela Prof. Doutora Maria Luísa Santos, e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

novembro de 2023

Porto

“É preciso sair da ilha para ver a ilha. Não nos vemos se não saímos de nós.”

(José Saramago)

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho culmina num intenso e marcante percurso de aprendizagem, desenvolvimento pessoal e académico. Não teria sido possível alcançar a meta a que me propus sem o apoio incondicional de pessoas e entidades a quem expresso minha gratidão e sincero reconhecimento.

À Escola Superior de Saúde Santa Maria por todo o apoio, exigência e rigor demonstrado ao longo deste Mestrado.

À Professora Doutora Maria Luísa Santos, pela disponibilidade, interesse, dedicação, rigor e exigência na orientação deste percurso.

Aos Enfermeiros Tutores e restante Equipa Multidisciplinar, pela disponibilidade e por todas as oportunidades de aprendizagem que proporcionaram, permitindo-me o desenvolvimento das competências adquiridas.

Aos meus Colegas e Amigos, pela motivação.

À Instituição de Saúde que me permitiu a realização dos estágios.

Não posso deixar de mencionar a minha Família, cujo apoio incondicional e incentivo constante foram pilares fundamentais em todo o processo. O incentivo, compreensão e paciência que sempre demonstraram foram essenciais para a minha perseverança e motivação em momentos de maior adversidade.

Finalmente, e não menos importante, quero agradecer a Mim própria. Acreditar na minha capacidade, manter a disciplina, ultrapassar desafios e persistir perante as adversidades, foram fatores cruciais para alcançar este objetivo.

A Todos, o meu sincero OBRIGADA!

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP	Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
AORN	Association of periOperative Registered Nurses
APA	American Psychological Association
ASA	American Society of Anesthesiologists
BO	Bloco Operatório
BOC	Bloco Operatório Central
CEPO	Consulta de Enfermagem Pré-operatória
CRIO	Centro de Responsabilidade Integrado de Obesidade
DGS	Direção-Geral da Saúde
DM	Dispositivos Médicos
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
EVA	Escala Visual Analógica
HIPEC	Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy
ISBAR	(Identify; Situation; Background; Assessment; Recommendations)
KPC	Carbapenemase de Klebsiella Pneumoniae
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
MPADSS	Modified Post-Anesthesia Discharge Scoring System
NFDM	Normas de Formatação Dissertações de Mestrado na ESSSM
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIPAC	Pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy
PSP	Pessoa em Situação Perioperatória
SCA	Serviço de Cirurgia de Ambulatório
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SpO2	Saturação Periférica da Oxihemoglobina
UCPA	Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

RESUMO

O presente relatório de estágio integra-se no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde Santa Maria. A sua elaboração e posterior apresentação e discussão pública têm como objetivo a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Através de uma análise crítico-reflexiva, pretendo evidenciar todo o processo de aprimoramento de saberes e aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista do Regulamento n.º 140/2019, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória do Regulamento n.º 429/2018 culminando com o relato das competências adquiridas inerentes ao grau de mestre do Decreto-Lei n.º 74/2006, na sua redação atual.

Este relatório expõe uma análise centrada nos diferentes contextos clínicos: Ensino Clínico I - Cuidar na sala operatória (foi requerida e aprovada a creditação a esta unidade curricular, atendendo às competências adquiridas durante o meu exercício profissional num Bloco Operatório); Ensino Clínico II / Módulo I - Unidade de Ambulatório; Ensino Clínico II / Módulo II – Estágio de Opção.

Os percursos realizados nestes estágios permitiram-me o desenvolvimento de competências no cuidar à pessoa e família / pessoa significativa em situação perioperatória, com especial interesse na área da consulta de enfermagem pré-operatória, onde a capacitação da pessoa e família / pessoa significativa foi enfatizada.

A vulnerabilidade subjacente ao ambiente complexo e desconhecido do bloco operatório, e ao próprio procedimento anestésico-cirúrgico, fundamenta a pertinência da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória na capacitação da pessoa e família / pessoa significativa na consulta pré-operatória, como agente facilitador no processo de transição saúde-doença e no alcance de *outcomes* positivos para o utente e sua família / pessoa significativa.

Palavras-Chave: Competências, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Consulta Enfermagem Pré-operatória, Capacitação.

ABSTRACT

The present report is part of the 1st Master's Course in Medical-Surgical Nursing at Santa Maria Higher Health School. Its preparation, subsequent presentation, and public discussion, aim to obtain the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, with Specialization in Perioperative Nursing.

Through a critical-reflexive analysis, I intend to highlight the entire process of knowledge enhancement, acquisition, and development of common skills of the nurse specialist as outlined in Regulation No. 140/2019, specific skills of the nurse specialist in medical-surgical nursing, in the area of perioperative nursing as outlined in Regulation No. 429/2018, culminating in the description of the skills acquired related to the Master's Degree as per Decree-Law No. 74/2006.

This report presents an analysis focused on different clinical contexts: Clinical Teaching I - Caring in the operating room (accreditation for this course was requested and approved, considering the skills acquired during my professional practice in an Operating Room); Clinical Teaching II / Module I – Outpatient Unit; Clinical Teaching II / Module II – Optional Internship.

The experiences gained during these internships allowed me to develop skills in caring for the individual and family / significant person in perioperative situations, with a special focus on the preoperative nursing consultation area, where the empowerment of the individual and family / significant person was emphasized.

The vulnerability inherent in the complex and unknown environment of the operating room, as well as the anesthesia-surgical procedure itself, underlines the relevance of the intervention of the nurse specialist in perioperative nursing in empowering the individual and family / significant person in the preoperative consultation. The nurse acts as a facilitator in the health-disease transition process and in achieving positive outcomes for the patient and their family / significant person.

Keywords: Skills, Medical-Surgical Nursing, Preoperative Nursing Consultation, Empowerment.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1. CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	12
1.2. CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA	16
2. CAPÍTULO II – PERCURSO IDENTITÁRIO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....	31
2.1. CONTRIBUTOS DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO	32
2.2. CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	34
2.2.1. Ensino Clínico I – Cuidar na Sala Operatória.....	35
2.2.2. Ensino Clínico II / Módulo I – Unidade de Ambulatório	35
2.2.3. Ensino Clínico II / Módulo II – Estágio de Opção.....	39
2.3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	41
2.3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	42
2.3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	45
2.3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	50
2.3.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	54
2.4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....	57
2.4.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família / pessoa significativa ..	58
2.4.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	84
3. CAPÍTULO III – UM OLHAR DE MESTRE FACE À CAPACITAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA / PESSOA SIGNIFICATIVA A VIVENCIAR A EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA	98
CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111

INTRODUÇÃO

Qualquer pessoa que, ao longo da sua vida, necessite, escolha ou aceite ser submetida a procedimentos anestésico-cirúrgicos, encontra-se em situação perioperatória. Este conceito é enunciado pela Ordem dos Enfermeiros nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (OE, 2017).

A complexidade do ambiente perioperatório, onde se prestam cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, é elevada, devido a vários fatores tais como: a alta tecnologia envolvente, o elevado número de dispositivos médicos, necessidade de controlo ambiental rigoroso e permanente, fluxos de comunicação intensos, atividade profissional que envolve equipas interdisciplinares, circuito perioperatório com inúmeras transferências de cuidados. Estas condições são propícias à ocorrência de situações de elevado risco. Inerente à complexidade do ambiente perioperatório está muitas vezes a complexidade dos procedimentos aos quais estão associados, na sua maioria, uma dependência da pessoa sob anestesia, deixando-a impossibilitada para responder com os seus próprios recursos aos riscos a que está sujeita, numa situação de vulnerabilidade. Esta vulnerabilidade pode ainda ser agravada por diversos fatores, como: idade avançada, presença de comorbidades, fragilidade física e emocional, falta de familiaridade com o ambiente hospitalar. Além disso, o stress emocional associado à cirurgia e a incerteza quanto aos resultados também podem aumentar a vulnerabilidade.

Perante esta realidade, os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje maior relevo e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. O intuito é o de promover uma capacidade de intervenção segura e de qualidade dos cuidados prestados à pessoa e família / pessoa significativa no antes, durante e após o procedimento anestésico-cirúrgico, e de proporcionar à pessoa proteção, capacitação e promoção da sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde que culminem na satisfação do utente, famílias e comunidade.

Considerando a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista em enfermagem à Pessoa em Situação

Perioperatória, assume assim uma mais valia pois através da mobilização de conhecimentos, habilidades e competências, para cuidar a pessoa e família / pessoa significativa, promove a compreensão de todo o percurso e processos a vivenciar, capacitando-os para a autodeterminação, autogestão da situação de acordo com o projeto de saúde, para o autocuidado e reintegração familiar e social, ajudando-os desta forma a alcançarem o máximo potencial de saúde na vivência da situação perioperatória e elevados níveis de satisfação com os cuidados prestados.

A OE (2017) enuncia que os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios se fundamentam em cinco pilares, sendo o “Reconhecimento do Outro e a Capacitação” um deles. O enfermeiro perioperatório deve ser capaz de estabelecer uma relação interpessoal e reconhecer a pessoa como ser único, complexo, capaz de aprender e de desenvolver o conhecimento e a autoconsciência. Deve reconhecer igualmente a liberdade de escolha da pessoa, incentivando a sua autonomia e comportamentos ajustados à situação, promovendo desta forma a sua capacitação.

A capacitação pode ser efetuada numa consulta de enfermagem pré-operatória. A existência desta consulta é um elemento importante para a eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017). Gröndahl et al. (2019) referem no seu artigo, que as informações de empoderamento pré-operatório melhoram a qualidade dos cuidados perioperatórios prestados. Além disso, referem ainda que as informações transmitidas durante o processo perioperatório, são uma componente central da continuidade dos cuidados e que maiores níveis de conhecimento estão associados a menores custos de saúde, a uma melhoria no controlo da dor, do autocuidado e sua recuperação domiciliar, diminuição da ansiedade e medo e consequentemente melhor qualidade de vida.

A consulta de enfermagem é uma atividade exclusiva do enfermeiro e, ao ser efetuada no pré-operatório, constitui o principal instrumento mediante o qual este estabelece uma relação de confiança com o utente, visando a redução de experiências traumáticas, diminuição de complicações e melhoria da qualidade de vida (Monteiro, 2020).

A consulta de enfermagem pré-operatória pode ser o momento ideal para a capacitação da pessoa sobre o seu percurso cirúrgico. Constitui uma excelente oportunidade para o enfermeiro especialista desenvolver um vínculo com o utente e família / pessoa significativa, identificar as suas principais dúvidas e preocupações, transmitir informação e orientações com o intuito de o preparar física e emocionalmente para a cirurgia, reduzir a ansiedade, incrementar o seu envolvimento em todo o processo

cirúrgico, visando a maximização da sua segurança e conforto durante a vivência cirúrgica e consequentemente garantir uma recuperação bem sucedida e elevados níveis de satisfação com os cuidados de saúde prestados.

Esta temática (capacitação da pessoa e família / pessoa significativa através da consulta de enfermagem pré-operatória) mereceu especial atenção e interesse ao longo do percurso académico deste mestrado e tornou-se mais motivadora e desafiante durante os Ensinos Clínicos. Espoletou um real e curioso interesse pelo aprofundamento do conhecimento e desenvolvimento das competências, do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, na área de atuação da consulta perioperatória, com foco na fase pré-operatória.

A intervenção do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si, sendo uma dessas áreas a consulta de enfermagem perioperatória. A capacitação da pessoa e família é uma das unidades de competência presentes no Regulamento 429/2018 (2018) referente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Com base no referido anteriormente, entendi a pertinência do meu foco de estudo e desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista, e que a reflexão gerada teria certamente impacto para o fundamento de cuidados de enfermagem mais seguros e de qualidade para o utente e respetiva família / pessoa significativa em situação perioperatória com repercussões positivas na sua vivência cirúrgica.

O presente relatório de estágio surge no âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica - área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde Santa Maria, inserido na Unidade curricular: Estágio com Relatório - Módulo III, que tem como objetivos: Demonstrar competências de análise, síntese e raciocínio crítico da experiência no cuidado da pessoa em situação perioperatória (PSP); Revelar competências de trabalho em equipa e autoaprendizagem do processo vivenciado, e na capacitação da PSP, para o autocuidado e reintegração familiar e social; Mobilizar saberes que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional; Demonstrar capacidade de liderança do processo de prevenção e controlo de infeção.

Este relatório procura evidenciar não só o percurso efetuado durante os Ensinos Clínicos para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação

perioperatória, mas também a mobilização de saberes e competências desenvolvidas ao longo dos 20 anos do exercício profissional no bloco operatório. Serão realçadas igualmente as competências de mestre desenvolvidas face à capacitação da pessoa e família / pessoa significativa na consulta pré-operatória a vivenciar a experiência cirúrgica. A elaboração deste relatório teve por base um projeto de autoformação dirigido à capacitação da pessoa e família / pessoa significativa em situação perioperatória na consulta de enfermagem pré-operatória, uma área do meu especial interesse, não só por ser uma área em que não possuo tantos conhecimentos científicos e técnicos, como pela importância que terá para o desenvolvimento de um projeto futuro proposto pelo serviço onde exerço atualmente a minha atividade laboral e que será certamente uma mais-valia para os utentes e famílias.

A metodologia utilizada para a elaboração deste relatório será descritiva e reflexiva, daquele que foi o meu processo de aprendizagem nos Ensinos Clínicos bem como da Experiência Profissional adquirida em contexto laboral e que permitiram a creditação do Ensino Clínico I - Cuidar na sala operatória.

Este relatório encontra-se estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo contemplará uma contextualização da temática (estado da arte) da capacitação da pessoa e família / pessoa significativa na consulta de enfermagem pré-operatória, utilizando bibliografia existente em bases de dados eletrónicas científicas, para compilar conhecimento existente nesta área. No segundo capítulo, farei uma análise e descrição das atividades realizadas para o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas (comuns e específicas) no cuidar da pessoa e família / pessoa significativa em situação perioperatória. O último capítulo será dedicado à aquisição e desenvolvimento de competências de mestre, com um olhar distinto face à capacitação da pessoa e família / pessoa significativa a vivenciar a experiência cirúrgica.

O presente documento teve como base as Normas para a Elaboração e Formatação de Relatório de Estágio da Escola Superior de Saúde Santa Maria (NFDm, 2023). As citações e referências bibliográficas tiveram como base as Normas da American Psychological Association (APA) – 7.^a Edição.

1. CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo deste capítulo será feito um enquadramento teórico, sob a forma de estado de arte, no qual será realizada uma abordagem à enfermagem perioperatória e à consulta de enfermagem, com especial destaque para a capacitação da pessoa e respetiva família / pessoa significativa, em situação perioperatória, através da consulta de enfermagem pré-operatória (CEPO), no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) e mais concretamente na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, objeto de estudo da presente investigação.

1.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A enfermagem perioperatória compreende o conjunto de saberes teóricos e práticos aplicados pelo enfermeiro de sala de operações, por meio de um processo coordenado (ou de várias fases interligadas), no qual o enfermeiro identifica as necessidades do utente a quem vai prestar cuidados de saúde, elabora um plano de cuidados, realiza essas intervenções com habilidade e segurança, e avalia os resultados, apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado (AESOP, 2006). A enfermagem perioperatória deve ser cuidadosamente planeada, executada e guiada por metas, com base numa abordagem holística do indivíduo enquanto ser humano, levando em conta o estado físico, mental, espiritual e social (AESOP, 2006). A enfermagem perioperatória contribui de forma direta para a segurança do utente cirúrgico mediante intervenções assistenciais e comunicação efetiva com a equipa multidisciplinar (Santos & Wilk, 2023).

A história da enfermagem perioperatória começa com a necessidade de recorrer a alguém não médico, para colaborar durante as práticas cirúrgicas iniciais, sobretudo no tratamento e preparação de materiais necessários à cirurgia. Durante muitos séculos, a cirurgia foi caracterizada por altos índices de falhas, taxas elevadas de mortalidade e infeções. A partir dos séculos XVII e XVIII, observou-se um progresso mais significativo devido a avanços na pesquisa anatómica, no início do desenvolvimento da saúde pública, na limpeza cirúrgica e na aplicação de métodos estatísticos. No século XIX, começaram a surgir programas de formação e treino, e a enfermagem cirúrgica é reconhecida como a primeira especialidade com prestígio e responsabilidade. O enfermeiro tinha a responsabilidade de preparar o paciente, o ambiente e os materiais para a cirurgia, além

de auxiliar durante o procedimento anestésico-cirúrgico, sendo igualmente responsável pela supervisão dos pacientes durante o período pós-operatório. As guerras mundiais tiveram um impacto significativo na atuação das enfermeiras, principalmente devido aos avanços tecnológicos. Durante e após as guerras mundiais, houve uma maior consciencialização sobre a importância da higiene e esterilização para prevenir infeções, levando à inclusão de serviços de esterilização nos hospitais (Caregnato et al., 2022).

A enfermagem perioperatória foi assim moldada ao longo dos anos por um conjunto de eventos, tão diversos, como a Primeira Guerra Mundial, conforme anteriormente referido, ou até mesmo pelas transformações nos sistemas de saúde durante a década de 1990. São algumas as datas que se destacam relativamente à origem da enfermagem perioperatória:

- 1873: Criação das primeiras escolas de saúde nos Estados Unidos da América (Sigurdsson, 2021);
- 1889: Enfermagem perioperatória é considerada a primeira área de especialização em enfermagem nos Estados Unidos da América (Sigurdsson, 2021);
- 1949: Criação da AORN - *American Association of Operating Room Nurses* (AESOP, 2006);
- 1978: É definido pela AORN o “Conceito de enfermagem perioperatória” (Sigurdsson, 2021).

Além destas datas, Arakelian et al. (2017) destacam duas outras datas importantes ao conceito de enfermagem perioperatória: 1985, ano a partir do qual a enfermagem perioperatória passa a focar-se nas necessidades dos utentes sendo o enfermeiro perioperatório, de acordo com Tollerud et al. (1985), especialista na prestação de cuidados diretos à pessoa em situação perioperatória, desde avaliações pré-operatórias até às avaliações pós-operatórias; 2000, ano a partir do qual a prestação de cuidados de enfermagem perioperatória passa a seguir um modelo de foco no utente - relação de empatia e de proximidade com o utente, sendo este: importante, recebendo cuidados personalizados; reconhecido como um todo, corpo e alma; tratado com dignidade e respeito; tratado pelo próprio nome. A proteção da sua vida e do seu corpo deverá estar sempre salvaguardada.

Em Portugal, e até aos anos oitenta, a enfermagem exercida nas salas de operações era muito tecnicista, centrada no modelo biomédico, mas, com as mudanças ocorridas noutros países, os enfermeiros de sala de operações sentem necessidade de mudar e

começam a centrar o seu foco de atenção no doente e não só na doença, como até então acontecia. Destaca-se em 1986 a fundação da AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, defendendo precisamente que o doente cirúrgico deve ser o centro dos cuidados de enfermagem (AESOP, 2006). Após vários esforços para que a enfermagem perioperatória fosse reconhecida como especialidade clínica, em 2018 foi publicado o Regulamento n.º 429/2018 onde são definidas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória. A área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória está inserida na especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica. Tal foi considerado, devido à abrangência da especialidade e pela necessidade de cuidados especializados de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção.

Nos dias de hoje, a prática da enfermagem perioperatória, à semelhança do verificado durante os Ensinos Clínicos realizados no presente mestrado, está fortemente marcada pelo foco no utente. No ambiente hospitalar em que os Ensinos Clínicos se desenvolveram, tal como proposto por Karlsson et al. (2013), foi notório que os utentes procuram no enfermeiro perioperatório um profissional que o ouça, o entenda e que esteja disponível para esclarecer e responder às suas dúvidas, facultando-lhe informações perioperatórias que o levem a melhor compreender o momento cirúrgico e a dissipar a sua ansiedade e receios.

A função do enfermeiro perioperatório era frequentemente desconhecida pelo público em geral e também dificilmente valorizada por outros profissionais de saúde. Era muitas vezes encarada como uma mera execução de técnicas e cumprimento de prescrições e indicações médicas, tendo sido por isso considerada muitas vezes como dispensável, podendo ser realizada por pessoal técnico especializado apenas para essas tarefas (AESOP, 2006).

Naturalmente, a prestação do enfermeiro perioperatório, contradiz essa filosofia, já que concentra a sua intervenção, na pessoa como um todo, usando conhecimento científico para prestar cuidados de saúde de qualidade. Os enfermeiros perioperatórios garantem a continuidade dos cuidados e educam tanto o utente como a sua família / pessoa significativa, demonstrando assim um compromisso inabalável com a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Atualmente, o enfermeiro perioperatório, intervém colocando em prática os seus conhecimentos específicos, antes, durante e após a cirurgia, desempenhando as suas funções como: prestador de cuidados, advogado do utente, líder, investigador, gestor e educador do utente e família / pessoa significativa (AESOP, 2006).

Devido aos progressos nas técnicas cirúrgicas, anestésicas, tecnológicas e farmacológicas, tem havido um aumento tanto na quantidade quanto na complexidade dos procedimentos cirúrgicos. Esta realidade, exige ao enfermeiro perioperatório um conhecimento especializado sobre guias e normas de cuidados relacionados com o procedimento anestésico cirúrgico, com procedimentos invasivos, equipamentos e instrumentais cirúrgicos, infecções e segurança do utente, entre outros. Da mesma forma, a enfermagem deve demonstrar humanização nos cuidados prestados, mantendo excelentes relações interpessoais e sociais, devendo igualmente possuir habilidades de liderança e comunicação eficaz (Maya, 2022).

A cirurgia representa uma situação concreta que pode causar mudanças significativas na vida de uma pessoa e sua família / pessoa significativa. A vivência / experiência cirúrgica pela qual vai passar, representa uma transição saúde-doença à qual está associada uma mudança no estado de saúde.

Os enfermeiros na sua prática deparam-se com pessoas que estão a vivenciar processos de transição que compreendem alterações de saúde, nas relações, expectativas e capacidades dos papéis. Esta transição requer que as pessoas adquiram novos conhecimentos e ajustem seu comportamento (Meleis, 2012). Deste modo, o enfermeiro perioperatório deve proporcionar conhecimento que possibilita à pessoa e família / pessoa significativa integrar eficientemente elementos novos decorrentes da sua condição atual, permitindo que desenvolvam capacidades e habilidades para lidarem com todas as mudanças que irão ocorrer ao longo do período perioperatório, tornando-os assim mais aptos.

O cuidado durante o perioperatório é um processo complexo de relações, com e para os utentes e equipa de saúde. A transição dos utentes do período pré-operatório para o pós-operatório expõe-nos constantemente ao risco de eventos adversos. Nesse cenário, é imperativo que o enfermeiro intervenha de maneira a garantir a segurança do utente (Maya, 2022).

O enfermeiro perioperatório deve fornecer ao utente e família / pessoa significativa, todas as informações sobre os cuidados de enfermagem que serão prestados durante o período perioperatório. Isso ajuda a garantir a segurança e reduzir a ansiedade frequentemente experienciada pelos utentes.

Assim e considerando a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar da pessoa e família / pessoa significativa, proporcionando a compreensão do

processo cirúrgico a experienciar, capacitando-os para o autocuidado e para se reintegrarem na família e na sociedade (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória pode desenvolver a sua intervenção durante as três fases que comportam o período perioperatório: pré, intra e pós-operatório (Regulamento n.º 429/2018, 2018):

- A fase pré-operatória inicia-se quando a pessoa e o cirurgião decidem avançar para a cirurgia e termina quando o utente é transferido para a mesa operatória;
- A fase intraoperatória inicia-se a partir do momento da transferência da pessoa, para a mesa operatória, e tem o seu término quando esta é transferida para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA);
- A fase pós-operatória, tem início quando o utente dá entrada na UCPA e termina quando se considera que o utente está totalmente recuperado do processo anestésico-cirúrgico.

É na fase pré-operatória que o enfermeiro tem o primeiro contacto com o utente e sua família / pessoa significativa, e onde pode iniciar a sua intervenção.

Nesta fase o enfermeiro deve: avaliar as dimensões do ser humano para identificar as necessidades do utente e família / pessoa significativa; conhecer antecedentes pessoais, familiares e cirúrgicos do utente, conhecer o diagnóstico e o procedimento anestésico cirúrgico previsto a ser realizado; fazer uma avaliação física e emocional de onde surgem ações que devem ter como foco central a educação para diminuir ansiedade e promover a recuperação pós-operatória. Fatores de risco, confirmação da existência de exames laboratoriais necessários, confirmação do local correto da cirurgia; confirmar medicação domiciliar, transmissão de informações relativas a preparação cirúrgica, educação / ensinos, também são incluídos nesta fase (Maya, 2022).

Cabe, então, ao enfermeiro perioperatório, identificar as necessidades do utente em situação perioperatória e sua família / pessoa significativa para delinear um plano personalizado de cuidados de enfermagem que permita a manutenção / restabelecimento da saúde e do bem-estar do utente no período perioperatório.

1.2. CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

A consulta de enfermagem é uma intervenção autónoma e complexa, envolvendo um conjunto de ações cujo objetivo primordial é conhecer aprofundadamente o utente,

fornecendo informações abrangentes sobre o período perioperatório. Isso é feito, levando em conta as suas necessidades e expectativas (Mendes & Ferrito, 2021).

A consulta de enfermagem pode ser programada, presencial ou não presencial, podendo ocorrer de forma individualizada ou integrada no plano de consultas da equipa de saúde multidisciplinar. Pode ocorrer em diferentes contextos, tendo sempre como finalidade atender às necessidades dos utentes, garantindo a continuidade de cuidados de saúde. A mesma visa permitir a intervenção do enfermeiro na promoção da saúde, facilitando a pessoa a se adaptar e/ou recuperar a sua saúde. Permite igualmente capacitar a pessoa na gestão do seu processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado, de forma a melhorar significativamente a sua qualidade de vida (Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021, 2021).

As consultas de enfermagem devem ser planeadas de forma científica e organizada, utilizando uma linguagem universal que permita aos enfermeiros comunicar e documentar eficazmente as consultas realizadas. Estes momentos são fundamentais para estabelecer relações interpessoais, identificar fragilidades e explorar opções de tratamento, com ênfase no incentivo ao autocuidado (Cruz et al., 2022).

A consulta de enfermagem deve assentar em orientações internacionais e nacionais, visando boas práticas, as quais se encontram descritas em vários documentos emitidos por diversas entidades, entre as quais a Organização Mundial de Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) prevê, entre outras, duas tipologias da consulta de enfermagem: presencial, consulta de enfermagem efetuada com a presença física do utente; e, não presencial, consulta de enfermagem efetuada sem a presença física do utente, sendo o contacto estabelecido através de outros meios, entre eles, telefone, videochamada, carta e correio eletrónico (Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021, 2021).

A consulta presencial deve ser a opção a privilegiar, no entanto, a decisão sobre a modalidade a adotar, deverá ser determinada pela necessidade e natureza dos cuidados à pessoa (Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021, 2021).

As intervenções dos enfermeiros no âmbito das consultas de enfermagem podem ser desenvolvidas, à exceção de não adequação clínica ou impossibilidade técnica, conforme ilustrado na figura 1, com recurso a meios presenciais e com recurso a meios não presenciais sob a forma de teleconsulta, com ou sem vídeo, tendo sido esta última fortemente impulsionada pela pandemia COVID-19 enquanto recurso para aproximar os serviços de saúde do utente (Pimentel et al., 2022).

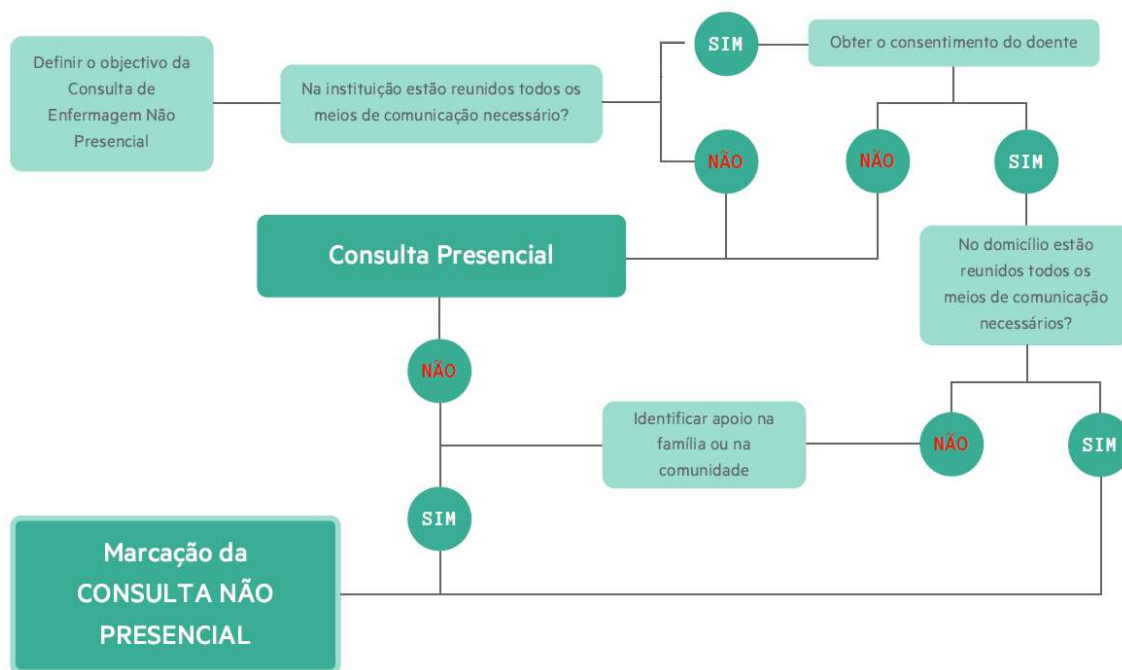


Figura 1. Fluxograma de preparação à consulta de enfermagem (OE, 2021)

A teleconsulta de enfermagem, ao possibilitar a consulta sem deslocação à unidade de saúde, transforma-se numa ferramenta que melhora a acessibilidade aos cuidados, ultrapassando as barreiras que surgem em momentos ou contextos de isolamento e reduzindo os impactos da distância geográfica e dos fatores socioeconómicos associados às deslocações (Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021, 2021).

A teleconsulta exige ao enfermeiro a utilização das suas habilidades e capacidades, com especial ênfase nas suas capacidades de comunicação. Compete às instituições de saúde assegurar a existência de todos os recursos necessários à realização da teleconsulta, garantido a formação para a sua utilização. De realçar que deve existir sempre uma via de comunicação simples entre o utente / família / pessoa significativa e o enfermeiro, dando preferência à utilização do telefone. O enfermeiro deve decidir, em conjunto com o utente e família / pessoa significativa, acerca de quais os recursos disponíveis e mais adequados a utilizar na teleconsulta (Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021, 2021).

Para que a teleconsulta de enfermagem seja verdadeiramente eficaz, para aproximar os serviços de saúde do utente no seu domicílio, com os benefícios adicionais em termos de saúde para a pessoa e económicos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS),

é crucial que todos os intervenientes estejam envolvidos na sua implementação e que se respeite a preferência e segurança do utente (Pimentel et al., 2022).

Num artigo de Louw et al. (2013), os autores referem que o momento e a duração das sessões educativas, depois de analisados vários estudos, variaram consideravelmente. Num estudo, o ensino foi realizado 6 semanas antes da cirurgia, enquanto, em quatro estudos, o ensino realizou-se no dia anterior à cirurgia. O momento para os estudos restantes variou de 2 a 4 semanas antes da cirurgia programada. Já Mendes e Ferrito (2021) referem que, os ensinamentos efetuados nas consultas, foram realizados até duas semanas antes da data agendada para a cirurgia.

Relativamente à duração das consultas, Louw et al. (2013), referem que “apenas seis dos estudos relataram uma duração exata da sessão educacional e o tempo médio relatado gasto na educação (nos estudos que o relataram) foi de 30 minutos.”. Mendes e Ferrito (2021), no seu estudo, referem que as consultas realizadas, tiveram a duração de 40 minutos e que, segundo as autoras, esta duração vai de encontro à literatura existente. De realçar, no entanto, que a duração de uma consulta de enfermagem deverá ser a necessária para atender às necessidades do utente, pois cada utente é único (Costa et al., 2012).

Existem cinco áreas de atuação na intervenção do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória: “consulta perioperatória; anestesia; circulação; instrumentação; e, cuidados pós anestésicos” (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A consulta de enfermagem é uma das áreas de atuação do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória, sendo um dos momentos que permite ao enfermeiro especialista capacitar o utente e família / pessoa significativa, e assim melhorar os outcomes em saúde (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Capacitar uma pessoa, não envolve apenas transmitir conhecimentos e habilidades, mas também promover a capacidade de resolver problemas, lidar com adversidades e encontrar alternativas. A capacitação visa fornecer autonomia e autoconfiança ao utente, permitindo que ele não execute apenas tarefas específicas, mas também tome decisões e alcance resultados propostos de maneira eficaz (Gonçalves et al., 2013).

Utentes mais capacitados são mais conscientes das suas escolhas, permitindo-lhes participar ativamente e tomar decisões de forma autónoma. São um recurso valioso para alcançar ganhos em saúde. “É necessário ter pessoas capacitadas, enfermeiros preparados

e haver políticas e cultura pública / organizacional centrados na capacitação das pessoas.” (AESOP, 2021)

Assim, o enfermeiro perioperatório, tem um papel fundamental na capacitação do utente e família / pessoa significativa. Os enfermeiros não fornecem apenas informações, mas também educam utente e família / pessoa significativa, ajudando-os a entender e vivenciar melhor todo o processo cirúrgico. A capacitação do utente e família / pessoa significativa é importante em todas as fases do perioperatório (pré, intra e pós-operatório), podendo a fase pré-operatória, ser o momento ideal para essa capacitação.

Evidências sugerem que a capacitação do utente, é melhor quando implementada no pré-operatório, pós-operatório e/ou ambos. Além disso, quaisquer que sejam os tipos de intervenções, recomenda-se que sejam individualizados de acordo com as necessidades do utente, para obter uma melhoria dos resultados de saúde (Filomeno et al., 2020).

A consulta de enfermagem realizada no período pré-operatório, favorece e potencia as relações interpessoais entre enfermeiro e utente em situação perioperatória e sua família / pessoa significativa, permite identificar vulnerabilidades, necessidades biopsicossociais e educativas. Por meio de intervenções educativas pedagógicas, é possível fomentar um maior envolvimento por parte do utente no seu autocuidado. Estas ações capacitam o utente a lidar eficazmente com a sua condição de saúde, empoderando-o e capacitando-o no sentido de prevenir complicações futuras (Trescher et al., 2020). A CEPO permite: avaliar as necessidades pré-operatórias; antecipar as necessidades do pós-operatório; definir planos de cuidados de enfermagem para ajudar a pessoa em situação perioperatória a maximizar a sua capacidade de autocuidado (Cruz et al., 2022).

A CEPO remete-nos para o plano de cuidados de enfermagem, idealmente personalizado, considerando a condição física dos utentes e os recursos familiares e comunitários disponíveis no pós-operatório, idealmente realizada em meio hospitalar, para proporcionar o mais adequado e o melhor cuidado à pessoa em situação perioperatória (Mendes & Ferrito, 2021; Cruz et al., 2022).

No estudo realizado por Neiva et al. (2020), ficou demonstrada a importância da CEPO como uma ferramenta de orientação, promotora de relações interpessoais de empatia e confiança, promotora do autocuidado e um momento propício para os utentes e famílias / pessoas significativas, esclarecerem as suas dúvidas e receios.

O cuidado de saúde centrado na pessoa, é uma abordagem que considera o utente como um colaborador ativo no seu próprio tratamento, e como parte integrante da equipa

multidisciplinar. Representa uma transformação, deixando de ver o utente como um indivíduo com uma doença específica, para reconhecer a pessoa por trás do utente - como um ser humano com pensamentos, desejos, emoções e necessidades (Pettersson et al., 2018).

As CEPO podem ser o ponto de partida de uma parceria que facilita a comunicação centrada na pessoa, entre o utente e o enfermeiro. Esta abordagem centrada no utente dá espaço para que se conheça a história clínica do utente e através da utilização de perguntas abertas, se promova o diálogo, ajudando assim o utente a compreender melhor o procedimento cirúrgico e a fortalecer as suas capacidades e habilidades em relação à cirurgia e à recuperação. Os materiais educativos para os utentes são frequentemente usados como um complemento à comunicação oral, fornecendo informações, recomendações e orientação sobre procedimentos e os cuidados planeados (Pettersson et al., 2018).

De acordo com Arakelian et al. (2017), as CEPO foram descritas como uma oportunidade de estabelecer uma relação empática, de partilha das preocupações e dúvidas dos utentes sobre o seu diagnóstico. Os utentes esperam que os enfermeiros os escutem e os informem relativamente às suas dúvidas. A informação fornecida ao utente na CEPO foi considerada como crucial para a compreensão do utente sobre todo o processo cirúrgico. É importante dar tempo aos utentes para colocarem as suas questões e dúvidas, bem como expressarem pequenos detalhes, os quais são relevantes para os utentes. O facto de serem devidamente esclarecidos, deixa os utentes confiantes e seguros, contudo, e segundo os mesmos autores, alguns utentes são firmemente contra informações tão detalhadas, pelo que o enfermeiro deve respeitar as preferências individuais do utente relativamente às necessidades informativas. A CEPO permite que a pessoa em situação perioperatória e sua família / pessoa significativa, esclareçam dúvidas e expressem as suas preocupações relativamente ao processo e tratamento cirúrgicos (Cruz et al., 2022).

Tal como na CEPO, a visita pré-operatória, referida pela AESOP (2006), é um momento de interação entre o enfermeiro da sala de operações e o utente, a qual tem como objetivos:

- Respeitar a individualidade do utente e proteger os seus direitos;
- Reduzir a angústia e a ansiedade do utente relacionada com o procedimento anestésico-cirúrgico, com o fim de obter um maior bem-estar e colaboração do utente durante o perioperatório;

- Promover a interação entre o enfermeiro e o utente;
- Familiarizar o utente com o enfermeiro perioperatório e com o ambiente da sala de operações;
- Avaliar as expectativas e conhecimentos do utente face ao procedimento cirúrgico;
- Permitir ao enfermeiro conhecer a história do utente e as necessidades afetadas, de forma a estabelecer diagnósticos de enfermagem e planear cuidados personalizados;
- Verificar a existência ou não do consentimento informado assinado e atuar em conformidade;
- “Relembrar e esclarecer, se necessário, as informações recebidas acerca dos procedimentos inerentes à preparação pré-operatória”;
- “Permitir a continuidade dos cuidados de forma a operacionalizar o processo de enfermagem”.

A AESOP (2006) define como objetivos da CEPO, ainda que em contexto de cirurgia de ambulatório:

- “Avaliar as necessidades físicas e psicológicas do doente”;
- “Descrever os procedimentos cirúrgicos, desde a admissão até à alta”;
- “Envolver a família / adulto responsável no plano de assistência proposto”;
- “Fornecer documentação existente (manual do utente, indicações pré-operatórias)”;
- “Ensino para a alta e pós-operatório fora da instituição hospitalar”.

É muito importante que o enfermeiro estabeleça uma relação de empatia e ajuda com o utente e família / pessoa significativa. O enfermeiro deve fornecer toda a informação necessária para o autocuidado, quer para o pré-operatório como para o pós-operatório. É importante que o enfermeiro valide a compreensão, por parte do utente e família / pessoa significativa, das informações transmitidas na CEPO, de forma que todas as dúvidas sejam dissipadas (AESOP, 2006).

Agüero-Millan et al. (2023) defendem a necessidade dos seguintes elementos à intervenção do enfermeiro perioperatório na CEPO: escuta ativa; informação, clara e objetiva, de todas as atividades que serão desenvolvidas no perioperatório; e, providenciar um ambiente calmo, seguro e tranquilo.

A comunicação empática, centrada no utente, pode diminuir a ansiedade antes da cirurgia, melhorar a recuperação pós-cirúrgica e aumentar a satisfação do mesmo. Uma abordagem empática centrada no utente, numa atmosfera de privacidade, deve ser facilitadora de modo a encorajar o utente a partilhar os seus sentimentos, preocupações e experiências. O enfermeiro deve responder às dúvidas e questões de maneira tranquila, solidária e confiante, sem fazer julgamentos (Stucky & Vortman, 2022).

É dever do enfermeiro perioperatório disponibilizar ao utente e sua família / pessoa significativa “toda a informação acerca dos cuidados de enfermagem que serão prestados ao longo do período perioperatório”. Ao proporcionar estas informações, o enfermeiro perioperatório estará a contribuir para aumentar a segurança em todo o processo cirúrgico e ao mesmo tempo para reduzir a ansiedade comum entre os utentes cirúrgicos (Gonçalves et al., 2019).

A ansiedade e a depressão pré-operatórias, têm impacto na perceção e no tratamento da dor e vice-versa. A dor é preditor de complicações no pós-operatório e a sua presença excessiva atrasa a recuperação cirúrgica, podendo prolongar o tempo de internamento. Por essa razão, a utilização de medidas para controlar a ansiedade pré-operatória, bem como, a deteção da dor numa fase precoce, são questões importantes e relevantes, às quais o enfermeiro perioperatório deve estar sensível (Fernández et al., 2023).

Os enfermeiros perioperatórios devem envolver os utentes, o mais precocemente, no período pré-operatório, através da CEPO, de forma a ajudá-los a participar ativamente nos seus cuidados de saúde, e a estabelecer expectativas realistas. O ensino pré-operatório deve incluir estratégias verbais, impressas e audiovisuais, de modo a capacitar os utentes acerca de detalhes básicos sobre a sua cirurgia, tais como: jejum; interrupção de certos medicamentos; expectativas relativas ao dia da cirurgia; gestão da dor; recuperação pós-operatório (Stucky & Vortman, 2022). Quando a informação verbal é complementada com informação escrita ou digital, reforça a informação fornecida, mas também aumenta a autoeficácia dos utentes, capacitando-os a formular perguntas e participar ativamente na comunicação (Cooper et al., 2023).

Bayraktar et al. (2018) referem no seu estudo que, a educação do utente na fase pré-operatória, é importante para melhorar os resultados cirúrgicos. Resultados deste estudo mostraram que, a informação escrita e as instruções verbais sobre o procedimento anestésico-cirúrgico e recomendações pós-operatórias, reduziram níveis de ansiedade dos utentes e melhoraram o seu conhecimento. Noutros estudos analisados por Bayraktar et

al. (2018), concluíram que a educação pré-operatória: previne complicações pós-operatórias; promovem o autocuidado; aumentam a satisfação do utente; aumentam a qualidade dos cuidados no domicílio; reduzem a readmissão hospitalar; reduzem a ansiedade. É recomendado o uso de ferramentas tais como, panfletos e folhetos com imagens, para orientar os utentes sobre o autocuidado pós-operatório (Cruz et al., 2022).

Numa *scooping review* realizada por Araújo et al. (2022), os autores referem o vídeo como o recurso audiovisual mais utilizado no ensino pré-operatório, seguido do uso das aplicações informáticas. Consideram estes recursos audiovisuais, como sendo de fácil acesso e eficazes para aumentar a retenção de informações por parte do utente, já que reforçam a realidade de forma descomplicada. Também Almeida et al. (2013) identificam autores que corroboram da mesma opinião ao destacarem a utilização dos meios audiovisuais como os recursos para as orientações de enfermagem no período pré-operatório e acrescentam que as visitas ao centro cirúrgico ou ao local onde o utente vivenciará o pós-operatório são um recurso igualmente utilizado.

A realidade virtual mostra-se como uma ferramenta promissora na capacitação do utente no pré-operatório, sendo apontada pela literatura como uma estratégia não farmacológica e simples que pode ser usada pelo enfermeiro perioperatório para envolver o utente. O uso desta tecnologia, minimiza a ansiedade, melhora a satisfação e vivência cirúrgica da pessoa em situação perioperatória (Stucky e Vortamn, 2022; Bekelis et al., 2017), indo ao encontro do referido por Sun et al. (2021), os quais concluem, através do seu estudo, a melhoria da compreensão do procedimento cirúrgico por parte do utente, bem como, um maior envolvimento e satisfação do utente.

Na incessante busca pela melhoria da qualidade da assistência prestada ao utente cirúrgico, têm-se desenvolvido programas multidisciplinares. O programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), é uma abordagem de cuidados perioperatórios que tem como objetivo reduzir o stress cirúrgico, preservar a função fisiológica após a cirurgia e acelerar a recuperação pós-operatória. Fundamenta-se em princípios como prática baseada em evidências, processos perioperatórios e uma abordagem multimodal e multiprofissional. Este programa promove intervenções de enfermagem ao longo de todo o percurso cirúrgico dos utentes, concentrando-se na educação pré-operatória. Essa educação é garantida por meio do planeamento e implementação de uma CEPO em conformidade com as diretrizes internacionais e adaptada às necessidades, características e expectativas dos utentes (Mendes & Ferrito, 2021).

A educação pré-operatória é muito valorizada pelos utentes, sendo essencial para que estes, obtenham informações detalhadas ajustadas às suas necessidades, para que se sintam mais bem preparados para gerir os cuidados necessários durante o pós-operatório e o período de recuperação no domicílio (Mendes & Ferrito, 2021).

Com o objetivo de implementar uma CEPO, baseada numa abordagem centrada no utente, e concomitantemente gerar conhecimento sobre este assunto com o intuito de avaliar as implicações que essas intervenções têm para os utentes e para os resultados da sua saúde, Mendes e Ferrito (2021), realizaram um estudo onde foram criados dois grupos de estudo: um com utentes cirúrgicos sem consulta de enfermagem, e outro com utentes cirúrgicos com consulta de enfermagem baseada nos princípios do programa ERAS. Este estudo concluiu que a implementação da CEPO promoveu uma transformação na prestação de cuidados. A CEPO permitiu uma melhor preparação dos utentes, mais informações e maior colaboração. No pós-operatório, os utentes tiveram uma recuperação mais precoce do que o expectável, relativa à autonomia na mobilização, estiveram mais bem informados e tiveram uma participação mais ativa bem como uma experiência cirúrgica mais positiva. Também foi observada uma propensão decrescente relativa ao tempo médio de internamento. Estes resultados impulsionaram a valorização desta intervenção de enfermagem, despertando o interesse da equipa multidisciplinar. As CEPO têm impacto positivo na recuperação da autonomia e na satisfação dos utentes, sendo este último, indicador direto de qualidade dos cuidados prestados (Mendes & Ferrito, 2021).

Toda a informação transmitida no perioperatório, permite ao utente desenvolver respostas adequadas às diferentes situações que vivencia. Frequentemente, durante a fase de acolhimento, os utentes expressam informações discrepantes sobre a preparação pré-operatória, o que pode comprometer significativamente o procedimento anestésico e/ou cirúrgico. Manifestam, igualmente, medo relativo ao pós-operatório imediato, receio de dor, dúvidas relacionadas com o momento da alta clínica e com a recuperação pós-operatória no domicílio. O breve período de internamento restringe a interação dos enfermeiros com os utentes, especialmente no que diz respeito à transmissão de informações sobre o pós-operatório. Assim, é frequente os utentes sentirem dúvidas e dificuldades no autocuidado após a alta, acabando por contactar ou recorrer de novo ao hospital (Breda & Cerejo, 2021).

O primeiro contacto do utente e família / pessoa significativa com o enfermeiro, ocorre, com frequência, somente no dia do acolhimento, isto é, no pré-operatório imediato. Neste contexto, a informação transmitida ao utente, acaba por ser somente

realizada pelo cirurgião, anestesista, sendo a informação relativa à preparação pré-operatória transmitida, via telefone, pela secretária clínica (Breda & Cerejo, 2021).

Baseadas nessa problemática, Breda e Cerejo (2021), desenvolveram um estudo no qual pretendiam avaliar, no pós-operatório, a satisfação dos utentes com a informação recebida no pré-operatório e analisar a influência da CEPO na satisfação das necessidades informativas do utente. Para isso trabalharam com dois grupos distintos de utentes, os que receberam informações na CEPO (utilizando um guião pré-estabelecido acompanhado de um folheto informativo sobre a preparação cirúrgica e percurso hospitalar) e os que não receberam informações através da CEPO. Concluíram que os utentes da CEPO, receberam mais informação, e estavam consideravelmente mais satisfeitos com a informação recebida no pré-operatório comparativamente com os utentes que não receberam informações pré-operatórias através desta consulta. A CEPO contribuiu para aumentar o nível de satisfação dos utentes em relação às informações transmitidas e ao envolvimento / participação das famílias na receção dessas informações. Permitiu igualmente vivenciar melhor o processo cirúrgico e aumentar a satisfação no processo de transição saúde-doença (Breda & Cerejo, 2021).

Para além dos ganhos em saúde para o utente, as autoras mencionadas anteriormente, também referiram como benefício da CEPO o potencial para influenciar a redução de custos, pela diminuição de discrepâncias na preparação pré-operatória, o que pode evitar cancelamentos de cirurgias. (Breda & Cerejo, 2021).

A CEPO é de grande importância dada a pertinência das informações sobre o pré e pós-operatório tornando o processo de alta hospitalar, mais responsável, permitindo uma tomada de decisão, e participativo por parte dos utentes e família / pessoa significativa. É crucial enfatizar a singularidade deste momento, uma vez que promove cuidados individualizados, adaptados às necessidades específicas do utente. Além disso, é um momento oportuno para esclarecer dúvidas, transmitir informações de maneira clara e estabelecer uma relação de empatia e confiança com o enfermeiro perioperatório (Ferreira et al., 2022).

A ansiedade e o stress são comuns nos utentes que vão ou estão a vivenciar um processo cirúrgico. Mesmo o mais simples dos procedimentos cirúrgicos, é gerador de ansiedade no utente e família / pessoa significativa, relacionado com o receio do desconhecido, dúvidas e incertezas relativamente ao processo de recuperação e ao procedimento cirúrgico, aspetos que devemos ter em consideração e que suportam a necessidade de uma CEPO (Ferreira et al., 2022).

A CEPO é um contributo fundamental, pois permite garantir a eficiência e segurança dos cuidados cirúrgicos. É de enorme relevância a qualidade e quantidade da informação transmitida quer ao utente quer à família / pessoa significativa (Ferreira et al., 2022), pois grandes volumes de informações transmitidas num curto espaço de tempo, dificultam a retenção dessas informações (Cooper et al., 2023). Estas devem ser adaptadas à capacidade de compreensão dos intervenientes, de forma que toda a informação transmitida seja assimilada (Ferreira et al., 2022), e adequada às necessidades dos utentes (Cooper et al., 2023).

A capacitação do utente e família / pessoa significativa é um grande desafio e exige do enfermeiro perioperatório capacidades, habilidades e competências para a gestão e adequação das suas intervenções. As CEPO devem ser realizadas, por enfermeiros capacitados, capazes de autogerir recursos e tempo, utilizando ferramentas padronizadas e baseadas em evidências científicas para proporcionar cuidados de saúde perioperatórios de elevada qualidade (Fernández et al., 2023).

A CEPO emerge como um elemento fundamental para o êxito de todo processo cirúrgico, quer pelo envolvimento do utente, quer pela diminuição da ansiedade, pela facilidade na retoma à rotina diária, adequação dos cuidados, e minimização de complicações no pós-operatório contribuindo para a satisfação do utente e para o sucesso da cirurgia e qualidade dos cuidados prestados (Ferreira et al., 2022).

As instituições devem fomentar e incrementar a realização das CEPO, uma vez que estas promovem cuidados de excelência, orientados para as necessidades dos utentes e família / pessoa significativa com repercussão nos níveis de satisfação do utente, indicador imprescindível na qualidade dos cuidados prestados (Ferreira et al., 2022).

Programas estruturados de preparação cirúrgica, através da CEPO, reduzem complicações pós-operatórias, tempo médio de internamento e promovem uma melhor gestão da dor e uma recuperação mais rápida. (Cruz et al., 2022).

Yeola e Jaipuriya (2016), realizaram um estudo que investigou o “efeito de diferentes programas de educação pré-operatória nos níveis de ansiedade e dor dos pacientes”, e concluíram que os utentes do grupo que recebeu os cuidados habituais (rotina) relataram o nível mais alto de dor, enquanto os utentes inseridos no programa de educação pré-operatória apresentaram baixo nível de dor e ansiedade.

A educação pré-operatória capacita os utentes e contribui para diminuir as complicações pós-operatórias, aumentar a satisfação do utente, diminuir o tempo de internamento (Ali & Abdallah, 2020; Adogwa et al., 2017), reduzir a ansiedade (Adogwa

et al., 2017). A educação em saúde, juntamente com a provisão de informações aos utentes e seus familiares, assim como o treinamento dos profissionais envolvidos, são mencionados como indicadores ou preditores pré-operatórios, destinados a reduzir as complicações no processo cirúrgico (Fernández et al., 2023).

Assim a intervenção do enfermeiro perioperatório na CEPO torna os utentes mais informados (Mendes & Ferrito, 2021), utentes com mais e melhor informação são utentes mais envolvidos nos cuidados (Mendes & Ferrito, 2021), mais satisfeitos, (Mendes & Ferrito, 2021; Melo, 2005) e, conseqüentemente, os processos e os *outcomes* são melhorados (Kim et al., 2021): a autonomia do utente é recuperada mais precocemente (Breda & Cerejo, 2021; Mendes & Ferrito, 2021); positividade da experiência cirúrgica (Breda & Cerejo, 2021; Mendes & Ferrito, 2021); melhoria na colaboração do utente, com uma participação mais ativa nos cuidados (Mendes & Ferrito, 2021; Ferreira et al., 2019); diminuição no tempo médio de internamento (Mendes & Ferrito, 2021; Ali & Abdallah, 2020).

Ao aconselhar / educar / ensinar os utentes na CEPO, presencial ou não presencial, o enfermeiro perioperatório está a oferecer preparação e suporte pré-operatórios os quais, de acordo com Brown et al. (2018), permitem: que os utentes e suas famílias estejam bem informados; compreendam melhor o procedimento cirúrgico e os cuidados necessários durante o perioperatório; uma tomada de decisão com mais confiança; reduzir a ansiedade; expectativa mais realista do processo que irão enfrentar. Além disso, o autor defende que esta consulta melhora a experiência cirúrgica, eleva a qualidade do atendimento, oferece apoio psicossocial e possibilita que utente e família / pessoa significativa sejam apoiados emocionalmente e se tornem menos ansiosos e mais confiantes na recuperação (Brown et al., 2018). Os autores referiram que, idealmente, a CEPO deve ser realizada presencialmente, pois no seu estudo revelou que a consulta presencial, forneceu com mais frequência a quantidade certa de informação, e foi capaz de aliviar o medo das expectativas pós-operatórias. Quando isso não for possível, deve ser oferecida uma CEPO telefónica (Brown et al., 2018).

Turunen et al. (2017), tal como defendido por Breda e Cerejo (2021) e Fernández et al. (2023), concluem que o enfermeiro perioperatório é o que tem competências especializadas, e na fase pré-operatória tem uma intervenção importante ao atender às necessidades do utente e família de forma individual e personalizada, preparando-os para o procedimento programado e recuperação pós-operatória, impactando positivamente a satisfação do utente e da instituição prestadora dos cuidados , a segurança do utente, a

qualidade do atendimento e a economia de custos (Fernández et al., 2023; Breda & Cerejo, 2021; Turunen et al., 2017).

O enfermeiro perioperatório, ao estar presente, emocionalmente e fisicamente, em todo o processo perioperatório, dá espaço e tempo ao utente e sua família / pessoa significativa (Arakelian et al., 2017), remetendo-nos para os cuidados centrados no utente e família / pessoa significativa e não na doença (Cruz et al., 2022). Para os autores, o cuidado centrado no utente e família, ao atender às particularidades (necessidades individuais da pessoa) e aos desejos e preferências do utente, além de envolver o utente nos seus cuidados, leva o utente a sentir-se apoiado e próximo do enfermeiro perioperatório o que, consequentemente, conduz o utente a uma sensação de segurança. Cruz et al., (2022) referem que um estudo incluído na sua *scooping review*, faz referência a que a educação pré-operatória, além de melhorar o conhecimento e satisfação, reduziu a dor do utente.

Assim sendo, são indispensáveis à intervenção do enfermeiro perioperatório na CEPO: proporcionar oportunidade para que o utente expresse as suas expectativas e sentimentos (Almeida et al., 2013); atender às necessidades informativas da pessoa em situação perioperatória (Mendes et al., 2020); assistência humanizada (Sigdel, 2015) e cuidados de enfermagem centrados no utente (Fernández et al., 2023; Mendes et al., 2020), pressupondo o esclarecimento de questões e a resposta às necessidades individuais do utente (Freitas et al., 2021); entender o utente como um elemento da equipa e parceiro na sua recuperação (Pettersson et al., 2018); o cuidado individualizado (Fernández et al., 2023); o uso de linguagem clara e compreensível (Assis et al., 2014) e um diálogo explicativo (Freitas et al., 2021).

Contudo, é preciso estar consciente que, existem barreiras que dificultam a intervenção do enfermeiro perioperatório na capacitação pré-operatória do utente, nomeadamente a falta de: guias de orientação e diretrizes padronizadas da educação pré-operatória, formação dos enfermeiros, motivação dos enfermeiros, conhecimento teórico e prático sobre educação pré-operatória, cooperação e reconhecimento por parte das instituições hospitalares. Também o excesso de trabalho dos profissionais de saúde e a baixa literacia apresentada por muitos utentes, (Bazezew et al., 2023), bem como o tempo limitado para a realização da educação pré-operatória (Mitchell, 2017), são barreiras / desafios face à capacitação pré-operatória. (Bazezew et al., 2023; Mitchell 2017)

Deste modo, é possível constatar que, apesar de toda a potencialidade da CEPO na capacitação do utente, existem fatores que dificultam a intervenção do enfermeiro e

constituem desafios. Torna-se assim importante que, as instituições de saúde, a par dos profissionais de saúde, estabeleçam mudanças na estrutura e organização para que os efeitos dessas adversidades / dificuldades sejam ultrapassados e os enfermeiros possam maximizar a eficiência da sua intervenção.

2. CAPÍTULO II – PERCURSO IDENTITÁRIO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

O Despacho n.º 10960/2020 (2020), referente ao Curso de Mestrado – 2.º Ciclo, na Área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (PSP), prevê, na sua Estrutura Curricular, a realização do Ensino Clínico I - Cuidar na sala operatória no 2.º Semestre e a Unidade curricular Estágio com Relatório, no 3.º Semestre, a qual inclui três módulos: Ensino Clínico II / Módulo I - Unidade de Ambulatório; Ensino Clínico II / Módulo II - Estágio de Opção e o Módulo III cujo conteúdo é apresentado através do presente Relatório Crítico Fundamentado.

Os objetivos definidos no Módulo III, da Unidade Curricular – Estágio com Relatório, visam:

- Demonstrar competências de análise, síntese e raciocínio crítico da experiência no cuidado da PSP;
- Revelar competências de trabalho em equipa e autoaprendizagem do processo vivenciado, e na capacitação da PSP, para o autocuidado e reintegração familiar e social;
- Mobilizar saberes que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional;
- Demonstrar capacidade de liderança do processo de prevenção e controlo de infeção

O Relatório Crítico Fundamentado pretende descrever de forma reflexiva, o desenvolvimento e aquisição de competências ao longo do meu percurso profissional, enquanto Enfermeira Perioperatória, e através dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares teóricas e práticas no decorrer do mestrado.

A reflexão do conhecimento prático (*know-how*), adquirido através de experiência profissional, com o conhecimento académico (teórico-prático), é essencial para o processo de aquisição de competências, tal como defende Benner (2001), a qual refere que durante o processo de aquisição de competências é essencial refletir sobre as aprendizagens que a prática oferece, ligando os saberes da prática à teoria, tendo sempre presente o comportamento ético.

Assim, darei início à referida descrição do desenvolvimento e aquisição de competências, nos diferentes Ensinos Clínicos realizados no decurso deste mestrado.

2.1. CONTRIBUTOS DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

No ano de 2003, iniciei funções como enfermeira perioperatória no Bloco Operatório (BO) de um Hospital Central da Zona Norte, onde permaneço até à presente data.

Este hospital tem como missão a prestação dos melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, incentivando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentimento de pertença de todos os profissionais. Visiona ser o exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, compromisso, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a conceção de valor para todos os seus públicos tornando-se a marca referência no setor da saúde.

O BO é um bloco central que dá resposta a diversas áreas cirúrgicas, dispondo de equipas multidisciplinares especializadas, bem como tecnologia de ponta para cada valência cirúrgica, permitindo um ambiente anestésico-cirúrgico totalmente seguro. É constituído por 12 salas de operações e ainda por outras áreas anexas destinadas a permitir a completa funcionalidade das salas de operações.

No que concerne aos recursos humanos, é constituído por um Diretor, um Enfermeiro-Gestor, um corpo de aproximadamente 80 Enfermeiros, 20 Assistentes Operacionais e 1 Assistente Administrativo.

No Bloco Operatório Central (BOC) são realizadas cirurgias nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Torácica, Ginecologia, Ortopedia, Urologia, Consulta da Dor (procedimentos cirúrgicos de inserção de Bombas de Baclofeno e Neuro estimuladores), existindo ainda atividade de Transplante e Colheita de Órgãos para Transplante. No início do presente ano, foi criada uma sala operatória destinada à Cirurgia Robótica tendo já sido realizadas cirurgias nas especialidades de Urologia, Cirurgia Geral e Ginecologia. Até 2010 existiu a especialidade de Neurocirurgia, acabando por ser separada fisicamente nesse mesmo ano.

Como enfermeira perioperatória no BOC, tenho oportunidade de:

- Realizar o acolhimento à pessoa / família / pessoa significativa, momento onde procuro proporcionar um ambiente calmo, tranquilo, onde a pessoa / família / pessoa significativa é encorajada a colocar as suas dúvidas, receios e angústias, onde escuto atentamente e observo a linguagem corporal que é reveladora de inquietações e preocupações, tentando através de uma comunicação clara, empática, objetiva e assertiva esclarecer todas as dúvidas de forma a reduzir e aliviar ansiedades e medos;
- Desempenhar funções nas áreas: Anestesia (todas as especialidades), Circulação (especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Ginecologia e Consulta da Dor) e Instrumentação (especialidades de Cirurgia Geral – todas as subespecialidades, Cirurgia Plástica, Ginecologia e Consulta da Dor);
- Desempenhar funções nas três áreas de atuação (Anestesia, Circulação e Instrumentação) na Cirurgia Robótica, nas especialidades de Cirurgia Geral e Ginecologia;
- Colaborar na gestão de recursos materiais, mais especificamente no que diz respeito aos DM - Dispositivos Médicos (gestão de stocks; acondicionamento e manutenção);
- Participar, como formadora interna do BOC, em ações de formação e sensibilização, direcionadas aos meus colegas e assistentes operacionais;
- Contribuir na integração de enfermeiros no BOC, com base no procedimento de integração do serviço;
- Participar na orientação de estudantes de enfermagem, de licenciaturas e Pós-graduações;

Durante 3 anos realizei visita pré e pós-operatória, visita que permitia capacitar e empoderar a pessoa. A minha principal função passava por informar (cuidados pré e pós-operatórios), esclarecer dúvidas sobre a intervenção cirúrgica e tipo de anestesia, transmitir segurança e reduzir a ansiedade da pessoa / família / pessoa significativa. Estas visitas terminaram por falta de recursos humanos.

Desde 1 de julho de 2010, são realizadas cirurgias com tratamento HIPEC (*Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy*) para tratamento de carcinomatose peritoneal, nas quais é administrada quimioterapia intra peritoneal hipertérmica. Em junho de 2022 iniciamos o programa de PIPAC (*Pressurized intraperitoneal aerosol*

chemotherapy), tratamento inovador de quimioterapia intra peritoneal pressurizada por aerossóis. A equipa cirúrgica, da qual eu faço parte, é restrita, experiente e com formação específica (formação realizada por um enfermeiro do Hospital de Santiago de Compostela), dada a complexidade e riscos dos procedimentos. Asseguro nestas cirurgias (HIPEC e PIPAC) as funções nas áreas de Anestesia, Circulação e Instrumentação.

Em janeiro de 2019 foi criado um Centro de Responsabilidade Integrado de Obesidade (CRIO), para o qual fui convidada a integrar, juntamente com mais 9 Enfermeiros do BOC, tendo esse convite sido realizado com base, entre outros critérios, na experiência profissional e nas competências necessárias para fazer parte deste Centro. Exerço funções nas três áreas de atuação de Anestesia, Circulação e Instrumentação. Estes Centro de Referência são estruturas de natureza multidisciplinar, direcionadas para assegurar respostas concretas e tempo célere às necessidades dos utentes.

No último trimestre de 2022, tomei a iniciativa de propor a criação e implementação da Consulta de Enfermagem Pré-operatória (CEPO). Esta proposta decorreu de um interesse pessoal nesta área de atuação, o qual foi reforçado através de uma reflexão pessoal, realizada ao longo do 1.º semestre do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Perioperatória, sobre a importância que o Enfermeiro Perioperatório pode desenvolver na área da CEPO.

Sempre que existe necessidade de colmatar deficiências ao nível de recursos humanos no bloco de urgência, os enfermeiros do BOC, no qual me incluo, são muitas vezes destacados para esse bloco. Esta realidade acaba por me enriquecer em termos de experiência profissional. Desde Fevereiro de 2023, disponibilizei-me para colmatar, igualmente, a falta pontual de recursos humanos no serviço de cirurgia de ambatório.

A prática clínica no BOC assume elevados níveis de exigência, consequente da multiplicidade de técnicas cirúrgicas e anestésicas. Este facto conduz à atualização teórica e prática exaustiva, à consulta permanente de protocolos, normas, formação e investigação constante, de modo a prestar cuidados de enfermagem de qualidade e segurança à pessoa e família / pessoa significativa.

2.2 CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Vou apresentar de seguida a caracterização dos contextos dos Ensinos Clínicos onde, desenvolvi e adquiri competências especializadas, bem como apliquei os conhecimentos adquiridos ao longo da experiência profissional e componente teórica do mestrado.

2.2.1. Ensino Clínico I – Cuidar na Sala Operatória

O Ensino Clínico I - Cuidar na Sala Operatória teve como objetivos:

- Prestar cuidados de enfermagem, autónomos e interdependentes, à PSP e respetiva família / pessoa significativa, em diferentes contextos da sala operatória;
- Maximizar a segurança da PSP e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica;
- Promover os projetos de saúde e família / pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde / doença que necessitem de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório;
- Assegurar a qualidade da intervenção interprofissional, cooperando na elaboração de estudos de caso e em discussões na ação e sobre a ação para fundamento de uma prática baseada na evidência, antes, durante e após a cirurgia.

Tendo como base a minha experiência profissional num BOC, anteriormente descrita no subcapítulo 2.1, candidatei-me à Creditação da Unidade Curricular: Ensino Clínico I – Cuidar na Sala Operatória, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, tendo como suporte a alínea b), do ponto 3 do Artigo 11.º (Instrução do Processo de Creditação) do Regulamento N.º 435/2022 (2022), de 9 de Maio de 2022 (Regulamento de Creditação da Escola Superior de Saúde de Santa Maria), creditação essa que foi aceite.

2.2.2. Ensino Clínico II / Módulo I – Unidade de Ambulatório

A cirurgia realizada em regime de ambulatório é uma:

Intervenção cirúrgica programada que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica, incluindo a cirurgia de ambulatório no mesmo dia ou a cirurgia de ambulatório com pernoita (Portaria n.º 234/2015, 2015).

A seleção / admissão dos utentes para cirurgia em regime de ambulatório deve atender a determinados critérios de admissibilidade da cirurgia ambulatório (AESOP, 2006):

A. Critérios Sociais:

- “Transporte assegurado em veículo automóvel”;
- “Área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do Hospital”;
- “Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita”;
- “Acesso a comunicações (telefone ou telemóvel)”;
- “Assegurada a companhia de um adulto responsável nas primeiras 24 horas”;
- “Aceitação de ser operado nas condições oferecidas”.

B. Critérios Clínicos:

- “Idealmente doentes ASA I ou ASA II (*American Society of Anesthesiologists*)”;
- “Estabilidade clínica e psíquica”;
- “Intervenção que se prevê de curta duração (cerca de 60 minutos)”;
- “Desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação por via oral”.

Verifiquei que o Serviço de Cirurgia de Ambulatório (SCA) cumpria as dotações seguras definidas no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

As instalações atuais do SCA deste hospital são provisórias, enquanto se realizam obras de remodelação nas instalações originais do SCA, com localização contígua às consultas externas.

Segundo a AESOP (2006), uma unidade de cirurgia ambulatório deve contemplar, tendo em conta a especificidade do trabalho a desenvolver, as seguintes áreas:

- “Área de receção / admissão”;
- “Gabinete de consulta”;
- Sala de espera para a pessoa e família / pessoa significativa;
- “Vestiário para os utentes”;
- “Sala de preparação pré-operatória”;
- “Sala de operações”;
- “Unidade de cuidados pós-anestésicos (fase 1 e 2)”;

- Espaço exterior para estacionamento automóvel para o utente e família / Pessoa Significativa.

O espaço físico provisório afeto ao SCA contempla: Sala de espera para utentes e acompanhantes, que é partilhada com outro serviço contíguo e área administrativa própria. Apresenta ainda as seguintes áreas de apoio: Sala de reuniões / Sala de consultas de enfermagem; dois Gabinetes (enfermeira gestora e diretor de serviço); Três Salas de armazém (DM e equipamentos, farmácia); Vestiários e Instalações sanitárias para utentes; Vestiários e instalações sanitárias para profissionais; Sala de preparação pré-operatória; duas Salas de operações devidamente equipadas com ventilador, monitor, sistemas de aspiração, bisturi elétrico, carro de anestesia com diverso material anestésico para dar apoio, carro de circulante e uma marquesa com material de suporte para as diversas tipologias cirúrgicas. A sala encontra-se devidamente equipada para receber doentes com SARS-CoV-2 (Covid-19). Existem ainda três Salas de pequena cirurgia, uma Sala de recobro imediato (fase 1) com capacidade para quatro camas, equipada com monitores de sinais vitais e ainda no mesmo espaço físico fica o recobro tardio (fase 2) com capacidade para quatro cadeirões.

Relativamente ao estacionamento automóvel para utentes / acompanhantes, ele é inexistente, pelo que estes têm de deixar a viatura no exterior do hospital, só podendo entrar no parque do hospital quando o utente tem alta clínica.

O SCA funciona de segunda-feira a sexta-feira das 8h às 20h. Os utentes são previamente selecionados para pernoita, dependendo do critério do cirurgião, confirmado pelo critério do anestesiológista (este com critério prevalecente) ou sempre que as cirurgias iniciem depois das 18h. Existem duas vagas de pernoita disponíveis todos os dias e duas vagas para internamento inferior a 24 horas, no caso de haver alguma complicação, sempre com médico de permanência disponível.

Relativamente às CEPO, as mesmas são realizadas telefonicamente. As CEPO são realizadas por um enfermeiro, maioritariamente, no dia anterior à cirurgia. Até 2020, as CEPO eram realizadas presencialmente, por um enfermeiro, situação que foi alterada devido a dois fatores: pandemia Covid-19 e mudança para instalações provisórias. Está previsto que as consultas presenciais sejam retomadas após mudança para as instalações definitivas. O enfermeiro do SCA, antes de iniciar a CEPO, consulta previamente o relatório da consulta de anestesia para confirmação da aptidão anestésica para ambulatório e para a necessidade de pernoita ou internamento inferior a 24 horas. As

consultas *follow-up*, são realizadas no dia útil seguinte posterior à alta bem como ao trigésimo dia pós-operatório.

No que diz respeito ao percurso do utente no SCA, este inicia-se com a admissão no balcão do secretariado, sendo que de seguida o utente aguarda na sala de espera. Posteriormente é abordado pelo assistente operacional, com quem segue acompanhado até ao vestiário. O vestiário tem ligação à área de *transfer*, que dá acesso à área cirúrgica, e que se caracteriza por ser a zona de transição entre as áreas consideradas “sujas” e a área limpa do bloco. Entrando na área cirúrgica, o utente é recebido e preparado na sala de preparação pré-operatória. Após a preparação do utente, o enfermeiro acompanha-o até à sala operatória. No final da cirurgia o utente é encaminhado para o recobro imediato (fase 1), acompanhado pelo enfermeiro de anestesia, médico anestesista e assistente operacional, onde permanece até indicação para passar ao recobro tardio (fase 2) onde fica até ao momento da alta clínica, que deve ocorrer até às 20h. Após a alta, todos os utentes são acompanhados pelo assistente operacional até ao Atrium de Hospitalidade, onde têm à sua espera o familiar / pessoa significativa, o qual foi previamente avisado pela equipa de enfermagem da hora prevista para alta clínica.

Os utentes que, findo o prazo máximo de permanência no recobro do SCA e não preenchendo os critérios da alta para o domicílio, são transferidos para um Serviço de Internamento, que pode não ser da respetiva especialidade, ou ocupam as vagas de pernoita atribuídas diariamente ao SCA.

O SCA, obedece a todos os requisitos preconizados relativos ao circuito do utente, com exceção da sala de espera, a qual não tem lugares sentados suficientes para todos os utentes e respetivos acompanhantes, não possui sanitários, sendo zona de passagem para outros serviços, diminuindo assim a privacidade e a tranquilidade. Outro aspeto a referir é a inexistência de uma área específica para alta, o que impossibilita, em algumas circunstâncias, o familiar / pessoa significativa de estar presente neste momento tão importante em que são realizados ensinamentos e recomendações essenciais para uma rápida e segura recuperação no domicílio. De referir ainda que o serviço não possui áreas distintas para os recobros, ou seja, o recobro imediato (fase 1) e o recobro tardio (fase 2) partilham o mesmo espaço sendo separados por um biombo. No entanto, a gestão por parte do enfermeiro de recobro no que respeita à privacidade, tranquilidade e dignidade são asseguradas, apesar das limitações existentes.

Todas as condições referidas anteriormente, prendem-se com o facto do SCA estar a funcionar em instalações provisórias. Segundo informação da enfermeira gestora do

serviço, está previsto o regresso às novas instalações do SCA, local onde foi permitida a realização de uma visita durante o estágio.

2.2.3. Ensino Clínico II / Módulo II – Estágio de Opção

O Módulo II da Unidade Curricular - Estágio com Relatório, desenvolveu-se entre 01 de março e 30 de maio de 2023, perfazendo um total de 500 horas, das quais 300 horas de contacto, tendo como objetivos:

- Promover cuidados à pessoa em situação perioperatória em diferentes especialidades;
- Desenvolver a intervenção de enfermagem numa perspetiva interprofissional;
- Advogar a prevenção e controlo da infeção nos cuidados perioperatórios;
- Promover o processo de enfermagem baseado na evidência científica.

Com base nos objetivos do Módulo II da Unidade Curricular - Estágio com Relatório, e no Projeto de Autoformação que nos foi solicitado antes do estágio, defini como objetivos específicos:

- Instruir a pessoa e família / pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar na partilha de informação do utente e no desenvolvimento e revisão de procedimentos perioperatórios;
- Prestar cuidados à pessoa e família / pessoa significativa em situação perioperatória, em contexto de cirurgia urológica;
- Promover um ambiente seguro para todos os intervenientes (pessoa / equipa multidisciplinar) no período perioperatório;
- Colaborar na prevenção e controlo de Infeção nos cuidados perioperatórios;

A prática de cuidados de enfermagem perioperatória deste Ensino Clínico poderia ser realizada numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) ou num BO em diferentes especialidades.

Embora fosse do meu interesse realizar este Ensino Clínico noutra Hospital, dado que nesse haveria possibilidade de adquirir e desenvolver competências especializadas no cuidar e capacitar a pessoa e família / pessoa significativa, em contexto perioperatório,

através da CEPO presencial, tal não foi possível, uma vez que neste Hospital não aceitavam enfermeiros de outros hospitais.

Tendo em conta esta situação, acabei por desenvolver a prática de Cuidados de Enfermagem perioperatórios no BO do mesmo Hospital Central da Zona Norte onde se desenvolveu o Módulo I, na especialidade de Urologia (sala de litotricia).

De salientar que esta especialidade foi escolhida, não por uma necessidade ou interesse específico pela mesma, mas por ser o único local de estágio disponível para poder desenvolver competências na área de opção (CEPO). Importa lembrar que a CEPO tem uma importância transversal a todas as especialidades cirúrgicas.

Neste BO (sala de litotricia), que atende na sua grande maioria utentes da especialidade de urologia em regime de ambulatório, tive a oportunidade de adquirir e desenvolver competências especializadas no cuidar da pessoa e família / pessoa significativa, em contexto perioperatório, através da CEPO telefónica, bem como no acolhimento do utente, no intra-operatório e recobro.

Importa igualmente realçar, que ao longo da minha experiência profissional, nunca desenvolvi a minha atividade na sala de litotricia, pese embora esta fazer parte do BOC.

A equipa de enfermagem de urologia é constituída por 15 enfermeiros do BOC, os quais são destacados diariamente para as 2 salas de cirurgia urológica, uma das quais, a sala de litotricia.

A sala de litotricia, onde se realizam cirurgias urológicas em regime de ambulatório, cumpre as dotações seguras, definidas no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

O BOC, local onde desenvolvo a minha atividade profissional, está sediado no piso cinco. Conforme já referido, é constituído por 12 salas, sendo que duas dessas salas localizam-se em pisos diferentes. A sala 12 (sala de litotricia), onde se desenvolveu este Ensino Clínico, localiza-se no piso sete e destina-se à realização de Cirurgias Urológicas (maioritariamente em regime de ambulatório). Esta sala está fisicamente integrada no serviço de urologia, e é composta por: Sala de operações; Sala de recobro com lotação para dois utentes; Sala de registos de enfermagem e médicos; Sala para realização de consultas de enfermagem; Copa; Sala de armazenamento de material consumível; Área de sujos; Vestiário e Casa de banho destinada aos utentes, formando assim um pequeno serviço ao qual denominam de sala de litotricia.

Os principais procedimentos cirúrgicos realizados na sala de litotricia são:

- Ressecção transuretral vesical;
- Litotricia Endovesical;
- Ureterorenoscopia com Litofragmentação;
- Vasectomia.

2.3 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Atualmente, a exigência técnico-científica e a complexidade dos cuidados de saúde, incluindo os cuidados de Enfermagem, têm aumentado substancialmente, promovendo a necessidade generalizada de diferenciação e especialização entre os profissionais de saúde.

O reconhecimento desta necessidade levou a Ordem dos Enfermeiros (OE) a atribuir o título de enfermeiro especialista em seis especialidades, na qual se inclui a Enfermagem Médico-Cirúrgica. O enfermeiro especialista é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, nas diferentes áreas de especialidade.

Conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 (2019), a atribuição do título de enfermeiro especialista prevê, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que os profissionais de enfermagem partilhem um conjunto de competências comuns, competências essas que envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, permitindo avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Ainda segundo o mesmo Regulamento, independentemente da sua área de especialidade, as competências comuns são aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

Irei apresentar de seguida, através de uma análise crítico-reflexiva, a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns, do meu percurso académico teórico-prático bem como da minha experiência pessoal e profissional. As competências comuns

serão apresentadas por diferentes domínios, conforme definido no artigo 4.º do Regulamento n.º 140/2019 (2019):

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Conforme o Anexo I do Regulamento n.º 140/2019 (2019), este domínio engloba duas competências comuns:

- “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”;
- “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Assim, tanto através do meu percurso profissional como através do percurso académico teórico-prático, sempre tive presente o conhecimento dos princípios éticos e normas deontológicas que regem a prática de enfermagem. Princípios como beneficência, não-maleficência, autonomia, justiça, respeito pela dignidade humana e confidencialidade, foram e são orientadores da minha atividade enquanto enfermeira.

Sempre que me deparo com algum dilema ético, faço uma reflexão sobre se a decisão respeita a autonomia e a vontade do utente, se o beneficia, se evita danos, se é justa para todas as partes envolvidas e se mantém a confidencialidade apropriada.

No Ensino Clínico II / Módulo I – Unidade de Ambulatório, deparei-me com uma situação em que a vontade da utente entrava em conflito com o que a equipa médica acreditava ser melhor para esta. Neste caso, a utente tinha assinado o consentimento informado para a realização de uma tumorectomia da mama direita. Importa referir que, este consentimento informado deve ser livre e esclarecido. Cabe à equipa multidisciplinar, incluindo os enfermeiros, confirmar junto do utente se o consentimento foi de facto esclarecido e se foi assinado pelo utente de livre e espontânea vontade. Não pode ser um mero formalismo burocrático. Na altura da admissão da utente, o cirurgião propôs a realização de uma simetrização da mama esquerda, justificando essa opção numa versão estética, no sentido de no final da cirurgia não existir uma diferença significativa

de tamanhos das mamas. A utente não demonstrou vontade em aceitar a proposta cirúrgica, naquele momento, alegando que estava muito ansiosa pretendendo somente estar focada na tumorectomia. Tendo em conta a insistência do médico, acabei por abordar a minha tutora no sentido de comunicar com o mesmo, fazendo-o refletir que o momento não era o ideal, que esta situação já deveria ter sido apresentada à utente na altura da consulta médica. Ambas falamos com o médico cirurgião, tendo este acabado por respeitar a vontade da utente, e informado a mesma que o procedimento que estava a ser proposto, poderia ser realizado numa futura cirurgia, caso fosse vontade expressa da doente.

O compartilhamento de perspetivas pode fornecer uma visão mais abrangente da situação. Reflexões interdisciplinares podem levar a uma melhor compreensão da situação e a tomadas de decisões mais sustentadas.

Ainda durante este Ensino Clínico II / Módulo II – Unidade de Ambulatório, deparei-me com outra necessidade de uma tomada de decisão ética. Uma utente, na altura do seu acolhimento neste serviço, questionou a enfermeira se o médico X era o médico que a iria operar, dado que o mesmo a tinha informado, aquando da proposta cirúrgica, que seria ele a realizar a cirurgia. A enfermeira comunicou-lhe que o médico X se encontrava de férias e que iria ser operada por outro médico. Perante a resposta, a utente ficou extremamente ansiosa e agitada, tendo verbalizado que não queria ser operada. Enquanto a enfermeira foi chamar a equipa médica, fiquei junto da utente a tentar acalmá-la e a perceber como é que poderia ajudar. A utente pediu para falar com a irmã, sendo que lhe disponibilizei, com a devida autorização da enfermeira de serviço, um telemóvel para realizar a chamada. Durante este período, acabou por receber uma chamada do médico X, o qual tinha sido contactado pela irmã da utente. Após a referida chamada, a doente ficou mais calma e aliviada, acabando por consentir, de livre e espontânea vontade, ser operada.

É importante reconhecer o direito de cada pessoa de tomar decisões informadas sobre a sua própria vida e cuidados de saúde. Isso implica em dar às pessoas o poder de escolher e controlar as suas ações, desde que não prejudiquem os outros. É importante, igualmente, reconhecer que cada pessoa é única e tem diferentes necessidades, valores e perspetivas, devendo-se adaptar os cuidados e a comunicação de acordo com essas diferenças.

Durante o Ensino Clínico II / Módulo II – Estágio de Opção, ocorreu uma situação onde tive a oportunidade de adotar uma conduta antecipatória, de forma a garantir a

segurança e a dignidade de um utente. O médico cirurgião propôs ao médico anestesista uma alteração ao procedimento anestésico habitual e adequado, uma vez que pretendia realizar a cirurgia no mais curto espaço de tempo possível. Perante esta situação, alertei a minha tutora no sentido de garantir a segurança e a dignidade do utente. A minha tutora interveio junto da equipa alertando para os riscos associados à alteração do procedimento anestésico, acabando a cirurgia por ser realizada com procedimento anestésico habitual e indicado para este tipo de procedimentos cirúrgicos.

No decorrer dos Ensinos Clínicos, foi sempre minha preocupação fomentar o respeito pelo direito à privacidade do utente. Neste sentido, durante o Ensino Clínico II / Módulo II – Estágio de Opção, intervim junto dos meus pares no sentido de garantir a privacidade dos utentes no recobro, com a colocação de biombos entre utentes uma vez que estes se encontravam no mesmo espaço físico. Da mesma forma, alertei a minha tutora para a necessidade da requisição de cuecas descartáveis (inexistentes no serviço) pois muitas utentes referiam sentir-se desconfortáveis somente com a bata cirúrgica, situação que foi devidamente colmatada. Foi igualmente necessário alertar meus pares e restante equipa para a necessidade proteger a dignidade do utente, expondo apenas a parte do corpo que era objeto do procedimento anestésico cirúrgico.

Em ambos os Ensinos Clínicos, tive a oportunidade de assegurar o respeito pelo direito dos utentes no acesso à informação, principalmente através da realização das consultas de enfermagem perioperatórias bem como dos ensinos realizados no recobro antes da alta clínica.

Através das CEPO, informava os utentes da necessidade de cumprimento dos critérios sociais legalmente exigidos para a realização da cirurgia em regime de ambulatório, alertando que as cirurgias neste regime, só poderiam ser realizadas com o cumprimento integral dos critérios sociais, fomentando assim a segurança do utente.

As situações descritas anteriormente foram algumas das minhas intervenções no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao longo dos Ensinos Clínicos.

Durante o meu exercício profissional no BO, tenho oportunidade de desenvolver as competências associadas ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Diariamente, deparo-me com variadas situações englobadas neste domínio, muitas delas complexas. O presente mestrado veio, tanto através da parte teórica, com a realização de vários trabalhos neste âmbito, como na parte prática, através da realização dos Ensinos Clínicos, acrescentar valor, permitindo um desenvolvimento nas habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, na minha atividade profissional.

É primordial manter-me atualizada com as últimas diretrizes éticas e deontológicas na área da enfermagem cirúrgica. A educação contínua ajudará a decisões informadas e éticas ao longo do tempo.

A ética é uma parte fundamental dos cuidados de enfermagem, e as tomadas de decisão devem sempre refletir os mais altos padrões de cuidado, dignidade e respeito pelo utente. Assim, é minha prática comum assegurar a defesa dos Direitos Humanos dos utentes e família / pessoa significativa, de acordo com a deontologia profissional.

2.3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Conforme o Anexo II do Regulamento n.º 140/2019 (2019), este domínio engloba três competências comuns:

- “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”;
- “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”;
- “Garante um ambiente terapêutico e seguro”.

A OE desenvolveu um documento, aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica, realizada em sessão extraordinária, no dia 25 de Novembro de 2017, onde definiu os Padrões de Qualidade na Enfermagem Médico-Cirúrgica. No Anexo IV deste documento (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória), refere que “A definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados na área da Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória é essencial para a promoção da melhoria contínua dos cuidados” (OE, 2017).

Ainda no Anexo IV do referido documento, define como Padrões de Qualidade:

- “Satisfação do cliente”;
- “Promoção da Saúde”;
- “A Prevenção de Complicações”;
- “Bem-estar e o Autocuidado”;
- “A Readaptação Funcional”;
- “A Organização dos Cuidados de Enfermagem”;
- “A Segurança da Pessoa”.

Ao longo do meu percurso profissional fui desenvolvendo competências no domínio da melhoria contínua da qualidade. Foi sempre meu foco contribuir na identificação das necessidades e lacunas na qualidade dos cuidados de saúde, bem como contribuir, através da minha experiência e conhecimento, para a definição de metas e objetivos, tendo em vista cuidados de enfermagem de qualidade.

Ao longo deste mestrado, tanto na componente teórica como na prática, tive a oportunidade de aperfeiçoar e desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, orientando-me pelos Padrões de Qualidade referidos anteriormente, os quais já faziam parte da minha prática profissional, mas não de uma forma tão refletida e fundamentada.

Colaboro regularmente no desenvolvimento de projetos tendo em vista melhorar a qualidade dos cuidados de saúde no serviço onde trabalho. Atualmente encontro-me a colaborar num projeto de implementação da consulta de enfermagem perioperatória ao doente bariátrico, uma vez que, tal como já referido na minha experiência profissional, face parte de um grupo de profissionais de saúde do CRIO. Este projeto, que surgiu como uma oportunidade de melhoria, inclui o desenvolvimento de protocolos e procedimentos, baseados na experiência e fundamentados em evidência científica.

Durante o Ensino Clínico II / Módulo II, em consequência de uma lacuna identificada após um briefing com a equipa de enfermagem do serviço do BO (sala de litotricia), relacionada com a dificuldade na realização da CEPO telefónica por parte da maioria dos enfermeiros (falta de sistematização; constrangimentos na comunicação por parte dos enfermeiros; falta de prática na realização da consulta), tive a oportunidade de elaborar e desenvolver, em conjunto com a minha tutora, um procedimento e uma checklist da CEPO telefónica.

É importante que em qualquer projeto de melhoria contínua, a teoria / conteúdo dos protocolos e procedimentos, sejam dinamizados e integrados na prática dos cuidados de enfermagem, através da realização de ações de formação e sensibilização, direcionadas aos profissionais de saúde, de forma a envolver toda a equipa multidisciplinar.

No âmbito do projeto que está a ser implementado no local onde desenvolvo a minha atividade profissional, encontram-se a ser realizadas, nesta fase, diversas ações de sensibilização e reuniões mensais, incentivando sempre a participação ativa dos diversos intervenientes do projeto. No Ensino Clínico II / Módulo II tive a oportunidade de realizar uma ação de formação com o tema “Sensibilização para a Importância da CEPO”, na qual tive a oportunidade de apresentar um Poster intitulado “O Impacto da CEPO no Utente e

na Equipa Multidisciplinar”, desenvolvido por mim, durante este Ensino Clínico, bem como o próprio procedimento e checklist da CEPO telefónica. O feedback dos colegas foi bastante positivo e motivador para a realização desta consulta.

O enfermeiro especialista tem um papel crucial na comunicação dos resultados e lições aprendidas com os projetos, através da elaboração de relatórios, apresentações, seminários e outros meios de partilha de conhecimento, bem como na monitorização e acompanhamento contínuo dos resultados de forma a garantir a melhoria continua.

Não se pode falar de cuidados de saúde de qualidade sem falar em segurança, tanto do utente e família / pessoa significativa, como da equipa de saúde multidisciplinar.

É uma competência do enfermeiro especialista, a promoção de um ambiente centrado na pessoa, que seja propício à efetividade terapêutica e à prevenção de incidentes num ambiente de cuidados de saúde. É importante a realização das avaliações individuais dos utentes, considerando não só as suas necessidades de cuidados de saúde, mas também os seus valores, preferências e ambiente psicossocial e espiritual. Esta avaliação ajuda a adotar os melhores cuidados de saúde, devidamente personalizados e centrados no utente.

Segundo a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019 (2019), de 4 de setembro, “a segurança do utente constitui uma das suas dimensões ou componentes fundamentais...”. Ainda na mesma Lei de Bases, esta “determina que, entre outros, as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde.”.

Em 2021 foi aprovado, na 74.^a Assembleia Mundial da Saúde, o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, o qual visava a apresentação de um relatório de monitorização dos progressos de implementação deste Plano de Ação, na 76.^a Assembleia Mundial da Saúde em 2023 (com uma periodicidade bianual até 2031). Por via do Despacho n.º 1400-A/2015 (2015), de 10 de fevereiro, e com base no Plano de Ação Mundial referido anteriormente e sua monitorização, as metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) foram transpostas para o enquadramento jurídico nacional, o qual aprovou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. “A experiência resultante da execução do PNSD 2015-2020, bem como a sua avaliação foram fatores determinantes na elaboração do novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021 -2026), ...”. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-

2026 tem como objetivo alicerçar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (Despacho 9390/2021, 2021).

Este Plano encontra-se estruturado em cinco pilares: a cultura de segurança; a liderança e governança; a comunicação; a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho 9390/2021, 2021).

Durante a minha prática profissional, bem como nos contextos onde desenvolvi os Ensinos Clínicos, sempre promovi uma cultura de segurança, incentivando a comunicação aberta sobre incidentes ou preocupações de segurança, permitindo uma aprendizagem e a implementação de melhoria contínua. Na minha prática clínica, sempre que existe a ocorrência de um incidente, o mesmo é reportado por mim, em sistema informático existente no serviço, incentivando sempre os meus pares a realizar o mesmo procedimento. Dos incidentes mais marcantes a nível profissional, e reportados por mim, enquanto enfermeira responsável de turno, retenho os seguintes:

- Queda de um utente, quando se encontrava a acordar da anestesia – O registo do incidente resultou em melhorias ao nível da segurança dos utentes, nomeadamente: aquisição de cintas protetoras adaptadas à mesa operatória, inexistentes até então no serviço; ação de formação sobre quedas dos utentes no bloco e elaboração de protocolos e procedimentos relativos à prevenção de quedas dos utentes. Durante os Ensinos Clínicos, e tendo como foco a prevenção, foi sempre minha atenção alertar os meus pares, quando reparava que não estava a ser assegurada a segurança do utente relativamente à prevenção de quedas (exemplos: sensibilização para a importância da colocação de cintas protetoras adaptadas à mesa operatória e elevação das grades laterais das camas - período de recobro);
- Derramamento de citotóxicos durante um procedimento cirúrgico HIPEC – A equipa cirúrgica que se encontrava na sala não foi capaz de atuar em conformidade. Após o devido registo do incidente, foi realizado um procedimento de utilização de kit de derramamento e efetuada uma ação de formação.

No decorrer do Ensino Clínico II / Módulo I, verifiquei que nem todos os fármacos a administrar na indução anestésica se encontravam devidamente rotulados (nome do fármaco e respetiva dosagem), tendo alertado a minha tutora (gestora de serviço), para a situação tendo sido tomadas as devidas medidas de correção, de forma a reduzir ao máximo a ocorrência de erros.

Já no Ensino Clínico II / Módulo II constatei que as camas de recobro não possuíam um suporte físico para a colocação de identificação do utente / processo clínico, ficando os processos todos misturados num balcão, aumentando a probabilidade de erro. Como medida preventiva, alertei a tutora para esta situação, bem como os meus pares, sugerindo a colocação de uma placa de acrílico em cada cama de recobro onde fosse possível colocar a identificação do utente / processo clínico.

Ainda no Ensino Clínico II / Módulo II, tendo como objetivo fomentar a adesão à saúde e segurança ocupacional, abordei a equipa multidisciplinar no sentido de sensibilizar para o correto acondicionamento dos coletes utilizados como proteção à radiação ionizante (raio-X) bem como para a importância do uso dos dosímetros individuais.

Relativamente à comunicação, outro pilar do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, é de extrema importância a utilização de uma comunicação eficaz com os utentes e família / pessoa significativa. A comunicação com o utente e família / pessoa significativa deve ser uma comunicação simples e clara, facilmente perceptível e adequada à literacia do utente e família / pessoa significativa, algo que tive em atenção, tanto durante a minha atividade profissional como durante a realização dos Ensinos Clínicos. Durante os Ensinos Clínicos tive a oportunidade de desenvolver competências ao nível da comunicação através da realização das consultas de enfermagem perioperatórias.

É igualmente de extrema importância uma comunicação eficaz e segura entre a equipa multidisciplinar, ao longo de todo o processo de cuidados de saúde. A Norma 001/2017 (2017) da Direção-Geral da Saúde, dá particular ênfase à comunicação na transição de cuidados, referindo inclusive que “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR”. O ISBAR (Identify; Situation; Background; Assessment; Recommendations) é uma “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.”

Tive a oportunidade de conhecer esta ferramenta ao longo da componente teórica deste mestrado, tendo levado este conhecimento tanto para a minha prática profissional (ferramenta ISBAR não é utilizada na transição de cuidados no BO onde exerço a minha atividade profissional), como para os Ensinos Clínicos.

No serviço onde exerço a atividade profissional, alertei para a importância da utilização da ferramenta ISBAR na transição de cuidados de saúde, tendo ficado agendado no plano de formação 2023 (Dezembro) a realização de uma ação de formação sobre esta ferramenta, ação esta que será ministrada por mim.

Além do que já foi referido anteriormente relativamente às competências do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade, destaco ainda o foco da minha atenção, tanto na atividade profissional como nos Ensinos Clínicos, para:

- A promoção de um ambiente seguro e confortável para o utente e família / pessoa significativa bem como para toda a equipa multidisciplinar. Isso implica, por exemplo, a regulação da iluminação, temperatura e ruídos, considerando as necessidades especiais dos utentes. Assegurei igualmente que as instalações e os equipamentos fossem mantidos limpos e higienizados de acordo com os padrões estabelecidos para prevenir infeções. Para além da componente física, também fiz por criar um ambiente promotor do bem-estar emocional e psicológico dos utentes, fornecendo apoio emocional, informações claras e atenção individualizada;
- O incentivo à participação ativa do utente e família / pessoa significativa nas decisões relacionadas à sua saúde, incluindo a análise de opções de tratamento, fornecimento de informações claras e envolvimento do utente nos cuidados de saúde.
- A educação dos utentes e família / pessoa significativa sobre os cuidados de saúde, medicações, procedimentos e possíveis complicações pós-operatórias. Isto capacita o utente a tomar decisões informadas e a envolver-se ativamente na gestão da sua saúde. Tive a oportunidade de elaborar, durante o Ensino Clínico II / Módulo II, um folheto informativo pré-operatório bem como panfletos informativos com recomendações pós-operatórias.

Considero ter adquirido e desenvolvido competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, tanto no Ensino Clínico I (estágio creditado através de experiência profissional, conforme já descrito anteriormente), bem como restantes Ensinos Clínicos.

2.3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Conforme o Anexo III do Regulamento n.º 140/2019 (2019), este domínio engloba duas competências comuns:

- “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”;
- “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”.

A competência da gestão de cuidados de enfermagem do enfermeiro especialista revela-se como um pilar fundamental no alicerce na prestação dos cuidados de saúde de qualidade. A capacidade de articular conhecimento científico, liderança inspiradora e alocação de recursos evidencia um compromisso inabalável com a excelência dos cuidados prestados, resultando em impactos positivos tangíveis na qualidade de vida dos utentes e no sucesso da equipa multidisciplinar.

A minha experiência profissional de cerca de 20 anos no BO, permitiu-me desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados.

Quando sou colocada como responsável de turno, na ausência do enfermeiro gestor, são-me delegadas funções de gestão de recursos. Nessa função, sempre que existe uma necessidade de substituição de um enfermeiro, por motivos diversos, fico responsável por encontrar uma solução, neste caso um enfermeiro com as funções adequadas, no sentido de colmatar a lacuna. Esta ação, muitas vezes envolve uma capacidade de “negociar” e interagir de uma forma empática com a equipa de enfermagem. Enquanto responsável de sala operatória, atribuída pelo enfermeiro gestor aos enfermeiros circulantes, tenho a responsabilidade de identificar qualquer lacuna em termos de recursos humanos, neste caso enfermeiros, quando algum enfermeiro não tem condições / capacidade momentânea para a realização das suas funções ou, quando deteto que não existem enfermeiros necessários para dar início ao procedimento anestésico-cirúrgico. Estas situações são sempre devidamente comunicadas ao enfermeiro gestor ou, na sua ausência, ao enfermeiro responsável de turno.

Uma vez que desempenho funções nas três áreas de atuação (anestesia; circulação; instrumentação), estou sempre disponível para dar apoio a qualquer um dos meus colegas sempre que necessário. O mesmo se aplica quando alguma emergência ocorre em salas adjacentes à qual me encontro.

Uma das situações que ocorrem com alguma frequência, é a impossibilidade de realizar todas as cirurgias agendadas dentro do horário de funcionamento do BO. Quando alguma cirurgia demora mais tempo do que o previsto, pode ser necessário tomar uma decisão relacionada com a gestão das cirurgias a serem realizadas. Esta tomada de

decisão, realizada em conjunto com a equipa multidisciplinar, terá sempre como foco a urgência das intervenções, podendo levar ao adiamento de algumas cirurgias ou, num consenso entre a equipa, a mesma decidir por optar pela realização de todas as cirurgias previstas para aquele dia, mesmo que isso possa implicar a saída tardia da equipa.

O enfermeiro especialista desempenha um papel vital ao promover um ambiente positivo por meio da sua habilidade na gestão de conflitos. A sua capacidade de abordar e resolver divergências de maneira construtiva não fortalece somente a coesão da equipa, mas também cria um espaço onde a colaboração sobressai, resultando em um ambiente propício para a excelência nos cuidados de saúde.

O ambiente de BO é um ambiente de alta pressão e stress, especialmente em procedimentos anestésico-cirúrgicos de elevada complexidade. Em situações de alta tensão, as emoções podem surgir mais facilmente, levando a desentendimentos e conflitos. Tento sempre fomentar um ambiente positivo, através de uma comunicação clara e respeitosa, bem como através de uma escuta atenta. A identificação de sinais precoces de conflito, como a linguagem corporal tensa, tom de voz alterado ou expressões faciais negativas, permite abordar os conflitos no seu início, de forma que estes não se intensifiquem.

No Ensino Clínico II / Módulo I, aproveitei o facto da minha tutora ser enfermeira gestora do serviço, para adquirir conhecimento e desenvolver algumas competências no domínio da gestão dos cuidados. A gestão de recursos bem como o estilo de liderança, foram alguns dos aspetos que tive a oportunidade de acompanhar e observar. Tive a oportunidade de verificar a forma como era elaborado o plano de distribuição dos enfermeiros, sendo que este era realizado tendo em conta a experiência e as competências de cada enfermeiro. Tive igualmente a oportunidade de constatar a forma como a minha tutora, durante o turno, passava pelas diferentes áreas do serviço, supervisionando e, ao mesmo tempo, disponibilizando a sua ajuda e o seu apoio. Sempre que identificava alguma lacuna, a minha tutora adotava uma postura construtiva e motivadora, perante os seus pares, sempre com o intuito de melhorar os cuidados de enfermagem. A forma como envolvia os enfermeiros nos vários projetos existentes no serviço, foi outro aspeto de destaque. Este meu acompanhamento e observação foram uma mais-valia na aquisição e desenvolvimento de competências neste domínio.

Ainda neste Ensino Clínico, observei a minha tutora na realização do horário mensal de enfermagem, tendo partilhado comigo que para realização do mesmo, tinha de ter em atenção as necessidades diárias do serviço, relativamente às competências dos

enfermeiros nas diferentes de atuação do serviço (anestesia; circulação; instrumentação; recobro; consulta de enfermagem).

Já no Ensino Clínico II / Módulo II, pude acompanhar e assessorar a minha tutora, durante o processo de gestão de vagas para pernoita dos utentes no hospital, uma vez que as cirurgias realizadas neste serviço eram em regime de ambulatório. Assim, no início de cada turno, reuníamo-nos com a equipa médica, no sentido de perceber qual a necessidade de cada utente para pernoita. Após esse *briefing*, entrávamos em contato com os enfermeiros gestores de vagas do hospital, comunicando-lhes as nossas necessidades de vagas para pernoita. Só quando estes enfermeiros garantiam a existência de vaga para pernoita, é que avançávamos com o acolhimento dos utentes na sala de litotricia, de forma a garantir qualidade e segurança nos cuidados prestados ao utente.

Como já anteriormente referido no domínio da melhoria continua da qualidade, o desenvolvimento do procedimento e checklist para a CEPO Telefónica, e consequente divulgação do mesmo junto da equipa de enfermagem, durante o Ensino Clínico II / Módulo II, enquadra-se na aplicação de estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado, permitindo-me desenvolver mais uma competência deste domínio.

Ainda neste Ensino Clínico, e tendo em atenção que na sala de litotricia são realizadas cirurgias em regime de ambulatório, importava garantir que as dotações seguras estavam conforme o preconizado pela OE, no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento 743/2019).

Verifiquei que o enfermeiro de recobro acumulava prestação de cuidados no acolhimento dos utentes e família / pessoa significativa, nas consultas de enfermagem perioperatórias. Após ter questionado a equipa de enfermagem sobre esta situação e promovendo uma reflexão e análise crítica em conjunto, percebeu-se que esta situação era causa de insatisfação, desmotivação e frustração dos profissionais. Perceberam, após serem incentivados a refletir sobre esta situação, que a mesma colocava em causa a qualidade e segurança exigida pelo utente e família / pessoa significativa na prestação de cuidados de saúde. Reforcei a importância do respeito pela dignidade do exercício profissional dos enfermeiros e por isso o dever de defender pelo cumprimento da dotação adequada de enfermeiros, com as adequadas competências, no lugar certo e no tempo necessário. O cumprimento de dotações seguras não se associa a aumento de despesa, mas antes a um investimento com retorno garantido. Foi com estes argumentos que, ao reunirmo-nos com a enfermeira gestora do serviço, esta compreendeu e, apesar das

dificuldades com os recursos humanos, encetou todos os esforços para colmatar esta lacuna nas dotações seguras dos enfermeiros de forma a garantir um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.

Em resumo, o enfermeiro especialista, no que concerne à gestão dos cuidados, deve ser um líder que promove a colaboração, a comunicação aberta e o cuidado centrado no utente. Ao adotar um estilo de liderança adequado e implementar estratégias eficazes, o enfermeiro especialista pode otimizar os recursos humanos e garantir a qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem.

2.3.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Conforme o Anexo IV do Regulamento n.º 140/2019 (2019), este domínio engloba duas competências comuns:

- “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”;
- “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”.

O autoconhecimento e a assertividade são fundamentais, dado que ajudam a melhorar a prática de enfermagem e afetam positivamente o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, permitindo desenvolver competências interpessoais, como empatia e escuta ativa. Ao compreender as próprias experiências, o enfermeiro especialista pode conectar-se melhor com os utentes e colegas, adaptar mais facilmente o seu comportamento e abordagem de acordo com as necessidades individuais dos utentes e colegas.

Durante os Ensinos Clínicos procurei sempre uma constante reflexão crítica sobre a prática, bem como sobre as minhas habilidades, valores, crenças, limitações, forças e fraquezas.

Pude constatar que, na prática profissional, nem sempre os enfermeiros se encontram despertos para a importância da reflexão crítica sobre a mesma. Este mestrado demonstrou-me a importância da necessidade da realização de reflexões críticas em áreas e situações com relevância. Deu-me igualmente ferramentas para a realização das referidas reflexões, motivando-me e fazendo com que eu envolva os meus pares nesta prática.

Nos Ensinos Clínicos, foi possível desenvolver a capacidade de autoconhecimento e assertividade, através da realização de uma prática reflexiva diária. Tive a oportunidade

de realizar uma reflexão crítica, seguindo o ciclo de Gibbs, apresentada durante o Ensino Clínico II / Módulo I.

Considero que a elaboração dos relatórios apresentados no final de cada Ensino Clínico, a realização do relatório referente ao pedido de creditação, bem como a realização do presente relatório, exigiram uma reflexão crítica profunda tanto sobre a minha prática profissional como dos Ensinos Clínicos, proporcionando um desenvolvimento de competências de autoconhecimento e assertividade.

Também a realização do projeto de autoformação desenvolvido para o Ensino Clínico II / Módulo II, foi uma reflexão sobre uma necessidade de adquirir mais conhecimento e competências na área de atuação da CEPO, com o objetivo de capacitar o utente e família / pessoa significativa.

Tentei sempre gerir as minhas emoções e sentimentos, por considerar que é essencial para lidar eficazmente com as emoções dos utentes e família / pessoa significativa, bem como com a equipa multidisciplinar. Procurei sempre estar ciente de como as minhas emoções influenciam a tomada de decisão e a comunicação. Acredito que quando um enfermeiro é autêntico, é capaz de incentivar uma comunicação aberta e honesta.

O ambiente ao qual estou exposta diariamente, na sala operatória, é desafiante, imprevisível e de grande pressão. Atuar eficazmente sob pressão implica manter a calma em situações desafiadoras, mas também a aptidão para tomar decisões informadas, priorizar tarefas e comunicar de forma clara e assertiva. A resiliência transforma-se em alicerce, e a capacidade de adaptação torna-se a força motriz que impulsiona o sucesso diante das adversidades. Toda a experiência e conhecimento que desenvolvi durante a minha prática profissional, permite-me atuar eficazmente sob pressão.

O enfermeiro especialista deve alicerçar e fundamentar os processos de tomada de decisão e as suas intervenções através de evidência científica atual e pertinente, assumindo assim um papel facilitador nos processos de aprendizagem e dinamizador no campo da investigação.

Ao longo do percurso profissional como enfermeira prestadora de cuidados de saúde ao utente e família / pessoa significativa em situação perioperatória, tentei sempre fundamentar a minha atuação através da pesquisa e leitura de evidência científica. Quando confrontada com alguma questão ou dúvida acerca dos cuidados de saúde, tanto a nível pessoal como dos meus pares, tive sempre a preocupação em esclarecer a mesma baseando-me em conhecimento válido, pertinente e atual. Foi sempre minha atenção o

envolvimento dos meus pares no conhecimento válido, como resposta às questões e dúvidas que surgiam ao longo da prática profissional. Como facilitadora de processos de aprendizagem, a aquisição do conhecimento adquirido era sempre apresentada, através de ações de formação, no sentido de partilhar a mesma com a restante equipa de enfermagem. Esta é uma prática comum no serviço onde desempenho funções.

Todos os anos são nomeados enfermeiros do serviço, para realizar um levantamento de necessidades formativas, sendo que estes enfermeiros são responsáveis por dinamizar o processo de formação, envolvendo e motivando toda a equipa de enfermagem a participar, não só como formandos, mas também como formadores. Durante o meu percurso profissional, tive a oportunidade, por diversas ocasiões, de fazer parte das ações de formação teórico / práticas, tanto como formadora ou como formanda, favorecendo assim a aprendizagem, a destreza nas intervenções e desenvolvimento das habilidades. Por último, e talvez o mais relevante, importa verificar se a formação cumpriu os objetivos estipulados, se teve o impacto pretendido. Após a realização da ação de formação, é realizada uma avaliação do conteúdo formativo e das reações, comportamentos e aprendizagens dos formandos.

Durantes os Ensinos Clínicos, tive sempre presente em colmatar as lacunas identificadas no conhecimento e, por consequência, nos cuidados de saúde prestados, através da melhor evidência científica. Dou como exemplo, o desconhecimento da existência da técnica ISBAR por parte dos meus pares, técnica essa, importante para promover a segurança do utente em situações de transição de cuidados. Tive a oportunidade de os sensibilizar.

Como já referido anteriormente, durante o Ensino Clínico II / Módulo II, em consequência de uma lacuna identificada após um briefing com a equipa de enfermagem do serviço do BO (sala de litotricia), relacionada com a dificuldade na realização da CEPO telefónica por parte da maioria dos enfermeiros (falta de sistematização; constrangimentos na comunicação por parte dos enfermeiros; falta de prática na realização da consulta), tive a oportunidade de elaborar e desenvolver, em conjunto com a minha tutora, um procedimento e uma checklist da CEPO telefónica.

Também como já referido anteriormente, no Ensino Clínico II / Módulo II tive a oportunidade de realizar uma ação de formação com o tema “Sensibilização para a Importância da CEPO”, na qual tive a oportunidade de apresentar um Poster intitulado “O Impacto da CEPO no Utente e na Equipa Multidisciplinar”, desenvolvido por mim, durante este Ensino Clínico.

Tem sido meu objetivo uma atualização constante. Todos os anos faço questão de participar em formações teórico / práticas e seminários / conferências, dedicando algum do meu tempo na leitura de literatura científica relevante, no sentido de desenvolver o meu conhecimento científico e prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade. A própria decisão de realizar o presente mestrado, provém dessa constante necessidade de atualização de conhecimentos.

O enfermeiro especialista desempenha um papel central na promoção da prática baseada em evidências científicas, na aprendizagem contínua e na pesquisa em enfermagem. Ao partilhar conhecimento válido e atualizado, ele ajuda a melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde e contribui para o progresso da enfermagem.

2.4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, centra-se na intervenção à pessoa e família / pessoa significativa, na vivência / experiência do processo anestésico-cirúrgico. O foco dos cuidados de enfermagem está direcionado à pessoa e família / pessoa significativa durante os processos de saúde e doença que envolvem procedimentos cirúrgicos e anestésicos em ambiente perioperatório. Isso inclui a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença. (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Conforme descrito no Regulamento n.º 429/2018 (2018), “A intervenção do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória desenvolve -se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos”.

Na expectativa de melhorar o seu estado de saúde ou melhorar a qualidade de vida, a pessoa em situação perioperatória consente ser submetida a procedimentos anestésico-cirúrgicos e aos seus riscos inerentes, aceita submeter-se a um estado de consciência alterado, acabando por ficar num estado de vulnerabilidade quer física quer emocional. Assim, o enfermeiro perioperatório deve demonstrar competências especializadas nos cuidados de saúde à pessoa em situação perioperatória, garantindo cuidados de saúde seguros, agindo sempre em benefício da pessoa em situação perioperatória, em qualquer situação (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Ao longo de 20 anos de experiência profissional exercida num BOC, adquiri e desenvolvi as competências definidas no Artigo 5.º do Regulamento n.º 429/2018, relativo às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica — na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Conforme já referido anteriormente, tendo como base a experiência profissional, candidatei-me à Creditação da Unidade Curricular: Ensino Clínico I – Cuidar na Sala Operatória, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, tendo como suporte a alínea b), do ponto 3 do Artigo 11.º (Instrução do Processo de Creditação) do Regulamento N.º 435/2022 (2022), de 9 de Maio de 2022 (Regulamento de Creditação da Escola Superior de Saúde de Santa Maria), creditação essa que foi aceite.

Irei apresentar de seguida, através de uma análise crítico-reflexiva, a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica — na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, através do meu percurso académico teórico-prático bem como da minha experiência pessoal e profissional. As competências específicas, conforme definido no artigo 5.º do Regulamento n.º 429/2018 (2018), são:

- “Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família / pessoa significativa”;
- “Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica”.

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

O enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família / pessoa significativa, tendo em conta necessidades específicas da pessoa em situação perioperatória, facilitando a compreensão do processo anestésico-cirúrgico a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e restabelecimento à sua vida familiar e social (Regulamento 429/2018, 2018).

Através de uma análise reflexiva da minha prática profissional, pretendo demonstrar a aquisição e o desenvolvimento da competência específica “Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família / pessoa significativa”.

Durante três anos efetuei visita de enfermagem pré e pós-operatória, visita que permitia capacitar e empoderar a pessoa. A minha intervenção passava por informar

(cuidados pré e pós-operatórios), esclarecer dúvidas sobre a intervenção cirúrgica e tipo de anestesia, transmitir segurança e reduzir a ansiedade da pessoa e família / pessoa significativa. De referir que os principais receios da pessoa estavam relacionados com a dor no pós-operatório, com o receio da morte e da alteração da imagem corporal. Uma das intervenções, no sentido de tranquilizar a pessoa e reduzir anseios e medos relativamente à dor, passava por mostrar a escala da dor e explicar os parâmetros da mesma. Estas visitas de enfermagem terminaram por falta de recursos humanos. A partir desta altura, tenho aproveitado todos os momentos para a capacitação da pessoa e família / pessoa significativa, desde a chegada ao BO até à alta para a unidade pós-anestésica / unidade de cuidados intermédios / unidade de cuidados intensivos.

O momento de acolhimento à pessoa e família / pessoa significativa, à chegada ao BO, é um dos momentos oportunos que tenho no sentido de capacitar o utente e família / pessoa significativa. Neste momento tento proporcionar um ambiente calmo, tranquilo, onde a pessoa e família / pessoa significativa é encorajada a colocar as suas dúvidas, receios e angústias, onde escuto atentamente e observo a linguagem corporal que é reveladora de inquietações e preocupações, tentando através de uma comunicação clara, empática, objetiva e assertiva esclarecer todas as dúvidas de forma a reduzir e aliviar ansiedades e medos.

Promovo a escuta ativa e a transmissão da informação simples, clara e objetiva, proporcionado o envolvimento e a participação da pessoa e família / pessoa significativa, de forma que sejam capazes de gerir as situações de medo, tensão e ansiedade, promovendo a sua autodeterminação e tomada de decisão.

Garanto o conforto, privacidade, integridade física e psicológica, bem como o cumprimento da vontade da pessoa, enquanto esta aguarda a entrada na sala de operação e questiono e asseguro que a pessoa está devidamente informada e esclarecida relativamente ao procedimento anestésico-cirúrgico que vai ser realizado.

Atendo com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação feito pela pessoa e família / pessoa significativa, em matéria de cuidados de enfermagem e ajudo a refletir e avaliar o impacto das suas decisões. Asseguro as escolhas e vontades expressas pela pessoa e família / pessoa significativa, e tento responder às expectativas e preocupações das mesmas.

Confirmo a presença no processo clínico do consentimento informado livre e esclarecido, devidamente assinado pela pessoa ou representante legal, bem como questiono e asseguro que a pessoa está devidamente informada e esclarecida, garantindo

assim as recomendações legais e éticas. Asseguro que a pessoa compreendeu toda a informação e que está consciente da sua tomada de decisão.

Sempre que o procedimento cirúrgico possa provocar alterações da autoimagem e alteração do seu potencial de autonomia, avalio o nível de consciencialização e expectativas da pessoa, facilito a comunicação dando oportunidade para expressar os seus sentimentos e emoções, estabelecendo uma relação terapêutica e de ajuda. Empodero a pessoa, através de instruções, ensino e treino no sentido de promover a capacitação, autogestão e recuperação.

Oriento a família / pessoa significativa para o local onde deve aguardar durante o procedimento cirúrgico, disponibilizando-me para qualquer apoio e esclarecimento durante o tempo em que decorre a cirurgia. No caso de ser um menor, pessoa com capacidades cognitivas limitadas ou portadora de necessidades especiais, promovo e incentivo o acompanhamento do familiar / pessoa significativa até ao momento da indução anestésica, aproveitando este momento para capacitar o familiar / pessoa significativa, se assim for a sua vontade, do conhecimento de factos importantes decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico.

No sentido de promover cuidados à pessoa em situação perioperatória, verifico, confirmo e registo na checklist pré-operatória que acompanha o processo clínico do utente: pulseira identificadora; consentimento informado assinado; pulseira de tipagem de sangue bem como consentimento assinado para transfusão de sangue e hemoderivados; consentimento para banco de tecidos; se a cirurgia se encontra marcada no plano operatório do bloco; se o utente tem alergias conhecidas; se se encontra em jejum (duração); se cumpriu a preparação pré-operatória; se realizou a profilaxia tromboembólica; se tem próteses dentárias, oculares, auditivas ou outras; se a pessoa tem alterações da consciência e/ou limitações na mobilidade ou necessidades especiais; lateralidade da cirurgia (quando aplicável).

No caso de verificar que o consentimento informado livre e esclarecido não está assinado, asseguro que a pessoa não entra no BO, comunicando a situação ao cirurgião responsável e anestesista.

Preservo a intimidade e privacidade da pessoa expondo apenas a área corporal para a intervenção cirúrgica, de forma a evitar a exposição corporal. Salvaguardo o cumprimento da vontade expressa pela pessoa durante o processo cirúrgico até que a mesma tenha capacidade para o assegurar.

Asseguro e colaboro no posicionamento anestésico-cirúrgico, em segurança, prevenindo quedas e lesões. Asseguro a disponibilidade do material necessário para o posicionamento cirúrgico (Ex. Almofadas de Gel; Colchão de Gel; Cintas de Segurança; Apoio de Ombros; entre outros...).

Previno a ocorrência de acidentes / incidentes relacionados com o procedimento anestésico-cirúrgico (queimaduras, quedas, etc.). Avalio a integridade cutânea da pessoa, no início e no fim da cirurgia.

Minimizo uma das complicações mais frequentes (tromboembolismo venoso), que contribui para a mortalidade e morbilidade cirúrgicas, através de compressão mecânica (meias elásticas) associada à compressão elétrica.

Ajo com pertinência nas diferentes áreas de atuação: consulta perioperatória (conforme já referido anteriormente, durante três anos efetuei visita pré e pós-operatória, tendo estas visitas terminado por falta de recursos humanos), anestesia, circulação e instrumentação.

Na sala operatória realizo em voz alta os pontos da lista do protocolo cirurgia segura e procedo ao seu registo no SClinico, antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da pessoa sair da sala, na presença de toda a equipa cirúrgica. Incentivo o utente, sempre que tal for possível, a participar como elemento pertencente à equipa cirúrgica.

Tendo em consideração que o trabalho realizado no BO é complexo e imprevisível, é minha responsabilidade estar preparada para agir em conformidade em emergências anestésicas (choque anafilático; broncoespasmo; laringospasmo; aspiração conteúdo gástrico; paragens cardiorrespiratórias; hipertermia maligna; intoxicação por anestesia local; edema agudo do pulmão) e cirúrgicas, sendo a mais comum hemorragia grave. Quando é possível prever intercorrências, seja pelos antecedentes pessoais e/ou cirúrgicos do utente ou complexidade anestésico-cirúrgica, preparo antecipadamente todo o material / equipamentos / dispositivos necessários (desfibrilhador; videolaringoscópios; carro de via aérea difícil), e alerto as colegas das salas contíguas da possibilidade de apoio / ajuda.

Monitorizo e/ou colaboro na monitorização, invasiva e não invasiva, dos sinais vitais da pessoa e avalio sintomas, agindo em conformidade.

Quando desempenho funções na área de atuação de anestesia, preparo e administro analgesia, conforme prescrição médica (opioides e não opioides e adjuvantes),

conheço especificamente o seu mecanismo de ação, vias de administração e efeitos adversos das interações medicamentosas analgésicas, no sentido de gerir a dor.

No final da cirurgia e antes de transportar a pessoa para a unidade pós-anestésica ou unidade de cuidados intensivos, procedo à avaliação da dor (local; intensidade; tipo), utilizando a escala numérica da dor, solicitando à pessoa que classifique a intensidade da sua dor (0 a 10). Procedo ao seu registo na folha de registos de enfermagem. Se a pessoa referir dor, além de administrar analgesia prescrita, implemento intervenções autónomas para gestão de dor recorrendo a técnicas não farmacológicas (termoterapia; toque terapêutico; massagem terapêutica; falar de uma forma calma; entre outros...), promovendo o bem-estar e conforto.

Realizo registos de enfermagem em impresso específico existente no serviço, o qual serve de guia para uma passagem de informação estruturada, pertinente e objetiva do ocorrido durante o intraoperatório, aos colegas da unidade pós-anestésica, utilizando a comunicação verbal, garantindo assim a continuidade de cuidados de saúde seguros.

Incentivo a colaboração em equipa, de forma que todos os profissionais cooperem entre si, partilhando os seus conhecimentos e *know-how*, permitindo uma prestação de cuidados segura e de qualidade, potenciando a resolução de problemas, sempre em benefício da pessoa.

Ao longo do percurso profissional, fui tendo a oportunidade de me conhecer melhor, adquirindo competências que me permitem um maior controlo das emoções, no sentido de lidar com os diversos perfis profissionais, permitindo-me promover um ambiente saudável e harmonioso na equipa multidisciplinar, de forma a evitar stress e gerir conflitos, estabelecendo um relacionamento estável entre profissionais, direcionando o foco e atenção no que realmente é importante, designadamente o bem-estar e a segurança da pessoa.

No final de cada cirurgia, incentivo a equipa cirúrgica a rever e refletir sobre as suas atitudes e comportamentos, bem como relatar e registar eventos adversos / erros, para que verdadeiramente ocorra aprendizagem e se possam instituir medidas corretivas.

Devido à natureza altamente especializada dos conhecimentos e habilidades no BO e, tendo em conta que os enfermeiros, durante a formação base, não têm oportunidade de vivenciar e experienciar a prática no BO, as integrações no BO são desafiadoras e demoradas para os novos enfermeiros. Colaboro na integração de novos enfermeiros no serviço bem como de alunos de enfermagem e profissionais em formação específica em contexto de bloco, nas áreas de anestesia, circulação e instrumentação. Também

intervenho na formação de outros profissionais de saúde (assistentes operacionais; alunos de medicina; médicos de internato clínico – nestes últimos, o conteúdo da formação incide nas práticas seguras a adotar na sala de operação: como saber estar numa sala de operação; lavagem cirúrgica das mãos; indumentária; princípios básicos de assepsia).

Além da experiência profissional, tive a possibilidade de demonstrar a aquisição e o desenvolvimento da competência específica “Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família / pessoa significativa”, através da realização dos Ensinos Clínicos.

A realização do Ensino Clínico II / Módulo I - Unidade de Ambulatório, permitiu-me acompanhar o utente e família / pessoa significativa durante todo o perioperatório. Uma vez que a minha atividade profissional se desenvolve maioritariamente na fase intraoperatória, direcionei os objetivos do Ensino Clínico II / Módulo I, essencialmente, para as áreas de atuação da consulta perioperatória e cuidados pós-anestésicos, áreas em que sentia necessidade e curiosidade em aprofundar e desenvolver competências.

Para cuidar da pessoa e família / pessoa significativa em situação perioperatória em contexto ambulatório com qualidade e segurança, é fundamental, antes de tudo, perceber a dinâmica do serviço e conhecer o percurso do utente. Este começa muito antes da admissão deste no SCA, e tem início na consulta de especialidade onde é avaliado e encaminhado para a avaliação do anestesista. Nesta fase são confirmados os critérios clínicos e sociais para a validação da cirurgia em regime de ambulatório. Após esta validação, procede-se à realização da CEPO.

Esta consulta de enfermagem é muito importante para que o enfermeiro estabeleça uma relação de empatia e de ajuda, com o utente e família / pessoa significativa. Este momento, permite ao enfermeiro não só identificar as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, mas também fornecer toda a informação necessária para que o utente e sua família sejam capazes de participar no autocuidado nas fases pré e pós-operatórias e gerir as suas emoções, comportamentos, tempo e recursos de forma independente e eficaz. Ao informar, o enfermeiro está a capacitá-los para que possam tomar decisões conscientes e responsáveis sobre as próprias ações e comportamentos, sem depender excessivamente de outras pessoas para orientação ou supervisão.

Um dos objetivos deste Ensino Clínico, teve como foco instruir a pessoa / família / pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica através da CEPO.

Os enfermeiros têm uma intervenção importante a desempenhar na preparação dos utentes para a cirurgia, o que pode ter um impacto positivo nos resultados pós-operatórios,

na percepção dos níveis da dor e na recuperação comportamental (Robertson & Ford, 2020).

Após um período de observação na primeira semana de estágio, tive a oportunidade de realizar as CEPO telefónicas. Estas eram realizadas nas 24 horas que antecediam a cirurgia, e tinham uma duração média de 20 minutos. Abordei a minha tutora sobre o *timing* das CEPO telefónicas. Sugeri que estas deveriam ser realizadas com maior antecedência ao invés do que se praticava no serviço. Nos dias mais próximos da cirurgia, apenas se deveria fazer contacto telefónico para relembrar e confirmar alguns aspetos mais importantes bem como esclarecer algumas dúvidas de última instância. Este telefonema também serviria para promover uma relação de confiança, segurança e proximidade apesar da distância física.

Antes de se iniciar o contacto telefónico com o utente e família / pessoa significativa, verificava o plano operatório (tempo cirúrgico, contacto telefónico, área de residência, procedimento cirúrgico), consultava o relatório da consulta pré-anestésica para validar a aptidão do utente para a cirurgia de ambulatório bem como a previsibilidade da alta para o domicílio ou para pernoita.

Neste serviço, a CEPO telefónica estava devidamente estruturada, existindo uma checklist no sistema informático, com questões orientadoras que me permitiram informar e esclarecer dúvidas, transmitir segurança e reduzir a ansiedade do utente e família / pessoa significativa, bem como avaliar necessidades do utente e família / pessoa significativa. Toda a informação era devidamente registada na referida checklist informática.

Através da CEPO telefónica:

- Confirmava com o utente os critérios sociais para cirurgia de ambulatório;
- Identificava o familiar ou pessoa significativa reforçando a disponibilidade obrigatória deste nas primeiras 24 horas após a cirurgia;
- Explicava o circuito do SCA (como chegar até ao serviço e uma breve descrição das diferentes fases do circuito);
- Informava a hora a comparecer no SCA;
- Questionava o utente sobre existência de alguma dúvida relativa ao procedimento cirúrgico e anestésico;
- Confirmava a existência de alergias;
- Avaliava o risco de queda utilizando a Escala de Morse;

- Informava que o hospital não dispunha de parque de estacionamento para os utentes;
- Questionava se o utente era portador de próteses auditivas, dentárias ou ortótese;
- Confirmava a medicação que devia tomar e trazer no dia da cirurgia;
- Fornecia o contacto telefónico do SCA;
- Informava sobre os cuidados pré-operatórios (jejum; banho na véspera e no dia da cirurgia; ausência de verniz, maquilhagem e adornos; trazer roupa confortável para vestir após a cirurgia: chinelos, roupão, soutien desportivo (cirurgia da mama) ou pijama no caso de ficar em pernoita).

Constatei que muitos utentes e familiares necessitavam de tempo para assimilar a informação e referiam ficar receosos com o esquecimento de alguma informação importante. Nessas situações, tendo em conta que não era possível fornecer o folheto informativo existente no serviço (com toda a informação pertinente), e de forma a minimizar o stress e receio dos utentes e família / pessoa significativa, disponibilizei o tempo necessário para estes fazerem as anotações mais importantes. No final do contacto, os aspetos mais relevantes eram repetidos por mim de forma a validar a compreensão dos mesmos.

Constatei que uma das questões mais frequentemente realizadas pelos utentes estava relacionada com a dor no pós-operatório, a qual não estava a ser devidamente avaliada e explicada telefonicamente. Sugeri à minha tutora para que fosse incluída na checklist uma avaliação da dor bem como fosse realizada uma explicação da escala numérica da dor, utilizada como instrumento de avaliação da dor no pós-operatório, neste serviço.

Considero que a CEPO telefónica, revelou-se bastante eficaz com feedback positivo por parte do utente e família / pessoa significativa. Muitas vezes assistimos a utentes a perguntarem pela enfermeira com quem falaram ao telefone durante a CEPO, o que reflete que se consegue estabelecer uma relação empática. O conhecimento e as habilidades técnicas de um enfermeiro são essenciais, mas são inúteis sem um bom relacionamento interpessoal. Após uma reflexão com a tutora, sobre a CEPO, ficou planeado de num futuro próximo, e no sentido de uma maior proximidade com o utente e família / pessoa significativa, ser atribuído a cada enfermeiro um número X de utentes. Este enfermeiro seria o elemento de referência do utente e família / pessoa significativa durante todo o processo cirúrgico. Qualquer dúvida que estes apresentassem no período

perioperatório, deveriam contactar o enfermeiro de referência. Para isso seria disponibilizado um telemóvel a cada enfermeiro para a realização das suas CEPO.

Realizei CEPO telefónicas a 25 utentes e em 10 destas consultas foi possível instruir o familiar / pessoa significativa, capacitando os mesmos, envolvendo-os nos cuidados de saúde do utente, no sentido de uma melhor gestão da experiência cirúrgica.

O objetivo de realização de consultas enfermagem pré-operatórias presenciais não foi atingido. Existe, no entanto, uma esperança de que num futuro próximo a CEPO presencial seja uma realidade neste serviço e que estas possam ser realizadas por enfermeiros especialistas para que seja possível usufruir de cuidados especializados com reflexos na melhoria da qualidade de vida da pessoa e família.

Em suma, a CEPO assume um papel contributivo para a garantia da segurança de todos, sejam eles profissionais, familiares, mas essencialmente os utentes.

Enquanto enfermeira no acolhimento do utente e família / pessoa significativa, procurei sempre estabelecer uma relação empática e terapêutica, pois este é um momento de grande stress. Quando os utentes estavam mais tranquilos, aproveitava o momento, para validar o ensino feito na CEPO, identificar necessidades que não foram detetadas na mesma e garantir que o utente tem conhecimento e consentimento relativamente aos procedimentos que vai realizar. Incentivei-os sempre na participação nos seus tratamentos e recuperação. Participei igualmente na validação pré-operatória, a qual consistia num conjunto de verificações a realizar antes do procedimento anestésico cirúrgico, seguindo uma checklist existente no serviço e que contribuía para cuidados de saúde seguros e de qualidade. Esta consistia na:

- Identificação completa do utente (verbal e verificação da pulseira com confirmação de nome completo e data de nascimento);
- Confirmação da existência de vinhetas de identificação bem como assegurar a sua correta identificação com o utente;
- Confirmação do procedimento cirúrgico;
- Confirmação da lateralidade cirúrgica (caso exista) e marcação do local cirúrgico;
- Confirmação do consentimento cirúrgico informado livre e esclarecido assinado pelo utente, garantindo o cumprimento das recomendações legais e éticas;
- Confirmação de jejum pré-operatório (duas horas para líquidos e seis horas para sólidos);
- Confirmação de ausência de adornos, maquilhagem e verniz unhas;

- Confirmação da ausência de próteses dentárias, ortóteses, lentes de contacto;
- Confirmação de alergias conhecidas ou intolerâncias medicamentosas;
- Confirmação da presença de acompanhante no momento da alta e nas primeiras 24 horas após a cirurgia (nome do familiar / pessoa significativa e seu contacto telefónico);
- Confirmação da toma de medicação domiciliária.

Também fazem parte dos cuidados do enfermeiro de acolhimento do SCA:

- Colocação de um acesso venoso periférico;
- Monitorização e registo de sinais vitais (Tensão arterial, saturação oxigénio, frequência cardíaca, glicemia capilar, temperatura corporal);
- Tricotomia, se estritamente necessária. Esta era efetuada em área própria, fora da sala de operações, com máquina elétrica e lâminas descartáveis;
- Avaliação de escala de Morse e escala numérica da dor através do preenchimento de um questionário existente no SClínico;
- Gestão da manutenção da normotermia, de modo a minimizar os efeitos adversos associados à hipotermia inadvertida e melhorar o *outcome* do utente.

Os cuidados de enfermagem realizados no período pré-operatório foram orientados, não só para a preparação física, mas também para uma dimensão psicológica / emocional e espiritual dos utentes, o que exige do enfermeiro perioperatório competências relacionais e humanas que lhe permite estabelecer uma relação de confiança e proximidade com o utente e família / pessoa significativa. Assim, nesta fase de acolhimento ao utente e família / pessoa significativa, procurei promover a esperança adaptada à realidade da pessoa, aliviando a ansiedade e o medo, capacitando-os para uma gestão adequada da sua experiência cirúrgica.

Assegurava igualmente que a privacidade e conforto eram preservados durante todo o tempo em que os utentes permaneciam na sala de preparação pré-operatória. Por fim, acompanhava o utente até à sala do bloco, transmitindo à enfermeira de anestesia toda a informação relevante.

Pude constatar que o acolhimento do utente é de extrema importância, tanto na humanização dos cuidados prestados no perioperatório, como na segurança e qualidade dos mesmos, representando uma intervenção de enfermagem imprescindível.

Ainda durante o Ensino Clínico II / Módulo I, como já referi anteriormente, tive igualmente oportunidade de agir com pertinência na área de atuação dos cuidados pós-anestésicos. No SCA, os cuidados de enfermagem na primeira fase do recobro, são comuns aos utentes submetidos a cirurgia convencional.

O período de recuperação pós-anestesia, compreende o intervalo de tempo logo após um procedimento terapêutico ou diagnóstico realizado sob anestesia geral, locoregional ou sedação. Apesar de ser um período breve, é um momento crítico, onde o utente enfrenta riscos relacionados com o procedimento anestésico-cirúrgico. Assistimos a um incremento, quer no número quer na complexidade das intervenções cirúrgicas, o que levou a uma necessidade do desenvolvimento das técnicas anestésicas e a um conhecimento mais profundo das complicações e incidentes que daí advêm. Também a dor pós-operatória torna o utente mais vulnerável, aumentando a predisposição de complicações. Atualmente, sabemos que é nesse período que ocorrem incidentes com mais frequência e com maior gravidade. Portanto, é justificável falar na necessidade de cuidados especiais durante esta fase. Isso implica ter profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, com habilidades e competências específicas nesta área de atuação bem como, de espaços físicos altamente diferenciados, equipados com meios técnicos para prestar cuidados de qualidade e segurança (AESOP, 2006).

A AESOP (2006) defende que para se prestar cuidados seguros e de qualidade nas UCPA, os profissionais devem ter como principais objetivos: garantir uma avaliação contínua e criteriosa do pós-operatório dos utentes; evitar possíveis complicações relacionadas com a anestesia e cirurgia de forma preventiva e antecipada; estar preparado para agir imediatamente e com competência excecional caso essas complicações surjam.

São várias as fases em que o enfermeiro da UCPA desenvolve a sua atuação (AESOP, 2006):

- Adequa e prepara a unidade de acordo com as necessidades do utente a receber;
- Realiza uma avaliação inicial: avaliação cuidada da função cardiovascular, função respiratória, alterações sensoriais e motoras, alterações resultantes da intervenção anestésico-cirúrgica (pensos, drenagens, cateteres, etc.), avaliação do estado de consciência e do nível de conforto bem como do nível da dor, utilizando para isso escalas adequadas;
- Estabelece os diagnósticos de enfermagem com base nos problemas reais ou potenciais identificados e necessidades afetadas do utente;

- Elabora o plano de cuidados de enfermagem, incluindo sempre que possível a família e/ou pessoa significativa, o que permite ao enfermeiro programar e gerir a sua atuação de forma a assistir o utente na promoção do bem-estar físico, psicológico e espiritual, bem como na sua recuperação rápida, com o mínimo de complicações possíveis;
- Implementa as atividades programadas no plano de cuidados;
- Avalia o utente antes deste ter alta, comparando o estado atual com o estado que este apresentava à chegada à unidade. Deve igualmente verificar se os objetivos definidos foram atingidos, se as intervenções planeadas foram eficazes e adequadas, e se os diagnósticos de enfermagem se mantêm iguais aos iniciais ou se precisam de ser redefinidos.

Por fim, deve preparar a alta ou transferência do utente. Apesar da alta ser uma decisão do anestesista, o enfermeiro da UCPA contribui nessa tomada de decisão através da transmissão de informações adicionais importantes resultantes da sua avaliação (AESOP, 2006).

Assim, e antes da chegada do utente ao recobro do SCA, verificava as condições de higienização da unidade e assegurava que dispunha de todo o material básico necessário. Preparava a unidade, ajustando-a às necessidades do utente e de acordo com a cirurgia realizada. Esta preparação antecipada permitia-me gerir os equipamentos disponíveis. Para tal, recolhia previamente informações junto dos enfermeiros do Intraoperatório.

À chegada do utente ao recobro imediato e após verificar e confirmar a sua identidade através da pulseira de identificação, efetuava uma avaliação inicial junto do enfermeiro anestesista e anestesista que acompanhavam o utente à unidade. Essa avaliação consistia em colher dados relativos ao utente desde o diagnóstico, procedimento cirúrgico efetuado, procedimento anestésico, antecedentes pessoais, antecedentes cirúrgicos e ocorrências intraoperatórias. Ainda fazia parte da avaliação inicial a avaliação da função cardiovascular, respiratória, alterações sensório-motoras, alterações resultantes das intervenções anestésico-cirúrgicas, estado de consciência (utilização da escala de Glasgow), nível de conforto e nível da dor (utilização da escala numérica da dor). Após a interpretação dos dados da avaliação inicial, identificava os focos de atenção, definia os diagnósticos de enfermagem com base nas necessidades e problemas identificados e respetivas intervenções de enfermagem registando tudo informaticamente, favorecendo a continuidade dos cuidados e a segurança do utente. Todas as ações de

enfermagem e tomadas de decisões respeitavam a dignidade e os direitos dos utentes e família.

O diagnóstico de enfermagem mais frequente no pós-operatório era a dor. Para gerir e controlar a dor, implementava medidas farmacológicas, em que a minha intervenção era interdependente (necessária prescrição médica). Procedia assim à administração de terapêutica analgésica prescrita posteriormente avaliava a sua eficácia. Implementava igualmente medidas não farmacológicas, as quais passavam por: promover um posicionamento de conforto; promover um ambiente calmo e seguro com o mínimo de estímulos sensoriais; massagem de conforto, sempre que possível e considerado benéfico; crioterapia; ensino de técnicas de relaxamento.

Não existem normas pré-definidas relativamente à permanência dos utentes no recobro. Deverá ser o tempo necessário para recuperar a consciência total, com sinais vitais estáveis e com a dor controlada. Para tal existem alguns instrumentos que contribuem para essa avaliação, nomeadamente escalas indicadoras do nível de recuperação pós-anestésicas às quais recorri no SCA, tais como:

- Escala de Aldrete: utilizada para avaliar a recuperação pós anestésica dos utentes após a cirurgia. Ela é frequentemente usada para determinar a adequação do utente para a transferência da sala de recobro para outro ambiente ou para a alta hospitalar. A escala avalia cinco indicadores: atividade motora (capacidade do utente para movimentar extremidades espontaneamente ou a pedido); respiração (frequência respiratória e a presença de dificuldades respiratórias); circulação (pressão arterial sistólica, indicador da estabilidade cardiovascular); consciência (capacidade que o utente tem para responder a estímulos verbais e executar ordens); saturação de oxigénio. Cada um desses indicadores é avaliado numa escala de pontuação, e a soma total das pontuações indica o estado de recuperação do utente. A pontuação máxima geralmente é 10, sendo que, a partir de 8, considera-se que o utente está completamente recuperado e pronto para ser transferido para outra área ou receber alta hospitalar (AESOP, 2006);
- Escala de MPADSS (*Modified Post-Anesthesia Discharge Scoring System*): é uma versão modificada da Escala de Aldrete, que além de incluir os critérios de avaliação tais como, atividade motora, respiração, circulação e consciência, também engloba a avaliação de náuseas e vômitos, dor e hemorragia. Esta escala tem uma pontuação total de 10 pontos. A alta do SCA só é dada quando utente obtenha uma pontuação igual ou superior a 9 pontos. Este instrumento é

importante para garantir a segurança dos utentes durante a fase de recuperação pós-anestesia, ajudando os profissionais de saúde a tomar decisões informadas sobre a alta hospitalar.

Após indicação do anestesista de que o utente tinha alta clínica, assegurava que os critérios de alta clínica para domicílio eram cumpridos no sentido de potenciar ao máximo as condições de segurança no regresso do utente e família / pessoa significativa ao domicílio:

- Garantia que a comunicação entre o utente e o hospital estava assegurada;
- Cedia ou lembrava ao utente e família / pessoa significativa o contacto telefónico do SCA;
- Confirmava a marcação de consulta de *follow-up* cirúrgico;
- Garantia o cumprimento das condições sociais para o pós-operatório;
- Dispensava medicação para o domicílio de acordo com o Decreto-Lei n.º 75/2013;
- Validava a apreensão da informação dada sobre o pós-operatório ao utente e família / pessoa significativa, de modo que não existissem dúvidas;
- Procedia à entrega da carta de alta de enfermagem.

A alta para o domicílio, leva a uma necessidade de continuidade dos cuidados, muitas vezes assegurados pelos próprios e pela família / pessoa significativa. Desta forma, os ensinamentos e recomendações efetuados pelos enfermeiros ao utente e família / pessoa significativa, no momento que antecede a alta, tornam-se de extrema importância para promover a continuidade dos cuidados de saúde seguros e de qualidade, assegurando desta forma uma transição saudável do processo saúde / doença.

Com o intuito de promover uma assimilação e compreensão eficaz dos ensinamentos e recomendações, devem ser fornecidos ao utente e família / pessoa significativa, folhetos informativos com informação pertinente, os quais deverão ir ao encontro daquelas que são as principais dúvidas e receios dos mesmos, permitindo que sejam capazes de gerir e superar essas inquietações. Desta forma conseguimos transmitir-lhes confiança e segurança.

No momento da alta para o domicílio, realizava os esclarecimentos, ensinamentos e recomendações ao utente (família / pessoa significativa, quando estavam presentes), fornecendo-lhes um folheto informativo com toda a informação pertinente. Todas as

recomendações dadas ao utente e família / pessoa significativa, tinham como principal foco, a recuperação e reinserção na vida ativa o mais rapidamente possível.

A intervenção do enfermeiro na cirurgia de ambulatório não termina no momento da alta do utente para o domicílio. De acordo com a AESOP (2006), o enfermeiro deve contactar telefonicamente o utente nas 24 horas seguintes à alta, para avaliar o pós-operatório, questionando sobre a sua situação. Esta consulta pós-operatória é fundamental para assegurar a continuidade de cuidados e avaliação dos mesmos, devendo toda a informação obtida ficar registada no processo do utente. Este é um momento onde é possível reforçar e validar os ensinamentos e recomendações realizadas ao longo de todo o processo cirúrgico e reajustá-los se houver necessidade. A consulta de enfermagem pós-operatória, também é uma oportunidade para o enfermeiro avaliar a qualidade dos cuidados, inquirindo o utente relativamente à sua satisfação face aos cuidados recebidos (AESOP, 2006).

A altura em que o utente recebe alta é crucial para ele e suas famílias ou pessoa significativa, pois é nesse momento que podem sentir-se desprovidas de acompanhamento pela instituição de saúde que lhes prestou assistência. Assim, tive sempre o cuidado de informar o utente e família / pessoa significativa que estes seriam acompanhados pela equipa de saúde, através de contactos telefónicos e das consultas subsequentes.

Tive a possibilidade de realizar a consulta de enfermagem pós-operatória telefónica aos utentes e família / pessoa significativa, para avaliar as primeiras 24 horas do pós-operatório com o objetivo de despistar complicações, avaliar a evolução da recuperação, fornecer orientações e esclarecer dúvidas, promovendo, desta forma, a continuidade dos cuidados de saúde.

Para a realização desta consulta de enfermagem, segui um questionário estruturado e protocolado no serviço e efetuei o seu registo no sistema informático, uma vez que a descrição das ocorrências é indispensável para garantir a continuidade dos cuidados de saúde e contribuir para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, podendo também constituir uma forma de dar visibilidade à enfermagem perioperatória.

Ao utente eram colocadas questões simples sobre a presença de dor no local cirúrgico, medicação efetuada e necessidade de medicação suplementar, episódios de febre, náuseas, vômitos, cefaleias, tonturas, sonolência, parestesias, odinofagia, hemorragia e penso repassado. Eram igualmente questionados sobre a necessidade de retorno aos serviços de saúde após a alta, e em caso afirmativo era, questionado o motivo.

Por fim, questionava sobre quais as atividades do dia-a-dia que os utentes eram capazes de realizar, no sentido de avaliar o seu grau de autonomia, e se as informações verbais e escritas fornecidas pelos enfermeiros do SCA tinham sido suficientes para a recuperação.

Relativamente à consulta de enfermagem dos 30 dias não presencial, esta é igualmente efetuada pela equipa de enfermagem do SCA. Tive a oportunidade de realizar estas consultas de enfermagem de acordo com o questionário protocolado no serviço. Esse questionário apresenta questões relacionadas com a dor, ferida cirúrgica, rotina diária, necessidade de recorrer aos serviços de saúde e satisfação do utente e família / pessoa significativa com os cuidados de saúde prestados durante todo o processo perioperatório.

A oportunidade que tive em prestar estes cuidados pós-operatórios à pessoa em situação perioperatória, permitiu-me desenvolver competências para estabelecer uma relação de ajuda e empatia, no sentido de capacitar o utente e família / pessoa significativa para o desenvolvimento de estratégias que promovam a autonomia, saúde e o bem-estar do utente, tendo em vista a sua rápida recuperação e reintegração na rotina diária.

Foi possível, igualmente, adquirir e desenvolver a competência específica “Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família / pessoa significativa”, através da realização do Ensino Clínico II / Módulo II – Estágio de Opção.

Antes do início deste Ensino Clínico, desenvolvi um projeto de autoformação. Este projeto teve como referencial os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e as Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, tendo como finalidade desenvolver competências especializadas à pessoa e família / pessoa significativa, em contexto perioperatório, através da CEPO.

No que concerne ao percurso do Ensino Clínico, conforme já descrito no ponto 2.2.3., foi no âmbito da especialidade de Urologia (sala de litotricia) que tive a oportunidade de desenvolver competências à pessoa em situação perioperatória.

Este Ensino Clínico permitiu-me prestar cuidados ao utente desde a CEPO (primeiro contacto com o utente) até ao recobro, nos casos de pernoita, ou até à alta para o domicílio e ainda o seu acompanhamento até aos 30 dias após cirurgia através da consulta de enfermagem de *follow-up*.

Apesar da minha experiência no BO e de possuir alguns conhecimentos na área da cirurgia urológica, senti necessidade de aprofundar conhecimentos específicos nesta especialidade. Através de pesquisa da literatura existente, bem como da observação de

procedimentos cirúrgicos urológicos, senti mais confiança na transmissão de informações e maior capacidade no esclarecimento de dúvidas.

Este Ensino Clínico proporcionou-me a oportunidade de instruir / capacitar o utente proposto para cirurgia urológica e respetiva família / pessoa significativa através da realização da CEPO telefónica e desta forma poder contribuir para a gestão da experiência cirúrgica.

É importante ressaltar que a CEPO telefónica não substitui completamente a avaliação presencial, especialmente em casos mais complexos ou de maior risco. Atualmente, neste hospital, não são realizadas CEPO presenciais.

Durante o estágio tive a oportunidade de observar a minha tutora na realização de CEPO telefónicas. Após a observação, iniciei a realização das CEPO, sempre sobre a orientação e supervisão da tutora. No final de cada consulta a tutora dava-me um feedback sobre algumas melhorias a serem adotadas.

A realização destas consultas, constituíram um grande desafio, uma vez que, me obrigaram a sair da minha zona de conforto. Mas a motivação em adquirir habilidades e competências especializadas na área da consulta de enfermagem, levou-me a superar as minhas dificuldades e limitações e a alcançar os meus objetivos. Destaco a possibilidade que esta experiência me proporcionou no desenvolvimento da minha capacidade de comunicação com os utentes e sua família / pessoa significativa.

A intervenção de enfermagem na área da consulta de enfermagem, foi extremamente gratificante. Ao longo das mais de 180 CEPO telefónicas efetuadas, o meu foco incidiu na capacitação do utente e família / Pessoa Significativa bem como na redução da angústia e ansiedade do utente relacionadas com o procedimento anestésico-cirúrgico, com o intuito de: obter maior bem-estar e colaboração do mesmo ao longo do perioperatório; avaliação das expectativas e conhecimentos dos utente e respetiva família face ao procedimento cirurgia proposto; conhecimento do historial clínico do utente e as necessidades afetadas, de forma a planear cuidados individualizados; transmissão de informações relevantes para a preparação pré-operatória, garantindo assim a qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios.

Tive a oportunidade de perceber e de receber inputs muito positivos por parte dos utentes e respetiva família / pessoa significativa, não só pelo contacto telefónico em si (sentiam que havia uma preocupação com eles), mas também pelas informações transmitidas, dúvidas e receios esclarecidos. Esta humanização dos cuidados de enfermagem, o contacto com as pessoas mesmo não sendo presencial, tem um grande

impacto no utente e sua família / pessoa significativa, pois na atualidade, em virtude do acelerado desenvolvimento técnico e científico, o respeito pela pessoa humana, com frequência, parece ser relegado para segundo plano.

Verifiquei ao longo do estágio que os enfermeiros por vezes privilegiavam a componente técnica em detrimento das habilidades humanistas e comunicacionais, comprometendo a identificação das necessidades e o planeamento de cuidados do utente.

Após uma reflexão desta prática com os enfermeiros, estes referiram que tal se prendia com o excesso de aspetos burocráticos, de funções acumuladas e dificuldades na interação com o utente por falta de habilidades comunicacionais.

Constatei igualmente que havia alguns enfermeiros que não tinham tanta sensibilidade para envolver, na CEPO, a família / pessoa significativa, aspeto este que foi também tema de reflexão com os enfermeiros neste estágio. Sensibilizei-os de que a presença da família / pessoa significativa constitui um fator minimizador dos níveis de ansiedade, e que sempre que possível estes devem ser envolvidos no processo de cuidados, pois eles são facilitadores na transição saúde / doença. O esclarecimento de dúvidas e o envolvimento da família / pessoa significativa são de extrema importância para uma gestão da experiência cirúrgica tranquila, segura e de qualidade.

Esta consulta, apesar de ser realizada à distância, foi eficaz na transmissão das informações importantes para permitir que o procedimento anestésico-cirúrgico decorresse em segurança. Permitiu uma partilha de informações que levaram a uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, cuidados esses centrados no utente e família / pessoa significativa. No final da consulta de enfermagem, os utentes agradeciam o contacto e as informações transmitidas durante o mesmo, referindo que muitas das informações lhes eram desconhecidas e que tinham algumas dúvidas e receios principalmente sobre o procedimento anestésico. “Tenho medo de não acordar”, “Vou sentir alguma coisa durante a cirurgia?”, “Vou sentir muitas dores no fim da cirurgia?” eram as principais preocupações. Também relativamente ao pós-operatório, eram referidas algumas preocupações: “Quando posso regressar ao trabalho?”, “Preciso de avisar o meu patrão / chefe”, “Quando posso fazer esforços?”.

Transmitiram que o facto de estarem mais bem informados e esclarecidos lhes tinha aliviado muito a ansiedade que estavam a sentir. Relataram, no entanto, que gostariam de receber este contacto com mais antecedência, evitando dessa forma o prolongamento da sensação de angústia. Foi por isso sugerido à minha tutora a possibilidade de antecipar a CEPO, a qual estava a ser realizada com 48 horas ou 24 horas

de antecedência. No último mês de estágio já se conseguiam fazer CEPO com 72 horas ou até uma semana de antecedência relativamente à data marcada para a cirurgia.

Relativamente à informação transmitida durante a CEPO, os utentes referiram que apesar da informação ser suficiente, gostariam de a receber na vertente escrita para poderem assimilar melhor toda a informação. Esta situação verificou-se maioritariamente nas pessoas acima dos 70 anos de idade, chegando mesmo a pedir algum tempo para fazer algumas anotações com receio de se esquecerem das informações transmitidas. Estas situações vieram reforçar ainda mais a necessidade de realizar um folheto informativo, ação que já estava prevista no início do estágio. Embora esta ação tivesse sido planeada com o intuito do folheto informativo ser entregue ao utente aquando da implementação da CEPO presencial, que segundo a equipa de enfermagem estaria projetada para iniciar brevemente, este pode vir a tornar-se útil para ser enviado por correio ou email, como sugerido por mim à minha tutora. Esta ideia foi bem aceite por toda a equipa de enfermagem, o que me deixou bastante orgulhosa pela possibilidade de colaborar com o serviço no sentido de colmatar estas necessidades dos utentes identificadas por mim durante a CEPO. Deixar no serviço um contributo (elaboração do folheto informativo) para melhorar a qualidade e segurança dos utentes e família / pessoa significativa através da sua capacitação foi um dos momentos mais marcantes do meu percurso no estágio.

No início do Ensino Clínico, percecionei que a realização da CEPO era uma intervenção de enfermagem que deixava os enfermeiros constrangidos e alguns até a recusavam fazer. Foi por isso importante saber as causas desse constrangimento à operacionalização desta prática de enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (PSP). Para o reconhecimento foi imprescindível a opinião dos enfermeiros deste serviço. Realizou-se assim uma conversa informal (*Brainstorming*) com os enfermeiros e a conclusão a que se chegou, foi que as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros foram: falta de tempo para realização CEPO por acumulação de funções; falta de um guia orientador para realização da CEPO; inexistência de uma checklist estruturada e ainda uma dificuldade ou “pouco à vontade” para comunicar com o utente e família / pessoa significativa através da CEPO telefónica.

Após esta importantíssima reflexão com os enfermeiros e no sentido de colmatar estas dificuldades, propus à minha tutora elaborar um procedimento para a CEPO telefónica. Com orientação e colaboração da minha tutora, elaborei uma revisão e reformulação da checklist pré-operatória existente, considerada pelos enfermeiros de insuficiente e pouco abrangente.

Posteriormente, o procedimento e a checklist pré-operatória foram apresentadas aos enfermeiros do serviço numa ação de formação / sensibilização com duração de 30 minutos realizada no serviço. Por considerar oportuno, apresentei um poster realizado por mim, com o título “O impacto da consulta de enfermagem pré-operatória no utente e na equipa multidisciplinar”.

Este procedimento e checklist foi validado pela enfermeira gestora para ser realizado pelos enfermeiros do serviço de litotricia numa fase experimental.

Os enfermeiros deram um retorno extremamente positivo, indicando que esses documentos foram úteis para orientá-los sobre quais informações a transmitir e recolher com os utentes e família ou pessoas significativas. Além disso, esses documentos ajudaram a garantir que muitas informações importantes não fossem esquecidas.

Os enfermeiros também mencionaram que ler antecipadamente o procedimento antes das consultas foi útil para melhorar a comunicação com os utentes. Eles sentiram-se mais confiantes e menos desconfortáveis durante as interações, o que possibilitou uma comunicação mais eficaz e genuína, onde as informações foram transmitidas de forma clara, compreensível e confiante.

No entanto, os enfermeiros admitiram que há ainda muito a melhorar na área da comunicação efetiva com o utente e reconhecem a necessidade de praticar continuamente para melhorar as suas capacidades de comunicação e interação com os utentes e as suas famílias ou pessoas significativas.

No final do estágio, todos os enfermeiros estavam entusiasmados e cooperavam na realização da CEPO. Foi verdadeiramente gratificante para mim ter ajudado a promover uma CEPO bem estruturada, onde todos os enfermeiros colaboraram na partilha de informações relevantes, sobre os utentes e suas famílias ou pessoas significativas, com a equipa multidisciplinar. Isso contribuiu significativamente para a continuidade dos cuidados de saúde, tornando-os mais seguros e, consequentemente, de melhor qualidade.

Outra iniciativa que desenvolvi foi a realização de visitas guiadas com os utentes à sala de litotricia no bloco de urologia. Tive essa ideia porque, durante o ano 2000, quando trabalhava como enfermeira no serviço de obstetrícia, testemunhava diariamente as visitas guiadas feitas aos futuros pais no serviço. Recordo-me de ouvir os utentes mencionarem que essas visitas os tinham ajudado a reduzir a ansiedade e dissiparam muitos dos seus receios e medos.

A familiarização antecipada com o ambiente cirúrgico pode ajudar os utentes a sentirem-se mais calmos e preparados para o procedimento. Ver a sala de operações, os

equipamentos médicos e conhecer a equipa cirúrgica pode diminuir o desconhecido, pode proporcionar aos utentes uma sensação de controle e familiaridade o que pode reduzir a ansiedade.

Durante a visita orientada, os utentes tiveram oportunidade de conhecer os profissionais de saúde responsáveis pelos diferentes procedimentos, incluindo cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e assistentes operacionais. Isso proporcionou-lhes a oportunidade de fazer perguntas e obter esclarecimentos sobre o procedimento cirúrgico, aumentando assim a compreensão do utente sobre o que esperar durante a cirurgia.

Esta visita permitiu aos utentes interagir com a equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação de confiança com os profissionais que estariam envolvidos na sua cirurgia. Constatei junto dos mesmos que estes se sentiram mais seguros e confiantes. Essa interação melhorou a comunicação entre os utentes e a equipa de saúde, contribuindo para uma experiência cirúrgica mais tranquila e bem-sucedida.

Os utentes consideraram esta iniciativa muito útil e elogiaram a equipa cirúrgica. Destacaram a importância de interagir com a equipa cirúrgica, de conhecer o ambiente onde o procedimento seria realizado e de ver o local onde o seu familiar ou pessoa significativa ficaria a aguardar. Alguns utentes mencionaram que a visita teria sido mais proveitosa se fosse realizada com maior antecedência. Dado que a instituição não permitiu uma visita presencial prévia ao serviço, propus à equipa cirúrgica a criação de uma visita virtual (através de um vídeo, por exemplo), mostrando todo o percurso desde a entrada no serviço (sala de litotricia) até à alta.

A CEPO é reconhecida como a ocasião ideal para capacitar o utente e os seus familiares. Contudo, é crucial sublinhar que o acolhimento no BO e o período que precede a alta hospitalar também são momentos fundamentais para continuar a capacitar o utente e a sua família ou pessoa significativa.

No BO (sala litotricia), o acolhimento à pessoa e família / pessoa significativa em situação perioperatória consistia no primeiro contacto físico entre enfermeiro e utente, família / pessoa significativa. Este era um momento privilegiado de interação, altura ideal para estabelecer uma relação de empatia e confiança além de oferecer uma oportunidade ideal para explicar o ambiente cirúrgico e as diferentes etapas do circuito no BO. Esta abordagem ajudava a reduzir a ansiedade, o medo e a angústia. Permitia igualmente complementar a avaliação e identificação das necessidades do utente e família, iniciadas durante a CEPO. Esse conhecimento prévio possibilitava o planeamento e a garantia de

cuidados de qualidade e segurança durante o período perioperatório, contribuindo para uma experiência cirúrgica mais positiva.

O Ensino Clínico possibilitou-me o desenvolvimento de competências na promoção de cuidados ao utente e família / pessoa significativa, no acolhimento realizado no BO. O acolhimento era realizado seguindo um procedimento existente no serviço com o objetivo de uniformizar as boas práticas de enfermagem no acolhimento ao utente e sua família / pessoa significativa bem como garantir segurança através da verificação da lista de procedimentos pré-operatórios.

Assim e falando mais numa perspetiva operacional, à chegada do utente ao serviço de litotricia e enquanto enfermeira do acolhimento:

- Apresentava-me ao utente e família / pessoa significativa;
- Assegurava que tratava o utente pelo nome que gosta de ser tratado (informação recolhida na CEPO);
- Realizava a apresentação do serviço, bem como das suas normas e funcionamento;
- Proporcionava um ambiente calmo, confortável e seguro;
- Geria a manutenção da normotermia, de modo a minimizar os efeitos adversos associados à hipotermia inadvertida e melhorar o *outcome* do utente;
- Assegurava que a privacidade da pessoa era preservada durante todo o tempo;
- Procedia à identificação inequívoca do utente (nome completo, data de nascimento e número do processo) com colocação da respetiva pulseira de identificação;
- Avaliava sinais vitais;
- Confirmava a checklist pré-operatória existente no serviço com vista à segurança cirúrgica (exemplos: confirmação com o utente do consentimento informado livre e esclarecido, conhecimento de alergias, lateralidade da cirurgia, critérios sociais da cirurgia de ambulatório, jejum, presença de adornos ou próteses dentárias, entre outras);
- Confirmava os antecedentes pessoais, médicos e cirúrgicos relevantes ao procedimento;
- Garantia a administração de antibioterapia endovenosa até cerca 60 minutos antes do procedimento cirúrgico;
- Descrevia de forma sucinta o ambiente cirúrgico na sala operatória (aparelhos, luzes, fios, etc.) bem como as situações que pudessem ocorrer no pós-operatório

e que deviam ser entendidas como “normais”, tais como as decorrentes do procedimento cirúrgico (Exemplos: algália e equipamentos de monitorização de sinais vitais);

- Colaborava na transferência do utente, e proporcionava conforto e correto posicionamento na marquesa operatória, respeitando a sua dignidade;
- Proporcionava à família / pessoa significativa conforto e privacidade durante o período de espera pelo término da cirurgia.

Este último item foi alvo de reflexão com o tutor, pois no início do estágio verifiquei que a família / pessoa significativa aguardava na sala de espera do serviço de urologia, sala essa que ficava distanciada da sala de litotricia e que não tinha as condições adequadas (muito ruído; falta de privacidade). Após a análise de várias soluções possíveis chegamos à conclusão de que a melhor alternativa seria transformar uma sala existente no serviço de urologia, situada mesmo ao lado da porta exterior do bloco, e que se encontrava livre, numa sala de espera para a família / pessoa significativa dos utentes cirúrgicos. Para isso falamos com a enfermeira gestora do serviço de urologia, apresentamos a nossa proposta e argumentos e de imediato, não só ela disponibilizou a sala bem como, voluntariou-se a prepará-la condignamente para receber estes familiares. Foi muito gratificante esta nossa intervenção, pois proporcionou melhores condições de conforto e privacidade à família / pessoa significativa.

Também durante o Ensino Clínico, e no sentido de desenvolver a intervenção de enfermagem numa perspetiva interprofissional, incentivei à realização de um briefing pré-operatório para discutir e rever com a equipa cirúrgica, o plano cirúrgico, identificar potenciais riscos e necessidades do utente. Esta sugestão foi bem aceite por toda a equipa cirúrgica, que até então realizava apenas pontualmente o briefing, nem sempre com todos os elementos presentes. Verifiquei, com esta ação, que iniciávamos as cirurgias mais cedo e não havia tempos de espera (por exemplo, por falta de Dispositivos Médicos (DM) ou outros materiais cirúrgicos necessários ao procedimento anestésico-cirúrgico). Consequentemente as cirurgias demoravam menos tempo, o trabalho entre a equipa era otimizado e decorria com mais fluidez. Além disso, a equipa cirúrgica referiu diminuição do cansaço no final dos procedimentos. Isto reflete-se num ambiente menos stressante, menos conflituoso, mais harmonioso e consequentemente mais seguro. Esta perspetiva interprofissional, permite ao enfermeiro contribuir para uma assistência mais completa e eficaz ao utente, além de aprimorar as suas próprias habilidades e conhecimentos.

Já o período que antecede a alta hospitalar é fundamental para garantir que o utente esteja bem preparado para o autocuidado no domicílio. Os enfermeiros podem fornecer instruções detalhadas sobre os cuidados a serem seguidos e sinais de alerta que requerem atenção médica imediata. Essa capacitação contínua ajuda a promover a recuperação adequada do utente e reduzir possíveis complicações pós-operatórias.

Após realizar uma verificação minuciosa no serviço, constatei que não havia documentos escritos contendo recomendações específicas a serem fornecidas aos utentes após a alta. Essas recomendações são de extrema importância para o autocuidado dos utentes. Considero que a existência destes documentos, além de serem de extrema importância para orientar os utentes para o seu autocuidado, também servem de guia orientador para os próprios enfermeiros quando realizam o ensino para a alta.

Com o intuito de preencher essa lacuna e fornecer uma maior qualidade de atendimento, tomei a iniciativa de elaborar tais documentos. Estes têm o objetivo de oferecer orientações claras e abrangentes, abordando tópicos relevantes para o pós-alta, como cuidados com a medicação prescrita pelo médico, seguimento de tratamentos, sinais de alerta a serem observados e estratégias para promover a recuperação. Dessa forma, os utentes terão acesso a informações úteis que poderão ajudá-los a tomar decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar.

Após revisão dos documentos com a minha tutora e com a enfermeira chefe do bloco, estes ficaram disponíveis para serem entregues aos utentes e família / pessoa significativa quando da alta para o domicílio ou alta para os serviços de internamento, quando se tratava de necessidade de pernoita hospitalar.

O feedback positivo dos utentes foram um testemunho do valor desses documentos na promoção de uma transição mais suave e segura entre o cuidado hospitalar e domiciliar.

As famílias / pessoas significativas, também demonstraram satisfação ao receber esses documentos. Reconheceram a importância dessas recomendações no apoio ao autocuidado e à autogestão em ambiente domiciliar. Ao terem acesso às informações, sentiram-se mais capacitados para colaborar nos cuidados de saúde pós-operatórios. Outra vantagem percebida pelos utentes e sua família / pessoa significativa foi a facilidade de consulta dos documentos. Eles permitem rever as orientações sempre que necessário, eliminando qualquer dúvida ou incerteza. Essa prática também promove a adesão aos cuidados, pois os utentes têm um recurso tangível que os lembra das recomendações, evitando possíveis erros ou esquecimentos.

Foi muito gratificante perceber que fiz a diferença, fortalecendo a relação com o utente e respetiva família / pessoa significativa, o envolvimento destes no seu próprio processo de cuidado, proporcionando uma sensação de confiança e apoio contínuo.

Fiquei entusiasmada em ver como estas ações tiveram uma expressão positiva e fortaleceram a confiança dos utentes e respetiva família / pessoa significativa no serviço.

Além da CEPO, acolhimento do utente e família / pessoa significativa no bloco e preparação do utente para a cirurgia, também foi foco de atenção a prestação de cuidados no pós-operatório. Ressalvo que foi dado especial ênfase na gestão da dor associada aos procedimentos cirúrgicos, isto porque quando um utente é indicado para a realização de um procedimento cirúrgico, uma das suas preocupações é saber se vai sentir dor. Acabei por ter essa percepção quando realizei as CEPO. Em cada 10 utentes, aproximadamente 8 perguntavam-me se iam sentir muitas dores após a cirurgia.

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (OE, 2008)

“A dor aguda pós-operatória não controlada pode contribuir para o desenvolvimento de dor crónica.” (SPA, 2018)

Existem várias estratégias que ajudam no processo de gestão da dor, e que foram utilizadas durante o Ensino Clínico:

- Avaliação adequada da dor - Devido à sua subjetividade, a avaliação da dor deve ser efetuada com recurso a um instrumento de avaliação: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica, Escala de Faces e Escala Qualitativa. A escala utilizada para mensuração da intensidade da dor foi a Escala Numérica. A Escala Numérica, é uma régua dividida em 11 espaços iguais, numerada de 0 a 10, onde 0 corresponde à classificação “sem dor” e 10 à classificação “dor máxima”;
- Educação e informação - Forneci informações claras ao utente sobre o que esperar em relação à dor pós-operatória. O processo educacional começava na CEPO telefónica, com a transmissão da seguinte: métodos de avaliação da dor, objetivos e benefícios do tratamento, opções terapêuticas analgésicas disponíveis, sua eficácia e potenciais efeitos e complicações;

- Administração adequada de fármacos analgésicos - Colaborei com a equipa multidisciplinar para garantir que os medicamentos analgésicos prescritos fossem administrados correta e atempadamente;
- Utilização de terapias não farmacológicas - Incentivei a utilização de terapias não farmacológicas para o alívio da dor, como técnicas de relaxamento, distração, massagem ou aplicação de calor ou frio. Verifiquei que estas abordagens complementavam o uso de fármacos e reduziam a necessidade de doses elevadas dos mesmos;
- Monitoração contínua - Acompanhei regularmente os utentes para avaliar a eficácia do tratamento da dor. Perante qualquer alteração na intensidade da dor, agia em conformidade;
- Comunicação efetiva - Mantinha uma comunicação aberta e empática com o utente, encorajando-o a relatar a sua dor e suas preocupações. Estava atenta aos sinais não verbais de desconforto e solicitava feedback regularmente;
- Colaboração interdisciplinar - Interagi com outros profissionais de saúde, na sua maioria anestesistas, para analisar e planear as melhores abordagens para a gestão da dor. Compartilhei informações relevantes sobre o utente (recolhidas na CEPO) e participei em “discussões” para aperfeiçoar estratégias de controlo da dor. Tive o privilégio de durante o meu estágio conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e médicos anestesistas da Unidade Funcional de Dor Aguda do Hospital onde realizei o Ensino Clínico. Tive a oportunidade de acompanhar enfermeiros especialistas da unidade da dor aguda aos internamentos cirúrgicos de urologia e colaborar na avaliação dos utentes referenciados à unidade de dor aguda e utentes com dor não controlada. Foi sem dúvida uma mais-valia obter esses conhecimentos, pois permitiram sustentar tomadas de decisão relativamente à gestão da dor aguda;

De salientar que todas as intervenções de enfermagem interdependentes eram registadas, bem como os efeitos obtidos, assegurando a transmissão da informação e a continuidade dos cuidados de saúde, no âmbito da gestão da dor. Ressalvo, no entanto, que senti necessidade de junto de alguns enfermeiros reforçar a importância do registo das intervenções autónomas de enfermagem bem como dos registos de reavaliação, alertando que a sua omissão poderia comprometer a transmissão da informação, a

continuidade dos cuidados, a adequada gestão do plano terapêutico e, consequentemente, o conforto e bem-estar da pessoa.

Ao implementar estas medidas, considero que contribuí para uma gestão mais efetiva da dor aguda no pós-operatório, promovendo o conforto do utente, promovendo uma rápida recuperação e melhorando a sua vivência cirúrgica.

Por fim, ainda tive oportunidade de continuar o acompanhamento do utente e família / pessoa significativa através da realização das consultas de enfermagem pós-operatórias do dia seguinte. Esta abordagem de acompanhamento foi projetada para promover a capacitação do utente, permitindo que se sinta mais seguro e confiante e assim assumir um papel ativo na sua recuperação. É uma oportunidade para fazer perguntas e expressar quaisquer preocupações que possa ter, além de detetar precocemente qualquer complicação ou problema que possa surgir.

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

O enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades para garantir a segurança da pessoa, dos profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional (Regulamento 429/2018, 2018).

Através de uma análise reflexiva da minha prática profissional, pretendo demonstrar a aquisição e o desenvolvimento da competência específica “Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica”.

Na minha atividade profissional, tendo como objetivo a promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes durante a cirurgia, supervisiono o cumprimento de protocolo de limpeza e desinfeção da sala de operação, bem como de todos os equipamentos e dispositivos utilizados, garantindo condições de segurança para a cirurgia seguinte.

Durante o decorrer da cirurgia, garanto uma sala limpa e organizada (existência de recipientes para sujos em locais estratégicos; removo qualquer material contaminado do chão; em caso de derramamento de líquidos, solicito a sua limpeza para evitar quedas). Realizo reciclagem de embalagens de plástico / papel, bem como a triagem de lixos. Sensibilizo toda a equipa mostrando a importância da reciclagem e triagem de lixos. Supervisiono o encaminhamento dos resíduos e lixo.

Verifico as condições ambientais (sistema de ventilação e exaustão; temperatura; humidade) para reduzir o risco de infeção transmitido pelas poeiras / contaminantes aéreos e testo o material / equipamento necessário para a cirurgia. Asseguro que as portas da sala de operação estão sempre fechadas e que o número de pessoas dentro da sala seja reduzido ao mínimo indispensável. Intervenho, sempre que verifico que existem movimentações dentro da sala desnecessárias, bem como entradas e saídas dispensáveis.

Ao nível da gestão de risco, realizo uma avaliação, identificando situações potenciais de risco, tanto para a equipa cirúrgica como para o utente, eliminando-as através de medidas corretivas. Como já referido anteriormente, realizo em voz alta os pontos da lista do protocolo cirurgia segura, na presença de toda a equipa cirúrgica, e procedo ao seu registo no SClínico, antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da pessoa sair da sala.

De forma a evitar danos decorrentes da administração terapêutica, procedo à rotulagem de seringas com etiquetas de cores diferentes e indicação do fármaco com a respetiva dosagem, verifico a validade dos fármacos, acondiciono e armazeno de acordo com as indicações do laboratório farmacêutico. Quando a prescrição é transmitida oralmente, faço a confirmação pela mesma via, de forma a certificar que o fármaco é o prescrito.

Asseguro e colaboro na transferência da pessoa para a mesa operatória, solicitando a colaboração da mesma, tendo em conta o seu grau de dependência e mobilizo recursos materiais e humanos para que esta transferência seja realizada em segurança. Asseguro e colaboro no posicionamento cirúrgico em segurança para a cirurgia, prevenindo lesões e protegendo possíveis zonas de pressão. Asseguro a disponibilidade do material necessário para o posicionamento cirúrgico (Almofadas de Gel; Colchão de Gel; Cintas de Segurança; Apoio de Ombros; entre outros...).

Garanto a proteção da pele de possíveis zonas de contato com metais e/ou líquidos, pelo risco de queimaduras por condução elétrica (uso de bisturi elétrico). Coloco o eletrodo neutro (placa) respeitando as normas de segurança, conectando-o ao bisturi elétrico e ajustando valores de coagulação e corte à pessoa. Asseguro medidas especiais de proteção para a pessoa e equipa cirúrgica, aquando da utilização de radiação ionizante, bem como nas situações de tratamentos de HIPEC e PIPAC.

Fomento e incentivo a equipa acerca da importância de manter um ambiente calmo e tranquilo, envolvendo a pessoa no processo cirúrgico, respeitando os seus valores,

crenças e espiritualidade, fazendo com que se sinta parte integrante da equipa com vista à otimização da vivência cirúrgica da pessoa.

Quando solicitada emito o meu parecer técnico sobre programas de concessão e remodelação do ambiente intra-operatório. Colaboro na elaboração de normas e procedimentos do BOC.

Garanto que todos os elementos presentes na sala operatória possuem indumentária e calçado exclusivo do bloco, touca e máscara cirúrgica.

Verifico o prazo de validade da esterilização de DM e as condições de todos os invólucros (perfuração; rasgo; humidade). Garanto que os integradores estão compatíveis com o processo de esterilização.

Colaboro e/ou supervisiono na desinfeção da área a intervencionar, antes de qualquer procedimento invasivo, utilizando um antisséptico e seguindo as instruções do fabricante relativas à sua utilização, assegurando a eficácia do processo de desinfeção. O uso do antisséptico pretende reduzir ao máximo o número de microrganismos presentes na pele e impedir a sua proliferação. Após a aplicação do antisséptico, certifico de que a área desinfetada está devidamente seca para se proceder à colocação dos campos cirúrgicos.

Colaboro e/ou supervisiono a colocação dos campos cirúrgicos garantindo o cumprimento da técnica asséptica. Garanto que qualquer excesso de antisséptico, fora da área cirúrgica, é previamente limpo pois qualquer humidade pode provocar a proliferação de microrganismos e aumenta o risco de queimadura no utente, principalmente quando é utilizado bisturi elétrico. Asseguro que elementos não estéreis mantêm a distância de 30cm da mesa operatória e controlo a movimentação em volta da equipa cirúrgica estéril.

Colaboro com a equipa cirúrgica a indumentarizar-se com bata e luvas estéreis. As luvas devem ser mudadas em tempos operatórios diferentes na mesma cirurgia e sempre que for considerado necessário. Promovo o uso de dois pares de luvas aquando da desinfeção da pele da área cirúrgica a intervencionar, devido ao alto risco de contaminação, sendo estas removidas posteriormente à desinfeção.

Conheço princípios e participo na manutenção da normotermia da pessoa no pré-operatório imediato, no intraoperatório e no pós-operatório imediato (colocação de manta de aquecimento, o aquecimento de fluidoterapia, lençóis quentes). Monitorizo a temperatura de forma contínua, ao longo da cirurgia, procedimento que reduz o risco de infeção.

Sempre que aplicável, garanto que a profilaxia antibiótica é efetuada em conformidade com o protocolo existente para a profilaxia na fase intraoperatória e efetuo o registo, na folha de enfermagem, caso esteja na função de anestesista, ou à sua confirmação na lista de verificações de cirurgia segura, caso esteja na função de enfermeira circulante. Promovo e realizo tratamento de feridas com sistema de pressão negativa com a finalidade da prevenção da infeção da ferida cirúrgica.

Perante a pessoa com infeção documentada, faço a gestão e articulo com a equipa a implementação de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação.

O isolamento de utentes suspeitos ou confirmados com determinados agentes infecciosos e a implementação de medidas específicas para prevenir e controlar a infeção, são estratégias que utilizo para redução do risco de transmissão entre doentes e profissionais de saúde. O tipo de isolamento depende do mecanismo de transmissão do microrganismo suspeito ou confirmado. Depois de identificar o microrganismo, garanto práticas dos diferentes tipos de isolamento (contato; gotículas; via aérea) seguindo as recomendações da Unidade de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UPCIRA) do hospital onde exerço funções. Contacto o recobro, antecipadamente, informando que vai ser transportado um utente com infeção documentada.

Asseguro que os DM necessários estão disponíveis, íntegros, e funcionais e certifico que são utilizados de acordo com as instruções do fabricante. Garanto a rastreabilidade dos DM, colocando integradores de esterilização bem como vinhetas dos DM e implantes no processo clínico da pessoa.

Efetuo o registo de todos os consumíveis utilizados na cirurgia, bem como todos os DM implantáveis, sejam eles parcial ou totalmente absorvidos, no TATIL (sistema informático). Este registo, além de permitir a rastreabilidade dos DM, permite fazer a sua gestão, ou seja, a ausência desse registo origina a falta desses dispositivos no stock do BO e, conseqüentemente, provoca o atraso ou até mesmo o cancelamento de cirurgias por falta de material de dispositivo médico.

Participo em ações de formações de normas de segurança e utilização dos DM. Muitas vezes a formação de normas de utilização e segurança são efetuadas horas antes da cirurgia pelos representantes dos DM. Além da informação do dispositivo, é-me proporcionado antecipadamente o manuseamento e treino do DM trazido pelo representante para esse efeito. Asseguro que conheço todo o instrumental, equipamento

e DM, podendo desta forma atuar rapidamente e prevenir potenciais erros relacionados com o seu uso e manutenção.

Asseguro a gestão do risco associada à retenção inadvertida de compressas, corto perfurantes e DM, durante a intervenção cirúrgica, procedendo à respetiva contagem nos tempos protocolados, informando de seguida toda a equipa sobre essa contagem. Procedo ao registo na checklist de cirurgia segura (SClínico). Este procedimento é essencial à segurança de utentes e profissionais.

Controlo a gestão de tecidos, órgãos e produtos biológicos para análise, realizando a identificação e o acondicionamento correto dos mesmos, para anatomia patológica, citologia e microbiologia.

Participo na conceção e na implementação dos processos de reprocessamento de DM de uso múltiplo, bem como na avaliação e escolha de novos DM para experimentação ou aquisição, através da elaboração de um parecer.

Durante a realização dos Ensinos Clínicos, tive a oportunidade de desenvolver a competência “Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, consciente com a consciência cirúrgica”.

Conforme já referido anteriormente, no Ensino Clínico II / Módulo I, no acolhimento ao utente e família / pessoa significativa, realizava a verificação pré-operatória, a qual consiste num conjunto de intervenções a realizar antes do procedimento anestésico cirúrgico, tendo em vista a gestão de risco e o controlo da segurança pré-operatória.

“Foi demonstrado que os cuidados de enfermagem são essenciais à prestação de cuidados de saúde.... Em resultado disso, tem-se prestado muita atenção aos níveis das dotações seguras e às variáveis necessárias para a prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes.” (Conselho Internacional de Enfermagem, 2006).

Verifiquei que no SCA eram asseguradas as dotações seguras definidas no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Tal como na minha prática profissional, durante o Ensino Clínico II / Módulo I, mais especificamente no recobro, de forma a evitar danos decorrentes da administração terapêutica, procedia à rotulagem de seringas com etiquetas de cores diferentes e indicação do fármaco com a respetiva dosagem, verificava a validade dos fármacos, acondicionava e armazenava os mesmos de acordo com as indicações do laboratório farmacêutico.

No sentido de colaborar na organização do processo cirúrgico com vista à otimização da experiência da pessoa, realizei CEPO, onde era possível capacitar o utente e família / pessoa significativa, explicando o procedimento cirúrgico, riscos e benefícios de forma clara e compreensível, fornecer todas informações sobre o que esperar antes, durante e após a cirurgia, e educar sobre os cuidados pré e pós-operatórios, incluindo medicações, atividades e restrições. Aproveitava o momento da consulta para dar apoio emocional ao utente e família / pessoa significativa, ajudando a reduzir a ansiedade e o medo relacionados com procedimento anestésico-cirúrgico.

Também colaborei com a equipa multidisciplinar, incluindo cirurgiões, anestesistas e outros profissionais de saúde, no sentido de satisfazer as necessidades do utente e família / pessoa significativa. Tive sempre a preocupação de garantir uma comunicação eficaz com os membros da equipa e com o utente.

Colaborei na transição de cuidados de saúde do utente, da sala de acolhimento para a sala de cirurgia, bem como, do recobro para o serviço de pernoita. Como já referido anteriormente, neste serviço não era utilizada a ferramenta ISBAR, pelo que sugeri a implementação da mesma, proporcionando assim um momento de transição de cuidados de saúde mais seguro. Baseada no modelo explicativo da técnica ISBAR, o qual foi colocado, por mim, nos locais de transição de cuidados, elaborei igualmente uma tabela em acrílico reutilizável onde eram colocadas todas as informações, reduzindo desta forma a perda de informação crucial e promovendo a continuidade dos cuidados seguros.

Assegurei a continuidade dos cuidados de saúde, através da realização das consultas de enfermagem pós-operatórias, garantindo um acompanhamento adequado.

Considero que a minha colaboração e atuação proativa, no período perioperatório, foram fundamentais para garantir a segurança e a otimização da experiência do utente e família / pessoa significativa, bem como para proporcionar um ambiente seguro para todos os intervenientes.

No que diz respeito ao processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios: garantia o cumprimento da administração da profilaxia antibiótica, de forma adequada e oportuna; assegurava, através de supervisão, a correta e cuidada higienização, tanto nas unidades de acolhimento e recobro, de acordo com o procedimento existente no SCA; geria a manutenção da normotermia, no acolhimento e recobro, de modo a minimizar os efeitos adversos associados à hipotermia inadvertida e melhorar o *outcome* do utente.

Durante o Ensino Clínico II / Módulo II, tive a oportunidade de continuar a realizar as intervenções já descritas no Ensino Clínico II / Módulo I, no sentido de desenvolver a competência específica em análise neste subcapítulo (2.4.2).

Verifiquei, neste estágio, que não eram totalmente asseguradas as dotações seguras definidas no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019), situação já devidamente descrita e analisada anteriormente, tendo intervindo em conformidade.

A complexidade inerente à cirurgia, o uso de novas tecnologias, o envelhecimento da população e as comorbilidades dos utentes, podem contribuir para a incidência de complicações decorrentes de uma cirurgia. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) pode ser usada como uma ferramenta para prevenir tais complicações, pelo que o seu uso pode reduzir a carga de trabalho, eliminando problemas que já estão sob controlo. A implementação global desta ferramenta, introduzida pela OMS, visa melhorar a segurança anestésica e cirúrgica, reduzir complicações e mortalidade, através de um trabalho em equipa, comunicação e cuidados consistentes (Haugen et al., 2019).

A implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva-Vidas”, de acordo com o manual “Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009”, é obrigatório em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde, sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clínica (DGS, 2013).

Este Ensino Clínico possibilitou-me, na fase intraoperatória, e com base na evidência científica, o desenvolvimento de boas práticas e de segurança cirúrgica garantida através da realização da LVSC, como ferramenta de gestão de risco e cultura de segurança.

Apesar da LVSC poder ser realizada por qualquer membro da equipa cirúrgica (anestesiologistas, cirurgiões e enfermeiros), neste serviço, era realizada pelo enfermeiro circulante. A LVSC consistia na confirmação oral de diversos pontos essenciais para a segurança do utente, em três períodos específicos, nomeadamente: “Antes da indução anestésica” (“*Sign-in*”), “Antes da incisão da pele” (“*Time-out*”) e “Antes do doente sair da sala de operações” (“*Sign-out*”), sempre na presença de toda a equipa cirúrgica. Tive a oportunidade de a realizar e registar informaticamente no SClinico. Verifiquei que toda a equipa cirúrgica estava bem treinada e respeitava o momento da LVSC.

Outro foco da minha atenção durante este Ensino Clínico, no sentido de promover um ambiente seguro para todos os intervenientes, foi o de assegurar que os profissionais utilizassem corretamente meios e equipamentos de proteção coletiva e individual,

referindo-me mais concretamente à proteção da exposição de radiação ionizante (especificamente os raios x).

Tendo em consideração os efeitos prejudiciais na saúde nos trabalhadores expostos, os princípios de radioproteção são fundamentados em três critérios: na duração (deve ser o mais breve possível), na distância (ter em atenção o distanciamento máximo possível da fonte de radiação) e nas barreiras físicas (barreiras coletivas e equipamento de proteção individual) (Nascimento, 2018).

A proteção face à exposição a radiações ionizantes, abrange não só os materiais estruturais presentes nas salas (portas, vidros e biombo plumbíferos) que constituem uma medida de proteção coletiva, como também os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), constituídos por material rádio-opaco, sendo os mais comuns os aventais de chumbo, protetores de tireoide e óculos plumbíferos (Miller et al., 2010).

Nenhum profissional deve estar exposto a radiação ionizante sem que tenha conhecimento dos riscos radiológicos que possam advir da sua exposição. Abordei a equipa multiprofissional no sentido de aferir com que frequência tinham formação sobre radiação ionizante e utilização dos EPI, assim como do conhecimento dos riscos para a saúde. Toda a equipa tinha recebido formação no início de 2023 e isso refletia-se na prática, uma vez que todos usavam EPI, apesar de referirem constrangimentos com o tamanho, peso e calor provocado pelos coletes. Todos os profissionais tinham consciência dos riscos da exposição à radiação ionizante. Neste contexto verifiquei que não era necessário realizar uma ação de formação direcionada à equipa.

De referir que alertei para a necessidade do uso dos dosímetros individuais, entregues pela instituição aos profissionais. Estes dosímetros permitem estimar a dose efetiva de radiação ionizante recebidas pelos profissionais contribuindo desta forma para a proteção da sua saúde. Importa ressaltar que a utilização do dosímetro é um requisito legal cujo cumprimento recai sobre a entidade empregadora e, por conseguinte, no profissional exposto a radiação ionizante (Decreto-Lei n.º 108/2018, 2018).

Sensibilizei igualmente os profissionais de saúde para a importância do cuidado no armazenamento dos aventais de chumbo após a sua utilização. Verifiquei que, apesar da existência de porta aventais fixos de parede, os aventais de chumbo eram amontoados e dobrados, o que altera a sua integridade e diminui a vida útil do produto. O avental de chumbo deve ser armazenado num local seco e arejado, longe da exposição direta à luz solar e fontes de calor.

“A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.”. Problemas frequentes na comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados, relacionam-se com a falta, omissões e imprecisões de informação, e a ausência de priorização nas atividades (DGS, 2017).

Neste contexto, a Direção-Geral da Saúde (DGS) determinou que a transmissão de informação na transição de cuidados se deve realizar com base na técnica ISBAR: (DGS, 2017).

Colaborei em todas as fases de transição de cuidados de saúde do utente. Conforme já anteriormente referido, durante o percurso deste Ensino Clínico verifiquei que não usavam a técnica ISBAR. Assim, sugeri aos enfermeiros do serviço para refletirmos juntos sobre esta temática, através da realização de alguns briefings, ao longo do Ensino Clínico. Verifiquei que os enfermeiros ficaram motivados e compreenderam a importância do uso desta ferramenta. Sugeri a implementação das mesmas intervenções que tinha realizado no Ensino Clínico II / Módulo I, as quais foram aceites pela enfermeira gestora do serviço.

A prevenção e controlo de infeção é um componente essencial dos cuidados de saúde, havendo necessidade do conhecimento e atualização contantes das normas e evidências clínicas pelos profissionais e de as incorporar na prática diária.

Aproximadamente 0,5% a 3% dos utentes submetidos a uma intervenção cirúrgica apresentarão infeção no local da incisão cirúrgica ou adjacente a ele, levando-os a uma hospitalização de aproximadamente sete a onze dias a mais (Seidelman et al., 2023).

A maioria das infeções do local cirúrgico são evitáveis se forem adotadas e implementadas estratégias apropriadas. Embora numerosas estratégias sejam recomendadas por organizações internacionais para diminuir a infeção do local cirúrgico, apenas 6 estratégias gerais são apoiadas por estudos randomizados: evitar lâminas de barbear para depilação; descolonização com agentes antiestafilocócicos intranasais e antissépticos cutâneos para procedimentos de alto risco; uso de gluconato de clorexidina e preparação cutânea à base de álcool; manutenção da normotermia com aquecimento ativo para manter a temperatura corporal acima de 36°C; controlo glicémico perioperatório; uso de terapia de feridas por pressão negativa. As diretrizes recomendam dosagem apropriada, tempo e escolha da profilaxia antimicrobiana pré-operatória (Seidelman et al., 2023).

Com base em estudos recentes e mobilizando os conhecimentos da experiência profissional, foram adotadas as melhores práticas ao longo deste Ensino Clínico para colaborar na prevenção e controle de infecção associado aos cuidados de saúde.

Foi a partir do primeiro contacto com o utente, através da CEPO, que as melhores práticas e o desenvolvimento de competências na prevenção e controlo de infecção associada aos cuidados perioperatórios se iniciaram. A capacitação do utente e sua família / pessoa significativa, para a preparação pré-operatória no domicílio, é primordial. Neste sentido, estes eram instruídos e sensibilizados para importância do banho pré cirúrgico na véspera e dia da cirurgia (efetuado até duas horas antes da cirurgia), higiene cuidada da cavidade oral e para a não realização de tricotomia do local cirúrgico, explicando que se a depilação fosse necessária, seria realizada na área de espera pré-operatória.

No momento do acolhimento do utente no bloco era dada continuidade dos cuidados no sentido da prevenção e controlo de infecção tais como: fornecimento ao utente de roupa apropriada para o procedimento cirúrgico; realização de tricotomia somente se estritamente necessário, realizada com máquina elétrica de lâmina descartável, sem lesar a pele e na área o menos extensa possível; avaliação da temperatura corporal do utente e manutenção da normotermia; pesquisa de glicemia capilar; administração da profilaxia antibiótica cirúrgica nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, efetuada de acordo com o protocolo em vigor na instituição.

Já na fase intraoperatória, a minha atuação iniciava-se no turno da manhã, com a confirmação da limpeza de todas as superfícies para eliminação de partículas que se depositaram durante o período noturno em que a sala não teve atividade cirúrgica. Já com o utente na sala, dava-se início à realização da LVSC (Ex.: confirmação da profilaxia antibiótica; confirmação da esterilização efetiva dos instrumentos cirúrgicos e DM, através dos integradores e indicadores de esterilização), prática que contribui para diminuir a incidência de infecção do local cirúrgico. Outro aspeto que era tido em atenção, prendia-se com a manutenção da normotermia. Durante a cirurgia eram mantidas combinações de ar quente forçado e fluidos intravenosos aquecidos.

Outro foco da minha atenção / atuação durante a fase intraoperatória, foi o da manutenção das portas do BO fechadas, exceto para a passagem do utente, material ou pessoas. Um bom planeamento do material e DM necessários para a cirurgia devem ser acautelados previamente para evitar saídas desnecessárias da sala. Devem evitar-se movimentações desnecessárias. Verifiquei que nem sempre estes cuidados eram respeitados, o que me levou a uma sensibilização informal de todos os profissionais

presentes, consciencializando-os de que tais práticas comprometiam, não só, a segurança do utente relativamente a um aumento do risco de infeção, bem como dos próprios profissionais de saúde, pois comprometia igualmente a renovação eficaz do ar e consequentemente a sua qualidade.

Ainda no sentido de advogar a prevenção e controlo de infeção, assegurava: o cumprimento dos princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos e da utilização de barreiras protetoras; o respeito das normas inerentes à colocação dos campos cirúrgicos; a desinfecção da área cirúrgica com soluto antisséptico de base alcoólica recomendado ou a utilização de um antisséptico em solução aquosa respeitando o tempo de atuação do produto; a manutenção da sala operatória limpa durante o procedimento cirúrgica; a confirmação dos valores de temperatura e humidade relativa através de dispositivos presentes na sala. Para além de estarem diretamente relacionados com a sensação de conforto térmico, os parâmetros físicos exercem influência nas concentrações de poluentes químicos e biológicos. Condições de temperatura e humidade relativa podem favorecer o crescimento microbiano, enquanto as taxas de ventilação influenciam as concentrações de poluentes no ambiente interior.

Também colaborei na supervisão da higienização da sala cirúrgica após o término das cirurgias e no recobro, seguindo sempre o protocolo de higienização da instituição.

Já na fase pós-operatória assegurava: a manutenção da normotermia; manutenção da saturação periférica da oxihemoglobina (SpO₂), igual ou superior a 95% para garantir uma boa perfusão tecidual periférica e promover a cicatrização; manutenção dos valores de glicemia entre 110 e 150 mg/dl, pois hiperglicemia pós-operatória foi associada a um risco aumentado de infeções do local cirúrgico em utentes com e sem diabetes (Seidelman et al., 2023).

Os ensinamentos pós-operatórios realizados ao utente e família / pessoa significativa também contribuíam para a prevenção e controlo de infeção. A vigilância para infeções continuava até aos 30 dias para a maioria dos procedimentos, através das consultas *follow-up* telefónicas que realizei, num total de 30 consultas.

Outra situação que exige da equipa de saúde especial atenção, pelo aumento exponencial que tem vindo a ser verificado nos últimos anos em Portugal, é a infeção por Carbapenemase de *Klebsiella Pneumoniae* (KPC). A dificuldade no seu tratamento é consensual, por se tratar de uma bactéria multirresistente a um largo espectro de antibióticos. Descrita pela primeira vez em 2001, a KPC tornou-se, na última década, um

problema de saúde a nível global, associada a uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade (Hussein et al., 2017).

Importa atuar a nível da prevenção, quebrando a cadeia de transmissão entre os vários utentes. Durante este estágio tive a possibilidade de prestar cuidados a sete utentes colonizados com KPC e colaborar na gestão de medidas de contenção, prevenção da transmissão de infeção. Assim, os utentes referenciados no plano cirúrgico como colonizados ou infetados por KPC nos últimos 12 meses, e como são utentes em regime de ambulatório, a primeira precaução adotada pelos enfermeiros é de confirmar que este se encontra agendado em último tempo cirúrgico. Durante o estágio verifiquei que nem sempre acontecia, alertando a equipa cirúrgica para a necessidade dessa alteração. Esta medida permite reduzir a probabilidade de contaminação ambiental, dando tempo à adequada higienização de superfícies após o procedimento sem provocar atrasos entre cirurgias.

Neste serviço, se o utente necessitar de pernoita hospitalar, o enfermeiro do bloco, no início do turno, procede à transmissão de informação epidemiologicamente significativa aos enfermeiros gestores das vagas hospitalares no sentido de confirmar se este utente tem vaga pernoita com necessidade de isolamento de contacto, ou seja, têm de ficar alocados em áreas específicas destinadas para estes utentes. A sala de litotricia é devidamente identificada alertando para presença de utente com necessidade de isolamento de contacto. Os enfermeiros asseguram que apenas fica o material estritamente necessário; os DM são descartados ou higienizados, de acordo com o tipo de dispositivo; Os consumíveis (compressas, seringas, outros) são descartados (mesmo os que não foram usados mas que estiveram expostos); Utilização de EPI (cobrir sapatos descartáveis, batas e luvas não estéreis para os elementos da equipa não estéril); As roupas utilizadas são devidamente acondicionadas e processadas de acordo com os procedimentos de isolamento; Os resíduos do utente são considerados de risco biológico III e processados como tal.

Após reflexão nesta área da prevenção de infeção e após pesquisa bibliográfica baseada na melhor evidência científica, considero que a equipa de enfermagem deste serviço, assegurava os melhores cuidados e seguia o protocolo, preconizado pela instituição, para as situações de utentes em isolamento de contacto.

Um dos instrumentos mais importantes utilizados na saúde são os DM, termo que inclui desde o sofisticado equipamento médico computadorizado ao simples instrumento cirúrgico.

Propus-me a verificar a disponibilidade, integridade e funcionalidade dos DM necessários para a intervenção cirúrgica, o que me permitiu adquirir e desenvolver competências para promover um ambiente seguro para todos os intervenientes, maximizando a segurança da pessoa e da equipa pluridisciplinar no período perioperatório.

Durante o Ensino Clínico realizei atividades de controlo das medidas de higienização e descontaminação manual com detergente enzimático de DM de uso múltiplo (ureterorrenoscópio semirrígido e os flexíveis).

Todo o processo realizado até ao envio destes DM para a central de esterilização era realizado ou supervisionado pelo enfermeiro circulante ou instrumentista (sala de litotricia). No final do processo, os enfermeiros faziam um registo em folha própria, que acompanhava o DM até à central de esterilização, com a sua identificação (nome e número mecanográfico). Os restantes instrumentos cirúrgicos eram devidamente acondicionados em contentores próprios e transportados para a central de esterilização.

Tive interesse em efetuar uma visita ao serviço de esterilização, onde me foi explicado o esquema de circulações (limpos / sujos e entradas / saídas). Foi possível observar o processamento de DM, englobando descontaminação e esterilização através dos métodos de vapor saturado, peróxido de hidrogénio e óxido de etileno e ainda a existência de normativas técnicas específicas e independentes.

Foi muito enriquecedor colaborar e participar nos processos de reprocessamento de DM de uso múltiplo.

Durante o estágio detetei que alguns DM (termómetro auricular, seringas perfusoras, e um dos dois monitores da sala de recobro) tinham passado as datas de calibração estipuladas na etiqueta do DM, situação alertada à minha tutora que por sua vez tomou as diligências necessárias.

Diariamente, no turno da manhã, o enfermeiro de anestesia confirmava se o desfibrilador estava conectado à rede elétrica, procedendo à realização do auto teste e seu registo em folha própria. Em caso de deteção de alguma anomalia, esta era registada e comunicada. Tive oportunidade de realizar este procedimento durante o Ensino Clínico.

Assegurava que todos os DM, necessários à realização da cirurgia urológica (cateteres urinários, fibras de laser, gerador de laser, torre de laparoscopia, aparelho de bisturi bipolar entre outros), se encontravam disponíveis, íntegros e funcionais e eram utilizados de acordo com as instruções do fabricante assegurando a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados.

O acondicionamento e registo adequado de tecidos para anatomia patológica, citologia e microbiologia foram realizados durante o estágio. Procedeu-se à correta rotulagem e verificação de dados dos utentes, bem como registo do procedimento, colaborando, desta forma, no controlo da gestão de tecidos e fluidos orgânicos para análise.

3. CAPÍTULO III – UM OLHAR DE MESTRE FACE À CAPACITAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA / PESSOA SIGNIFICATIVA A VIVENCIAR A EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA

A palavra "mestre" deriva etimologicamente do latim "*magíster*", que significa "aquele que ensina" ou "aquele que orienta". No latim, "*magíster*" era usado para se referir a um professor, chefe, tal como definido no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa.

A obtenção de um grau académico de mestre representa um marco significativo no desenvolvimento educacional e profissional de um indivíduo. Este grau não indica apenas um nível avançado de conhecimento numa área específica, mas é também um testemunho do compromisso, dedicação e habilidades intelectuais do estudante. As competências adquiridas durante o mestrado são vastas e diversificadas, desempenhando um papel fundamental na melhoria da prática em diversas áreas profissionais.

Os mestres desenvolvem a capacidade de análise, reflexão e pensamento crítico sobre as suas ações e/ou situações. Através da pesquisa aprofundada e baseados na evidência científica, os mestrados aprendem a analisar informações complexas, avaliar evidências e edificar conclusões fundamentadas. Esta competência é imprescindível na prática profissional, pois permite gerir situações complexas de forma competente e eficaz, encontrar soluções inovadoras e tomar decisões bem fundamentadas.

Além disso, os mestres desenvolvem frequentemente habilidades avançadas de comunicação verbal e escrita. A capacidade de expressar ideias de forma clara e persuasiva é crucial em qualquer profissão.

A mestria numa área específica também implica a capacidade de aplicar conceções complexas e conceitos académicos a situações reais. Os mestres são preparados para integrar conhecimentos teóricos com experiências práticas, adaptando-se às necessidades e desafios do ambiente profissional.

Outra competência importante adquirida durante um mestrado, é a capacidade de pesquisa. Os mestrados desenvolvem habilidades de pesquisa que lhes permitem recolher, analisar e interpretar dados de forma precisa e significativa. Isso é particularmente importante na área da saúde, onde a pesquisa é essencial para o avanço do conhecimento e o desenvolvimento de melhores práticas.

Além das habilidades técnicas, um mestrado permite desenvolver habilidades interpessoais valiosas, como liderança, colaboração eficaz e resolução de conflitos. A

capacidade de trabalhar bem em equipa, liderar projetos complexos e colaborar com diversas pessoas é vital em qualquer ambiente profissional.

Assim, e de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006, que estabelece o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, na sua redação atual, o grau de mestre, segundo o descrito no Art.º 15º, é conferido aos que demonstrem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, baseando-se nos conhecimentos adquiridos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde, bem como, permitam e constituam a base de desenvolvimentos, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os conhecimentos adquiridos e a sua capacidade compreensão e de resolução de problemas em situações desconhecidas, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para incorporar conhecimentos, gerir questões complexas, formar soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais;

d) Capacidade de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e reflexões, de forma clara, sem ambiguidades, a especialistas e não especialistas;

e) Competências que lhes permitam, de forma autónoma e auto-orientada, uma aprendizagem ao longo da vida.

A importância do grau de mestre na prática profissional é indiscutível, moldando profissionais competentes, críticos e eficazes, os quais são essenciais para o progresso.

Ao longo deste mestrado pude relembrar, aprofundar e desenvolver conhecimentos adquiridos durante a licenciatura em enfermagem, através das unidades curriculares que fazem parte do plano de estudos do mesmo, e aplicá-los nos Ensinos Clínicos. Destaco a importância da unidade curricular de investigação, a qual foi uma mais-valia, fornecendo-me ferramentas para realizar uma pesquisa rigorosa e organizada bem como selecionar a melhor evidência científica. Permitiu-me desenvolver a capacidade de avaliar criticamente a qualidade metodológica dos estudos e extrair conclusões fidedignas e bem fundamentadas. Este processo rigoroso permitiu-me tomar decisões baseadas em evidências científicas robustas e desenvolver uma prática baseada nas mesmas. Só assim foi possível superar desafios e atingir os meus objetivos, tendo consciência que ainda existe um desafiador percurso pela frente, em contexto de investigação.

No sentido de adquirir mais conhecimentos e desenvolver competências que me permitam uma aprendizagem contínua, participei em diversos *webinars*, realizados pela Ordem dos Enfermeiros, com temas que considero relevantes para a enfermagem perioperatória, dos quais destaco: “Registos no Perioperatório: Onde estamos? Para onde vamos?”; “Enfermagem às Quintas: Analgésicos locais vs. Choque anafilático”; “Enfermagem às Quintas: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico”; “Enfermagem às Quintas: Abordagem à pessoa com dor torácica”; “Enfermagem às Quintas: Formação, Investigação e Inovação na Prática da Gestão em Enfermagem”. Participei igualmente em ações de formação em serviço, das quais saliento: “A Identificação Inequívoca do Doente – Segurança em Contexto Perioperatório”; “Segurança Perioperatória: Fumo Cirúrgico”; “Práticas e Estratégias para a Redução da Infecção do Local Cirúrgico”.

Estes momentos, não só me permitiram interagir, expressar opiniões e partilhar conhecimento e experiências com enfermeiros especialistas e não especialistas da enfermagem perioperatória, como também foi uma oportunidade de atualização profissional bem como de desenvolvimento do conhecimento científico.

Através da pesquisa bibliográfica baseada na evidência científica, na área da capacitação do utente e família / pessoa significativa em situação perioperatória, para a realização de trabalhos durante a componente teórica do mestrado, para a elaboração do projeto de autoformação e para a elaboração do estado da arte do presente relatório, fui capaz de adquirir conhecimentos científicos e um valioso know-how, os quais me permitiram desenvolver habilidades e competências fundamentais, para a capacitação eficaz dos utentes e respetiva família / pessoa significativa. Além disso, essas aprendizagens permitiram-me motivar e influenciar os meus pares para que reconhecessem a importância da capacitação do utente e família / pessoa significativa na tomada de decisões informadas sobre a própria saúde, para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e promoção de um ambiente mais inclusivo. Não só melhora a sua experiência no sistema de saúde, mas também conduz a melhores resultados de saúde a longo prazo. Além disso, ao envolver as famílias e pessoas significativas no processo de cuidados, podemos criar uma rede de apoio sólida para o utente, promovendo assim uma abordagem de cuidados mais abrangente e holística.

O domínio adquirido através deste percurso académico, não só aprimorou a minha competência profissional, mas também fortaleceu a minha confiança para lidar

com desafios complexos na área da capacitação, garantindo assim um melhor suporte aos utentes, às suas famílias / pessoas significativas, e aos meus colegas de profissão.

Considero que em qualquer uma das fases do perioperatório (pré, intra e pós-operatório), é possível capacitar o utente. A CEPO foi a área de atuação que mais me cativou, e à qual dediquei uma especial atenção, tendo sido a escolhida para desenvolver competências na capacitação do utente e família / pessoa significativa.

A CEPO apresentou-me desafios inéditos e pouco familiares, muitos dos quais complexos, os quais tive de enfrentar durante os Ensinos Clínicos. Foi com o conhecimento científico obtido neste mestrado aliado ao conhecimento adquirido durante a vasta experiência profissional na área do perioperatório, que me ajudou a contornar dificuldades, superar desafios, sustentar as minhas tomadas de decisão, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta e assim, a agir com pertinência na capacitação do utente e família / pessoa significativa.

A experiência adquirida através da realização das CEPO nos Ensinos Clínicos, não aprimoraram apenas as minhas habilidades técnicas, mas também desenvolveram as habilidades interpessoais e de liderança que são essenciais em ambientes de cuidados de saúde.

O Ensino Clínico II / Módulo I foi o primeiro a expor-me à realidade da CEPO, a qual, embora realizada de forma não presencial, permitiu-me desenvolver competências na capacitação do utente e família / pessoa significativa. Dado que o estágio foi de curta duração, aproveitei esta oportunidade para aprimorar as minhas habilidades de comunicação durante a CEPO. Estas são essenciais para construir relações saudáveis e promover uma comunicação clara, eficaz e empática com os utentes e as suas famílias.

O enfermeiro perioperatório deverá estar dotado de competências e técnicas de comunicação que lhe permitam adaptar a transmissão de informação às particularidades de cada utente, nomeadamente à capacidade de compreensão, pois só assim a informação será eficazmente recebida pelo utente, compreendida de forma clara e simples.

Deste modo a comunicação deve ser clara, eficaz e bidirecional (entre o enfermeiro, utente e família / pessoa significativa). O sucesso da comunicação bidirecional determinará se os utentes e seus acompanhantes serão capazes de adquirir o conhecimento necessário sobre sua condição de saúde, tratamento ou procedimento cirúrgico. Se não houver uma escuta ativa e promoção de uma comunicação bidirecional, o utente pode ser tratado como um mero recetor passivo. A compreensão clara das informações é crucial para que os utentes possam tomar decisões informadas sobre a sua

saúde, seguir corretamente as orientações fornecidas e colaborar efetivamente com a equipa multidisciplinar durante o processo cirúrgico (Fernández et al., 2023).

A formação e treino dos enfermeiros em matéria de comunicação é crucial para capacitá-los a estabelecer um diálogo eficaz, impedindo que se concentrem apenas em questões técnicas (Pettersson et al., 2016). Outro autor corrobora a ideia anterior, de que os enfermeiros devem receber treino para desenvolver habilidades de comunicação eficazes, construir relações de confiança com os utentes e colaborar de forma positiva com os mesmos para fornecer cuidados de saúde de qualidade (Husted, 2012).

Independentemente da tipologia de consulta, deve predominar uma comunicação aberta, empática, num ambiente de privacidade (Pettersson et al., 2016) ou, conforme referido por Stucky e Vortamn (2022), uma comunicação empática centrada no utente: uma comunicação que incentive o utente a falar das suas experiências, preocupações e sentimentos, aumentando a proximidade ao enfermeiro e reduzindo a ansiedade.

Aproveitei igualmente para observar a minha tutora e outros enfermeiros peritos na área de atuação das consultas perioperatórias, sempre com um olhar crítico e reflexivo. Foi importante perceber como funciona a CEPO, e foi extremamente recompensador ouvir os utentes e suas famílias fornecerem feedback positivo sobre esta consulta em particular. Eles destacaram que essa experiência teve um efeito positivo na sua recuperação e gestão da vivência cirúrgica.

Ao aconselhar / educar / ensinar os utentes na CEPO, presencial ou não presencial, o enfermeiro perioperatório está a oferecer preparação e suporte pré-operatórios os quais, de acordo com Brown et al. (2018), possibilitam que o utente e a sua família / pessoa significativa sejam apoiados emocionalmente, estejam informados e se tornem menos ansiosos e mais confiantes na sua recuperação. Os autores afirmam que a intervenção do enfermeiro perioperatório na CEPO, além de reduzir a ansiedade do utente, é reconhecida e valorizada pelo utente e sua família / pessoa significativa.

No Ensino Clínico II / Módulo II, considero que tive oportunidade de desenvolver competências de mestre na capacitação do utente e família / pessoa significativa uma vez que, após um período de observação dos meus pares na área de atuação da CEPO, verifiquei que nem todos a realizavam, ou quando a realizavam, cada enfermeiro tinha a sua própria abordagem, sem seguir um padrão uniformizado entre eles. Propus à minha tutora a realização de uma reunião informal com todos os enfermeiros deste serviço no sentido de apurar quais as razões e/ou necessidades existentes para essa atitude. Recolhi todas as informações transmitidas verbalmente pelos enfermeiros e depois de as analisar

concluí que a maioria dos enfermeiros não estavam motivados para realizar a CEPO, uns porque não reconheciam benefícios na sua realização alegando que era “perda de tempo” “os anestesistas é que têm a responsabilidade e informar os utentes”, outros porque relataram dificuldades em realizar a CEPO, referindo “sentirem-se perdidos” quanto à abordagem aos utentes e família e às informações a transmitir. A maioria mencionou a falta de tempo para a realização da CEPO, devido à acumulação de funções no recobro.

Existem barreiras que dificultam a intervenção do enfermeiro perioperatório na capacitação pré-operatória do utente, nomeadamente a falta de: guias de orientação e diretrizes padronizadas da educação pré-operatória, formação dos enfermeiros, motivação dos enfermeiros, conhecimento teórico e prático sobre educação pré-operatória, cooperação e reconhecimento por parte das instituições hospitalares. Também o excesso de trabalho dos profissionais de saúde e a baixa literacia apresentada por muitos utentes, (Bazezew et al., 2023), tempo limitado para a realização da educação pré-operatória (Mitchell, 2017), são barreiras / desafios face à capacitação pré-operatória. A maioria dos enfermeiros que participou num estudo, considerou que a responsabilidade de transmissão de informações e educação pré-operatória deveria ser dos médicos e anestesiológicos (Bazezew et al., 2023), o que corrobora com o que os enfermeiros verbalizaram no Ensino Clínico II / Módulo II.

Para ajudar a colmatar as situações acima descritas , propus à minha tutora: elaborar um procedimento para a realização da CEPO telefónica que serviria de guia orientador; elaborar uma ação de formação, junto dos meus pares, com o tema “Sensibilização para a Importância da Consulta de Enfermagem Pré-operatória”, com a apresentação de um poster intitulado “O Impacto da Consulta de Enfermagem Pré-operatória no Utente e na Equipa Multidisciplinar”, que ficaria afixado no gabinete das consultas de enfermagem; elaborar um folheto informativo para entrega aos utentes e família / pessoa significativa durante a consulta da especialidade médica (enquanto a consulta de enfermagem presencial não fosse uma realidade); realizar reunião com a enfermeira gestora no sentido de dar cumprimento às dotações seguras.

Após terminar o procedimento da CEPO, este foi submetido à minha tutora e à enfermeira gestora do serviço. Foram feitas algumas modificações para o ajustar às necessidades e à realidade específica do serviço e da instituição. Posteriormente apresentei o procedimento aos meus colegas, o qual foi realizado através da já referida ação de formação. O procedimento foi bem aceite pelos meus colegas e recebeu a aprovação da responsável pelo serviço para ser utilizado pelos enfermeiros. Passamos de

seguida a uma fase de formação prática / treino dos enfermeiros menos experientes na CEPO, realizando simulações e exercícios de *role-playing*. Estas atividades permitiram aos enfermeiros praticarem em diferentes cenários de consulta, sempre com supervisão regular e feedback específico da minha tutora e outros enfermeiros mais experientes na CEPO. Durante este processo, foram realçados os pontos fortes e identificadas áreas para melhorias.

As ações realizadas, tiveram um impacto positivo, de acordo com o feedback dos meus pares, ajudando-os a refletir e a consciencializar sobre a importância e o impacto da CEPO nos utentes e família / pessoa significativa. Verifiquei que todos os enfermeiros estavam mais proativos, confiantes na realização da CEPO, que todos participavam na sua realização, contribuindo para uma melhor capacitação do utente e família / pessoa significativa.

A simulação biomédica é uma ferramenta educativa amplamente utilizada na formação na área da saúde. Ela propicia oportunidades práticas e organizadas de aprendizagem, permitindo aos profissionais de saúde desenvolver e aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes, de forma segura e com orientação pedagógica eficaz. Nesse contexto, a simulação ajuda no desenvolvimento de habilidades e experiências que facilitam a transferência de conhecimentos teóricos, habilidades práticas e competências de comunicação. Essa abordagem acaba por influenciar as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde, contribuindo para a segurança do utente, excelência e humanização dos cuidados de saúde. As ferramentas de simulação vão desde as mais simples às mais complexas. Uma das ferramentas utilizadas é recorrer a profissionais experientes, que assumem o papel de utentes fictícios. Esses atores são designados de "utentes padronizados" porque seguem um guião predefinido para simular situações de saúde específicas (Sá-Couto et al., 2016).

Foi prazeroso, quando pude aferir junto dos utentes e família / pessoa significativa, que as cerca de 180 CEPO telefónicas realizadas, tinham tido um impacto muito positivo na vivência do processo de saúde / doença.

Foram vários os utentes e suas famílias / pessoas significativas, que referiram que esta CEPO: reduziu a ansiedade, o stress e melhorou a compreensão do processo cirúrgico através das informações detalhadas que os enfermeiros transmitiram sobre os procedimentos anestésico-cirúrgicos; deu oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas e que isso os ajudou a dissipar mitos e/ou preocupações infundadas; forneceu orientações específicas sobre como se prepararem para a cirurgia, incluindo indicações

sobre jejum, medicação pré-operatória e outras preparações necessárias o que assegurou que estivessem adequadamente preparados para o procedimento, o que lhes deu mais confiança; ajudou a gerir a dor no pós-operatório através das informações transmitidas sobre medicações analgésicas, técnicas de controlo da dor e o que esperar em termos de desconforto pós-operatório; proporcionou capacidade para participar ativamente nas próprias escolhas e tomadas de decisão com base nas suas preferências, valores e desejos; ajudou a estabelecer metas e objetivos pessoais e alcançá-los de forma autónoma; permitiu colaborar na recuperação pós-operatória através das orientações concedidas sobre o que esperar durante o período de recuperação, incluindo atividades permitidas, sinais de complicações e quando solicitar ajuda médica; permitiu receber o apoio adequado da família / pessoa significativa para o domicílio, pois na consulta, foram envolvidos a participar ativamente e receberam também informações sobre como apoiar no pré e pós-operatório.

Concluía muitas vezes a conversa informal, que tinham com o enfermeiro nos momentos antes da alta ou durante as consultas de enfermagem de *follow-up*, mencionando que a CEPO teve um impacto positivo na sua satisfação com os cuidados recebidos. Em comparação com experiências anteriores em que foram operados e não receberam a CEPO, os utentes disseram que a sua satisfação com os cuidados prestados pelos enfermeiros aumentou significativamente após receberem a CEPO. Recordo com satisfação e até vaidade, o testemunho de uma utente, durante o Ensino Clínico II / Módulo II, a qual referiu que nunca tinha recebido tanta orientação e informação sobre o processo cirúrgico e que nunca se tinha sentido tão incluída em todo o processo. Referiu que as informações recebidas durante a CEPO, tinham contribuído de forma bastante expressiva para essa experiência. Mencionou que, nem quando foi operada num hospital privado, se sentiu tão acompanhada, confiante e segura. Agradeceu calorosamente e elogiou o excelente atendimento prestado, valorizando a importante atenção dispensada à família e como isso teve um efeito benéfico / favorável, levando a uma experiência mais satisfatória tanto para a própria como para a sua família.

A satisfação do utente foi ainda maior quando os familiares que o acompanhavam, também receberam as informações necessárias, aumentando a confiança de todos os envolvidos. Em relação aos utentes que não receberam orientações, estes manifestaram maior confusão e irritabilidade, acompanhados de sentimentos de medo e ansiedade.

Todos os benefícios referidos pelos utentes e famílias / pessoas significativas são corroboradas por autores que defendem que a CEPO torna os utentes mais informados

(Mendes & Ferrito, 2021). Utentes com mais e melhor informação são utentes mais esclarecidos, mais envolvidos nos cuidados, e mais satisfeitos (Mendes & Ferrito, 2021), com expectativas mais realistas sobre o que esperar, mais seguros e confiantes da sua tomada de decisão (Brown et al., 2018) e, consequentemente, os processos e os *outcomes* são melhorados (Kim et al., 2021): a autonomia do utente é recuperada mais precocemente (Cruz et al., 2022; Breda & Cerejo, 2021; Mendes & Ferrito, 2021); positividade da experiência cirúrgica (Breda & Cerejo, 2021; Mendes & Ferrito, 2021; Brown et al., 2018); melhoria na colaboração do utente, com uma participação mais ativa nos cuidados (Cruz et al., 2022; Mendes & Ferrito, 2021; Ferreira et al., 2019); melhor capacidade de gestão da dor e diminuição da ansiedade (Cruz et al., 2022); utentes mais tranquilos (Ali & Abdallah, 2020).

Em resumo, o desenvolvimento de competências de mestre foi moldado pela minha capacidade de influenciar, empoderar os meus pares e de lhes comunicar as minhas conclusões e conhecimentos de forma clara, ajudando-os a capacitar os utentes e suas famílias / pessoas significativas. Ao partilhar conhecimento adquirido e desenvolvido, ao longo da minha prática profissional e deste mestrado, ao aplicar os meus conhecimentos e ser capaz de encontrar soluções perante situações não familiares, ao promover uma cultura de cuidado centrada no utente, fui capaz de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, mas também de criar um ambiente relacional promotor da esperança, positividade e apoio mútuo entre profissionais de saúde, trabalhando todos juntos em prol da recuperação do utente. Estas vivências ampliaram o meu conhecimento, habilidades e competências, tornando-me uma enfermeira mais versátil e capacitada.

Proporcionaram-me a oportunidade de dar um olhar distinto à capacitação da pessoa e família / pessoa significativa em situação perioperatória.

CONCLUSÃO

A busca incessante pela excelência dos cuidados de saúde guiou-me na decisão de prosseguir com este nível de ensino. É imperativo destacar que durante muito tempo ambicionei intensamente desenvolver as minhas competências na área perioperatória. No entanto, somente recentemente essa oportunidade se pôde iniciar, com o reconhecimento da área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, após publicação do Despacho n.º 10960/2020. Esse sonho, ou melhor, essa ambição, finalmente transformou-se em realidade. No entanto, esta busca não era apenas uma ambição, mas uma necessidade pessoal e profissional profunda. Tenho o dever profissional e deontológico de me atualizar para assim prestar cuidados de saúde de elevada qualidade aos utentes e às suas famílias / pessoas significativas, aspirando contribuir para que estes tenham uma experiência cirúrgica segura e de qualidade.

A aprendizagem formal ocorre dentro de um ambiente organizado e estruturado, onde as atividades são cuidadosamente planeadas e orientadas para esse propósito específico. Assim, neste relatório, partilhei minuciosamente a minha jornada de desenvolvimento de competências, detalhando as atividades e estratégias que utilizei para adquirir e aprimorar competências especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica, à Pessoa em Situação Perioperatória. Estas competências englobam tanto as competências comuns dos enfermeiros especialistas quanto as específicas da Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Além disso, também foram abordadas neste relatório as competências desenvolvidas para obtenção do grau de Mestre.

Os ensinamentos clínicos ocorreram em contextos cuidadosamente planeados para assegurar que os objetivos curriculares definidos pela escola, e os estabelecidos por mim, fossem alcançados com sucesso. O local de estágio que inicialmente tinha em mente para realizar o Ensino Clínico II / Módulo II não estava disponível, pois infelizmente, a instituição hospitalar em questão não aceitava profissionais que não fossem do seu próprio hospital, uma política que também encontrei noutras instituições.

Os contextos onde se desenvolveram os Ensinos Clínicos, diferiram significativamente daqueles com os quais estava familiarizada na minha prática profissional habitual. Proporcionaram-me uma perspetiva completamente diferente sobre o cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família / pessoa significativa,

pois tive a oportunidade de acompanhar o seu processo cirúrgico desde o início até ao final.

Gostaria de realçar o meu interesse profissional e dedicação no desenvolvimento de competências no cuidar à pessoa, família / pessoa significativa em situação perioperatória e destaco especialmente o meu foco de interesse na área de atuação da consulta de enfermagem pré-operatória e na capacitação do utente e família / pessoa significativa. A pesquisa aprofundada que conduzi para adquirir conhecimentos nessa área, juntamente com o trabalho dedicado nos Ensinos Clínicos, proporcionaram-me habilidades, competências e aptidões que considero essenciais. Sinto-me mais confiante e preparada, para no futuro próximo implementar melhorias nesta área de atuação específica.

A intervenção de um enfermeiro especialista na capacitação do utente e família / pessoa significativa, tem um impacto profundamente significativo na experiência cirúrgica e nos *outcomes* do utente, o que foi fundamentado com a bibliografia existente, ao longo deste relatório. Mas o mais gratificante, foi ouvir os testemunhos dos utentes e suas famílias / pessoas significativas, durante os ensinos clínicos, ao expressarem a importância da CEPO: Sentiram-se bem informados sobre o procedimento cirúrgico, os cuidados pré e pós-operatórios, o que ajudou a reduzir a ansiedade e o medo; A CEPO permitiu-lhes fazer perguntas e esclarecer as dúvidas e mitos, proporcionando tranquilidade, confiança e segurança; Sentiram-se confortáveis com a abordagem empática da enfermeira que os fez sentir à vontade para partilhar preocupações e expectativas, criando um ambiente de confiança; Sentiram-se envolvidos, como fazendo parte integrante no processo de tomada de decisão, com as suas opiniões e preferências sendo tidas em consideração; Sentiram-se apoiados pois sabiam que poderiam contar com o apoio contínuo da equipa de enfermagem antes e depois da cirurgia, o que lhes trouxe conforto emocional; A CEPO ajudou-os a entender os preparativos necessários antes da cirurgia, o que lhes permitiu estarem melhor preparados para o procedimento; Sentiram-se respeitados na sua individualidade, sendo tido sempre em conta as suas características pessoais, crenças, valores, desejos e preferências; A compreensão clara das instruções e orientações pré e pós-operatórias ajudou-os a participar e aderir na recuperação e tratamento de forma mais eficaz; A CEPO permitiu que eles se familiarizassem com o ambiente hospitalar, reduzindo o desconforto e angústia provocado pela ansiedade, no dia da cirurgia.

Essas respostas refletem a importância da intervenção do enfermeiro na consulta de enfermagem pré-operatória e também são motivo de satisfação dos enfermeiros que nela participam. Foi precisamente isso que constatei, juntos dos enfermeiros com quem colaborei nos Ensinos Clínicos: Satisfação. Considero que demonstrei capacidade de mobilizar os meus conhecimentos baseados na evidência juntamente com o meu *know-how* e transmitir aos meus pares a importância da intervenção do enfermeiro nesta área de atuação (CEPO), o potencial que ela nos oferece para capacitar o utente e família / pessoa significativa, e o impacto que isso tem na sua recuperação e na sua vida. Contribuí para que se sentissem motivados, confiantes e mais aptos a capacitar os utentes, nunca esquecendo a família e pessoa significativa. Foi uma situação complexa e que envolveu muito esforço, mas onde foram obtidos resultados. Mesmo que ainda não sejam os ideais, foram um passo importante para que se faça mais e melhor. A determinação pessoal, aliada à busca da excelência dos cuidados possibilitou superar os obstáculos enfrentados.

Saliento como aspetos positivos e facilitadores deste percurso, o acompanhamento e disponibilidade dos professores, orientadores e dos tutores (enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica). Esse suporte foi fundamental na promoção do desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos específicos e desenvolvimento de competências especializadas nas diferentes áreas de atuação onde o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa perioperatória intervém.

Saliento igualmente a importância da análise reflexiva que foi realizada ao longo de todo o percurso deste mestrado, tanto na componente teórica como na prática, e muito incentivada pelos nossos professores, pois foi promotor do meu desenvolvimento pessoal e profissional. Esta prática reflexiva permitiu-me desenvolver o autoconhecimento e autodescoberta. Permitiu-me questionar, aprender com as experiências e vivências, e obter uma compreensão mais profunda de mim mesma e das minhas práticas. Através desta reflexão crítica, pude identificar áreas de melhoria, fortalecer as minhas competências e cultivar uma maior empatia e compreensão em relação aos utentes e famílias / pessoa significativas. Esta autorreflexão contínua foi crucial para o desenvolvimento de competências essenciais, para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e segurança centrados sobretudo no utente e família / pessoa significativa.

Destaco a gestão de tempo como uma dificuldade, uma vez que o mestrado foi realizado em regime pós-laboral, que aliado ao aumento da carga horária laboral a nível profissional, geraram uma pressão acrescida. No entanto, aprendi que, com perseverança, dedicação e coragem, conseguimos superar barreiras e atingir metas que antes pareciam

inatingíveis. Esta jornada foi, sem dúvida, uma das mais desafiadoras da minha profissão, mas também a mais gratificante. Olhando para trás, sinto-me grata pela oportunidade de crescimento, pelo apoio dos meus colegas e pela confiança dos utentes e das suas famílias.

Pretendo agora dar continuidade ao projeto profissional de implementação da CEPO em utentes propostos para cirurgia bariátrica. Sinto-me mais capacitada, com mais ferramentas e competências para avançar com mais confiança neste projeto, e de contribuir para cuidados de saúde de qualidade e segurança e de certa forma dar mais visibilidade ao contributo do enfermeiro especialista nesta área de atuação: consulta perioperatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adogwa, O., Elsamadicy, A. A., Fialkoff, J., Cheng, J., Karikari, I. O., & Bagley, C. (2017). Early Ambulation Decreases Length of Hospital Stay, Perioperative Complications and Improves Functional Outcomes in Elderly Patients Undergoing Surgery for Correction of Adult Degenerative Scoliosis. *Spine*, 42(18), 1420–1425. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002189>
- AESOP (2021). *Revista da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses*. Vol. XXI. N.º 45. Lisboa: AESOP, 32-36. ISSN: 2184-092X
- AESOP (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5
- Agüero-Millan, B., Abajas-Bustillo, R., & Ortego-Maté, C. (2023). Efficacy of nonpharmacologic interventions in preoperative anxiety: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 6229–6242. <https://doi.org/10.1111/jocn.16755>
- Ali , Al amine, & Abdallah, Ahmed. (2020). Effect of Preoperative Preparation on Patients Outcome Among Patients Undergoing Surgical Oerations as Almik Nimir Hospital – Sudan. *International Journal of Research - GRANTHAALAYAH*, 8(8), 346–355. <https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v8.i8.2020.441>
- Almeida, S. M., Souza, E. N. de, & Azzolin, K. D. O. (2013). Efeito da orientação pré-operatória por grupo multiprofissional na ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 3(3). <https://doi.org/10.5902/217976928809>
- Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective – an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17–18), 2527–2544. <https://doi.org/10.1111/jocn.13639>
- Araújo, N. M. de, Oliveira, E. dos S., Silva, B. V. S. da, Melo, E. B. B. de, Dantas, R. A. N., & Dantas, D. V. (2022). Audiovisual Aids in Preoperative Cardiac Surgery Education: A Scoping Review. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0334>
- Assis, C. C., Lopes, J. de L., Nogueira-Martins, L. A., & Barros, A. L. B. L. de. (2014). Embracement and anxiety symptoms in patients before cardiac surgery. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3). <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140053>
- Bayraktar, N., Berhuni, O., Berhuni, M. S., Zeki, O., Sener, Z. T., & Sertbas, G. (2018). Effectiveness of Lifestyle Modification Education on Knowledge, Anxiety, and Postoperative Problems of Patients With Benign Perianal Diseases. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(5), 640–650. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.03.006>
- Bazezew, A. M., Nuru, N., Demssie, T. G., & Ayele, D. G. (2023). Knowledge, practice, and associated factors of preoperative patient teaching among surgical unit nurses, at Northwest

- Amhara Comprehensive Specialized Referral Hospitals, Northwest Ethiopia, 2022. BMC Nursing, 22(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01175-2>
- Bekelis, K., Calnan, D., Simmons, N., MacKenzie, T. A., & Kakoulides, G. (2017). Effect of an Immersive Preoperative Virtual Reality Experience on Patient Reported Outcomes. *Annals of Surgery*, 265(6), 1068–1073. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002094>
- Benner, Patricia (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X
- Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência, V Série (No5)*. <https://doi.org/10.12707/RV20088>
- Brown, J., Refeld, G., & Cooper, A. (2018). Timing and Mode of Breast Care Nurse Consultation From the Patient's Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 45(3), 389–398. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.389-398>
- Caregnato, R. C. A., Araujo, B. R., Gnatta, J. R., & Poveda, V. de B. (2022). Educação em enfermagem perioperatória no Brasil: rever o passado para sobreviver ao futuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0331pt>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Dotações Seguras, Salvam Vidas*. Genebra: International Council of Nurses. ISBN 92-95040-44-9.
- Cooper, Z., Cleary, S., Stelmach, W., & Zheng, Z. (2023). Patient engagement in perioperative settings: A mixed method systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 5865–5885. <https://doi.org/10.1111/jocn.16709>
- Costa, F. dos S., Silva, J. L. L., Gonz  le, R. R. M. de O. Y., & Machado, E. A. (2012). Valorizando a Consulta de Enfermagem enquanto Prática Profissional no Contexto do Programa Saúde da Família. *Revista de Pesquisa: Cuidado    Fundamental - Online*, 4(4), 2881–2889. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2012.v4i4.2881-2889>
- Cruz, C. S. R., Baixinho, C. L., Bernardes, R. A., & Ferreira,   . R. (2022). Nursing Interventions for Head and Neck Cancer Patients That Promote Embrace in the Operating Room/Surgery Unit: A Near-Empty Scoping Review. *Nursing Reports*, 12(4), 912–921. <https://doi.org/10.3390/nursrep12040088>
- Decreto-Lei n.   108/2018, Diário da República: Série II, n.é 232, de 2 de dezembro de 2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2018-117202808>
- Decreto-Lei n.   75/2013, Diário da República: Série I, n.é 107, de 4 de junho de 2013. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/75-2013-513620>
- Decreto-Lei n.   74/2006, Diário da República: Série I-A, n.é 60, de 24 de março de 2006. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>
- Despacho n.   9390/2021, Diário da República: Série II, n.é 187, 24 de setembro de 2021. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho n.   10960/2020, Diário da República: Série II, n.é 218, de 9 de novembro de 2020. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10960-2020-147933360>

- Despacho n.º 1400-A/2015, Diário da República: Série II, n.º 28, de 10 de fevereiro de 2015.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2013). Norma 02/2013: Cirurgia Segura, Salva Vidas. DGS. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>
- Fernández Fernández, E., Fernández-Ordoñez, E., García-Gamez, M., Guerra-Marmolejo, C., Iglesias-Parra, R., García-Agua Soler, N., & González-Cano-Caballero, M. (2023). Indicators and predictors modifiable by the nursing department during the preoperative period: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11–12), 2339–2360. <https://doi.org/10.1111/jocn.16287>
- Ferreira, A., Marques, F., Príncipe, F., Mota, L., Cardoso, M., & Vieira, R. (2022). Satisfaction with the preoperative outpatient cataract surgery nursing consultation. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(19), 55–61. <https://doi.org/10.29352/mill0219.25839>
- Ferreira, E. M., Lourenço, O. M., Costa, P. V. da, Pinto, S. C., Gomes, C., Oliveira, A. P., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2019). Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 147–153. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615>
- Filomeno, L., Minciullo, A., & Gabellini, S. (2020). Interventi educativi nel periodo perioperatorio del paziente sottoposto a cardiocirurgia: una scoping review della letteratura. *Scenario - Il Nursing Nella Sopravvivenza*, 37(2), 5–15. <https://doi.org/10.4081/scenario.2020.434>
- Freitas, M. A. da S., da Silva, W. Q., Mozoni, L. P. R., Almeida, F. de S., Polido, C. G., & Soi, E. A. (2021). A importância da sistematização da assistência da enfermagem ao paciente cirúrgico. *Brazilian Journals of Development*, 7(7). <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-033>
- 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. *ROL – Revista de Enfermeria. Suplemento digital Vol. 42 / N° 11-12*, 54. https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/01/Suplemento-ONLINE-RESUMENES_NOVAS-PERSPETIVAS-DA-ENFERMAGEM.pdf
- Gonçalves, F. N., Miranda, A. S., Neves, A., Santos, L.D.C., Conceição, M.G., Barreira, M.C., Chagas, R. S., & Mattos, R.G.C. (2013). A Importância da Qualidade de Vida no Trabalho e sua Influência nas Relações Humanas. *Anuário de 91 Produções Académico-Científicas dos Discentes da Faculdade Araguaia*, Vol. 2, N.º 1. ISSN 2238-6378.
- Gröndahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2019). Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised

- surgical patients in Finland. *BMJ Open*, 9(4), e023108. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023108>
- Haugen, A. S., Sevdalis, N., & Søfteland, E. (2019). Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology*, 131(2), 420–425. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002674>
- Hussein, K., Rabino, G., Eluk, O., Warman, S., Reisner, S., Geffen, Y., Halif, L., & Paul, M. (2017). The association between infection control interventions and carbapenem-resistant Enterobacteriaceae incidence in an endemic hospital. *Journal of Hospital Infection*, 97(3), 218–225. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.07.018>
- Husted, H. (2012). Fast-track hip and knee arthroplasty: clinical and organizational aspects. *Acta Orthopaedica*, 83(sup346), 1–39. <https://doi.org/10.3109/17453674.2012.700593>
- Karlsson, A.-C., Ekebergh, M., Mauléon, A. L., & Österberg, S. A. (2013). An intraoperative caring model – the ‘awake’ patient’s need for a genuine caring encounter. *Clinical Nursing Studies*, 1(4). <https://doi.org/10.5430/cns.v1n4p23>
- Kim, N., Yang, J., Lee, K. S., & Shin, I.-S. (2021). The Effects of Preoperative Education for Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 44(6), E715–E726. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000871>
- Lei n.º 95/2019, Diário da República: Série I, n.º 169, de 4 de setembro de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Louw, , Adriaan, Diener, , Ina, Butler, D. S., & Puenteadura, E. J. (2013). Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: Review of content and educational delivery methods. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(3), 175–194. <https://doi.org/10.3109/09593985.2012.727527>
- Maya, Á. M. S. (2022). Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Investigación y Educación En Enfermería*, 40(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>
- Meleis, Afaf Ibrahim (2012). *Theoretical nursing: Development and Progress*. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9
- Melo, Maria da Luz (2005). *Comunicação com o Doente – Certezas e Incógnitas*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-86-2
- Mendes, D., & Ferrito, C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(No 8). <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Mendes, D., Ferrito, C., & Gonçalves, M. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 47–53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Miller, D. L., Vañó, E., Bartal, G., Balter, S., Dixon, R., Padovani, R., Schueler, B., Cardella, J. F., & de Baère, T. (2010). Occupational Radiation Protection in Interventional Radiology: A Joint Guideline of the Cardiovascular and Interventional Radiology Society of Europe

- and the Society of Interventional Radiology. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 21(5), 607–615. <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2010.01.007>
- Mitchell, M. (2017). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1–2), 225–237. <https://doi.org/10.1111/jocn.13375>
- Monteiro, D. da R. (2020). Consulta de enfermagem pré-operatória e saúde mental: relato de pacientes. *Research, Society and Development*, 9(10), e6539109048. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9048>
- Nascimento, A. (2018). X, como raio X. *Laboreal*, 14(1). <https://doi.org/10.4000/laboreal.444>
- Neiva, R. O., Nogueira, M. C., & Pereira, A. J. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*. https://doi.org/10.30886/estima.v18.914_IN
- Ordem dos Enfermeiros - Centro. (2021). Consultas de Enfermagem à Distância: Telenfermagem. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-972-99646-9-5
- Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021. (2021). Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L., & Carlsson, E. (2017). Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 674–686. <https://doi.org/10.1111/scs.12378>
- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13–14), 2904–2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>
- Pimentel, G., Neves, J., Loureiro, A. R., Ventura, F., Vieira, A., Morais, A., Amorim, V., Lopes, P., Correia De Matos, R., Marques, A., & Ferreira, R. J. O. (2022). Consultas de Enfermagem à Distância em Portugal: Recomendações de Peritos. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde* (Vol. 5, Issue 1). <https://www.redalyc.org/journal/6777/677772749010/html/>
- Portaria n.º 234/2015, Diário da República: Série I, n.º 153, de 7 de agosto de 2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/234-2015-69968713>

- Regulamento n.º 435/2022, Diário da República, Série II, n.º 89, de 9 de maio de 2022.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/435-2022-183159298>
- Regulamento n.º 743/2019, Diário da República, Série II, n.º 184, de 25 de setembro de 2019.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, Série II, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, Série II, n.º 135, de 16 de julho de 2018.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Robertson, M., & Ford, C. (2020). Care of the Surgical Patient: part 1. *British Journal of Nursing*, 29(16), 934–939. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.16.934>
- Sá-Couto, C., Patrão, L., Maio-Matos, F., & Pêgo, J. M. (2016). Biomedical Simulation: Evolution, Concepts, Challenges and Future Trends. *Acta Médica Portuguesa*, 29(12), 860–868. <https://doi.org/10.20344/amp.8403>
- Santos, W. P. dos, & Wilk, M. M. G. de S. (2023). Contribuições da enfermagem perioperatória para segurança do paciente na sala cirúrgica: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(2), e14712240089. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40089>
- Seidelman, J. L., Mantyh, C. R., & Anderson, D. J. (2023). Surgical Site Infection Prevention. *JAMA*, 329(3), 244. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.24075>
- Sigdel, Dr. S. (2015). Perioperative anxiety: A short review. *Global Anesthesia and Perioperative Medicine*, 1(4). <https://doi.org/10.15761/GAPM.1000126>
- Sigurösson, H. O. (2001). The meaning of being a perioperative nurse. *AORN Journal*, 74(2), 202, 205–208, 211–217. PMID: 11503201. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11503201/>
- SPA – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2018). Recomendações portuguesas para as Unidades de Dor Aguda. SPA. https://www.spanesthesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Portuguesas_para_as_Unidades_de_Dor_Aguda.pdf
- Stucky, C., & Vortman, R. (2022). Nurse-led strategies to decrease preoperative patient anxiety. *Nursing*, 52(12), 10–11. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000891956.74320.3b>
- Sun MD, M., M Peeters MD, S., & C Wang MD, A. (2021). Impact of 3-D Virtual Reality Visualization on Patient Education, Engagement, and Satisfaction in Pre-surgical Consultation. *Journal of Surgery and Research*, 04(04). <https://doi.org/10.26502/jsr.10020185>
- Tollerud, L., Botsford, J., Hoglan, M.A., Price, J.L., & Sawyer, M.M. (1985). A Model for Perioperative Nursing Practice. *AORN Journal*, 41(1), 188–194. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)69827-5](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(07)69827-5)
- Trescher, G. P., Nazareth Amante, L., Martins Da Rosa, L., Balbinot Reis Girondi, J., Martins Miranda, G., Jeci Dos Santos, M., Cesa Zuanazzi, E., & Strauss Mohr, H. S. (2021). Sistematização da consulta de enfermagem em pré-operatório às mulheres com câncer de

mama. *Enfermagem Em Foco*, 11(5). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.3400>

Turunen, E., Miettinen, M., Setälä, L., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). An integrative review of a preoperative nursing care structure. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7–8), 915–930. <https://doi.org/10.1111/jocn.13448>

Yeola, D., & Jaipuriya P. (2013). Effect of Pre-Operative Counselling on Post-Operative Outcome in Hernia Surgery Patients. *International Journal of Science and Research* (Vol. 5). www.ijsr.net. <https://www.ijsr.net/archive/v5i7/ART2016299.pdf>