



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny



Escola Superior
Saúde Santa Maria

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória

DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA:

Gestão da Dor no Idoso a Vivenciar Experiência Cirúrgica

Mónica Juliana Ribeiro Mendes

Porto, Abril 2024

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória

DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA:

Gestão da Dor no Idoso a Vivenciar Experiência Cirúrgica

Mónica Juliana Ribeiro Mendes

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à
Pessoa em Situação Perioperatória orientada pela Professora Doutora Cristina
Pestana e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Porto, Abril 2024

“E nós, que nos consideramos bem equipados com os valores sociais, os grandes pilares da ética social, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a dos Direitos das Crianças, o que é que somos capazes de fazer pelo sofrimento dos outros? Esta é, para mim, a pergunta-chave, a pergunta radical num debate sobre ética, sofrimento e vida.”

Daniel Serrão

Às luzes constantes do meu caminho, os meus filhos Tomás, Simão e Eduardo.
Cada linha escrita é reflexo do amor inabalável que vocês me oferecem todos os dias.
Cada sorriso compartilhado, cada gesto de encorajamento, foi uma fonte de inspiração.
Com todo o meu amor e eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

À medida que alcançamos os nossos objetivos, é essencial reconhecermos aqueles que nos apoiaram ao longo do caminho, nos momentos de desafio e triunfo. Com gratidão sincera, quero deixar o meu agradecimento às pessoas e instituições que foram fundamentais nesta minha jornada da especialidade e mestrado.

À Professora Doutora Cristina Pestana, pela sua sábia orientação, apoio e incentivo durante todo o processo de construção deste trabalho.

À Escola Superior de Saúde de Santa Maria, expresso a minha profunda gratidão especialmente à Professora Doutora Beatriz Edra e ao Professor Daniel Cunha, pela sua constante disponibilidade e apoio incansável.

Aos meus tutores dos contextos de estágio, Enfermeiro Especialista Mestre Filipe Varejão e Enfermeira Especialista Mestre Marisa Carneiro, pela orientação, empatia e valiosos ensinamentos.

À Enfermeira Gestora Paula Guimarães, pela compreensão e apoio ao longo deste período desafiador.

Às minhas companheiras nesta aventura, Alexandra Moreira, Andreia Barbosa e Catarina Carvalho, pela colaboração e apoio mútuo durante o curso.

À Tânia Pereira, a amiga e companheira que a vida me presenteou, pela cumplicidade, sábios conselhos e apoio emocional.

À minha família – pais, irmão, sogros e cunhados - pelo apoio e ajuda logística que tornaram possível esta viagem de crescimento académico.

É um agradecimento especial ao meu marido, cujo incentivo foi vital para a minha decisão de seguir este caminho e aos meus filhos, Tomás, Simão e Eduardo, que são a fonte da minha força e inspiração diária. Sem o apoio de cada um de vocês, esta conquista não seria possível.

Sou imensamente grata a todos por partilharem comigo esta jornada herculana.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AESOP	Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
AORN	Association of Operating Room Nurses
APA	American Psychological Association
APCA	Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatória
APED	Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
APIC	Clínica de Admissão Pré-Internamento
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD's	Atividades de Vida Diárias
BO	Bloco Operatório
BOC	Bloco Operatório Central
CA	Cirurgia de Ambulatório
DGS	Direção Geral da Saúde
DR	Diário da República
EA	Enfermeiro de Anestesia
EEEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEEMCPSP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória
EORNA	European Operating Room Nurses Association
EN	Escala Numérica
ESSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
EVA	Escala Visual Analógica
IASP	International Association for the Study of Pain
ILC	Infeção do Local Cirúrgico
INE	Instituto Nacional Estatística
LP	Lesões por Pressão
LP RDM	Lesões por Pressão Relacionadas a Dispositivos Médicos
MEMCPSP	Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória

OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAINAD-PT	Escala Pain Assessment in Advanced Dementia, versão portuguesa
PBE	Prática Baseada em Evidência
PSP	Pessoa em Situação Perioperatória
UC	Unidade Curricular
UCA	Unidade de Cirurgia de Ambulatório
UCPA	Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
UFDA	Unidade Funcional da Dor Aguda
SNS	Sistema Nacional Saúde
WHO	World Health Organization

RESUMO

A evolução demográfica nos últimos 40 anos contribuiu para que Portugal seja um dos países mais envelhecidos da Europa, tornando-se essencial aprofundar o conhecimento sobre as particularidades do cuidado a este grupo etário. A prevalência de idosos em situação perioperatória, evidenciou a necessidade de adotar estratégias de intervenção para melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, pois apresentam maior probabilidade de desenvolver disfunções próprias do envelhecimento, como a dor. Sendo a dor um sinal frequentemente, subvalorizado e subtratado nos idosos, a sua gestão durante a experiência cirúrgica é fundamental na enfermagem perioperatória, pois pode prejudicar a sua recuperação. Esta gestão requer especial atenção devido às alterações fisiológicas que afetam a percepção e a resposta à dor, tornando a sua avaliação e controlo particularmente complexos. A ausência de formação adequada sobre a dor, é, também, uma preocupação reconhecida, contribuindo para a persistência de mitos e conceitos falsos. Portanto, os enfermeiros perioperatórios devem possuir um conhecimento sólido dos mecanismos da dor e uma compreensão profunda das necessidades específicas dos idosos para lidar com os desafios da gestão da dor perioperatória, reconhecendo-se a contribuição do enfermeiro especialista e mestre, de acordo com as suas competências, para garantir a eficiência e segurança nesta área. Assim, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área do Cuidado à Pessoa em Situação Perioperatória, e decorrente da concretização dos Estágios previstos no respetivo Plano de Estudos, bem como da experiência profissional como Enfermeira Perioperatória, surge o presente Relatório de Estágio. Este, tem como objetivo demonstrar a aquisição e aprofundamento das competências comuns e específicas no Cuidado à Pessoa em Situação Perioperatória, bem como as competências de Mestre, relevando o cuidado especializado na gestão da dor decorrente da experiência cirúrgica na pessoa idosa. Para tal, utilizou-se uma metodologia analítica, crítica e reflexiva, fundamentada em evidência científica e nos referenciais da Profissão. Paralelamente, conduziu-se uma revisão narrativa, de modo aprofundar o conhecimento sobre a gestão da dor no idoso a vivenciar experiência cirúrgica; visando uma prestação de cuidados especializados segura e de qualidade.

Palavras-chave: Dor, Envelhecimento, Enfermagem Perioperatória, Qualidade em saúde.

ABSTRACT

Demographic change over the last 40 years has made Portugal one of the oldest countries in Europe, making it essential to deepen our knowledge of the particularities of care for this age group. The prevalence of elderly people in perioperative situations has highlighted the need to adopt intervention strategies to improve their quality of life, as they are more likely to develop age-related dysfunctions, such as pain. As pain is a sign that is often undervalued and undertreated in the elderly, its management during the surgical experience is fundamental in perioperative nursing, as it can impair recovery. This management requires special attention due to the physiological changes that affect the perception of and response to pain, making its assessment and control particularly complex. The lack of adequate training on pain is also a recognized concern, contributing to the persistence of myths and false concepts. Therefore, perioperative nurses must have a solid knowledge of pain mechanisms and an in-depth understanding of the specific needs of the elderly to deal with the challenges of perioperative pain management, recognizing the contribution of specialist and master's nurses, according to their competencies, to ensure efficiency and safety in this area. Thus, within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Care for People in Perioperative Situations, and as a result of the Internships provided for in the respective Study Plan, as well as professional experience as a Perioperative Nurse, this Internship Report appears. Its aim is to demonstrate the acquisition and deepening of common and specific skills in the Care of the Person in a Perioperative Situation, as well as the Master's skills, highlighting the specialized care in pain management resulting from the surgical experience in the elderly. To this end, an analytical, critical and reflective methodology was used, based on scientific evidence and the benchmarks of the profession. At the same time, a narrative review was carried out in order to deepen knowledge of pain management in the elderly undergoing surgery, with a view to providing safe, quality specialized care.

Keywords: Pain, Aging, Perioperative nursing, Health quality

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
 CAPÍTULO I: GESTÃO DA DOR NO IDOSO A VIVENCIAR EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM	 17
1. PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA COM IDADE GERIÁTRICA ..	17
2. GESTÃO/ CONTROLO DA DOR PÓS-CIRÚRGICA NO IDOSO	22
3. BARREIRAS À GESTÃO EFICAZ DO PLANO TERAPÊUTICO DO IDOSO COM DOR	31
 CAPÍTULO II: DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA	 39
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	43
1.1 ESTÁGIO: UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	43
1.2. ESTÁGIO: BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL.....	46
1.2.1. Estágio em contexto de bloco operatório central na área da Angiologia e Cirurgia Vascular	51
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	54
2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL....	55
2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE	60
2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	67
2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	74
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA	79
3.1. CUIDA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPETIVA	

FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	80
3.2. MAXIMIZA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA	94
4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	108
5. CONCLUSÃO	112
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
7. ANEXOS E APÊNDICES	144
Anexo 1. Estratégias não farmacológicas para o controlo da dor em idosos submetidos a procedimentos endovasculares	
Anexo 2. Algoritmo de atuação em enfermagem à pessoa em situação perioperatório no Bloco Operatório: Teoria de Kolcaba	
Anexo 3. Certificado de presença no Congresso “Humanize Healthcare II	
Anexo 4. Protocolo da UFDA: EV1	
Anexo 5. Certificado de presença no 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva	
Anexo 6. Processo de prevenção e controlo de infeção na PSP (fonte: a própria com base no “Programa de Prevenção e Controlo de infeções e Resistência aos antimicrobianos”, DGS , 2017)	
Anexo 7. Certificado de participação na Comissão Organizadora do 2º Congresso de Enfermagem Perioperatória	
Apêndice 1. Constituição e circuitos da Unidade Cirurgia de Ambulatório de um Hospital do Norte	
Apêndice 2. Constituição e circuitos do Bloco Operatório Central de um Hospital do Norte	
Apêndice 3. Guia orientador para integração de enfermeiros de anestesia (EA) e unidade de cuidados pós-anestésicos no serviço do Bloco Operatório Central	
Apêndice 4. Proposta de guia orientador da atuação do enfermeiro perioperatório na Sala Hemodinâmica, para procedimentos endovasculares, com e sem anestesia	
Apêndice 5. Folheto educativo pré-operatório sobre a avaliação da dor	

Apêndice 6. Folheto educativo pré-operatório sobre o circuito da PSP submetida a cirurgia no BOC

Apêndice 7. Atividades desenvolvidas como Enfermeira do Recobro na UCA (Fonte: a própria baseada AESOP, 2006)

Apêndice 8. Momento da alta na UCA: aspetos importantes

Apêndice 9. Norma de avaliação da dor para idosos não comunicantes: Escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-PT)

Apêndice 10. Instrumento de recolha de dados do registo de avaliação da dor no Bloco Operatório Central

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de avaliação da dor em idosos.....	25
Figura 2. Instrumentos de autoavaliação da dor	27
Figura 3. Principais fármacos recomendados para o controlo da dor no perioperatório em idosos submetidos a procedimentos endovasculares	30
Figura 4. Sala Operatória Híbrida de um Hospital do Norte.....	52
Figura 5. Análises Swot do Processo de Integração de novos elementos no BO.....	64
Figura 6. Excerto Censos 2021 por concelho e regiões: área de abrangência de um Centro Hospitalar do Norte	82

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, os avanços científicos e sociais na área da enfermagem têm contribuído significativamente para a sua consolidação como uma profissão, uma disciplina e uma ciência em constante evolução. Esses progressos têm sido motivados pelo desejo de aprofundar o conhecimento na área epistemológica da enfermagem, procurando criar um conjunto de conhecimentos específicos e particulares à prática de enfermagem. Esta busca visa fornecer subsídios essenciais para as práticas de enfermagem, com o objetivo de promover, manter e restabelecer a saúde da pessoa e comunidade (Carvalho, 2013, as cited in Silva et al., 2017).

O percurso realizado ao longo do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM), Porto, culmina na elaboração deste documento, que visa ser apresentado e discutido como requisito para obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conforme estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 63/ 2016, este grau não é apenas uma distinção académica, mas um compromisso com o aperfeiçoamento de competências fundamentais que vão desde a construção de conhecimento até a aplicação prática no contexto da saúde. O grau de mestre requer a capacidade de aplicar conhecimentos em contextos multidisciplinares, a resolução de problemas diante de novas situações, a comunicação clara de conclusões e competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de forma autónoma ((Decreto-Lei n.º 63/ 2016; Decreto-lei n.º 65/ 2018). Este documento é, portanto, uma reflexão sobre como os avanços científicos e sociais na enfermagem moldaram a enfermagem como profissão e disciplina em constante evolução.

Com a realização deste relatório, designado “Desenvolvendo Competências Especializadas Em Enfermagem Perioperatória: Gestão Da Dor No Idoso A Vivenciar Experiência Cirúrgica”, é meu objetivo analisar e descrever de forma crítica e fundamentada as competências comuns e específicas como enfermeira especialista na área perioperatória, desenvolvidas e aprofundadas a partir das experiências vivenciadas durante os ensinamentos clínicos realizados num Centro Hospitalar do Norte do país. Assim sendo, engloba a descrição das aprendizagens adquiridas nos estágios definidos pelo Plano de Estudos da ESSSM, que incluem a Unidade Curricular (UC): Ensino Clínico I-

“Cuidar na Sala Operatória” e a Unidade Curricular: Estágio com Relatório, esta última composta por três módulos – módulo I, implementado numa unidade de ambulatório; o módulo II referente ao estágio de opção; e o módulo III, a redação do relatório de estágio final. Quanto ao Ensino Clínico I, obtive creditação pelo Conselho Técnico-Científico da Escola, de acordo com o respetivo regulamento, considerando as competências e habilidades adquiridas durante os doze anos de exercício profissional no Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. O Módulo I correspondente à Unidade de Cirurgia Ambulatório, foi realizado numa Unidade de Cirurgia Ambulatório do Norte do País, num total de 62 horas de contacto. Em relação ao Estágio de Opção, Módulo II, decidi realizá-lo num Bloco Operatório do Norte do País, na área de Angiologia e Cirurgia Vascular, num total de 330 horas de contacto. A escolha do local de estágio é fruto do meu interesse pessoal pela área de opção. As doenças vasculares, são preditores importantes de mortalidade e diminuição da qualidade de vida, com impacto significativo em termos clínicos, sociais e económicos, exigindo tomadas de decisões assertivas (Fernandes, 2017). Este estágio proporcionou perspetivas valiosas sobre os desafios enfrentados na gestão da dor aguda em contextos cirúrgicos complexos e a importância de abordagens individualizadas para atender às necessidades específicas da população idosa.

O presente relatório inicia-se com um capítulo dedicado à revisão narrativa sobre “A Gestão da Dor no Idoso a Vivenciar Experiência Cirúrgica”. O envelhecimento da população é uma realidade inquestionável à escala mundial, acompanhado por mudanças significativas no perfil epidemiológico. O aumento no número de internamentos e cirurgias em idosos é uma tendência crescente (APCA, 2016, Kotaka et.al. 2020). Nesse contexto, os serviços de saúde enfrentam o desafio de proporcionar cuidados de qualidade e seguros, especialmente em ambientes cirúrgicos, onde os procedimentos são complexos e potencialmente de alto risco (Lourenção & Tronchin, 2018). Por sua vez, a dor é uma condição clínica que afeta significativamente a população geriátrica, sendo, muitas vezes, subestimada e subtratada, com consequências negativas, como a diminuição da qualidade de vida (Hoedl e Bauer, 2020). Em ambientes hospitalares, a dor pode ser consequência da própria doença ou de procedimentos diagnósticos e terapêuticos (por exemplo, dor pós-cirúrgica), e causar, stress e medo na pessoa hospitalizada (Polomano et al., 2008). A

presença de dor não controlada pode prolongar o tempo de internamento ou outras complicações, além de aumentar os custos associados. Considerando esta evidência no contexto da população idosa, ficam claros os desafios que frequentemente encontramos na gestão eficaz da dor neste grupo. Portanto, compreender as características específicas desta população permite compreender as suas principais necessidades e superar esses obstáculos na implementação de planos terapêuticos eficazes para o alívio da dor. Com base nestes pressupostos, é objetivo desta revisão aprimorar o conhecimento sobre a gestão da dor na pessoa idosa em situação perioperatória, visando promover uma consciência mais profunda sobre este tema. Além disso, esta revisão tem igualmente como intuito fornecer uma base sólida para um provável diagnóstico de enfermagem visando a definição de ações de melhoria contínua, em benefício da população idosa em situação perioperatória, como detalhado na segunda parte deste relatório.

O segundo capítulo aborda a componente de estágio, incluindo a caracterização dos locais de estágio e uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, com foco na contribuição do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP) na Gestão da Dor pós-cirúrgica no Idoso, considerando as competências comuns e específicas do EEEMCEPSP, descritas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento nº429/ 2018) e sustentadas conceptualmente pela Teoria do Conforto (Kolcaba, 2003). Além disso, descreve-se a trajetória para a aquisição das competências de Mestre de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (PSP) e, finalmente, apresenta-se uma síntese das principais reflexões sobre o processo realizado e seu impacto no meu aperfeiçoamento profissional.

O conteúdo apresentado foi cuidadosamente fundamentado para garantir a sua veracidade e validade. Neste sentido, realizei uma pesquisa bibliográfica em várias fontes como Elsevier, Pubmed e Scielo, além de consultar orientações oficiais dos órgãos reguladores da prática de enfermagem. A referência bibliográfica segue as normas da 7ª edição da APA (American Psychological Association).

CAPÍTULO I: GESTÃO DA DOR NO IDOSO A VIVENCIAR EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

1. PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA COM IDADE GERIÁTRICA

De acordo com a APCA (2016), a evolução demográfica nos últimos 40 anos contribuiu para que Portugal seja um dos países mais envelhecidos da Europa. Em 2014, a população idosa (> 65 anos) era de 19,2% e existiam cerca de 129,4 “idosos” por cada 100 jovens (< 15 anos). A estes dados acrescem os estudos internacionais que contabilizam que a incidência de atos cirúrgicos é quatro vezes superior neste grupo populacional (APCA, 2016). Atualmente, os dados obtidos pelos censos de 2021 corroboram o aumento significativo da população idosa em Portugal e uma diminuição da sua população jovem (Instituto Nacional Estatística (INE), 2023). Atualmente existem 182 idosos por cada 100 jovens em Portugal. De acordo com INE (2023), os idosos representam quase um quarto (23,4%) de toda a população residente, enquanto que os mais jovens representam pouco menos de 13%. O crescimento do envelhecimento demográfico e aumento da expectativa de vida tem vindo a conduzir, inevitavelmente, a uma mudança substancial no perfil de saúde da população (Monteiro et.al., 2022).

Assim sendo, pode-se afirmar que a frequente presença de idosos em situação perioperatória resultante do envelhecimento da população representa um desafio significativo para os profissionais de saúde, tornando essencial uma compreensão aprofundada das particularidades do cuidar das pessoas desse grupo etário (APCA, 2016). Já em 2013, Halaszynski, no seu artigo *“Influences of the Aging Process on Acute Perioperative Pain Management in Elderly and Cognitively Impaired Patients”*, menciona que o processo de envelhecimento traz consigo alterações fisiológicas, deterioração e uma diminuição na capacidade de reserva do corpo humano, tornando os idosos mais suscetíveis a complicações perioperatórias, que podem comprometer a função fisiológica ou resultar em evidências clínicas de lesão devido à cirurgia e à anestesia.

Embora muitos idosos beneficiem de uma intervenção cirúrgica, estes enfrentam desafios devido à idade avançada, fragilidade e multimorbilidade. Esses fatores estão

associados a maiores taxas de complicações pós-operatórias, mortalidade e efeitos adversos, como a diminuição da qualidade de vida e a perda de autonomia funcional (Swarbrick et al., 2023). Os mesmos autores descrevem a fragilidade como um declínio fisiológico em vários sistemas do corpo, o que resulta em uma maior vulnerabilidade a consequências negativas após eventos de stress. Por outro lado, definem a multimorbilidade como, a presença de duas ou mais doenças crônicas. Estudos anteriores demonstram que a fragilidade tem um impacto significativo em diversos aspetos, como a qualidade de vida pós-operatória, a mortalidade, a morbilidade, a necessidade de reintervenção, o tempo de internamento, a readmissão e a alta hospitalar (Lin et al., 2016; Van de Ree et al., 2019; Simon et al., 2020).

É do conhecimento comum que todos os seres vivos passam por um processo contínuo de transformação com o passar dos anos. Essas mudanças traduzem-se numa involução morfológica e funcional que afeta a maioria dos órgãos, resultando em um declínio gradual no desempenho funcional dos indivíduos, fenómeno denominado por envelhecimento (Moraes, 2008; Oliveira et al., 2010). Esse processo é caracterizado pela maior vulnerabilidade às influências do meio interno e externo e, portanto, maior suscetibilidade, embora não signifique, necessariamente, adoecer. Em condições normais, o idoso mantém um funcionamento tão eficaz quanto um jovem. A diferença manifesta-se nas situações em que se torna necessária a utilização das reservas homeostáticas, que nos idosos são mais frágeis (Moraes et al., 2010). O peso da doença e a redução do bem-estar afetam não apenas a pessoa idosa, mas também as suas famílias, os sistemas de saúde, os serviços sociais e a economia (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2015). As pessoas idosas com problemas de saúde ou de dependência requerem mais cuidados de saúde e apoio social, tanto da família quanto das instituições de apoio social e dos serviços de saúde (Bloom et al., 2015).

O envelhecimento biológico pode ser categorizado em duas formas: fisiológico (senescência) e patológico (senilidade). A senescência é considerada um envelhecimento bem-sucedido, no qual o organismo mantém funções semelhantes às da idade adulta, embora com alterações inevitáveis no funcionamento do organismo, mas que não são incapacitantes, como o aparecimento de rugas, diminuição da função de alguns órgãos, alterações na pigmentação capilar e menor resistência física (Moraes, 2008; Ferreira et

al., 2012; Farías-Antúnez et al., 2018; Martins et al., 2019). Ainda no contexto da senescência, pode ocorrer a síndrome de fragilidade, que às vezes é difícil de distinguir do envelhecimento patológico, embora não esteja associada a doenças evidentes que expliquem a fragilidade extrema que é observada nos idosos (Fluetti et al., 2018). De acordo com Fried (2004), esta é caracterizada pela presença de, pelo menos, três dos seguintes cinco critérios: diminuição da velocidade de marcha; diminuição da força de preensão; diminuição da atividade física; exaustão e perda não intencional de peso. Os principais fatores de risco para a síndrome de fragilidade incluem a hereditariedade, ser do sexo feminino, baixo nível socioeconômico, má nutrição, sedentarismo, senescência, perda muscular, anorexia e a presença de múltiplas comorbidades como AVC, Alzheimer, Parkinson e depressão (Rockwood, 2005; Moraes, 2008; Fluetti et al., 2018). Todos estes aspectos desempenham um papel decisivo nas alterações moleculares que desregulam os sistemas homeostáticos, afetando a autonomia e independência, podendo resultar em necessidade de internamento, institucionalização e morte. A senilidade, refere-se ao envelhecimento patológico, quando o processo de envelhecimento é acompanhado por uma condição de doença que tem consequências e exige intervenção (Pelegrino, 2009; Martins et al., 2021). Assim, conforme destacado por Martins et al. (2021), a definição de “saúde”, “doença”, “normal” ou “patológico” depende, não apenas dos aspectos mencionados, mas também do contexto onde o indivíduo está inserido, das experiências vividas e da sua percepção subjetiva em relação ao processo de envelhecimento e à velhice.

Portanto, é consensual que, o envelhecimento pode levar a um aumento da dependência para a realização das atividades de vida diárias, bem como ao aparecimento de incapacidade e perda de autonomia (Vieira et al., 2019). Por sua vez, no sentido de mitigar essas condições, o recurso a intervenções cirúrgicas para restaurar a sua funcionalidade, são cada vez mais uma opção (Vendites et al., 2010; Kotaka & Padula, 2020). Esta nova realidade exige a revisão dos cuidados pré, intra e pós-operatórios, pois os atuais cuidados são essencialmente direcionados para uma população mais jovem. Em 2010, Vendites et al., reafirmavam a necessidade de existir uma atenção especial e que a equipa de saúde deveria estar preparada para atender às especificidades deste grupo de pessoas. Além disso, esta medida ajudaria a evitar internamentos hospitalares

prolongados após uma cirurgia e diminuiria o risco de perda funcional do idoso. Conclusões reforçadas por Rodrigues (2019), que destacam que o cuidado prestado ao idoso requer uma mudança de atitude e comportamento dos profissionais de saúde. Ou seja, viver com mais idade não deve ser entendido como apenas uma questão de sobrevivência, mas sim de uma vida com conforto e bem-estar. No entanto, a assistência aos idosos é caracterizada por cuidados de saúde fragmentados e desajustados, sem interligação ou coordenação entre os vários profissionais; há custos desnecessários e consideráveis que colocam em causa os atuais modelos de assistência em saúde (WHO, 2015). Outros estudos corroboram essa afirmação, como referem Monteiro et al. (2021) no seu artigo “*Elder health care: interdisciplinary health team.*”: a assistência dos idosos, no que à saúde diz respeito, é pautada por práticas profissionais isoladas, centrada num modelo biomédico e prática de cuidados segmentada.

A enfermagem pelo lugar privilegiado que ocupa junto da pessoa e na organização dos serviços, quer pela sua representatividade quantitativa, quer pelas suas funções, diante da relevância deste tema, é fundamental que esteja em constante processo de ressignificação das suas práticas (Rossés, 2022). Isso implica combinar as suas habilidades técnicas com o respeito pela pessoa a ser cuidada, tentando compreender não apenas as questões relacionadas com a doença, mas também as necessidades abrangentes do idoso, incluindo as biológicas, psicológicas, sociais e individuais (Rossés, 2022). Em contexto perioperatório, compete ao enfermeiro perioperatório manter um olhar atento sobre as necessidades destas pessoas, consciente das suas particularidades e especificidades que acresce de maior fragilidade o já vulnerável, período perioperatório. Diante deste cenário, perceber de que forma podemos prestar cuidados seguros ao idoso no Bloco Operatório e gerir o risco cirúrgico, é uma questão que se levanta. A pessoa idosa em situação perioperatória é especialmente vulnerável a complicações e dificuldades no controlo da dor devido a fatores intrínsecos e extrínsecos ao processo de envelhecimento, como mencionado anteriormente. Neste contexto, o domínio das barreiras para a gestão eficaz do plano terapêutico no idoso com dor desempenha um papel relevante na qualidade dos cuidados, sobretudo no que diz respeito ao bem-estar da pessoa, tal como a própria pessoa o define (AESOP, 2012).

Portanto, é fundamental reconhecer que a pessoa idosa enfrenta um conjunto único

de desafios de saúde, que podem dificultar a avaliação e o tratamento da dor perioperatória, exigindo uma abordagem multidisciplinar e individualizada. Em suma, a gestão da dor na PSP com idade geriátrica enfrenta diversos desafios, os quais requerem uma abordagem holística e que serão abordados nos próximos capítulos.

2. GESTÃO/ CONTROLO DA DOR PÓS-CIRÚRGICA NO IDOSO

O envelhecimento é um tema complexo pela sua natureza individual e subjetiva, intimamente ligado ao desenvolvimento humano singular, e o seu estudo tem gerado particular importância devido ao aumento significativo do número de idosos na população (Moccelin et al., 2018). Queiroz et al. (2015), no artigo *Dor – 5º sinal vital: conhecimento de enfermeiros* define o idoso como a pessoa com 60 ou mais anos, com maior probabilidade de apresentar disfunções próprias do processo de envelhecimento biológico, que se manifestam pelo aparecimento de características e sintomas típicos desta fase, que podem incluir dor. A definição de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor que a descreveu como uma experiência desagradável envolvendo múltiplos aspetos sensoriais e emocionais, muitas vezes relacionada a uma lesão real ou possível, serviu de catalisador para a American Pain Society, em 1996, introduzir a dor como quinto sinal vital (Ciena et al. as cited in Moccelin et al., 2018). Reforçando esta premissa, a Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations publicou uma norma que descreve a dor como o quinto sinal vital, que deve ser avaliada e registada com o mesmo rigor que é dedicado a outros sinais vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura corporal (Booss et al., 2000, as cited in Queróz et al., 2015). Desde 2003, em Portugal, a dor é reconhecida como sinal vital (DGS, 2003). Essa mudança implica a necessidade de medir, registar e intervir com medidas apropriadas para mitigar a dor. Dado que a dor é um fenómeno subjetivo, torna-se extremamente desafiador avaliá-la, especialmente em pessoas que, por algum motivo, não conseguem fazer uma autoavaliação. A circular normativa da Direção Geral da Saúde de 2003, que reconhece a dor como quinto sinal vital, destaca que os profissionais de saúde devem avaliar a dor pelo menos uma vez por turno ou em SOS, utilizando escalas e registando-a juntamente com os outros sinais vitais. As estratégias de intervenção com o objetivo da melhoria efetiva da qualidade de vida das pessoas idosas com dor é clarificada na orientação de 2010 (DGS, 2010). Destaca-se que esta orientação foi fundamentada em evidências científicas que demonstram que “a dor pode matar”; e que é, frequentemente, subvalorizada nas pessoas idosas; o direito humano à saúde é assegurado pela Constituição da República Portuguesa; e a garantia desse direito requer que sejam tomadas medidas que

promovam e garantam o acesso a cuidados de saúde de qualidade, de acordo com as necessidades das pessoas idosas (DGS, 2010). Para avaliar a dor é fundamental a utilização de escalas, tal como este documento recomenda, tentando obter, em primeiro lugar, a autoavaliação do idoso. No entanto, na ausência de autoavaliação, a observação do comportamento é uma abordagem válida para avaliar a dor, juntamente com a análise de alterações fisiológicas ou indicadores de stress emocional através de Escalas Comportamentais (DGS, 2010). A mesma alerta que, em pessoas com dificuldades de comunicação, nenhuma estratégia é, por si só, suficiente; sejam os antecedentes clínicos, a observação de comportamentos, o diagnóstico médico, ou as informações fornecidas pelos cuidadores; é pela integração de todas essas fontes de informações que se obtém uma avaliação eficaz da dor.

Posto isto, é seguro dizer que a gestão da dor pós-cirúrgica em idosos é uma questão desafiadora que requer particular atenção devido a mudanças fisiológicas que condicionam a perceção e a resposta à dor, tornando a sua avaliação e controlo particularmente complexo. A ausência de educação e formação adequada sobre a problemática da dor nos programas curriculares dos profissionais de saúde, é uma preocupação reconhecida internacionalmente (Fillingim et al., 2014). A International Association for the Study of Pain (IASP) e a European Pain Federations, quando o tema foi apresentado pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) em 2018, consideraram este assunto prioritário. Eles destacaram a importância de oferecer formação para profissionais de saúde na área da dor. Achaliwie et al. (2022), na sua revisão da literatura, concluem que a dor é subtratada em grupos populacionais frágeis, como é o caso dos idosos e crianças, apontando como um dos motivos, a falta de conhecimentos, indo ao encontro da evidência demonstrada por outros estudos internacionais, dos quais se salienta Martins et al. (2019) e Center for Perioperative Care (2021). É consensual que a sua gestão requer um conhecimento e entendimento sólido dos mecanismos da dor, bem como das abordagens terapêuticas disponíveis.

Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

O primeiro passo para a Gestão/ Controlo da Dor pós-cirúrgica no idoso implica a avaliação adequada da dor. Autores como Goraby et al. (1991), Wideman et al. (2019), ressaltam a complexidade da avaliação da dor, sendo esta uma complicação importante no pós-operatório. Embora os pesquisadores recomendem a observação como principal forma de avaliação da dor, a experiência pessoal da dor é decisiva na sua percepção, porém não é observável. Ou seja, isto levanta a questão de como a subjetividade inerente à dor pode e deve ser integrada na avaliação. Em 2003, a Direção Geral da Saúde, nas suas recomendações para intervenção terapêutica na *fratura de extremidade proximal do fêmur no idoso* salientavam que a dor pós-operatória não depende exclusivamente do ato cirúrgico, mas também de outros fatores, tais como a idade, o sexo, etnia, condições socioculturais, psicológicos e a técnica anestésica. A abordagem multidimensional que leve em consideração não apenas a intensidade da dor, mas também os aspetos emocionais, cognitivos e funcionais é particularmente relevante nos idosos. A presença de fatores como depressão, demência e comorbilidades podem dificultar a avaliação.

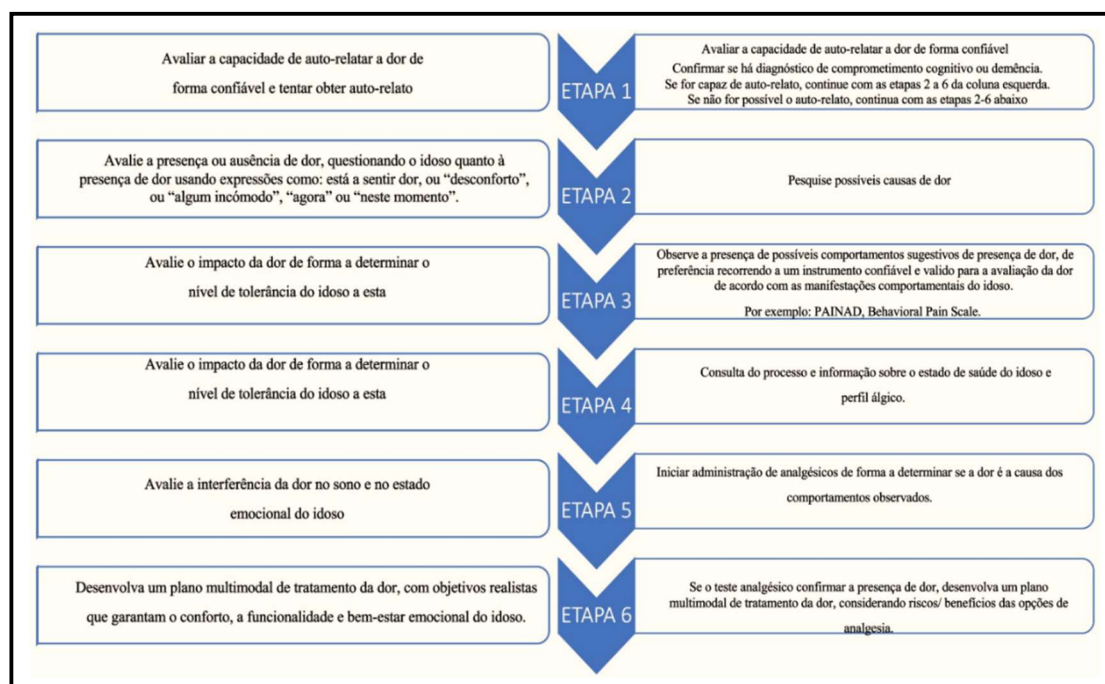
Wideman et al. (2019), após uma revisão narrativa, concluem que a abordagem multidimensional da dor é a melhor estratégia para se ultrapassar a subjetividade inerente a esta. Esta avaliação inclui a observação de expressões diretas de dor, como palavras, comportamentos e outras formas de manifestação. Incluem também aplicação de medidas quantitativas da dor, como questionários de autorrelato, bem como medidas fisiológicas. Embora as medidas quantitativas da dor sejam essenciais para a compreensão e direcionamento dos mecanismos de gestão da dor, muitas vezes são ignorados o contexto pessoal e a percepção individual da dor que podem moldar a experiência da dor da pessoa. Ruddere e Craig, em 2016, relatavam no seu estudo que vários pacientes com dor, muitas vezes não se sentem ouvidos ou apoiados pelos seus prestadores de cuidados. Ou seja, estas conclusões são confirmadas na revisão narrativa de Wideman e sua equipa (2019), reforçando-se a necessidade de modelos de avaliação que enfatizem especificamente estratégias que abordem a subjetividade relacionada à dor.

Fazer com que os profissionais de saúde avaliem e meçam a dor, mesmo em idosos que são comunicativos, é um desafio (Booker & Herr, 2016). As ferramentas tradicionais

projetadas para esse fim, dependem da capacidade do indivíduo autorrelatar a dor (Foraciepe et al., 2023). Apesar de o autorrelato ser o melhor método para identificar a dor, em 2016, Chow et al. observaram que cerca de 33% dos idosos mostraram-se incapazes de responder à Escala Visual Analógica (EVA), apesar de reconhecerem que a utilização de uma escala de avaliação da dor validada é essencial para avaliar a intensidade da dor. O fluxograma apresentado na Figura 1, estratifica as diferentes etapas, adaptadas das recomendações de Booker & Herr (2016), essenciais para uma avaliação eficaz da dor em idosos. Neste se enfatiza a necessidade de uma abordagem proactiva e consistente na avaliação da dor em idosos, destacando a importância da avaliação para identificar e desenvolver um plano cooperativo e adaptativo na gestão da dor (Booker & Herr, 2016). Este artigo explora técnicas para obter o autorrelato de dor para uma avaliação e reavaliação focada da dor em idosos.

Figura 1

Fluxograma de avaliação da dor em idosos



(Fonte: a própria adaptado de Booker & Herr, 2016)

Hunt et al. (2015) e Pimentel et al. (2015) concluíram nos seus estudos que a maioria dos idosos com demência residentes na comunidade nos Estados Unidos sente dor, o que tem múltiplas implicações clínicas e sociais. Esses resultados destacam a necessidade de aplicação de diretrizes para avaliação e tratamento da dor em idosos com alterações

cognitivas. Eles também recomendam que as pessoas com demência devem ser avaliadas quanto às causas patológicas da dor, acrescentando que mesmo em condições que normalmente não são consideradas dolorosas, como doenças cardíacas e pulmonares, estas foram associadas a um maior risco de dor. Uma explicação para isto é que estas condições são precursoras de condições dolorosas típicas, como a doença vascular periférica.

Escalas de Avaliação da Dor

A avaliação da dor pós-cirúrgica em idosos desempenha um fator decisivo na gestão eficaz da dor em contexto perioperatório. Dada a subjetividade da dor, há necessidade de usar ferramentas que quantifiquem e qualifiquem a sua intensidade, particularmente em populações onde a comunicação pode estar comprometida devido à presença de comorbilidades como demência, alterações cognitivas ou de comunicação (Hunt et al., 2015).

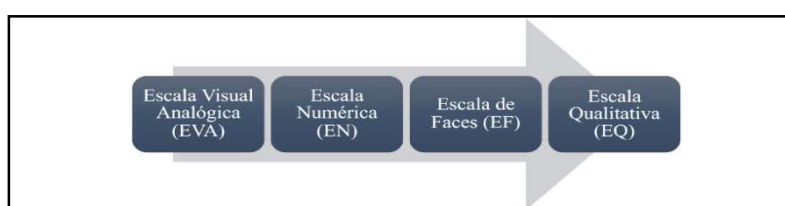
A quantificação objetiva da dor enfrenta desafios particulares, uma vez que a sensação de dor também incorpora uma dimensão emocional e cultural. No entanto, é fundamental medir a dor para a avaliação e seu tratamento, como tal desenvolveram-se instrumentos unidimensionais e multidimensionais para esse efeito. Os instrumentos unidimensionais são mais comuns devido à sua simplicidade em quantificar a intensidade da dor, como é o caso da Escala Numérica, Escala de Faces, Escala Visual Analógica e Escala Qualitativa. (DGS, 2003; OE 2008). Por sua vez, os instrumentos multidimensionais são utilizados para medir as diferentes dimensões da dor. Contudo, não há um instrumento único que seja adequado para avaliar todas as dimensões da dor na população idosa, portanto, os profissionais de saúde devem optar pelos que melhor se adequam ao seu contexto de trabalho e à pessoa em questão (Sousa, 2002; Silva & Ribeiro-Filho, 2011). A avaliação inadequada da dor é a principal causa de uma gestão ineficaz da mesma. (Silva & Ribeiro-Filho, 2011).

Reconhecendo a importância da avaliação da dor, em 2008, a Ordem dos Enfermeiros desenvolveu orientações de boas práticas na abordagem da pessoa com dor. Neste documento salienta que, sendo a dor o 5º sinal vital, é importante documentá-la corretamente nos registos dos doentes e para isso traçou algumas recomendações (OE, 2008).

Relativamente às escalas/ instrumentos de avaliação, recomenda-se selecionar a opção que melhor se adequa à pessoa avaliada e deve ter em conta o tipo de dor, idade da pessoa, situação clínica, propriedades psicométricas e habilidades de compreensão. Posto isto, para medir a intensidade, recomenda-se que se priorizem os instrumentos de autoavaliação, pela ordem de prioridade descrita no Fluxograma da Figura 2, salientando que a simplicidade destes instrumentos permitem uma alta aplicabilidade nos mais diversos contextos clínicos.

Figura 2

Instrumentos de autoavaliação da dor



(Fonte: a própria adaptado de OE, 2008)

Em situações de avaliação em populações especiais como crianças pré-verbais e pessoas com incapacidade de comunicação verbal ou alterações cognitivas, a OE, aconselha o recurso a escalas de heteroavaliação com base em indicadores fisiológicos e comportamentais (OE, 2008). Em Portugal existem várias escalas de heteroavaliação da dor que estão validadas para a população portuguesa e que podem ser encontradas no *Diretório De Escalas Validadas Para Português Europeu 2020*, do Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP). Embora este seja um diretório de instrumentos de medida utilizados em cuidados paliativos, ele inclui instrumentos que podem facilitar e apoiar a tomada de decisão clínica na gestão da dor nos idosos em outros contextos de cuidados.

Citando os resultados obtidos no estudo realizado por Ciena et al., em 2008, os autores sugerem que para avaliar a dor, a faixa etária e a escolaridade dos indivíduos, são aspetos que devem ser considerados; nos idosos, é importante atender ao declínio fisiológico do nível cognitivo desse grupo, e optar por formas de mensuração da dor adequadas à sua condição. Como sugestão de alternativa às escalas unidimensionais utilizadas neste estudo, a EN e EVA, Ciena et al., recomendam a proposta de Chaves (2004), autor citado no seu artigo, que identifica como sinais de dor os seguintes itens: comunicação verbal

ou codificada, gestos defensivos, expressão facial, alterações do sono, respostas autonômicas, comportamento expressivo, mudanças na alimentação, aparência abatida e interação reduzida com o ambiente.

Estratégias de Controle da Dor: farmacológicas e não farmacológicas

No contexto do cuidado aos idosos, a gestão da dor pós-operatória requer uma abordagem adequada às suas necessidades específicas, conforme destacado pela Associação Portuguesa da Cirurgia de Ambulatório (2013). Como já referido e defendido pela APCA, desde 2013, a abordagem para o controle da dor pós-operatória requer adaptação dos recursos às necessidades da pessoa, através de uma intervenção organizada, com medidas protocoladas e estratégias de ação multidisciplinares. A avaliação adequada da pessoa, considerando o seu projeto de saúde, contexto social e antecedentes, é essencial para a abordagem da dor pós-cirúrgica, que deve começar na consulta pré-operatória. Este documento ressalta a relevância da educação da pessoa quanto às escalas de avaliação da dor adequadas, uma ferramenta fundamental para o controle eficaz da dor pós-operatória. (APCA, 2013).

De acordo com Nascimento, Bredes & Matia (2015), os idosos apresentam maior risco de complicações no período de recuperação pós-anestésica, após cirurgias, devido à sua fragilidade. Estes constataram que, a hipotermia (74,0%) é uma das complicações mais frequentes durante procedimentos cirúrgicos em idosos, podendo ser causada por diversos fatores, como o uso de anestésicos e condições ambientais. Os autores alertam que, a hipotermia inadvertida aumenta significativamente o risco de complicações, como eventos cardíacos adversos, infecção do local cirúrgico, dificuldade no controle da dor e prolongamento do tempo de recuperação pós-anestésica, com custos hospitalares adicionais. Em consonância, Pereira e Mattia (2019), no seu estudo, *Complicações pós-operatórias relacionadas à hipotermia intraoperatória*, corroboram que as PSP hipotérmicas apresentam uma maior predisposição a complicações, tanto no período intraoperatório quanto no pós-operatório, incluindo uma maior incidência de dor nas primeiras horas após o procedimento cirúrgico. Os autores observaram uma redução significativa dessas complicações ao implementarem duas horas de aquecimento após a cirurgia. Assim sendo, estratégias como o aquecimento perioperatório têm se mostrado eficaz na diminuição da

dor em idosos (Nascimento et al., 2015; Pereira & Mattia, 2019). Dessa forma, além das abordagens farmacológicas, as estratégias não farmacológicas também desempenham um papel importante no controlo da dor aguda pós-cirúrgica nos idosos, como Santos et al. (2022) demonstram. No estudo *Estratégias não farmacológicas na analgesia de adultos e idosos em procedimentos endovasculares: a scoping review*, os autores analisaram as estratégias não farmacológicas para o controlo da dor em idosos submetidos a procedimentos endovasculares, das quais resultaram as que se encontram em anexo, que demonstraram evidência de eficácia na redução da dor durante os procedimentos endovasculares (Santos et al., 2022) (Anexo 1).

Na revisão da literatura *Post-operative pain management*, Botelho et al. (2022), destacam que, uma abordagem multimodal é mais adequada para o tratamento da dor nociceptiva e neuropática pós-operatória nas pessoas idosas; estratégia esta que combina diferentes classes de fármacos, como paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), opioides analgésicos orais (ex.: codeína-acetaminofeno) e anestésicos locais, para proporcionar um alívio eficaz da dor. Isto se deve ao fato de que, de acordo com os autores consultados, é consensual que estes fármacos apresentam bons resultados, como uma alternativa a outros opióides com maior risco de complicações.

Tendo em consideração a atualidade das recomendações dos autores mencionados por Botelho et al. (2022), apresento, na Figura 3, os principais fármacos recomendados para o controlo da dor no pós-operatório, apresentando os prós e contras da sua utilização. Importa salientar que, apesar de os opióides serem indicados para o tratamento da dor pós-operatória imediata, o seu uso a longo prazo aumenta a probabilidade de desenvolvimento de complicações, como tolerância e dependência, estando este risco aumentado na pessoa idosa devido às suas características específicas decorrentes do processo de envelhecimento (Lespacio et al., 2019). Portanto, o uso desses medicamentos deve ser feito com cautela, devendo ter-se em consideração os potenciais efeitos colaterais e riscos associados (Lespacio et al., 2019), em que se enumeram: náuseas, vômitos, sedação, tontura, depressão respiratória, prurido, sonolência, retenção urinária e obstipação, além de tolerância e dependência (Ketonis et al., 2015, Li et al., 2019).

Figura 3.

Principais fármacos recomendados para o controlo da dor no perioperatório em idosos submetidos a procedimentos endovasculares. (Fonte: Botelho et al. (2022

Autor	Principais Fármacos	Prós	Contras
Lespacio et al., 2019	Opioides	Alívio rápido e eficaz da dor	Efeitos colaterais significativos, entre eles: náuseas e sedação
Wu et al., 2016			
Cook et al., 2017		Uso preciso no pós-operatório imediato	Potencial para dependência e tolerância, para além dos efeitos colaterais mencionados.
Ketonis et al., 2015		Eficaz para resgate analgésico	
Karlsen et al., 2017	Analgesia Regional, Dexmedetomidina	Redução do uso de opioides	Complexidade de administração
Dieu et al., 2021	Bloqueio de Nervo Periférico, Dexametasona		Possíveis complicações com bloqueios nervosos
Li et al., 2019	AINes, Gabapentinoides	Efeito analgésico significativo	Riscos gastrointestinais
Bignami et al., 2018	Paracetamol, AINes	Eficácia no controlo da dor	Limitações no uso prolongado

Preferencialmente, a abordagem da dor pós-operatória deve incluir: seleção de analgésicos, capacitação da pessoa a vivenciar experiência cirúrgica e reavaliação contínua. Os profissionais envolvidos devem utilizar escalas adequadas à pessoa, de forma a avaliar objetivamente a dor. Além disso, é importante que as pessoas compreendam a possibilidade de sentir dor aguda decorrente do procedimento cirúrgico, sendo importante relatar o seu nível de dor e solicitar medicação para o seu alívio (Botelho et al., 2022). Essas orientações são particularmente relevantes em populações vulneráveis, como os idosos, nas quais o uso de opióides deve ser feito com cautela. É, por isso, fundamental uma abordagem individualizada e multidisciplinar para o tratamento da dor no idoso, que considere as comorbilidades, polimedicação e capacidade funcional da pessoa. Essa conduta é essencial para maximizar os benefícios do tratamento, minimizar os efeitos colaterais e melhorar a qualidade de vida dos idosos (Silva et al., 2020).

Em síntese, a gestão da dor em idosos submetidos a cirurgia requer uma abordagem abrangente, que integre estratégias farmacológicas e não farmacológicas, de acordo com as necessidades individuais da pessoa, visando proporcionar um alívio eficaz da dor e promover o seu bem-estar.

3. BARREIRAS À GESTÃO EFICAZ DO PLANO TERAPÊUTICO DO IDOSO COM DOR

A dor é uma condição clínica comum na população geriátrica, frequentemente subestimada e subtratada, com muitos efeitos colaterais negativos, incluindo uma redução da qualidade de vida (Hoedl e Bauer, 2020). Classicamente, a dor era definida como o resultado da estimulação de nociceptores periféricos devido a lesão tecidual, real ou potencial (Coniam e Diamond, 1999). Atualmente, a definição revisada em 2020 pela International Association for the Study of Pain (IASP), conceitua a dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”. A sua definição é complementada por cinco notas explicativas, que passam a ser uma lista com itens que incluem a etimologia: a dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, de forma variável, por fatores biológicos, psicológicos e sociais; a dor e nocicepção são fenómenos diferentes: a dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurónios sensitivos; o conceito de dor é influenciado pelas experiências de vida da pessoa; o relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado; embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico; a descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano sentir dor (IASP, 2020). Estas explicações adicionais expandem a compreensão da dor, abrangendo não apenas os progressos da neurociência relacionados à dor, mas também incluindo outros elementos importantes, como processos cognitivos, comportamentais e influências culturais/ educacionais (DeSantana et al, 2020). Os mesmos autores destacam a pertinência desta atualização da descrição da dor, indo ao encontro dos atuais esforços da IASP no sentido do aprimoramento das estruturas conceituais sobre a dor.

Ao longo dos anos, vários estudos foram realizados sobre a prevalência, controlo e influência da dor (Couceiro et al, 2009; Kayser et al, 2014; Santos et.al, 2015) e, apesar dos resultados obtidos serem dotados de alguma controvérsia, existe uma concordância: as consequências da dor mais referidas implicam redução da qualidade de vida e da autonomia e bem-estar (Hoedl e Bauer, 2020), independentemente da fisiologia e da sua

percepção.

Em ambientes hospitalares a dor é um sintoma frequente e, como demonstrado por Salvetti et al. (2020), há uma crescente preocupação em entender como a dor aguda afeta as atividades diárias (AVD's) das pessoas, bem como a adequação dos tratamentos para o seu alívio. Conhecer o impacto da dor aguda e a adequação analgésica em pessoas hospitalizadas pode contribuir para melhorar a assistência. O controle adequado da dor é um indicador de qualidade dos cuidados prestados e um direito humano fundamental, porém a sua gestão ainda é um desafio no contexto hospitalar (Polomano, 2019).

A presença de dor tem implicações negativas na funcionalidade e qualidade de vida dos doentes, conduzindo a uma recuperação mais lenta, aumentando a suscetibilidade a complicações ou induzir outras morbidades (Gan, 2017; Salvetti et al., 2020). Ao transpormos esta evidência para a população idosa, torna-se claro que a gestão eficaz da dor nos idosos, muitas vezes, esbarra em diversas barreiras que dificultam a implementação de um plano terapêutico adequado. A dor é uma das condições de saúde mais comuns entre os idosos e com impacto substancial na sua qualidade de vida (Lemos et al., 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS), define o envelhecimento como o resultado do acúmulo de uma diversidade de danos que ocorre no organismo ao longo dos anos, em que as reservas fisiológicas sofrem uma perda gradual, aumentando o risco de desenvolver patologias (OMS, 2015). Consequentemente, observa-se uma maior prevalência de doenças crônicas e degenerativas durante esse processo, o que, por conseguinte, aumenta a predisposição para a ocorrência de dor crônica e limitações funcionais (Silveira et al., 2012). Teixeira (2021) corrobora esta ideia afirmando que, o processo de envelhecimento está inevitavelmente relacionado com o aumento da presença de morbidades. Assim, é crucial que os profissionais de saúde identifiquem os fatores que afetam o bem-estar geral dos indivíduos, com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida, como já destacado por Ferreira et al., em 2018.

Portanto, sabe-se que o processo de envelhecimento caracteriza-se por uma diminuição progressiva da reserva homeostática de órgãos e sistemas. Sendo que, os processos patológicos, muitas vezes, se sobrepõem ao envelhecimento natural, estas condições, por sua vez, aumentam a probabilidade de exposição a riscos (Silva & Silva, 2021). O declínio fisiológico progressivo de múltiplos sistemas orgânicos e a diminuição

da capacidade de resposta homeostática resultam em uma perda de função e comprometimento da reserva fisiológica, aumentando a vulnerabilidade destes indivíduos (Silva & Silva, 2021).

Apesar de as mudanças decorrentes do envelhecimento poderem influenciar consideravelmente os resultados, é importante ressaltar que a idade da pessoa isoladamente, não constitui o único indicador de risco para complicações cirúrgicas e anestésicas. Em geral, na ausência de doenças concomitantes, o aumento das taxas de complicações relacionadas às opções de anestesia e ao controle da dor no período perioperatório é relativamente pequeno, apesar do avanço da idade. O risco perioperatório em idosos está mais relacionado com o número e a severidade de doenças coexistentes, do que com a idade cronológica (Moraes, 2008). O envelhecimento do corpo não implica, necessariamente, incapacidade ou dependência, essas condições dependem dos estilos de vida, das doenças adquiridas e até mesmo de fatores genéticos (Martins et al., 2021).

Por outro lado, o envelhecimento psicológico, ou amadurecimento, não segue um percurso determinado pela passagem do tempo. Ele está relacionado com o esforço pessoal, e contínuo, na busca do autoconhecimento e do significado da vida (Moraes, 2008; Tallmann et al., 2013). Ao longo desse processo, verifica-se uma redução da vulnerabilidade da pessoa idosa. Ela adquire sabedoria suficiente para enfrentar a realidade, tolerar a dor e até mesmo lidar com a perda da independência física. Isso culmina em independência psicológica, uma vez que o idoso, ao fazer este caminho de forma saudável, entende o verdadeiro sentido da vida. Os valores que orientam a sua existência, sua filosofia de vida torna-se progressivamente mais racional e consciente (Moraes, 2008). Este estado de transcendência é uma mais-valia para a vivência saudável desta nova fase da vida.

O entendimento das características específicas desta população permite-nos entender quais as barreiras que dificultam a implementação de planos terapêuticos eficazes no alívio da dor nos idosos, cuja descrição segue nos próximos parágrafos.

Subvalorização da Dor

A dor é uma experiência pessoal de difícil descrição. O fato de o ser humano ser uma entidade bio-psico-socio-espiritual, o significado que é atribuído à vivência de dor, é influenciado pelo ambiente e experiências de vida de cada um (Pires,et al.,2021). Influenciados pelo seu contexto onde estão inseridos, a percepção da dor e a forma como esta é exteriorizada podem variar de forma significativa com base nestes fatores (Pires,et al.,2021). Desta forma, é crucial valorizar a dor, respeitando a autoavaliação da pessoa, quando esta é capaz de a fazer, ou a avaliação feita pelo profissional de saúde, em situações em que a pessoa não o pode fazer.

Contudo, ainda existe evidência de que persistem desafios na promoção da avaliação da dor, mesmo em contexto hospitalar, e a dor subtratada continua a ser uma realidade, tal como demonstrado por Scher et al.(2017), no seu artigo de revisão. Estes mencionam que, apesar dos avanços ainda existem mitos, conceitos falsos e informação inadequada, presente em todos os envolvidos (pessoas, profissionais e instituições). Uma abordagem em equipa, é fundamental para o sucesso da avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento da dor, devendo incluir o envolvimento ativo da pessoa que sente dor, bem como dos cuidadores, família e parceiros de cuidados (WHO, 2019).

Portanto, uma das principais barreiras a ser superada é a subvalorização da dor, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto pelos próprios idosos. A crença de que a dor é parte natural do envelhecimento, conduz ao seu subtratamento. Hoedl e Bauer (2020) alertam que a dor nos idosos, muitas vezes, não é tratada adequadamente devido à conceção de que a dor nesta população é inevitável. Como tal, partindo desta premissa a dor é, frequentemente, subnotificada e subtratada resultando em sofrimento prolongado e diminuição da qualidade de vida (Hoedl & Bauer, 2020).

Presença de Comorbilidades

É comum que os idosos padeçam de múltiplas comorbilidades, o que dificulta a gestão/ controlo da dor. Interações entre medicamentos utilizados com diferentes finalidades complicam o tratamento da dor aguda/ crónica, como sugere a pesquisa publicada no *British Journal of Pain, Evidence-based clinical practice guidelines on the*

management of pain in older people – a summary report. Em suma, este artigo salienta que o tratamento da dor em idosos com múltiplas comorbilidades requer uma abordagem de cuidados individualizada; neste seguimento, os autores propõem um conjunto de diretrizes a considerar no tratamento de idosos com dor. Enfatizam que os idosos são mais suscetíveis de desenvolver interações adversas com medicamentos usados para aliviar a dor podendo conduzir a efeitos colaterais indesejados. A presença desta condição complica ainda mais a escolha da terapêutica analgésica adequada, o que pode exigir mais ajustes na titulação das doses (Schofield et al., 2020). Neste sentido recomendam o uso de estratégias não farmacológicas, quando possível, como fisioterapia ou tratamentos alternativos como acupuntura, para reduzir ou eliminar a necessidade de medicamentos. Reforçam a importância de uma avaliação multidimensional da dor quando se trata de idosos com múltiplas comorbilidades. Isso inclui, considerar não apenas a intensidade da dor, mas também a sua saúde em geral, o seu estado funcional, possíveis interações medicamentosas e o projeto individual de saúde.

Polimedicação

Conforme destacado por Manuel Carrageta, Presidente da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, (2022) a prescrição de medicamentos a idosos é um desafio complexo que envolve riscos específicos. A polimedicação/ polifarmácia, geralmente definida como o uso diário de cinco ou mais medicamentos, aumenta o potencial de ocorrência de efeitos adversos devido a interações entre medicamentos e/ ou comorbilidades existentes, sendo esse risco maior nos idosos. A utilização de medicamentos em idosos requer precauções especiais devido às alterações que ocorrem no processo de envelhecimento, que afetam principalmente a farmacocinética e a farmacodinâmica destes. É importante salientar que, muitas vezes, os ensaios clínicos excluem as pessoas mais velhas devido a preocupações com interações indesejadas com as comorbilidades presentes, o que induz a um número insuficiente de ensaios clínicos nesta população (Steinman, 2010; Sera, 2012). Essa preocupação com os efeitos adversos, combinada com discriminação involuntária, pode resultar na negação de fármacos que podem ser benéficos para os idosos (Bongiovanni et al., 2023). Na sua publicação, em Junho de 2023, Bongiovanni e colaboradores apontam para o aumento na utilização de

gabapentinóides nos idosos, no período pós-operatório. Significa que há um crescente interesse em encontrar alternativas aos opióides para controlar a dor em idosos, objetivando-se a redução dos riscos associados ao seu uso, como a dependência e aparecimento de efeitos colaterais graves. Perante este contexto, é crucial que os profissionais de saúde estejam devidamente capacitados não apenas sobre os potenciais efeitos adversos mais comuns destes fármacos, mas também sobre as suas potenciais interações com outros medicamentos e/ ou patologias subjacentes. No artigo de revisão *“O uso de opióides no tratamento da dor oncológica em idosos”*, os autores apresentam os resultados obtidos da revisão da literatura feita sobre o tratamento da dor oncológica em idosos, publicados entre 2008 e 2018, disponíveis em português e inglês, que demonstraram que os opióides continuam a ser o pilar no tratamento da dor oncológica em idosos, porém usados com cautela. Apesar da evidência citada pelos autores, que recomenda a utilização de opióides no tratamento de dores de intensidade moderada e intensa, ainda há receios e estigmas que limitam o seu uso, muito pela falta de pesquisa quanto ao uso de opióides nesta faixa etária (Coluzzi et al., 2016; Galicia-Catillo et al., 2016). A prescrição de opióides não deve ser feita apenas nos casos em que o doente enfrenta uma doença fatal, mas sim de acordo com o a intensidade da dor (Hennemann-Krause, 2012), respeitando a escada analgésica de três degraus propostas pela Organização Mundial da Saúde, na qual recomenda a utilização de opióides no tratamento de dores de intensidade moderada a intensa

Portanto, o controlo da dor em idosos requer uma análise multifatorial incluindo as comorbilidades, a polimedicação e a funcionalidade da pessoa. O conhecimento das consequências do envelhecimento e das alterações da farmacocinética e farmacodinâmica é fundamental para se otimizar o efeito terapêutico e reduzir os efeitos adversos dos fármacos administrados. É necessário tratar o idoso de modo individualizado para maximizar os resultados, diminuir os efeitos adversos e melhorar a qualidade de vida.

Barreiras de Comunicação

A comunicação entre idosos e profissionais de saúde pode representar uma barreira importante na gestão adequada da dor em contexto cirúrgico. Como destacado por Gamões e Caswell (2014), a gestão eficaz da dor requer uma avaliação abrangente e

precisa, de forma a combater a dor não referida, prevenindo o sofrimento e melhorando a qualidade de vida. É comum que os idosos encontrem dificuldades para comunicar a sua dor de forma eficaz, enquanto os profissionais de saúde podem falhar na realização de avaliações adequadas do estado algico do idoso, seja devido a atitudes discriminatórias em relação a essa faixa etária ou pela ausência de uma comunicação eficiente acerca da dor (Gammons & Caswell, 2014). Portanto, torna-se evidente a necessidade de adaptar as ferramentas de avaliação da dor ao doente, levando em consideração principalmente a sua faixa etária. Nesse contexto, um estudo conduzido por Akbar e colaboradores, em 2020, e publicado no “Annals of Geriatric Medicine and Research” analisou as opiniões dos profissionais de saúde sobre a gestão da dor em idosos no ambiente hospitalar. Os resultados indicaram que a analgesia pós-operatória é muitas vezes insuficiente em doentes idosos. Estes resultados são atribuídos, principalmente à presença de quadros geriátricos, como alteração sensoriais, que podem afetar negativamente a avaliação dos profissionais, bem como à falta de preparação e de conhecimentos demonstrada pelas equipas incluídas no estudo.

Dada a abrangência da temática e a relevância da promoção da segurança na população idosa, é essencial abordar os aspetos relacionados com a comunicação entre os enfermeiros do bloco operatório e as pessoas, destacando-se que esta comunicação deve ser centrada na pessoa (Akbar et al., 2020). Os pesquisadores identificam entre os principais obstáculos à qualidade da comunicação, a falta de formação e sensibilização dos profissionais de saúde, uma preocupação partilhada tanto pelos enfermeiros quanto pelas comunidades clínicas.

Importa ainda acrescentar que a presença de quadros geriátricos que afetem a comunicação dos idosos tem um impacto significativo na avaliação da dor e, consequentemente, no controlo da dor. No estudo de Ong e Thiam, em 2022, publicado na revista “Clinical Medicine” da Rooyal College of Physicians, os autores debruçaram-se sobre a relação entre o comprometimento cognitivo decorrente do envelhecimento patológico, como a demência, e a capacidade de os idosos comunicarem a sua dor de forma eficaz. Os autores confirmam que o autorrelato da dor nem sempre é possível, quer pela presença de comprometimento cognitivo (demência) quer por dificuldades na expressão verbal. Posto isto, reforçam que a presença destas condições exigem maior

atenção e sensibilidade dos profissionais de saúde para os sinais não-verbais (comportamentais) indicadores de presença de dor. Como tal, a avaliação destes doentes deverá envolver a compreensão dos antecedentes médicos e exame físico completo. Acrescentam que os idosos, nestas circunstâncias, podem negar a dor, e em vez disso, usar termos como “tristeza” ou “desconforto”, verbalizações às quais os profissionais devem estar atentos.

Na publicação “Clinical Interventions in Aging” de Rastogi e Meek, em 2013, estes abordaram a influência das alterações sensoriais e cognitivas decorrentes do processo de envelhecimento, no autorrelato da dor pelos idosos, enfatizando que a avaliação é uma etapa decisiva no processo de gestão da dor, alertando que as escolhas de instrumentos de avaliação dependem do estado cognitivo e comunicativo da pessoa, bem como da existência de alterações sensoriais que podem levar à subestimação da dor ou do seu reconhecimento por parte do próprio. Quando o autorrelato não é viável, gerir a dor torna-se numa tarefa desafiadora e particularmente difícil, apesar de ser um direito fundamental humano (Rastogi & Meek, 2013).

Outra questão relevante, abordada no artigo de Panagiotis e sua equipa em 2017, aporta o impacto da prevalência da dor crónica na população idosa e sua gestão. Os mesmos referem que, para além dos mecanismos fisiopatológicos comuns presentes no envelhecimento, a associação desta condição clínica com sintomas depressivos condiciona a comunicação da dor. Pela sua revisão da literatura, os autores alertam que a presença de sintomas depressivos complicam a capacidade de comunicar ou até reconhecer os seus sintomas com precisão, pois tendem a demonstrar dificuldade em distinguir a dor física e a dor emocional. Daí que recomendam uma abordagem psicoterapêutica, uma vez que a perceção da dor possui componentes cognitivos e emocionais.

Portanto, é claro que a presença de quadros geriátricos, fisiológicos e cognitivos, comprometem a comunicação da dor na população geriátrica, exigindo abordagens mais personalizadas e sensíveis pelos profissionais de saúde, de modo a que a dor seja adequadamente avaliada e tratada.

CAPÍTULO II: DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, atualmente, enfrenta desafios e responsabilidades singulares resultantes do constante desenvolvimento técnico e científico que revolucionam a área da saúde (OE, 2018). Destes avanços resultaram diagnósticos mais precisos, tratamentos mais eficazes que permitem às pessoas viverem mais tempo. Porém, o aumento da longevidade torna as pessoas mais vulneráveis, exigindo uma atenção especializada para lidar com as suas necessidades (Batalha et. al., 2012). Nesse contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) não compreende apenas os aspetos técnicos e científicos desses avanços, como também demonstra a capacidade de conceber, implementar e avaliar planos de intervenção adequados para atender às necessidades das pessoas e famílias que dependem dos seus cuidados (OE, 2018).

Desde sempre, os enfermeiros destacam-se pela sua habilidade em cuidar das pessoas de forma organizada, fundamentada na disciplina e no conhecimento científico. Mesmo antes da formalização das teorias de enfermagem, o cuidado, juntamente com os conceitos fundamentais de saúde, conforto e ajuda, serviram de bússola orientadora para a sua prática clínica (Souza, et al., 2006). No entanto, em contextos perioperatórios os enfermeiros são desafiados pela necessidade premente de adquirir conhecimentos e competências técnicas, correndo o risco de se perderem na prestação de tratamentos puramente técnicos. É fundamental encontrar um equilíbrio entre a técnica e o cuidado humanizado de modo a garantir a essência da enfermagem que abraça todos os aspetos do bem-estar da pessoa cuidada (Costa, & Gonçalves, 2021).

A definição de saúde proposta pela Ordem dos Enfermeiros, em resposta à evolução verificada na área da saúde, descreve a saúde como “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (Conselho de Enfermagem, 2012, p.8). Esta visão da saúde, proposta pela OE, confirma que a saúde é resultado de interações dinâmicas e contínuas entre processos físicos e cognitivos em resposta ao ambiente em que as pessoas estão inseridas, guiados pela necessidade de

manter a homeostasia.

Devido às particularidades dos ambientes perioperatórios, é imperativo estabelecer um modelo conceitual que sustente e oriente a prática clínica dos enfermeiros alinhada com as intervenções perioperatórias. Nesse sentido, a opção pelo uso da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba veio responder a esta necessidade. Essa escolha é justificada pela natureza desta teoria, que é descrita como uma teoria de médio alcance, com uma abordagem humanista e holística, centrada nas necessidades das pessoas (Kolcaba, 2001). Além disso, é relevante destacar que essa teoria possui antecedentes de aplicação ao período perioperatório, conforme evidenciado em trabalhos anteriores (Kolcaba & Wilson, 2002; Kolcaba & Wilson, 2004).

A Teoria do Conforto tem como principal objetivo a promoção do bem-estar e do respeito pela pessoa, enfatizando a sua capacidade e a autonomia na tomada de decisões relacionadas à sua saúde. A essência dessa teoria reside na priorização do conforto como elemento central do cuidado de enfermagem (Kolcaba, 2001). Embora seja uma teoria relativamente recente, ela estabelece o conforto como o resultado da prática holística da enfermagem, sendo facilmente aplicável em diversos contextos de cuidados, inclusive no cuidado de pessoas em situação perioperatória. Após extensa pesquisa, a autora elaborou uma estrutura taxonômica para orientar a mensuração e avaliação do conforto da pessoa. Nesse sentido, a autora descreve três formas distintas de conforto e quatro contextos de experiência humana holística. Esta apresenta uma abordagem tridimensional do conforto, que consistem em alívio, tranquilidade e transcendência. Kolcaba considera estes três elementos fundamentais para o bem-estar da pessoa e como princípios básicos da prática de enfermagem (Kolcaba, 2001, as cited in Petiprin, 2020). O alívio, como Kolcaba conceitualizou, refere-se à sensação de conforto experimentada pela pessoa quando as suas necessidades básicas são satisfeitas. Por exemplo, quando uma pessoa recebe medicação para a dor pós-operatória, esta experimenta a sensação imediata de conforto que está intimamente ligada com a satisfação das suas necessidades físicas pelo rompimento de sintomas físicos, neste caso a dor. A tranquilidade aborda o conforto relacionado com o ambiente e estado psicológico da pessoa. Nesse contexto, a enfermagem não se limita a tratar apenas os aspetos físicos, mas também as necessidades emocionais e psicológicas da pessoa. Por exemplo, ao abordar e tratar a ansiedade da pessoa a vivenciar experiência

cirúrgica, proporcionando um ambiente promotor de bem-estar emocional, a ansiedade é reduzida. A transcendência, o terceiro tipo de conforto, é descrita como um estado de conforto no qual as pessoas são capazes de superar os seus desafios com vista à recuperação, mesmo quando esses desafios não podem ser totalmente evitados ou erradicados. A autora enfatiza a importância de ajudar as pessoas a encontrar força e resiliência para enfrentar a sua condição de saúde (Kolcaba, 2001, as cited in Petiprin, 2020). Esses três tipos de conforto ocorrem em quatro contextos distintos: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (Kolcaba, 2001). O contexto físico envolve as sensações corporais e a manutenção da homeostasia, enquanto o psicoespiritual diz respeito ao bem-estar interno, onde se inclui a autoestima, o significado da vida e a espiritualidade. O contexto ambiental diz respeito às influências externas que afetam a pessoa, como a iluminação, ruído, temperatura e até mobiliário do ambiente. Por fim, o contexto sociocultural abrange as relações interpessoais, sociais e familiares que podem afetar o bem-estar da pessoa (Kolcaba, 2001).

Portanto, a abordagem de Kolcaba oferece uma visão abrangente e holística do que é o conforto na enfermagem. Claramente, é muito mais do que apenas cuidados físicos; atender e aplicar essa abordagem significa fornecer cuidados de enfermagem que atendam às necessidades específicas de cada pessoa em diferentes contextos em que o conforto pode ser experimentado. Isso não apenas melhora a experiência da pessoa, mas também fortalece a sua capacidade de enfrentar os desafios de saúde, resultando no conforto pleno tão desejado. Se a pessoa estiver confortável, ela sentir-se-á emocional e mentalmente fortalecida, o que ajudará na sua recuperação. (Kolcaba, as cited in Alice Petiprin, 2020). Perante a complexidade de cuidar num ambiente considerado hostil, o conceito “conforto” assume-se como um pilar nos cuidados prestados à pessoa, tal como exemplificado no algoritmo de atuação que se encontra em anexo, desenvolvido em contexto de aula do presente Mestrado (Anexo 2).

Quando se aborda a experiência da dor, Kolcaba (2003) define-a como uma sensação de intensidade variável, caracterizada por um desconforto que abrange diferentes dimensões, incluindo aspetos cognitivos, sensoriais e emocionais. Esta perspetiva é corroborada por Tomey e Alligod (2004), que partilham da visão de Kolcaba (2003) de que,

o conforto e bem-estar só podem ser verdadeiramente alcançados quando a dor é minimizada ou ausente. No contexto da gestão da dor aguda na pessoa em situação perioperatória, os enfermeiros desempenham um papel fundamental ao implementar intervenções que visam promover o conforto e o bem-estar. Assim sendo, para Kolcaba, aliviar a dor é fundamental para proporcionar conforto, pois “o controlo e ausência de dor é considerado, muitas vezes, sinónimo de conforto, enquanto a presença e sensação de dor descreve, variadas vezes, o sentido da palavra desconforto” (Apóstolo et al., 2012, p. 34). Embora os enfermeiros ofereçam cuidados reconfortantes de forma intuitiva, muitas vezes não documentam os efeitos desses cuidados no bem-estar das pessoas cuidadas como parte de um cuidado de conforto aprimorado (Smith & Parker, 2015). Estudos, como o de Hayes e Gordon (2015), têm demonstrado que o aumento do uso de intervenções não-farmacológicas como, por exemplo, o posicionamento, o controlo de temperatura, a aplicação de frio e a música, durante o período peri operatório, contribui para uma melhor gestão da dor nas PSP.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Como profissionais de saúde somos frequentemente confrontados com a necessidade de atualizações constantes. A aquisição e o desenvolvimento do conhecimento, da prática e de competências são fundamentais para a tomada de decisões autónomas e seguras. Portanto, a formação profissional é um meio necessário na garantia da excelência dos cuidados prestados (OE, 2015). Já em 2009, Rua explica que, embora a teoria possa ser apresentada e formalizada em contexto de sala de aula, a prática é dotada de uma complexidade que advém do contacto com várias realidades, que a teoria não consegue transpor na totalidade. Posto isto, o estágio constitui um importante meio de aprendizagem, visto que é na junção da teoria adquirida em sala de aula e a prática realizada no estágio, que ocorre o desenvolvimento de competências.

Neste capítulo, será apresentada a instituição onde os estágios foram realizados, bem como a descrição dos ambientes onde estes decorreram, relacionados com a prática de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, tal como preconizado pelo Plano de Estudos da Escola Superior de Saúde Santa Maria e a Ordem dos Enfermeiros.

Os estágios realizaram-se num Centro Hospitalar integrado no Serviço Nacional de Saúde. Composto por duas unidades hospitalares, desenvolve a sua ação na área dos cuidados de saúde hospitalares e dá resposta às necessidades de doze concelhos de quatro distritos, para um total de 499.489 habitantes, de acordo com os censos de 2021 (INE, 2023). É uma unidade hospitalar que procura destacar-se por um atendimento humanizado na área de prestação de cuidados de saúde hospitalares. Tendo em vista o propósito de ser reconhecido pela qualidade dos cuidados aqui prestados, esta organização privilegia a investigação, inovação em benefício da melhoria contínua da assistência prestada à comunidade.

1.1 ESTÁGIO: UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Como resposta às crescentes exigências da população no que à qualidade e prontidão diz respeito, a flexibilidade na gestão dos recursos impôs a aprovação de um novo estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Em 1993, é aprovado o Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro, onde são aprovadas, pela primeira vez, as tabelas de preços a

praticar pelo Serviço Nacional de Saúde relativamente à cirurgia de ambulatório. O mesmo documento, define a cirurgia de ambulatório como “a intervenção cirúrgica programada, realizada com a presença de anestesista, em que não há internamento do doente, mas são exigidos procedimentos organizacionais específicos e meios técnicos sofisticados, nomeadamente equipamento de reanimação e vigilância pós-operatória em unidade de recobro” (DR, 1998, pp.21 976- 6). Várias foram as versões que se sucederam a esta primeira versão, encontrando-se já na 17.^a versão revogada pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que acumula em si todas as alterações feitas até à data da publicação do mesmo. Ao longo destas alterações, o valor de apoio ao investimento na qualificação das unidades de cirurgia de ambulatório do SNS, foi aumentando, transparecendo a importância atribuída, ao nível da gestão governamental, à necessidade de qualificar a resposta das instituições prestadoras de cuidados de saúde na organização dos programas de cirurgia de ambulatório (APCA, 2022). O conceito de cirurgia ambulatoria evoluiu a partir da definição da intervenção cirúrgica realizada sob anestesia geral, locoregional ou local, que, embora habitualmente realizada em regime de internamento, pode também ser realizada em instalações próprias, em segurança e de acordo com as *leges artis* em vigor, em regime de admissão e alta no mesmo dia, passando em 2015 a incluir o conceito de cirurgia ambulatoria com pernoita (DR,2001, 2015, as cited in APCA, 2022). Assim, em síntese, a passagem da pessoa, sujeita a intervenção cirúrgica, dentro desta unidade de saúde significa: admissão, preparação pré-operatória, anestesia e intervenção cirúrgica, cuidados pós-operatórios e/ou pós-anestésicos imediatos e tardios (se pernoita) e, por fim, alta e saída da unidade para casa, num período máximo de 24h. De acordo com o Relatório Anual do Ministério da Saúde (SNS), de dezembro de 2021, foram realizadas 419,675 milhões de cirurgias em regime de ambulatório em 2021, um aumento de mais de 30,2% nas intervenções deste modelo de atuação em relação ao mesmo período de 2020. Estes dados comprovam as previsões de Castoro (2006) que, à data, defendia que expandir o modelo da cirurgia de ambulatório teria um impacto profundo e positivo no modelo de atendimento dos doentes cirúrgicos, bem como nas instituições.

No que diz respeito à sua estrutura, uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) deve preferencialmente ser projetada em instalações próprias, onde também tenha

sido projetado e desenvolvido um bloco operatório para esse efeito (DGS, 2010). No entanto, nem sempre é possível construir uma UCA de raiz. A UCA do Centro Hospitalar onde se realizou este estágio inclui-se no modelo de centro adjacente a um hospital, uma vez que a sua instalação está integrada no Hospital, apesar de o serviço ter sido especialmente concebido para este fim. Esta unidade contempla uma unidade de internamento com leitos dedicados para as cirurgias realizadas durante o dia e que permitem pernoita, compartilhando salas operatórias e instalações para a recuperação pós-operatória imediata (recobro imediato e recobro tardio), assim como instalações de descanso para os profissionais que aqui trabalham e demais locais de armazém e circulação de materiais para o exterior da unidade. É, portanto, uma unidade inserida no hospital, mas estruturalmente separada dos demais serviços, com circuitos apropriados de modo a garantir menos riscos de infeção adquirida no hospital, a rápida recuperação e maior satisfação para a pessoa sujeita a procedimento cirúrgico (Apêndice 1).

A atividade cirúrgica decorre de segunda a sexta-feira das 8h às 20h. Aqui são realizadas cirurgias em regime de admissão e alta no mesmo dia ou regime de “one day surgery” (alta até às 23h), nas especialidades de Cirurgia Geral, Urologia, Oftalmologia, Ortopedia, Ginecologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Vascular, Nefrologia, Cirurgia Plástica e Cirurgia Maxilo-Facial. Para a prestação de cuidados, esta unidade conta com uma equipa multidisciplinar própria.

A equipa é constituída por 22 enfermeiros: um enfermeiro gestor; um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 20 enfermeiros de cuidados gerais (quatro destes, mestrados em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória). No turno da manhã, dois enfermeiros ficam responsáveis pelo recobro tardio, dois enfermeiros ficam no recobro imediato, sendo que um destes fica responsável pelas admissões dos utentes para os programas cirúrgicos do dia (primeiras cirurgias) e o segundo elemento fica responsável pela consulta telefónica de enfermagem, feita nas primeiras 24 horas após a cirurgia. Nas salas operatórias em funcionamento estão garantidos os três enfermeiros preconizados para a realização de procedimentos cirúrgicos em segurança: enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista. Habitualmente é destacado mais um enfermeiro de apoio ao serviço, o qual fica responsável pelas diligências administrativas relativas ao

aprovisionamento e gestão de materiais e equipamentos necessários ao bom funcionamento do bloco operatório, com grandes implicações para o sucesso das cirurgias e segurança da PSP e equipa. Ou seja, os profissionais distribuídos por turno respeitam o regulamento de cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 743/ 2019).

Importa mencionar que o planeamento delineado para este período e que constituiu o ponto de partida para o Estágio realizado em contexto de Cirurgia de Ambulatório (CA) teve como principal finalidade ir ao encontro dos objetivos propostos pelo Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - na área de Enfermagem à PSP da Escola Superior de Saúde Santa Maria (DR, 2020), visando o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista nesta área de atuação (DR, 2018; DR, 2019).

São inegáveis as vantagens da CA sobre as intervenções mais convencionais da cirurgia; o contributo no aumento da eficiência e redução de custos com internamentos é, provavelmente, a mais evidente; porém, socialmente, a rapidez na recuperação pós-operatória da pessoa sujeita a intervenção cirúrgica, com início precoce das atividades quotidianas, retorno rápido ao seu ambiente familiar, traduz-se num ganho em saúde incontestável. A oportunidade de um estágio numa UCA, foi uma experiência que me permitiu complementar e aprimorar competências, do ponto de vista prático, inerentes às funções do enfermeiro especialista em todos os momentos do período perioperatório da pessoa a vivenciar experiência cirúrgica.

1.2. ESTÁGIO: BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

O segundo estágio correspondente à Unidade Curricular: Estágio com Relatório, Módulo II – Estágio de Opção, decorreu no Bloco Operatório Central (BOC) do Centro Hospitalar apresentado no início deste capítulo. Localizado no piso quarto, fornece aos serviços e seus utentes as condições necessárias para realizar procedimentos cirúrgicos com segurança, qualidade e eficiência. A sua localização permite fácil acesso ao Serviço de urgência, Unidade de Cuidados Intensivos, Bloco de Partos e Serviço de esterilização, o que faz com que cumpra as recomendações técnicas da ACSS.

Martins e Duarte (2014) definem o Bloco Operatório (BO) como uma:

unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos-cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida (p.11)

Conforme destacado pela ACSS (2011), não existe um consenso quanto ao projeto arquitetónico ideal que abranja todas as necessidades de cada especialidade cirúrgica. Apesar das várias dúvidas quanto à estrutura de um BO, é consensual de que este deve ser concebido e organizado de modo a facilitar o fluxo interno e externo de pessoas, profissionais e materiais nas diferentes áreas, objetivando-se o controlo de infeção e higiene ambiental (ACSS, 2011).

Atendendo às recomendações descritas pela ACSS (2011), a configuração deste Bloco Operatório, está em conformidade com estas, respeitando a exigência de que este serviço deve estar situado numa área protegida, que impeça a livre circulação de pessoas estranhas, com proximidade relativa entre este e os vários departamentos hospitalares considerados essenciais para o desenvolvimento da sua atividade, tais como a Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos, laboratório, imagiologia, entre outros (ACSS, 2011). Esta estrutura permite minimizar a movimentação de pessoas em situação perioperatória, reduzindo os riscos associados ao transporte intra-hospitalar (Apêndice 2).

O BOC, onde foi realizado o estágio, é constituído por sete salas operatórias, uma unidade de cuidados pós-anestésicos e instalações administrativas. Cada sala operatória está devidamente equipada para dar resposta às diversas tipologias cirúrgicas. Possui ainda, quatro salas de indução equipadas com material anestésico e monitorização básica. A unidade de cuidados pós anestésico dispõe de 10 camas destinadas à recuperação da pessoa sujeita a intervenção cirúrgica, representando a tipologia recobro 1, conforme definido pela ACSS (2011) ou recobro imediato em cirurgia convencional. À semelhança de outras unidades da instituição, destina-se a proporcionar às pessoas cuidados individualizados de elevada qualidade assistencial. Contempla na sua atividade, a realização de cirurgias programadas nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, urologia, otorrino, cirurgia plástica, ginecologia, obstetrícia, cirurgia vascular e apoio cirúrgico ao serviço de urgência. O BOC funciona em período normal de segunda a sexta-

feira das 8h às 20h para cirurgia programada. Para situações de urgência, está disponível uma sala que funciona 24h/dia, com equipa destacada para o seu funcionamento. Em situações de emergência, é possível utilizar em simultâneo outra sala, contando, sempre que possível, com o apoio de pessoal externo ao serviço, sobretudo em situações de cesarianas emergentes. Para a prestação de cuidados, esta unidade conta com uma equipa multidisciplinar própria, com formação específica. A equipa é constituída por 68 enfermeiros: um enfermeiro gestor; 18 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (dos quais três são igualmente mestres), um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e 49 enfermeiros de cuidados gerais. Nas salas operatórias em funcionamento estão garantidos os três enfermeiros preconizados para a realização de procedimentos cirúrgicos em segurança: enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista. À semelhança do bloco operatório da cirurgia de ambulatório, habitualmente é destacado mais um enfermeiro de apoio ao serviço, que fica responsável pelas diligências administrativas. Existe ainda um enfermeiro de acolhimento que trata da admissão da PSP e família/pessoa significativa no bloco operatório, e transporte da PSP para a sala operatória. Nos turnos da manhã e da tarde são destacados três enfermeiros para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), e no turno da noite são destacados cinco enfermeiros para dar resposta às situações de urgência e respetiva recuperação pós-anestésica. A equipa de enfermagem do BOC presta, também, apoio à Sala Híbrida na área de atuação da Cirurgia Vascular e Gastroenterologia, para procedimentos com e sem anestesia.

O BO apresenta uma estrutura organizacional composta por circuitos bem definidos, funcionando como uma unidade funcional independente, de acordo com o recomendado (ACSS, 2011). É composto por três zonas de acesso distinto: área livre, onde se pode circular com roupa de exterior, área semi-restrita, onde é obrigatório o uso de roupa do Bloco, incluindo touca; e área restrita, onde o uso de roupa exclusiva do BO, incluindo touca e máscara, é obrigatório. No que à circulação diz respeito, estão definidos quatro circuitos diferentes: circuito dos utentes, circuito dos acompanhantes, circuito dos profissionais do serviço e circuito de materiais/ equipamentos sujos e limpos/ esterilizados (Apêndice 2).

A área considerada livre, está destinada à receção que inclui um gabinete administrativo de informação e um pequeno espaço destinado aos familiares que esperam pela PSP, ou outros. Este é um local onde há cruzamento de pessoal, pessoas chegadas dos serviços, acompanhantes, fornecedores, equipamentos, entre outros. Porém, é de ressaltar que este BO garante as condições necessárias para que este cruzamento ocorra sem contactos físicos ou risco acrescido de ocorrência de eventos adversos graças à disposição organizacional deste local, tal como recomendado pela ACSS. Esta área de receção e espera é considerada de circulação livre, sem restrições para funcionários do hospital, pessoas e acompanhantes.

A área semi-restrita é uma área destinada aos gabinetes de coordenação e sala de reuniões, sendo este o espaço reservado à formação do pessoal e à biblioteca, e zonas de apoio ao exterior, destinados ao acondicionamento de materiais exteriores.

A área restrita, onde é obrigatório o uso de roupa exclusiva do BO, incluindo touca e máscara, inclui todas as restantes áreas que compõe o bloco operatório. A área cirúrgica, é uma área destinada a salas onde se realizam as intervenções cirúrgicas, procedimentos de anestesia, incluindo os respetivos apoios. A área de desinfeção pessoal está localizada em open space, com o corredor de acesso restrito e de acesso rápido às salas operatórias. Esta área inclui também a sala de pessoal e de registos. Na referida área encontram-se também as salas de armazenamento de equipamentos, consumíveis e material cirúrgico, bem como salas para objetos sujos e resíduos. Neste caso, o acesso a esta zona está reservado aos funcionários do serviço e utilizadores devidamente preparados.

A área de recobro é a zona destinada à recuperação da pessoa sujeita a intervenção cirúrgica, onde são prestados cuidados pós cirúrgicos e anestésicos promovendo a adaptação ao meio e recuperação inicial. Esta área tem circulação semi-restrita, uma vez que os acompanhantes, desde que autorizados, e com roupa adequada (bata, cobre pés e touca) podem deslocar-se à zona de convalescença do seu familiar. A circulação dentro do recobro por outros profissionais exteriores ao bloco exige igualmente o uso de bata, cobre pés e touca.

Adicionalmente, o BO possui diversos armazéns especializados para o acondicionamento de materiais, os quais se subdividem nas seguintes categorias: armazém de material de anestesia e consumíveis, armazém de

material de esterilização, armazém de material esterilizado, armazém de material minimamente invasivo e farmácia. Esta organização contribui para a otimização dos recursos disponíveis e a sua manutenção adequada, garantindo a disponibilidade dos materiais necessários às cirurgias e procedimentos realizados no BO.

Embora a descrição da planta do BOC ajude a compreender o seu funcionamento, este entendimento só é verdadeiramente alcançado descrevendo os vários circuitos que a compõem e que permitem a execução efetiva das ações, a sua sequência e a função das áreas anteriormente mencionadas (Apêndice 2). A AESOP (2006) afirma que é fundamental para um Bloco Operatório a definição de circuitos para/ entre as zonas anteriormente descritas, adaptando-os ao uso e função de cada uma.

As responsabilidades dos enfermeiros nos quatro postos de trabalho dentro de um bloco operatório, embasadas pela AESOP em 2006, são fundamentais para garantir o cuidado eficaz e seguro das PSP durante o processo cirúrgico. De acordo com a AORN, citada pela AESOP (2006), a função do enfermeiro perioperatório é identificar as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa e sua família, elaborando e implementando um plano de cuidados personalizado para promover a saúde e bem-estar durante e após a cirurgia. Como referido, no bloco operatório existem quatro postos de trabalho onde os enfermeiros desempenham suas funções: apoio à anestesia, circulação, instrumentação e na unidade de cuidados pós-anestésicos (AESOP, 2006). Apesar de distintas, essas funções complementam-se para garantir a excelência dos cuidados.

O enfermeiro de apoio à anestesia colabora com o anestesiológista, assumindo a responsabilidade pela pessoa numa fase crítica relacionada com o seu estado de vulnerabilidade causada pela alteração do seu nível de consciência ou incapacidade funcional. A função do enfermeiro circulante, que surgiu pela primeira vez em 1984, é de extrema importância. A AESOP defende que o enfermeiro circulante deve ser o mais experiente e portador de maior conhecimento, capacitando para a gestão de situações imprevistas e emergentes na sala operatória, garantindo-se a segurança da pessoa e da equipa multidisciplinar envolvida no procedimento (AESOP, 2006). O enfermeiro instrumentista, por sua vez, também tem um papel de relevo na garantia da segurança da pessoa e otimização dos tempos cirúrgicos, antecipando as necessidades dos cirurgiões e controlo da assepsia. Além disso, as suas funções complementam-se com as dos outros membros da equipa

cirúrgica não esterilizados, pois ao fazer parte da equipa estéril articula as suas necessidades com o enfermeiro circulante para realizar as suas funções (AESOP, 2006).

Na UCPA, os enfermeiros desempenham um papel vital no cuidado à PSP no período imediato após o procedimento cirúrgico e anestésico, garantindo a estabilidade hemodinâmica, monitorizando a PSP quanto a possíveis complicações decorrentes destes (AESOP, 2006). Em suma, as funções dos enfermeiros perioperatórios nos diferentes postos de trabalho dentro do BO são essenciais para proporcionar um cuidado seguro e eficaz às PSP durante o processo cirúrgico, na promoção da saúde e bem-estar destes.

Atendendo ao planeamento de estágio, posso afirmar que esta experiência foi extremamente enriquecedora, permitindo-me aprimorar os meus conhecimentos em relação aos processos perioperatórios. O estágio concentrou-se, principalmente, na cirurgia programada da especialidade de Cirurgia Vascular e Angiologia. É importante salientar que, neste hospital, as pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica programada são, maioritariamente, recebidas da Clínica de Admissão Pré-Internamento (APIC). Este serviço foi criado com o objetivo de lidar com as dificuldades burocráticas do internamento e preparação das PSP para a intervenção cirúrgica, demonstrando ser uma mais valia na gestão dos doentes cirúrgicos.

1.2.1. Estágio em contexto de bloco operatório central na área da Angiologia e Cirurgia Vascular

No que à cirurgia vascular diz respeito, os cuidados referentes ao circuito da PSP são os mesmos das demais pessoas a vivenciar experiência cirúrgica. Na área da cirurgia vascular, dado o perfil do doente vascular, geralmente de idade avançada, com múltiplas comorbilidades, dor crónica e, por vezes, com alteração do estado de consciência ou limitações na comunicação, o enfermeiro de acolhimento, juntamente com a equipa da sala operatória, têm um papel decisivo para o sucesso do procedimento. Desde confirmar todos os dados necessários para a cirurgia, até evitar a transferência precoce da pessoa para a sala operatória, é um passo que aumenta a satisfação da pessoa a vivenciar experiência cirúrgica e da equipa. Este elemento, ao garantir a vigilância durante o período de espera, permite uma intervenção precoce, promotora de conforto nestas pessoas que, geralmente, padecem de dor neuropática, e que através do adequado

posicionamento e analgesia, é possível proporcionar o seu alívio (Santos et al., 2022).

Os procedimentos endovasculares são realizados em salas operatórias híbridas, que combinam uma sala operatória convencional a uma sala hemodinâmica, com a estrutura física, equipamentos, materiais e acessórios que permitem a realização de procedimentos cirúrgicos com apoio radiológico, sem prejudicar a assepsia de uma sala operatória. No que diz respeito ao vestuário, a equipa cirúrgica deve utilizar vestuário adequado ao ambiente cirúrgico, incluindo o uso de barrete e de máscara, devendo a PSP também utilizar vestuário adequado ao bloco operatório. A maioria dos procedimentos de angioplastia são realizados sob anestesia local, com administração de Paracetamol, usado profilaticamente para controlo da dor e desconforto do posicionamento. Por sua vez, em situações que a PSP não colabora, ou o procedimento envolve colocação de endoprótese, pode ser necessário o recurso à presença de equipa de anestesia por haver necessidade de anestesia geral ou loco-regional.

Figura 4.

Sala Operatória Híbrida de um Hospital do Norte.



Antes do início do procedimento, é necessário confirmar a presença de exames como o estudo analítico, havendo um cuidado acrescido nas pessoas com história de alterações renais, uma vez que existindo comprometimento renal é necessário usar o mínimo de contraste possível ou usar outro tipo de contraste. Após identificação da PSP e confirmação do consentimento informado, é importante a verificação de alergias, principalmente ao contraste iodado. Em relação ao procedimento, a equipa de enfermagem, juntamente com a equipa médica, verifica a presença de todos os materiais

que serão usados no procedimento. A equipa de enfermagem é responsável por um conjunto de procedimentos de preparação da PSP e montagem da sala, que visa garantir a circulação na sala durante a intervenção. Ainda dentro da preparação prévia, existe uma atenção especial com a confirmação dos fármacos e equipamentos de emergência, de forma a garantir que as condições de atuação estão asseguradas em caso de reação alérgica ou evento adverso. Nas situações de presença de história de alergia ao contraste, primeiro deve-se ponderar o risco-benefício da realização do procedimento, podendo optar-se pela abordagem convencional. Em pessoas com antecedentes alérgicos, para as quais o benefício do procedimento sobrepõe os riscos, a pessoa segue um protocolo de preparação para o procedimento, onde se incluí a toma de corticosteroides e antialérgicos três dias antes do mesmo (Vidoedo et al., 2016).

Este segundo estágio centrou-se nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, sobretudo no que diz respeito à gestão da dor durante o período perioperatório. Através da intervenção individualizada na promoção do conforto, foi possível atuar sobre a prevenção de complicações associadas à presença de dor aguda intensa, pela promoção do bem-estar.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A relação entre os conhecimentos dos enfermeiros e a qualidade da sua formação é agora reconhecida pela evidência científica como um fator determinante para a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Henriques, 2022). A Ordem dos Enfermeiros considera o Bloco operatório, pela complexidade dos cuidados aí desenvolvidos, um local de prática clínica onde se concentram inúmeros riscos, sendo que a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico fazem parte principal das funções desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto perioperatório. (OE, 2023). Deste modo, é fácil compreender a necessidade de o enfermeiro procurar constantemente novos conhecimentos e aperfeiçoamento de práticas.

Sabe-se que para atuar numa situação complexa o profissional requer competência, isto é, a capacidade de articular recursos como o conhecimento, habilidades, valores e normas, no momento em que é feito “o que deve ser feito” (Lucchese et. al., 2014). Os mesmos autores dizem que: para ser competente é necessário realizar o que está prescrito e ir além, agindo diante do imprevisto e das contingências. Por sua vez, já em 2006, a AESOP, afirmava que as competências habilitam o enfermeiro perioperatório a prestar cuidados de qualidade, além de trabalhar como membro de uma equipa multidisciplinar e de participar em programas de qualidade, é também sua responsabilidade organizar e gerir um bloco operatório. Conclusões agora formalizadas no Regulamento n.º 429/ 2018, anteriormente estabelecidas pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Ordem dos Enfermeiros, em Janeiro de 2018. Neste sentido, é objetivo deste documento demonstrar como o enfermeiro especialista é um agente com impacto significativo nas práticas de saúde, indo além da simples aquisição de conhecimentos, protocolos e normas.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (p. 4745) da OE, entende-se por competências comuns aquelas que todos os enfermeiros especialistas compartilham, independentemente da sua área de atuação/ especialidade. Elas são demonstradas através da sua capacidade de conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como pelo apoio efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e

assessoria. As competências comuns do enfermeiro especialista são categorizadas em quatro domínios. O desenvolvimento e a aquisição destas competências e o seu impacto na tomada de decisão no cuidado da pessoa em situação perioperatória serão de seguida apresentados, de forma crítica, reflexiva e fundamentada.

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A relação entre profissionais de enfermagem, pessoas e famílias, e a qualidade dos cuidados pautados em uma filosofia humanística requer a capacidade de reconhecer as questões éticas que surgem no quotidiano. Nesse sentido, o uso da deliberação ética é uma estratégia útil e relevante, pois permite aos profissionais de saúde analisarem as questões éticas de forma contextualizada e sistemática e encontrarem soluções razoáveis entre escolhas prudentes (Bettencourt, 2022).

A enfermagem que hoje encontramos nos hospitais, é marcada pela responsabilidade ética na defesa e proteção dos direitos das pessoas. Sendo a Enfermagem Perioperatória caracterizada pela permanente evolução da ciência e desenvolvimento tecnológico, permitindo-nos realidades como as que se verificam numa UCA: one day surgery, e como as que se verificam com a cirurgia endovascular (intervenção guiada por cateter intravascular), o cuidado não pode ser considerado apenas numa perspetiva técnica. Estas realidades exigem responsabilidades acrescidas e consequente preocupação ética, profissional e legal.

Seja como enfermeira ou como aluna, deparei-me, diversas vezes, com situações de dilemas éticos e morais, relacionados ao estado de vulnerabilidade da PSP que exigem uma resposta rápida, sendo, por vezes, difícil dar uma solução absoluta. Um exemplo claro é quando ocorrem situações de emergência, como a suspeita uma isquemia da artéria mesentérica, onde a necessidade urgente de intervenção cirúrgica torna prioritária a ação da equipa médica, mesmo que isso signifique abdicar das diligências necessárias para obter conhecimento do projeto de saúde da PSP. Neste contexto, a tomada de decisão é exclusiva da equipa médica, exceto nas situações em que o nível de consciência da PSP não está comprometido; sempre que a pessoa demonstre capacidade deliberativa o seu

consentimento para o procedimento cirúrgico deve ser obtido de forma clara e esclarecida. Em situações de compromisso do estado de consciência, vários princípios éticos são evocados. Primeiramente, o princípio da beneficência, manifestado pela necessidade de intervenção cirúrgica urgente, com o objetivo de prevenir e controlar os danos decorrentes da isquemia mesentérica. Paralelamente, o princípio da não maleficência é considerado, uma vez que a decisão de realizar a cirurgia tem como objetivo evitar danos adicionais à saúde da pessoa que poderiam surgir caso a intervenção não fosse realizada rapidamente. Apesar de o princípio da autonomia parecer negligenciado, uma vez que se trata de uma emergência e a capacidade de consentimento, da PSP, estar comprometida, assume-se o consentimento presumido. O consentimento presumido ocorre quando a situação em que a pessoa que age permite supor que a pessoa, cujo interesse juridicamente protegido, teria consentido caso estivesse ciente das circunstâncias envolvidas (Lei n.º 59/2007, artigo 39.º). Além disso, o princípio da justiça está implícito na ação da equipa médica ao priorizar a saúde e o bem-estar da pessoa numa situação de emergência médica, mesmo que isso signifique adiar a consideração do projeto de saúde da PSP em prol da urgência cirúrgica. Em suma, a priorização da intervenção cirúrgica urgente sobre as diligências para obter o consentimento da PSP ou da família, reflete a aplicação dos princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, com o objetivo de assegurar o melhor interesse da PSP perante uma emergência médica.

Como enfermeiros, frequentemente nos deparamos com conflitos entre a proteção da dignidade da pessoa e sua autonomia com o princípio da beneficência. Nestas circunstâncias, cabe-nos mediar a situação em prol do bem maior para a pessoa que está sob os nossos cuidados. Na UCA e no BOC pude identificar como problemas frequentes, problemáticas relacionadas com o fornecimento de informação, no que respeita, ao tipo de esclarecimento a dar, ao conteúdo da mesma, ao momento em que é dada, assim como perceber as necessidades de cada pessoa e família, e o curto período para o fazer. Segundo Kolcaba, 2001, as cited in Oliveira et al. (2020), o Conforto também é proporcionado quando a pessoa e/ou família estão bem informados sobre a sua situação de saúde. Populações vulneráveis como os idosos, o afastamento da família e das pessoas significativas, conduz facilmente a sentimentos de ansiedade, desamparo e desconforto que são facilmente exteriorizados pela manifestação de tristeza e sofrimento, podendo

estes serem colmatados pela promoção da participação ativa do idoso nas tomadas de decisão (Leite et al., 2015). Acresce dizer que, durante o período de estágio, constatei que o perfil da pessoa que recorre a este Centro Hospitalar apresenta um nível de escolaridade baixo e, por vezes, o seu estado de saúde limita-o na compreensão e comunicação, condicionando a sua capacidade de aprendizagem. Estas são constatações que corroboram a existência de uma correlação entre o nível de escolaridade e o seu estado de saúde, bem como a capacidade de aprendizagem e a presença de comorbilidades. Além disso, observa-se que essa relação pode também ser influenciada pelo contexto geográfico em que as pessoas estão inseridas, como indicado por Huisman et.al (2008), conforme citado por ICN (2011). Pelos últimos Censos, numa área predominantemente rural, esta realidade constitui um grande desafio. Nesta região, existe ainda uma grande disparidade socioeconómica que permite que cerca de 27,3% da população com 15 ou mais anos não tenha mais do que o quarto ano de escolaridade e cerca de 2,2% não sabe ler ou escrever. Cerca de 1/3 da sua população apresenta um nível de escolaridade que os coloca em maior risco em relação ao seu estado de saúde (PORDATA, 2021). Talvez a relação destes dados com o perfil da PSP seja uma questão a ser abordada em projetos futuros e que possam demonstrar que a baixa escolaridade destas pessoas os colocou em risco de desenvolverem comportamentos que os conduziram ao seu estado atual de vulnerabilidade.

A realidade é que as pessoas com baixa escolaridade enfrentam dificuldades para compreender as informações fornecidas durante o processo de educação, o que levanta a questão ética de que o profissional de saúde deve assegurar a compreensão adequada por parte da PSP ou pessoa significativa. Outra situação bastante comum refere-se ao aumento da vulnerabilidade da pessoa às pressões sociais e culturais, quando elas têm baixo nível de escolaridade. Dado que, em geral, os profissionais de saúde têm maior conhecimento e autoridade na área da saúde, há uma disparidade de poder e essas pessoas sentem-se menos capacitadas para questionar ou recusar procedimentos, o que nos leva a questionar a verdadeira autonomia na decisão. A relação entre o profissional de saúde e a pessoa, muitas vezes, reflete uma abordagem paternalista, onde o profissional, apesar de procurar o bem-estar da pessoa cuidada, pode negligenciar o direito à autonomia da pessoa em consequência da relação assimétrica entre ambos (Souza et al., 2010). Nesse contexto, a

pessoa pode ser subjugada a um objeto de cuidado, perdendo a sua individualidade e capacidade de tomar decisões. Essa dinâmica complexa pode comprometer a autonomia da pessoa, devendo procurar-se o equilíbrio entre a beneficência e a autonomia na relação profissional de saúde-pessoa (Souza et al., 2010)

Em resumo, independentemente do nível de escolaridade, todos devem ter a oportunidade de participar de forma ativa nas decisões sobre os seus cuidados de saúde, e cabe aos elementos da equipa proporcionar essa abertura. No âmbito da enfermagem perioperatória, o enfermeiro, além das responsabilidades na instrumentação, circulação e anestesia, também atua em áreas como gestão, liderança, educação e defesa dos direitos das pessoas a vivenciar experiência cirúrgica (OE, 2018). Premissa que procuro manter presente na minha conduta enquanto profissional e aluna.

Num Bloco Operatório que atende as cirurgias de urgência/ emergência, a complexidade crescente dos cuidados e as tomadas de decisão cada vez mais complicadas, revelam a necessidade de competências especializadas neste ambiente de atuação. Assim sendo, menciona-se o Artigo 86º do código deontológico que se refere ao respeito pela intimidade, sendo dever do enfermeiro respeitar e salvaguardar a intimidade da pessoa no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega (OE, 2015). Kolcaba destaca a importância da garantia da privacidade e individualidade como condições essenciais para a vivência do conforto em ambiente hospitalar (Kolcaba as cited in Oliveira et al., 2020). No entanto, devido a limitações estruturais, a área de acolhimento do Bloco Operatório, sala de espera e UCPA imediatos da UCA (loais onde não existem barreiras físicas entre as unidades) compromete a privacidade e a confidencialidade na colheita e fornecimento de dados/ informações à PSP. Na UCA, especialmente na área da cirurgia oftalmológica, com pessoas maioritariamente idosas, onde a acuidade auditiva frequentemente se encontra comprometida, garantir o sigilo e segurança das informações verbais prestadas apresenta-se como um desafio. Este desafio é particularmente relevante para o EEEMC, que, de acordo com o Regulamento n.º140, de 2019 (p.4746), tem a responsabilidade de “assegurar a confidencialidade (...) da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional”. A este propósito, participei no Congresso “Humanize Healthcare II”, promovido pela equipa de humanização do Centro Hospitalar (Anexo 3), onde houve uma ampla discussão sobre a arquitetura humanizada e o seu impacto na

privacidade e dignidade dos utilizadores do SNS. A evolução da arquitetura hospitalar tornou-se uma necessidade, sobretudo após reconhecida a conexão direta com a prevenção, promoção da saúde e impacto na recuperação das pessoas. Diversos fatores, como a iluminação, as cores, a ventilação, o conforto térmico, ergonomia, acessibilidade exercem influência direta na saúde, bem-estar e recuperação do indivíduo através da arquitetura hospitalar (Congresso “Humanize Healthcare II”). Esses foram alguns aspetos para os quais fiquei mais atenta e sobre os quais ainda não havia refletido; neste sentido, procurei maximizar os recursos ao meu dispor, como biombo, para garantir o respeito pela intimidade e confidencialidade da informação verbalizada.

Ainda no âmbito deste domínio, verifiquei que, diariamente, convivemos com uma diversidade de raças e etnias cada vez maior. E neste sentido é de destacar a notória preocupação de ambas as equipas pelo respeito dos valores, costumes e crenças espirituais destas pessoas, demonstrando o reconhecimento e aceitação das equipas pelos direitos das pessoas como seres holísticos. Esta conduta, que consiste em proporcionar à pessoa cuidada sensações de confiança, segurança e tranquilidade, por meio de atitudes promotoras do bem-estar, fortalece as pessoas, facilitando a adesão a comportamentos de saúde (Kolcaba as cited in Oliveira et al., 2020).

No que à dor diz respeito, aliviar o sofrimento, seja ela física, psicológica, social ou espiritual, é uma responsabilidade ética global, na qual os enfermeiros têm um papel fundamental (Comissão Nacional Cuidados Paliativos, 2023). Os enfermeiros devem estar atualizados quanto às mais recentes recomendações para o tratamento da dor, bem como serem capazes de avaliar o uso adequado dos analgésicos, incluindo os opióides, e monitorizar a resposta à medicação (Marques et al., 2023). Além disso, é igualmente importante reconhecer o valor das abordagens não farmacológicas na gestão da dor. O enfermeiro desempenha um papel essencial na educação das pessoas e suas famílias sobre a importância e eficácia das abordagens não farmacológicas, que podem incluir aplicação de gelo, terapia cognitivo-comportamental, por exemplo, pelo recurso à imaginação guiada, posicionamento da pessoa de forma confortável, entre outras (Santos et al., 2022).

Como aponta um estudo publicado na Family Medicine & Primary Care Review (s.d.), sobre o impacto da dor e adesão ao tratamento, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), para um tratamento eficaz, é fundamental fornecer

informações claras sobre os benefícios do tratamento para a dor, que está a ser realizado. Dessa forma, no âmbito deste domínio, as minhas intervenções incluíram: explicar os mecanismos de ação dos fármacos de forma clara, enfatizando o lado benéfico da medicação; evitar promessas irreais, explicando os efeitos reais do fármaco; e permitir que as pessoas compartilhem suas experiências anteriores e atuais relacionadas com o uso de medicação para a dor, salientando as memórias positivas. Ou seja, procurei aperfeiçoar a escuta ativa das preocupações e necessidades das pessoas em relação ao controlo da dor, trabalhar em colaboração com elas, informá-las sobre as diferentes opções de tratamento e ajudá-las a compreender os riscos e benefícios associados a cada opção, para que possam tomar decisões informadas e proteger o princípio de autonomia da PSP com dor. Como é mencionado já no Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos, disponibilizado pela IASP (2010), a educação e a informação, fornecidas à pessoa, são fundamentais para o êxito do tratamento da dor e ajudam a promover a adesão às terapias.

Termino a reflexão deste domínio do EEEMC citando o estudo de Amorim Araújo et al. (2022) que demonstra que os enfermeiros perioperatórios enfrentam diariamente vários conflitos ético-morais e, como tal, sugerem a importância da formação ética dos profissionais, que promova uma consciência moral fundamentada nos princípios da justiça, beneficência e respeito pelo outro. “. Uma boa comunicação e explicações sobre as possibilidades terapêuticas existentes podem reduzir o medo e o desamparo, e permitir que os pacientes enfrentem melhor a doença e seus desafios” (Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos, 2010, p.370).

2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE

Relembrando o conceito de qualidade, esta é entendida na área da saúde como a “prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (Saturno as cited in DGS, 2015, p.16), o que significa que os cuidados de saúde são adaptados às necessidades e expectativas do cidadão e ao melhor desempenho profissional possível. Como enfermeira que exerce a profissão desde 2006, pude

acompanhar alguns dos progressos verificados nos serviços de saúde, os quais me exigiram, à semelhança de outros profissionais de saúde, a aquisição de competências adicionais de modo a evitar efeitos indesejados na saúde da pessoa cuidada. Relembrando as considerações da Ordem dos Enfermeiros, em 2001, a qualidade em saúde é uma meta multiprofissional. Neste sentido, a partir desta preocupação, a OE, elabora o Enquadramento Conceptual e os Enunciados Descritivos de Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Já em 2007, Baumann e Andrea, reconhecem que, independentemente do tipo de prática, os enfermeiros têm um atributo que os diferencia: são profissionais comprometidos que abraçam uma filosofia holística de cuidados. Portanto, o meu percurso profissional desde sempre foi marcado pela preocupação com a prestação de cuidados seguros, de elevada qualidade e eficientes, tendo sido necessários grandes investimentos em formação continua e pesquisa bibliográfica de modo a garantir uma atualização constante.

A crise económica que afeta a área da saúde, há longos anos, exigiu dos profissionais, criatividade, resiliência e empenho, muitas vezes com prejuízo para a sua vida pessoal e familiar, de modo a cumprir com a qualidade do exercício da profissão prevista pela Ordem dos Enfermeiros. Atualmente, a qualidade nos serviços de saúde é, cada vez mais, uma opção estratégica essencial, deixando de ser uma escolha para se tornar numa obrigação inquestionável (Mendes & Mirandola, 2015). Como já foi mencionado anteriormente, as transformações na área da saúde aumentaram as preocupações com a segurança dos cuidados. No bloco operatório, essa necessidade verificou-se sobretudo ao nível da organização dos profissionais e equipamentos, seguindo procedimentos documentados, por forma a garantir práticas de elevada qualidade (Caspe Healthcares Knowledge System, 2016 as cited in Gomes 2020).

Em 2017, o Colégio da Especialidade de EMC aprovou um referencial de padrões de qualidade para a prática especializada, visando incentivar a reflexão e apoiar a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade (OE, 2017). Esse referencial também serve de guia na definição de indicadores que identifiquem o impacto dos cuidados de enfermagem na promoção de ganhos em saúde.

Em relação às competências delineadas para o EE no domínio da melhoria

contínua da qualidade, prevê-se que este assegure “(...) um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais”, promova “(...) práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua” e garanta “(...) um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº140/2019, artigo 6º, p. 4745). Sabendo que as salas de cirurgia são centros financeiros críticos para os sistemas hospitalares, representando cerca de um terço de todos os gastos com os cuidados de saúde (Lee et al., 2019), houve a necessidade de uma reflexão sobre a operacionalização e a manutenção da qualidade dos cuidados neste contexto, culminando na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que se apresenta em anexo (DGS, 2015). Neste pudemos verificar a importância reconhecida da existência de normas clínicas que orientem a prática dos profissionais de saúde. Ações que assumem particular relevância na cirurgia de ambatório, por exemplo, em que as admissões e altas para cirurgia ocorrem no mesmo dia.

Posto isto, o período de estágio deu-me o tempo e a distância necessários para refletir sobre os cuidados prestados, as normas de segurança seguidas e como melhor contribuir para um ambiente seguro. Mais uma vez, a participação no Congresso “Humanize Healthcare II”, permitiu-me obter várias conclusões a este nível do cuidar, sendo uma delas a clara importância de que a humanização dos cuidados de saúde deve começar de “dentro para fora”, ou seja com profissionais motivados e seguros. Com base na minha experiência, considero esse aspeto pouco explorado, o que me levou a direcionar algumas das minhas atividades no sentido da capacitação dos enfermeiros, ao mesmo tempo que contribuí para a melhoria das condições de assistência da PSP.

A partir de momentos de partilha de conhecimentos e implementação de cuidados, identifiquei algumas lacunas sobre as quais poderia deixar um contributo. Neste sentido, desenvolvi um guia orientador para integração de enfermeiros de anestesia (EA) e unidade de cuidados pós-anestésicos no serviço do Bloco Operatório Central. Acredito que ao definir as ações e responsabilidades necessárias para desempenhar funções como EA, estou a contribuir para a uniformização de procedimentos e otimização do desempenho da assistência em enfermagem na área da anestesia, tendo sido este um dos principais objetivos na elaboração deste documento (Apêndice 3). Embora o meu estágio tenha sido orientado para a Cirurgia Vascular, percebi que alguns enfermeiros recentes

no serviço têm dificuldades em assegurar funções de EA em cirurgia vascular, principalmente por não haver um entendimento daquelas que são as suas responsabilidades e habilidades necessárias para atender às necessidades da PSP desta especialidade, além de desconhecerem a curva de aprendizagem esperada deles. Decorrente da minha experiência, verifiquei que a alocação de EA inexperientes em Cirurgia Vascular aumenta a probabilidade de ocorrência de erro humano, os quais são evitáveis por meio de uma organização adequada da equipa. A minha experiência permite-me afirmar que a segurança e bem-estar da PSP depende não apenas da competência individual dos profissionais, mas também da coordenação eficaz da equipa. Por este motivo considero a formação e o planeamento do processo de integração de um enfermeiro no bloco operatório um investimento na qualidade dos cuidados, sobretudo em áreas cirúrgicas complexas, como a área da Cirurgia Vascular.

O processo de integração de um enfermeiro no bloco operatório é um processo moroso e complexo, tornando-se um trabalho exigente quer para o novo enfermeiro, quer para o enfermeiro responsável pela sua integração (AESOP, 2006; Cabral, 2014). Ao iniciar funções num novo serviço, o enfermeiro passa, simultaneamente, por uma fase de influência de grupo e por um processo de incorporação de protocolos e normas institucionais, na medida em que vai desenvolvendo atividades que contribuem para o desenvolvimento de competências profissionais. É nesta fase de adaptação do enfermeiro, seja no início de carreira ou numa nova área de prestação de cuidados, que ocorre a integração no meio organizacional e na equipa multidisciplinar em particular (Macedo, 2012).

As organizações de saúde representam sistemas sociotécnicos com subsistemas adaptativos complexos, cuja estrutura é voltada para alcançar eficiência diante das constantes mudanças do ambiente e processos interativos dinâmicos (Jesus, 2022). No contexto dos ambientes de prática de enfermagem, investir numa cultura de segurança é fundamental para assegurar um desempenho consistente com a missão e os valores da instituição/ serviço, contribuindo, consequentemente, para a realização dos valores pretendidos (Jesus et al., 2015). Pela utilização da matriz de análise SWOT (Figura 3), é possível verificar a importância de um Modelo de integração de novos enfermeiros no Bloco Operatório como uma estratégia planeada para superar as dificuldades inerentes ao

processo de adaptação de novos enfermeiros num ambiente tão específico quanto o Bloco Operatório. A sigla SWOT deriva dos termos em inglês: pontos fortes (Strengths), pontos fracos (Weaknesses), oportunidades (Opportunities) e ameaças (Threats), refletindo uma abordagem abrangente do meio envolvente (fatores externos e internos) que possam influenciar o desempenho organizacional (Jesus, 2022). Assim sendo, na figura 2, é apresentada a análise do ambiente externo, onde se incluem as oportunidades e ameaças, e do ambiente interno, onde se incluem as forças e fraquezas. A análise SWOT, ao proporcionar uma visão global da situação, permite identificar estratégias e ações de melhoria, que no presente contexto se refere ao processo de integração de novos elementos no serviço Bloco Operatório.

Figura 5.

Análise SWOT do Processo de Integração de novos elementos no Bloco Operatório

S	STRENGTH FORÇAS	Aumento da segurança; Profissionais especializados e treinados; Reforço dos enfermeiros por especialidades; Envolvimento da chefia; Aumento da equipa de enfermagem; Desenvolvimento de cultura de segurança; Desenvolvimento de competências emocionais
W	WEAKNESS FRAQUEZAS	Défi ce de recursos humanos; Pressão adicional sobre os elementos integradores; Aumento da rotatividades dos elementos da equipa; Tempo disponível para integração
O	OPPORTUNITIS OPORTUNIDADES	Desenvolvimento de manuais/normas; Formar novos elementos de acordo com a cultura organizacional do serviço; Melhoria continua da qualidade e segurança dos cuidados; Reconhecimento da Instituição; Desenvolvimento do sentimento de pertença; espírito de equipa
T	THREATS AMEAÇAS	Enfermeiros com conhecimentos mas pouca prática; a morosidade do período de integração; pressão adicional sobre os novos elementos; eventuais desperdícios; complexidade de materiais e equipamentos - falta de conhecimento; complexidade dos procedimentos cirúrgicos; capital relacional

(Fonte: a própria)

Por tudo o que foi dito, compreende-se que a existência de um plano de integração dos enfermeiros e o comprometimento dos enfermeiros integradores são aspetos cruciais para organização dos cuidados perioperatórios. Embora não seja o único requisito, uma integração adequada proporciona uma prática profissional mais coesa e organizada, resultando em uma melhoria real da qualidade dos cuidados prestados (Macedo, 2012). Um plano de integração bem estruturado para os novos profissionais assume-se como um elemento precursor de cuidados de enfermagem de qualidade, sendo indispensável na

capacitação de profissionais seguros e competentes. Já Carvalho, em 2019, ressalta que a existência destes instrumentos são cruciais para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, quer para a equipa quer para os novos membros. Portanto, fundamentada na pertinência da aplicação de planos de integração e validada a necessidade de se criar um guia orientador das funções do EA, procurei organizar um documento que articulasse intervenções interdependentes e independentes com o conhecimento, formalizados numa perspetiva interdisciplinar.

Ainda no âmbito do domínio qualidade, tendo em conta o percurso anteriormente exposto, verifiquei que, ambos os contextos de prática clínica, estão munidos de normas, protocolos, instruções de trabalho e projetos de melhoria contínua, nos quais tive a oportunidade de participar/colaborar. Muitos destes alinhados com os objetivos prioritários da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (DGS, 2015), apoiando os seus esforços na aplicação de referenciais nacionais, como normas clínicas e regulamentos jurídicos, para apoiar as suas ações na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Em linha com o modelo conceptual de Kolcaba, é objetivo da instituição alcançar a excelência organizacional de forma consistente e sustentável em prol do cidadão. Sabendo que o conforto, como resultado holístico, gera impactos significativos, tanto para a pessoa quanto para o profissional de enfermagem e instituição de saúde; o profissional de enfermagem, por meio da sua atuação, promove relações custo-benefício resolutivas que, no caso da pessoa, contribuem para uma maior satisfação com a prestação de cuidados e, conseqüentemente, para a adesão ao plano terapêutico, o que fortalece a posição da instituição de saúde (Olveira et al., 2020). Esta contextualização serve para fundamentar a cultura organizacional desta instituição que visa mitigar os eventos adversos associados aos cuidados de saúde e melhorar a segurança do doente, em concordância com as diretrizes emanadas pela DGS e OMS.

Em 2000, o relatório “To err is human” do Instituto de Medicina Americano, impulsionou a preocupação com a segurança da pessoa no contexto de saúde, reconhecendo o risco de ocorrência de eventos adversos associados ao sistema moderno de prestação de cuidados (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2000). Em resposta às diretrizes da OMS e com vista a mitigar os eventos adversos associados aos cuidados de saúde e melhorar a segurança do doente, a

DGS desenvolveu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS, enfatizando a comunicação eficaz como um dos seus pilares (DR, 2021). Estes documentos defendem que uma comunicação eficaz promove a colaboração entre as equipas multidisciplinares, levando a diagnósticos mais precisos e melhores resultados clínicos. A ausência de coordenação pode resultar em lacunas no tratamento e interrupções nos cuidados, contribuindo para desfechos de saúde menos favoráveis. Em 2017, a DGS ao emitir a norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, define as transições de cuidados como momentos críticos, pelo que é necessário uma comunicação mais eficaz na transmissão de informação entre as equipas. Este documento explica que a comunicação, durante a transição de cuidados, deve ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor. Neste sentido, recomenda o uso da técnica de ISBAR como ferramenta de transmissão de cuidados, contribuindo assim para o fortalecimento da segurança do utente (DGS, 2017).

A comunicação entre os profissionais de saúde representa um grande desafio; esta consciencialização surge quando ainda desenvolvia atividade no serviço de internamento de Medicina. Portanto, foi-me fácil valorizar todas as estratégias ou metodologias de normalização/ padronização da transmissão de informação como uma ferramenta importante para evitar erros e lacunas. A mnemónica ISBAR, constitui por isso um ótimo instrumento que, de forma simples, permite memorizar construções complexas a serem utilizadas na transmissão verbal de informação (DGS, 2017).

A técnica ISBAR (Identificação, Situação atua, Background - Antecedentes, Avaliação, Recomendações) está em uso na UCA e no BOC, garantindo a correta transmissão de informações durante as transições de cuidados. Pude verificar que a equipa de enfermagem e anestesiologia garantem essa prática, promovendo uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, em conformidade com a Norma nº 001/2017 da DGS. Em contexto de CA, constatei que esta ferramenta de padronização de comunicação assume particular relevância devido à quantidade/ rotatividade de pessoas em situação perioperatória, onde são muitos os momentos de admissões e altas hospitalares para o domicílio. No BOC, este é também um projeto em desenvolvimento, no qual pude colaborar de forma ativa no aprimoramento e operacionalização da técnica ISBAR. A

transmissão incorreta de informações pode causar danos graves, como a indução de diagnósticos imprecisos, incidentes de segurança, erros e tratamentos inadequados, além de potencializar a ocorrência de conflitos entre os profissionais de saúde (Figueiredo et al., 2020).

É importante ter em mente que, ao se referir à comunicação, é necessário considerar a comunicação institucional, interpessoal e com a pessoa/família cuidada, o que tem um impacto significativo na qualidade dos cuidados e segurança das pessoas. Em ambos os locais de estágio, pude perceber a crescente preocupação com a segurança da PSP e o notório esforço com que os profissionais procuram cumprir as políticas institucionais de boas práticas e a adesão crescente ao sistema de notificação de incidentes, que, atualmente, é acessível a todos os profissionais e não tem caráter punitivo.

Para finalizar, importa reforçar que a comunicação tem se tornado cada vez mais relevante nas instituições de saúde, sendo necessário que ela seja eficaz, de forma a garantir a segurança, a qualidade e, consequentemente, a diminuição dos riscos associados aos cuidados de saúde.

2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

No que diz respeito à gestão dos cuidados, é importante relembrar as competências que se espera do EEEMC neste domínio. Assim, o EEEMC, “gere os cuidados de enfermagem, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”, assim como “adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p. 4748).

No que diz respeito ao domínio da gestão, desde cedo no exercício da profissão, tive a oportunidade de assumir responsabilidades como responsável de turno, quer no Serviço de Medicina, quer no Serviço Bloco Operatório. A gestão da equipa de enfermeiros e auxiliares no Bloco Operatório é uma tarefa complexa, que requer um grande domínio das dinâmicas do serviço, tomada de decisões rápida, comunicação eficaz e liderança. A liderança é fundamental na construção de ambientes de trabalho de qualidade, na implementação de novos modelos de cuidados e no bem-estar à equipa (Cummings et al. 2018). Ao longo da minha trajetória, pude perceber que o domínio de

conhecimentos, muitos adquiridos com a experiência, foi essencial para desempenhar essa função com segurança. Atualmente, acredito que um líder deve ser mais um colaborador do que um chefe isolado, ou seja, deve atuar como um elemento da equipa. Conforme observado por Cummings et al. (2018), o sucesso da estratégia de uma organização depende da presença de uma liderança que fortaleça a missão, visão e propósito (why) da organização. Um líder é aquele que é capaz de inspirar os membros da equipa a trabalharem juntos em prol dos mesmos objetivos, a celebrarem as conquistas e a manterem a determinação para superar os desafios. Na maioria das situações em que assumo a responsabilidade de turno, a minha função é substituir o enfermeiro gestor do serviço, na sua ausência, o que requer tomar decisões operacionais, geralmente a curto prazo. Neste sentido, acredito que para desenvolver esta função é essencial estar plenamente envolvida como membro da equipa. Esta abordagem permitiu-me aprimorar a comunicação, tornando-a mais eficiente, promover sentimento de pertença por parte dos outros membros da equipa nas tomadas de decisão, o que resultou em um maior envolvimento destes na implementação de uma determinada estratégia. Esta conclusão está alinhada com a ideia de que liderar é a combinação de motivação, liderança e comunicação (Cummings et. al., 2018). Apesar de considerar que a experiência deve ser um fator a ter em conta na escolha do responsável de turno, muitas vezes vejo-me a liderar equipas compostas por membros que têm habilidades de gestão reconhecidas devido aos seus anos de experiência. Para superar esse desafio, entendo que a melhor estratégia seja ser honesta comigo mesma e com os demais, reconhecendo as minhas fragilidades e procurando auxílio junto aos mais experientes. Esta conduta é coerente com as expectativas dos enfermeiros que exercem funções de gestão, que devem demonstrar competências como criatividade e honestidade, além supervisionar as atividades da equipa (Demirhan et al., 2020). Ao manter o espírito aberto, demonstrar interesse e empenho, consegui desenvolver estratégias pessoais que me permitem superar uma das principais dificuldades que está na base da maioria dos erros e eventos adversos em ambientes tecnicistas, que é a comunicação. Incentivar os trabalhadores, aumentar a satisfação e a motivação no trabalho, melhorar a lealdade corporativa e criar um ambiente de partilha de informação são algumas das qualidades essenciais para os enfermeiros líderes (Serinkan & Ipeckci, 2005; Yilmaz & Kantek, 2016).

Como uma das responsáveis pelos materiais e equipamentos utilizados pela Anestesiologia, além da relevância prática, é nossa preocupação criar estratégias que melhorem a qualidade dos cuidados de enfermagem, otimizem procedimentos e diminuam o desperdício, seja de material ou de recursos. Quando dispensamos mais tempo numa tarefa além do que é necessário para a sua execução, isso resulta em desperdício. Os desperdícios geram custos desnecessários e resultam em esforços ou iniciativas que não adicionam valor ao produto ou serviço (Rodriguez et al., 2012). Segundo Guimarães (2018), em ambiente hospitalar, são exemplos de desperdício: stock excessivo e movimentação excessiva. Garantir a continuidade dos serviços de saúde e manter stocks são funções essenciais dos gestores. As ruturas de stock nesta área podem ter consequências para a PSP, bem como na confiança que a população tem no sistema. Adotando uma perspetiva de gestão a longo prazo, procuramos melhorar o controlo de stock e a organização estratégica dos materiais de forma a reduzir a necessidade de movimentação, o que contribui para diminuir a probabilidade de ocorrência de erros, custos e melhorar o fluxo (Vieira et al., 2020). Apesar de ser um papel frequentemente incompreendido, considero que a criação de grupos de trabalho dedicados à gestão de áreas de atuação específicas é uma forma de aumentar a eficiência e a eficácia dos cuidados prestados, contribuindo para a qualidade e a satisfação das pessoas envolvidas no processo. Dessa forma, acredito que contribuo de forma proativa para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, para a gestão do serviço e para o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa, indo ao encontro com as expectativas da enfermagem especializada no que diz respeito à gestão dos cuidados.

No contexto das competências especializadas, as atividades realizadas durante os períodos de prática clínica, no âmbito deste domínio, foram direcionadas para otimizar os cuidados à PSP e aprimorar as habilidades já adquiridas como enfermeira generalista. De acordo com a OE, a gestão dos cuidados revela uma estreita relação entre o EE e as funções de liderança na equipa de enfermagem, com o objetivo de otimizar os recursos disponíveis. Estudos realizados pela OE indicam que a especialização em Enfermagem, uma tendência internacional, tem um impacto positivo, pois melhora os indicadores de saúde dos clientes, aumenta a eficiência e gestão institucional, além de melhorar os índices de satisfação e de retenção dos próprios profissionais (Lopes et al., 2018).

O envelhecimento da população e a evolução demográfica exercem uma pressão adicional nos sistemas de saúde, tornando-se evidente a necessidade de assegurar que o sistema de saúde está dotado do número adequado de profissionais para a prestação segura e eficaz dos cuidados de saúde à população. O Regulamento n.º 743/ 2019, da OE, define que a dotação adequada de enfermeiros, a qualificação e o perfil de competências são fatores cruciais para atingir os níveis de segurança e qualidade dos cuidados prestados à população alvo. Portanto, além do número de enfermeiros, é levada em consideração, a qualificação e o perfil de competências dos mesmos, de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, é recomendado adotar estratégias e critérios que permitam a adequação dos recursos humanos de acordo com as reais necessidades de cuidados da população (Regulamento n.º 743/ 2019). A não satisfação dos rácios mínimos pode prejudicar a capacidade de providenciar todos os cuidados necessários, o que pode comprometer a segurança dos clientes (Lopes et al., 2018).

Nos dois campos de estágio pude observar a conformidade com o cálculo recomendado pela OE, quanto às dotações seguras de enfermeiros para os BO de cirurgia convencional e de CA (Regulamento n.º 743/2019). Nas salas operatórias em funcionamento, são assegurados os três enfermeiros qualificados recomendados para a realização segura de procedimentos cirúrgicos: enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista. Além disso, em ambos os serviços, é comum destacar um enfermeiro de apoio que fica encarregado pelas diligências administrativas relacionadas com o aprovisionamento e gestão de materiais/ equipamentos necessários ao bom funcionamento do bloco operatório.

Pese embora, a falta de um dos enfermeiros necessários para o funcionamento de uma sala operatória inviabilizar a realização da cirurgia programada, no BOC, as cirurgias urgentes e emergentes que ocorram em simultâneo, não atendem a esse critério, especialmente durante o turno da noite, dado que no turno da noite não há a possibilidade de mobilização de elementos de outras salas operatórias para cumprir os rácios recomendados. Nestas situações, sempre que há a necessidade de abertura de uma segunda sala de urgência, o cumprimento do rácio para a realização segura de cirurgias é impossível de garantir. Atendendo a este contexto, o Regulamento para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem estabelece que as salas operatórias de

cirurgia programada ou urgente devem dispor de um enfermeiro de anestesia, um enfermeiro instrumentista e um enfermeiro circulante. No mesmo documento é recomendado que, para além da dotação em cada sala operatória, sejam incluídos postos de trabalho que atendam às necessidades de logística bem como de substituição de enfermeiros (Regulamento n.º 743/2019). O presente regulamento ainda preconiza que “as unidades de saúde disponham, em permanência, de uma equipa externa de apoio ao bloco central e ao bloco de partos, que atue em situações de urgência que o justifiquem” (Regulamento n.º 743/2019, p.143).

A abertura simultânea de salas para dar resposta às necessidades de cirurgia de urgência levanta várias questões essenciais sobre a organização e funcionamento das salas operatórias. Esta situação é particularmente desafiadora no contexto em que trabalho, onde a abertura de salas operatórias para cirurgias de urgência é frequente, especialmente por o BOC prestar apoio ao Bloco de Partos para cesarianas. Durante os turnos em que o BOC conta apenas com a equipa de urgência, composta por cinco elementos, esta limitação torna-se ainda mais problemática. É certo que as cirurgias urgentes e emergentes não podem esperar, o que coloca pressão adicional na capacidade de resposta da equipa. Quando é necessário abrir uma segunda sala para cesariana urgente/ emergente, foi designado como apoio externo um elemento de enfermagem proveniente do Bloco de Partos ou serviço de Neonatologia, conforme disponibilidades, para prestar cuidados ao recém-nascido. No entanto, de acordo com o Regulamento sobre Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, a qualificação exigida para garantir a segurança e qualidade dos cuidados nem sempre é cumprida nessas circunstâncias, pois os elementos de apoio externo podem não estar familiarizados com o funcionamento e dinâmica de uma sala operatória. Além disso, em situações de abertura de segunda sala para cirurgias emergentes não obstétricas, não está previsto apoio externo, pelo que é o enfermeiro responsável que determina a alocação dos recursos de acordo com as habilidades e competências de cada um. A falta de enfermeiros capacitados em número suficiente para garantir a segurança nestas circunstâncias é uma preocupação constante e que pode comprometer a capacidade de resposta das unidades de saúde, especialmente em situações de urgências. Apesar das recomendações e pareceres da OE serem amplamente conhecidos, e das tentativas de sensibilização dos gestores desta unidade de saúde, ainda

não há uma resposta definitiva para assegurar a disponibilidade de recursos de apoio a estas situações. Diante deste contexto, cumpre à equipa de enfermagem a resiliência e criatividade para lidar com estes cenários, muitas vezes reportando-os através da plataforma institucional de notificação de risco. De acordo com a minha experiência, é importante salientar que a gestão eficaz do ambiente cirúrgico depende da capacidade de liderança e do conhecimento para antecipação de problemas e priorização de respostas adequadas a situações imprevistas e urgentes.

Desde que desempenho funções no Bloco Operatório já me deparei com esta situação, desempenhando diferentes papéis, quer como “quem executa” e quer como “quem delibera”. Posso por isso afirmar que profissionais mais experientes conseguem antecipar a organizar o trabalho de forma mais rápida e segura, graças ao conhecimento adquirido ao longo da sua vida profissional. Ao considerar o modelo de desenvolvimento de competências proposto por Benner (2001), embora a autora sugira que os enfermeiros ao concluírem a sua formação académica já se encontram no nível de principiante avançado, devido aos ensinamentos clínicos, no bloco operatório, dada a complexidade e especificidades das atividades aí realizadas, quando um enfermeiro inicia funções neste contexto enquadra-se no nível de principiante. Nesse contexto, a experiência e a formação contínua do enfermeiro perito desempenham um papel fundamental para garantir uma prática de enfermagem segura e eficaz nos cuidados perioperatórios, como enfatizado por Benner (2001). Perante este cenário, destaco a importância dos peritos de enfermagem perioperatória que integram as equipas do Bloco Operatório na coordenação e organização eficiente do trabalho. No entanto, a falta de reconhecimento pelas práticas desenvolvidas, podem ser geradoras de desmotivação e mal-estar no trabalho. É, por isso, fundamental investir em estratégias que promovam uma cultura de reconhecimento. No contexto altamente especializado como o bloco operatório, os enfermeiros peritos são essenciais para garantir a segurança e o bem-estar da PSP. No entanto, é preocupante observar a prevalência de sentimentos de desvalorização profissional, pelos enfermeiros peritos, em detrimento do foco excessivo no percurso académico, o que pode ser desmotivador e reduzir a satisfação no trabalho. Conflitos são comuns em qualquer profissão, inclusive na área da saúde, e têm um impacto importante na confiança dos profissionais de saúde, afetando, consequentemente, a prestação dos cuidados de saúde

(Piryani & Piryani, 2019). Porém, como os mesmos autores afirmam, a questão não é a existência de conflitos, mas sim a sua gestão. Quando mal gerido, o resultado pode ser contraproducente e, se gerido de forma adequada, incentiva a aceitação das diferenças legítimas e torna-se uma poderosa fonte de motivação. Portanto, perante este tipo de conflitos, uma abordagem eficaz inclui o feedback construtivo, para destacar a excelência nas práticas e contribuições individuais, assim como a criação de programas de mentoria e coaching, permitindo que enfermeiros mais experientes compartilhem os seus conhecimentos e experiências com colegas menos experientes, promovendo um ambiente de aprendizagem e valorização mútua. Essa abordagem está alinhada com o conceito de parceria colaborativa proposto por Gotieb et al. (2012), onde a supervisão colaborativa desempenha um papel importante na dinamização da equipa, identificando semelhanças (fortalecendo a coesão) e diferenças, responsáveis por impulsionar mudanças e inovações para a melhoria da prática de cuidados. Portanto, estabelecer uma comunicação transparente sobre as políticas de reconhecimento e celebrar as conquistas individuais e coletivas da equipa são estratégias fundamentais para promover uma cultura de valorização.

A UCPA é, de igual modo, um local crítico no que às dotações seguras diz respeito. Atualmente são destacados três enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde para um total de 10 unidades, sendo um número fora do recomendado, sobretudo em situações de pessoas com maior instabilidade hemodinâmica, e atendendo a que o rácio recomendado para cirurgia convencional é de dois doentes para um enfermeiro (Regulamento n.º 743/2019). Dado que o BOC dispõe de um enfermeiro de acolhimento, recorre-se à sua mobilização sempre que se verifique a necessidade de reforçar as equipas.

Estudos indicam que a presença de um maior número de enfermeiros especialistas está correlacionada “a menos complicações, menos infeções hospitalares e menos efeitos adversos”, conforme documentado por Lopes et al, (2018, p. 37). Portanto, é crucial garantir os rácios recomendados e investir na especialização dos enfermeiros, sendo esta uma necessidade imperativa para a segurança da PSP e não uma mera preferência das classes profissionais.

Ainda no domínio da gestão de cuidados, para alcançar os objetivos propostos, tive a oportunidade de acompanhar os enfermeiros responsáveis de turno e de Gabinete,

os quais exercem funções de gestão. Esses turnos dedicados à gestão, permitiram-me aprimorar competência nesta área e reforçar a importância de modelos de gestão de recursos materiais e humanos que garantam a disponibilidade de material e equipamentos necessários aos procedimentos cirúrgicos. Atualmente, é política do serviço assegurar esses postos de trabalho por EEEMCPSP, ou, na sua impossibilidade, por enfermeiros especialistas em EEEMC, até que haja um número suficiente de enfermeiros especialistas nesta área (Regulamento n.º 743/ 2019). No entanto, sendo a maioria dos enfermeiros detentores da especialidade em EMC à pessoa em situação perioperatória, elementos com pouca experiência em Bloco Operatório, em comparação com os peritos que compõe a equipa, existem conflitos organizacionais com os quais os Gestores ainda têm um longo caminho a percorrer até que sejam resolvidos. Assim sendo, a gestão de recursos humanos nos BO, sejam eles convencionais ou em regime de ambulatório, é um desafio. Baseada em todas as experiências vividas, os EEEMCPSP, pela sua curta existência dentro das organizações, enfrentam o desafio de promover uma mudança na cultura da prática de cuidados, demonstrando que a tomada de decisão (fazer) deve assentar na melhor evidência (conhecimento) em vez da tradição estabelecida. Isso é crucial para aumentar a eficácia e segurança das práticas de saúde, conforme indicado por Pereira (2021) e Schneider et al. (2020). No entanto, várias barreiras dificultam essa transição, onde se enumera a falta de tempo, falta de incentivo por parte da gestão, falta de formação, cultura organizacional resistente à mudança, falta de competência para avaliar criticamente a evidência científica, dificuldade em cumprir as etapas da pesquisa, recursos insuficientes e carga de trabalho elevada, conforme destacado por Apóstolo (2017); Cardoso et al. (2019); Schneider et al. (2020); Silva et al. (2021). No entanto, facilitadores como formação pós-graduada (Camargo, 2018) e formação contínua (Pereira, 2016) podem ajudar a superar essas barreiras e promover uma cultura de prática baseada em evidências.

2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

De acordo com o Regulamento nº 140, 2019, a OE determina que o enfermeiro especialista orienta a sua tomada de decisão em conhecimento válido, atual e relevante,

além de ser um facilitador no processo de aprendizagem e um agente ativo na área de investigação. Em 2018, Lopes e sua equipa concluem que os enfermeiros especialistas, em geral, demonstram um elevado nível de conhecimentos, o que significa que tendem a ter menos incidentes na prestação de cuidados ao cliente. Além disso, perspetivam a carreira de forma mais positiva, participam com maior frequência em ações de formação contínua, têm menor propensão a considerar a possibilidade de deixar as suas posições atuais, têm menor índice de absentismo e colaboram de forma mais eficaz com outros profissionais de saúde.

Na minha opinião pessoal, a satisfação profissional está relacionada à autonomia do enfermeiro e o conhecimento é uma condição para que esta se desenvolva. Dessa forma, considero que, no que diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o meu papel surge sob duas perspetivas: uma como enfermeira que leva conhecimento, através de processos educativos formais e informais; outra como consumidora de conhecimento, para que possa atuar de forma mais eficiente e segura. De acordo com a OE (2015), o desenvolvimento de competência ocorre por meio do aperfeiçoamento pessoal, que inclui a autoformação, formação contínua e processo de avaliação do desempenho. Em suma, o desenvolvimento pessoal e profissional acontece ao longo da vida num processo de aprendizagem contínua. O meu envolvimento em qualquer uma dessas perspetivas demonstra o comprometimento profissional que dedico à instituição onde exerço funções e às pessoas que recebem os meus cuidados.

Cada experiência vivenciada durante o Mestrado EEEMCPSP foi essencial para fortalecer e aprimorar competências na área da enfermagem perioperatória. Competências que foram cruciais para lidar com situações complexas, tomar decisões assertivas e refletir sobre diversas práticas de enfermagem e suas ramificações.

Durante os diversos contextos de estágio, procurei fundamentar as diferentes etapas do processo de enfermagem, onde se incluem a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação, em fundamentos científicos credíveis e atuais. Como já dizia Alarcão e Rua (2005) a riqueza e a natureza da aprendizagem proporcionada pelos estágios clínicos relaciona-se sobretudo com a sua dimensão reflexiva na exploração dos “como”, “porquê” e “para quê”.

Quer por ser responsável por uma área de atuação (Anestesiologia), quer por ser o elo de ligação do meu serviço com a UFDA do Centro Hospitalar onde exerço funções, quer por ser mais um elemento da equipa, sempre me envolvi ativamente na partilha e divulgação de conhecimento na perspetiva da melhoria da resposta à multiplicidade de responsabilidades no cuidado à PSP. No entanto, para partilhar é necessário ter e este estágio permitiu-me aprimorar a minha compreensão e explorar cenários diferentes da prestação de cuidados perioperatórios. Desde cedo tornou-se evidente, para mim, que esta seria uma oportunidade para refletir de que forma é possível contribuir para melhorar a nossa atuação no sentido de identificar e abordar as necessidades não satisfeitas de conforto da PSP e seus familiares/pessoa significativa, geradoras de stress.

A colaboração na integração de novos enfermeiros no Bloco Operatório também foi e é muito enriquecedora, pois é uma responsabilidade que exige um domínio sobre a generalidade do funcionamento do Bloco Operatório e qual o nosso papel no serviço. Sendo o Bloco Operatório um serviço fechado e quase místico, com muitas suposições sobre o trabalho desenvolvido para além daquelas duas grandes portas metalizadas, os novos elementos, sem experiência em bloco operatório, trazem consigo muitos medos e fragilidades para as quais o elemento integrador deve estar sensível. (Carvalho et al., 2019). Em concordância com o que foi previamente exposto e fundamentado, encaro esta função com grande empenho e preocupação, pois considero que as integrações são um fator preditivo para um percurso de sucesso. Como mencionado anteriormente, durante esta oportunidade formativa, elaborei um guia orientador para a integração de enfermeiros de anestesia (EA) e unidade de cuidados pós-anestésicos no serviço do Bloco Operatório Central. Além disso, com base na minha passagem pela sala híbrida, desenvolvi uma proposta de guia orientador da atuação do enfermeiro na Sala Hemodinâmica, para procedimentos endovasculares, com e sem anestesia (Apêndice 4).

A radiologia de intervenção é uma especialidade médica que envolve diagnósticos e tratamentos orientados por imagem radiológica constante, o que requer a presença de uma equipa de profissionais com habilidades específicas, das quais se enumeram: ser dinâmico, proactivo e capaz de trabalhar em equipa (Royal College of Nursing e o Royal College of Radiologists, 2014). Apesar da sua natureza minimamente invasiva, as cirurgias endovasculares periféricas e carótídeas têm consequências que exigem a

participação de uma equipa multidisciplinar, com conhecimento dos riscos e complicações específicas (Reis et. al. 2017). Assim, no sentido de garantir a manutenção de um ambiente terapêutico seguro, mesmo fora do BO, acredito que a criação deste guia orientador é uma oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSP, orientando os enfermeiros para adoção de boas práticas centradas na pessoa, fomentando o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Conhecer a dinâmica e funcionamento da sala hemodinâmica, permite ao enfermeiro promover o bem-estar da PSP e diminuir o risco pela prevenção de riscos ambientais, muito propensos nestes espaços. Este documento permite além da normalização de condutas, diminuir a probabilidade de erro humano.

De acordo com Benner et al. (2009), a aprendizagem na enfermagem envolve três níveis: o primeiro é o conhecimento teórico necessário para a prática; o segundo é o conhecimento adquirido através da prática, o conhecido know-how; o terceiro é o comportamento de acordo com a ética, com a definição das responsabilidades, preocupações e compromissos inerentes à profissão. Sendo assim, o pensamento crítico é uma constante na prática de cuidados de enfermagem, constituindo um dos pilares para as diversas vertentes do cuidado. Com base neste pressuposto, em ambos os momentos de estágio recorri aos documentos disponíveis, realizei pesquisas bibliográficas de modo a adquirir conhecimentos avançados e qualificados em relação à prestação de cuidados à PSP.

Atendendo ao publicado em Diário da República, 2019, o enfermeiro especialista fundamenta a sua prática na evidência científica quando “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (DR, 2019, p. 4745). Posto isto, trabalhar com pessoas de diferentes áreas e observar como as pessoas cuidam da PSP em diferentes contextos, foram fatores promotores de autoconhecimento, de diagnóstico de necessidades formativas, que se refletiu em resultados positivos no aprimoramento das atividades realizadas.

De salientar que a elaboração de reflexões críticas através da metodologia do ciclo de GIBS, permitiu potencializar a construção de saberes experienciais e de aquisição de competências pessoais e profissionais. O Ciclo de Gibbs constitui um modelo reflexivo

que combina seis etapas: 1. descrição da situação/ problema; 2. pensamentos e sentimentos que a pessoa sentiu ao vivenciar a situação; 3. avaliação, onde se incluem os aspetos relevantes da situação; 4. Análise, onde se procura entender a situação; 5. conclusão, reflexão sobre o que poderia ter sido feito de diferente; 6. plano de ação, onde se menciona o que pode ser feito em situações semelhantes, como melhorar ou evitar eventos futuros. A utilização deste tipo de formato de reflexão facilita e ajuda na construção de apreciações sobre situações complexas, contribuindo para o desenvolvimento das aprendizagens. As diferentes fases permitem a segmentação do evento, desconstruir a questão em etapas sequenciais, tornando a sua análise mais simples e exequível.

Assim, é relevante salientar que todos os conhecimentos, vivências e instrumentos de aprendizagem utilizados foram importantes estímulos para a criação e disseminação de novos conhecimentos. Relembro que esta atualização contínua é também um dever deontológico, disposto na Lei no 156/2015.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A abordagem equilibrada entre a ciência e a arte no cuidado perioperatório é essencial para garantir o bem-estar holístico da PSP. Como destacado por Costa e Gonçalves (2021), considerar a pessoa como um todo, transcendendo a visão centrada apenas na doença, é fundamental nestes ambientes. Portanto, é seguro concluir que a qualidade dos cuidados prestados durante a experiência cirúrgica refletem o êxito ou insucesso de uma abordagem centrada no bem-estar da PSP.

Os estágios realizados em BO (ambulatório e convencional) proporcionaram a experiência de diversas situações em diferentes contextos, o que me permitiu aperfeiçoar habilidades já adquiridas ao longo da minha trajetória profissional, no âmbito dos cuidados à pessoa que vivência processos de saúde/doença que carecem de procedimentos cirúrgicos e anestésicos.

Este capítulo propõe-se a explorar o desenvolvimento das competências específicas do EEEMC à PSP. Estas incluem a identificação das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da PSP e sua família/ pessoa significativa. Destaque-se que os cuidados de enfermagem no ambiente perioperatório não se limitam à PSP, estendendo-se à sua rede de apoio (família ou pessoa significativa), conforme preconizado pela AESOP (2012) e em concordância com o referencial teórico de Kolcaba.

O enfermeiro especialista, em contexto perioperatório, é desafiado a um cuidado distinto, fundamentado em conhecimento e habilidades que garantam a eficiência e segurança dos procedimentos, realizados com consciência cirúrgica e elevado nível de responsabilidade, assegurando o cumprimento das normas de segurança e boas práticas estabelecidas pelas entidades reguladoras da profissão (OE, 2018, AESOP, 2012).

Este capítulo apresentará uma análise e reflexão das atividades desenvolvidas no período de estágio, fundamentadas em evidência científica e em consonância com a consciência cirúrgica preconizada pelo Regulamento nº 429/2018.

3.1. CUIDA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPECTIVA FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA

A principal função da enfermagem é cuidar, mas isso não é tão linear como parece, sendo necessário que o enfermeiro atue de forma ética e responsável. De acordo com Serrano et al. (2011), a enfermagem estabelece uma relação entre competência, prática e contexto. A inovação e as mudanças na organização dos cuidados contribuem para novas políticas organizacionais. Os mesmos autores concluem que os enfermeiros são protagonistas do processo de mudança e os contextos são condição indispensável para o desenvolvimento de competências.

O Regulamento nº140/2019 esclarece que as competências específicas estão relacionadas ao campo de atuação de cada área. Como já foi mencionado, os cuidados de enfermagem perioperatórios visam assistência à pessoa submetida a uma cirurgia ou procedimento invasivo em ambiente cirúrgico, bem como à sua família (AESOP, 2006). Antes de 2006, Phipps et al. (2003) definiram os enfermeiros perioperatórios como profissionais especializados que, através do processo de enfermagem, planeiam, coordenam e prestam cuidados para atender às necessidades identificadas nas PSP, que se encontram particularmente vulneráveis fisicamente e com frequente compromisso das suas capacidades de autocuidado. De acordo com Souza e Corgozinho (2022), os enfermeiros perioperatórios promovem um cuidado assente na visão holística das necessidades da PSP, sendo que, para essa prática, requer um alto nível de conhecimento e experiência, exigindo dos profissionais um contínuo aperfeiçoamento e atualização teórico-prática para atingirem resultados satisfatórios com a sua atuação.

Logo, reforça-se que o cuidado perioperatório reproduz um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos mobilizados pelo enfermeiro da sala de operações através da aplicação de um processo sistemático e organizado no qual identifica as necessidades da PSP, planeia os cuidados, executa-os com responsabilidade e segurança e avalia-os, determinando no valor dos resultados obtidos, se estes resultaram em melhoria da saúde da PSP (AESOP, 2012). Logo, o EEEMC na área da pessoa em situação perioperatória deve possuir capacidades e competências, que possibilitem o

cuidado a estas pessoas, identificando precocemente problemas e potenciais focos de intervenção.

Capacita a pessoa e família/ pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica

Na continuidade do capítulo anterior das competências comuns, onde a literacia da população já foi mencionada, ficou claro que os níveis de escolaridade mais elevados estão associados a uma maior vontade e capacidade de participar em atividades de saúde preventivas, como por exemplo, os programas de rastreio. Relembrando os dados apresentados por Huisman e sua equipa, em 2008, citados por ICN em 2011, revelam que a prevalência de incapacidades a longo prazo nos homens europeus com mais de 80 anos é significativamente maior (58%) naqueles com um nível de escolaridade mais baixo, em comparação com aqueles com um nível de escolaridade mais elevado (40,2%). Estes achados destacam a importância do acesso à educação como um fator determinante da saúde ao longo da vida. A pesquisa de Brown et al. (2010), citada no mesmo documento, revelou que a mortalidade é três vezes mais elevada nos adultos com incapacidades de aprendizagem em comparação com a população em geral. Estes resultados corroboram a necessidade de uma abordagem abrangente para lidar com as disparidades de saúde entre aqueles com incapacidades intelectuais e aqueles que não as apresentam. Frangos et al. (2023), analisaram os percursos educacionais, saúde e envelhecimento saudável, revelando que o nível socio económico e a escolaridade, em áreas urbanas e rurais, desempenham um papel fundamental na aquisição de literacia em saúde, o que influencia a adesão a estilos de vida saudáveis, comportamentos de risco e também ao cumprimento das regras de higiene, bem como a adesão a vacinas e tratamentos. Os autores concluíram que a combinação desses fatores tem um impacto significativo na saúde dos indivíduos, explicando que aqueles com menos instrução têm uma expectativa de vida mais curta e passam mais anos de vida com incapacidades. Diante do exposto, fica claro que a educação ao longo da vida é tão relevante quanto as condições socioeconómicas e o ambiente geográfico para a orientação eficaz da promoção da saúde e prevenção da doença. Os autores confirmam a urgência de se investir na educação para capacitar os

indivíduos a tomar decisões informadas sobre a sua saúde e adotar comportamentos saudáveis; especialmente numa população envelhecida, onde as necessidades de saúde são complexas, garantir uma comunicação eficaz e acessível é fundamental para assegurar que todos tenham acesso aos cuidados de saúde de que precisam (Frangos et al., 2023). Em suma, a relação entre a literacia, a saúde e a educação é interdependente e multifacetada; investir em educação ao longo da vida e promover uma maior literacia são passos essenciais para melhorar os resultados de saúde e reduzir as disparidades entre diferentes grupos da população.

Figura 6

Excerto Censos 2021 por concelho e regiões: área de abrangência de um Centro Hospitalar do Norte (evolução 1960-2021)

						2021
População analfabeta não sabe ler nem escrever	-	9.143	5.259	5.351	13.488	2.152
População com o 4º ano (%) com 15 e mais anos	24,4	46,3	-	36,9	131,7	27,3
População com o 6º ano (%) com 15 e mais anos	-	7,8	-	22,1	117,6	12,6
População com o 9º ano (%) com 15 e mais anos	-	3,1	-	11,9	119,7	19,2
População com o 12º ano (%) com 15 e mais anos	1,1	1,0	-	6,7	112,2	22,2
População com o ensino médio (%) (3) com 15 e mais anos	-	0,9	-	0,2	10,6	0,9
População com o ensino superior (%) com 15 e mais anos	0,2	0,6	-	3,1	16,8	11,6

(Fonte: PORDATA, 2021)

Perante tudo o que foi dito, claramente, a questão da literacia, nesta região do país, é algo que não pode ser ignorada, e carece de intervenção emergente quando se fala em prestação de cuidados de enfermagem holísticos (Figura 4). Nunes, conforme citado por Monteiro (2014), destaca a importância das intervenções educativas e psicológicas para garantir uma experiência cirúrgica positiva. Um estudo anterior, conduzido por Sadati et al. (2013) analisou os efeitos das consultas de enfermagem pré-operatórias na ansiedade e complicações pós-operatórias, revelando que essas consultas podem verificar que estas podem reduzir a ansiedade pré-operatória e complicações pós-operatórias em pessoas submetidas a colecistectomia laparoscópica. Os resultados mostraram melhorias significativas no tempo médio de recuperação pós-anestésica, incidência de náuseas e vômitos, intensidade da dor, estabilização dos sinais vitais e no tempo necessário para

iniciar levante, no grupo que teve consulta de enfermagem pré-operatória. Por sua vez, num estudo realizado por Du et al. (2018), observou-se que consultas pré-operatórias conduzidas por enfermeiros perioperatórios diminuíram a ansiedade da PSP, aumentando a sua confiança e colaboração durante o período perioperatório. Importa relembrar que a consulta de enfermagem perioperatória abrange cuidados no pré, intra e pós-operatório. Este tipo de consulta envolve intervenções que visam proporcionar os melhores cuidados que atendam às reais necessidades da PSP (Mendes & Ferrito, 2021). É fundamental considerar os aspetos físicos e psicossociais da pessoa, respeitando a sua autonomia e individualidade, e desenvolver competências que promovam o cuidado centrado na pessoa, de modo a auferir o máximo de eficácia da intervenção cirúrgica.

Assim, durante o estágio na UCA, tornou-se evidente a necessidade de refletir de que forma podemos contribuir para melhorar a nossa ação. Quais as necessidades de informação sentidas pelas PSP e seus familiares/pessoa significativa que ainda não estão satisfeitas e que podem gerar ansiedade?

De acordo com Caversan et al. (2018), a humanização no bloco operatório não se limita à assistência à PSP, mas estende-se à satisfação dos seus familiares. A família desempenha um papel crucial na recuperação da PSP e na manutenção dos cuidados de saúde ao longo do período perioperatório (Moraes et al., 2022).

Após conversas informais com alguns elementos do serviço e o Enfermeiro Tutor, ficou validada a necessidade de que, para um controlo eficaz da dor pós-operatória é necessária uma abordagem proactiva. Então, como melhorar o conhecimento da PSP para que a dor pós-operatória seja minimizada? Citando a Declaração de Montreal que estabelece que é um direito das pessoas com dor “reconhecer a sua dor e de serem informadas sobre como pode ser avaliada e controlada”, a ausência de tratamento adequado para a dor é uma violação dos direitos humanos (Garcia et al., 2017). Estes últimos propõem duas recomendações no artigo *Optimizing post-operative pain management in Latin America*, que são elas:

1. Todos os hospitais devem desenvolver políticas e procedimentos pelos quais todos os pacientes cirúrgicos tenham acesso garantido a aprender sobre o controlo da dor ao longo de todo o período perioperatório;

2. Todos os hospitais devem distribuir informação escrita aos utentes e famílias antes da cirurgia que reforce a importância do controlo da dor, assim como das vantagens do uso de analgesia, numa tentativa de mitigar o medo de tomar analgésicos

Em estudos semelhantes, é consensual que o empoderamento/ capacitação provou ser um contributo importante no controlo da dor (Coulter et al., 2011; Nallani et al., 2021). Dessa forma, criei uma proposta de folheto educativo pré-operatório sobre a avaliação da dor (Apêndice 5), apresentado ao serviço nas pessoas da Sra. Enfermeira Chefe e do Enfermeiro Tutor, para que seja incluído no projeto de implementação da consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa proposta para cirurgia de ambulatório, preenchendo uma lacuna que existia até ao momento, indo ao encontro com a evidência supracitada.

Já no BOC, para abrir o envolvimento da família e, dessa forma, permitir ao enfermeiro conhecer o projeto de saúde/doença da PSP e esclarecer dúvidas que possam existir, elaborei um folheto com informações acerca do circuito da PSP submetida a cirurgia neste serviço (Apêndice 6). Ao providenciar informação à PSP e família, promove-se a literacia e os comportamentos promotores de saúde, ou seja, capacita-se a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica (Regulamento n.º 429/ 2018). Acredito que, este documento e uma postura de abertura a esclarecimentos permitiram melhor preparar a pessoa para o processo cirúrgico, bem como desenvolver habilidades relacionais com pessoas que apresentem necessidades especiais, tal como previamente referido. Dado o elevado risco inerente aos cuidados perioperatórios, devido à vulnerabilidade da pessoa, à natureza dos procedimentos realizados e à complexidade do ambiente, a implementação de estratégias que facilitem a comunicação são fundamentais para aumentar a segurança nos procedimentos cirúrgicos e, conseqüentemente, da pessoa, dos profissionais e do ambiente (Regulamento n.º 429/ 2018). Posto isto, o enfermeiro especialista em EMCPSP destaca-se dos demais na medida em que compreende a importância de garantir uma comunicação efetiva com a pessoa, família e equipa, sendo peça fundamental para a prática de cuidados nas suas diferentes dimensões, e por isso deve ser valorizada. Postura que considero ter demonstrado pelo trabalho desenvolvido.

Em 2008, a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA) recomendava que o recurso a documentos escritos constituem

um elemento facilitador para a assimilação de determinadas recomendações. Em contexto de estágio, sobretudo na CA, pude constatar que a distribuição de material didático em forma de folhetos durante as sessões de educação para a saúde, contribuíram para a eficácia dos ensinamentos prestados à PSP e cuidador. É crucial ter em mente que estes documentos devem atender às principais preocupações das pessoas, constituindo uma fonte de informações a que podem recorrer, em caso de necessidade, sendo necessário que estes sejam o mais atuais possível (CNADCA, 2008).

Idealmente, os ensinamentos para a alta devem ser iniciados no momento em que a pessoa é proposta para cirurgia, sendo a consulta pré-operatória de enfermagem a ocasião ideal, quando esta se encontra implementada. Mais uma vez, a consulta / visita de enfermagem pré-operatória é um momento privilegiado de fornecimento de informação acerca do período perioperatório (Mendes, 2022). São vários os aspetos que devem ser transmitidos no momento da alta, sendo indispensável que o acompanhante/ prestador de cuidados seja igualmente esclarecido de forma clara, objetiva e empática. A inclusão da família no processo de cuidados requer a criação de uma relação de apoio e confiança mútua. Tais condições, só se tornam possíveis quando o profissional de enfermagem consegue identificar as reais necessidades da família, conforme destacado pela Ordem dos Enfermeiros (2012).

Na CA onde realizei estágio, as instruções para alta (ensinamentos) são realizadas na sala de espera dos acompanhantes, ao lado dos vestiários dos utentes, não havendo um gabinete para esse efeito, como é recomendado. Neste espaço as dúvidas são esclarecidas e são apresentadas as orientações para a recuperação no domicílio, que devem ser do conhecimento da PSP e do seu acompanhante (adulto responsável). O enfermeiro valida com a PSP e o acompanhante as condições de saída da pessoa, ou seja, se estes estão informados e esclarecidos sobre as reacções normais e as complicações que podem surgir, bem como a conduta a ser seguida. O repouso e alimentação adequada, bem como os cuidados especiais e/ ou limitações resultantes da cirurgia/anestesia são reforçados, bem como o retorno às atividades normais. Como recomendado (AESOP, 2006, ERS, 2017), na UCA, todas as instruções são fornecidas por escrito, incluindo a prescrição de medicamentos, o número de telefone do serviço/ hospital e a data da próxima consulta. Nas situações em que não há pernoita, nas 24h seguintes ao procedimento, um enfermeiro

é destacado para avaliar, por telefone a situação da PSP (telefonema do dia seguinte). Durante o estágio na CA houve a oportunidade de participar desta atividade. Este contacto segue um questionário que aparece associado ao processo da PSP. Este momento de avaliação não apenas garante a continuidade dos cuidados, como também é um momento privilegiado para reforçar os ensinamentos e orientar a pessoa e sua família de acordo com as suas necessidades. Além disso, é um momento em que se avalia o grau de satisfação do utente, o que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Esta é considerada uma “estratégia eficaz para a deteção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas”, que visam o bem-estar das pessoas” (Oliveira et al., 2012, p. 156).

Resumindo, é crucial que o enfermeiro transmita as informações corretas, necessárias e adequadas a cada pessoa, socorrendo-se de estratégias que garantam a compreensão da pessoa em relação ao que lhe é transmitido. É da responsabilidade do enfermeiro, assegurar que a pessoa compreenda as informações transmitidas. A disponibilização de informações adequadas às necessidades da pessoa submetida a cirurgia, contribui para a diminuição dos efeitos negativos advindos do processo cirúrgico, permitindo que a participação efetiva da PSP na tomada de decisões (Breda & Cerejo, 2021). Mais uma vez se demonstra que, a comunicação é uma ferramenta vital para todos os enfermeiros, na medida em que é através dela que se obtém informação imprescindível para a elaboração de diagnósticos e o planeamento de intervenções que constituem o plano de cuidados da pessoa Ordem dos Enfermeiros (2012). Em suma, a comunicação eficaz é um aspeto crucial em contexto de cirurgia, seja ela em regime de ambulatorio ou convencional, pois favorece o bem-estar psicológico do cliente e família, a recuperação e a satisfação de todos os envolvidos (Lotfi et al., 2019).

Termino esta reflexão acrescentando que, cada vez mais a pessoa é vista como um solucionador de problemas, a sua participação ativa é incentivada pela equipa de modo a que esta seja capaz de criar comportamentos e mobilizar recursos no seu processo de recuperação (Kolcaba, 2001 as cited in Petiprin, 2020; Breda & Cerejo, 2021). A informação/ conhecimento fornecido pelo profissional de saúde é uma das dimensões do cuidar no bloco operatório que maior crescimento teve nos últimos anos. Esta é uma meta para todos os enfermeiros do perioperatório, onde me incluo, de modo a que atenda à

individualidade da pessoa, esta possa tomar decisões conscientes e informadas (Kolcaba, 2001, as cited in Oliveira et al., 2020). Intervenções como: criar uma relação de ajuda com a pessoa e família/pessoa significativa; recorrer a estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções, promotoras de esperança realista e do alívio da ansiedade e do medo; certificar que a pessoa compreende a informação que lhe permitirá exercer a autodeterminação e tomada de decisão; assegurar o cumprimento das recomendações éticas e legais inerentes ao consentimento informado; preparar a pessoa para potenciais alterações da imagem e redução de capacidades, como consequência do processo cirúrgico; estruturar um plano de instrução, ensino e treino promotor da capacitação, autogestão e recuperação; e providenciar mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade, são a linguagem atual na prática de enfermagem especializada no bloco operatório (Regulamento n.º 429/ 2018).

Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória, em diferentes especialidades

O Bloco Operatório é um serviço que, por necessidade, é fechado e com dinâmicas muito específicas, por isso é, para muitos, considerado ameaçador. Para o enfermeiro perioperatório, o cuidar da pessoa e família centra-se na relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa/ família ou comunidade atendendo aos valores, crenças e vontades individuais (OE, 2012). Pela minha experiência, cabe-nos a nós, enfermeiros do bloco operatório, minimizar o desconforto e stress, procurar proporcionar sensações de confiança, tranquilidade e segurança, promovendo o seu bem-estar físico e psicológico. Como já foi mencionado, o controlo ambiental, o toque e a escuta ativa são alguns dos exemplos que podem influenciar significativamente a vivência da pessoa em situação perioperatória (Kolcaba, 2001, as cited in Oliveira et al., 2020).

Doze anos de experiência profissional em Bloco Operatório, permitiram-me adquirir conhecimentos, habilidades e, consequentemente, competências para desempenhar diversas funções na área da enfermagem perioperatória, em diversas especialidades, como evidenciado no relatório para creditação de competências ao Ensino Clínico I. No entanto, o contexto perioperatório requer uma constante atualização de

conhecimentos científicos e tecnológicos. Dessa forma, para desenvolver competências na área da promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória, em diferentes especialidades, o local de estágio escolhido foi o Bloco Operatório Central, na especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular. Considerando que esta é uma área clínica, cirúrgica e científica, que está em constante evolução (Fernandes, 2017), acredito que esta foi uma oportunidade que me permitiu ampliar a minha compreensão e desenvolver uma conduta fundamentada nos princípios éticos e profissionais do enfermeiro especialista na assistência às pessoas sujeitas a cirurgia vascular.

Atendendo que os cuidados perioperatórios na cirurgia vascular estão em constante evolução tecnológica, o que permite a existência de realidades como as observadas numa Sala Hemodinâmica, é imperativo compreender que esses cuidados não devem ser reduzidos apenas à sua relevância técnica. Esta realidade requer maior responsabilidade e, por conseguinte, uma maior preocupação ética. No BOC da Cirurgia Vascular e Angioplastia, são frequentes dilemas relacionados com os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, exigindo, a quem cuida nestes ambientes, habilidades, conhecimentos e técnicas para os resolver. Como já mencionado neste documento, o processo de tomada de decisão ética ocorre diariamente nos cuidados de enfermagem, sobretudo no bloco operatório, devido à vulnerabilidade da PSP que requer respostas rápidas às situações. Durante o estágio, pude notar que o consumidor típico dos cuidados da especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular tem um nível de escolaridade baixo, o que, às vezes, é agravado pela presença de um quadro clínico que o limita na comunicação e compreensão, limitando a sua capacidade de aprender. Diante disso, fiquei particularmente inquieta em relação ao direito à autonomia no exercício do consentimento informado, que nos diz que, qualquer procedimento médico preventivo, diagnóstico ou terapêutico, bem como pesquisas científicas e investigações, só pode ser realizado com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em questão, com base em informações adequadas. O consentimento deve ser expresso e a pessoa pode retirá-lo a qualquer momento, sem que daí resulte prejuízo para ela (Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, UNESCO, 2005). Porém, para agir de forma autónoma, é importante ter acesso a informações verdadeiras, estar livre de influências e ser capaz de tomar decisões ponderadas. De acordo com a Declaração da UNESCO

(2005), artigo 7º, se a pessoa não puder expressar o seu consentimento para um procedimento médico ou de investigação, é necessária uma proteção especial, considerando o interesse superior da pessoa envolvida e o direito interno. Todavia, é importante que a pessoa em questão seja envolvida, o mais possível, no processo de tomada de decisão, em vez de ser removida

Como já observado, toda a intervenção na área da saúde só é admissível com o consentimento livre e esclarecido por parte do destinatário ou do representante legal, (ERS, 2023). Contudo, a tomada de decisão envolve o empoderamento da pessoa, que segundo Abelson, 2021, descreve o processo de capacitação da pessoa que visa o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e habilidades, permitindo que esta se sinta capaz de controlar todos os aspetos da sua vida.

Apesar de acreditar que a proposta cirúrgica é do “melhor interesse” da PSP (princípio da beneficência), não havendo intenção de causar dano físico para o doente, será que o bem da pessoa não fica condicionada pela ausência de um maior acompanhamento, do próprio e da família, de apoio à literacia e comportamentos promotores de saúde na comunidade?

O Centro Hospitalar onde ocorreram os dois estágios disponibiliza a todos os colaboradores um código de ética acessível, que é considerado um guia para decisões equitativas, visando promover a confiança, a qualidade da gestão dos serviços prestados e os valores éticos da instituição. Considero a presença deste documento uma mais valia, sendo essencial que o enfermeiro especialista esteja familiarizado com este código para assegurar uma conduta de qualidade, colaborando na execução adequada dos procedimentos para assegurar consentimentos informados verdadeiros e esclarecidos.

A coexistência dos princípios de autonomia e beneficência implica, para todos, a responsabilidade e tomada de decisões. O que pude verificar é que, em casos de ausência de um acompanhante para confirmar as informações, a equipa de enfermagem prioriza o acompanhamento da PSP de modo assegurar cuidados de qualidade e proteção na sua vulnerabilidade, conforme regulamentado pelo REPE. Ao elaborar um folheto informativo para a pessoa submetida a cirurgia no BO, como já foi mencionado, espero estar a contribuir para a resolução deste problema e para uma maior participação da PSP e sua família na gestão da experiência cirúrgica.

Visto ser enfermeira de Bloco Operatório há doze anos, aproveitei os momentos de prática clínica, para complementar a minha formação em áreas que considerava dotadas ainda de alguma fragilidade. Assim, na unidade de CA, realizei grande parte do estágio na área da admissão e recobro. A unidade de cuidados pós-anestésicos imediato, institucionalmente identificada como Recobro I, é o local onde chega a PSP imediatamente após a realização do procedimento cirúrgico e anestésico, logo é um momento em que a PSP ainda se encontra vulnerável a riscos associados aos fármacos anestésicos e às complicações cirúrgicas. Assim, o enfermeiro desta unidade desenvolve a sua ação em seis fases: a) preparação da unidade para receber o doente; b) avaliação inicial do doente; c) levantamento das necessidades/ diagnósticos de enfermagem e registos com recurso à linguagem CIPE; d) elaboração do plano de cuidados; e) implementação do plano elaborado; f) avaliação para a alta, indo ao encontro do preconizado pela AESOP (2006). Todas estas fases são registadas na plataforma informática em vigor, Patient Care, garantido a transmissão de informação e a continuidade de cuidados entre todos os intervenientes. No Apêndice 7 apresento de uma forma resumida algumas das atividades desenvolvidas como enfermeira do Recobro numa UCA.

Na sequência de atividades desenvolvidas como enfermeira do Recobro numa UCA, volta a surgir o termo da transmissão de cuidados, aqui abordado na perspetiva da promoção de cuidados à PSP em que há a transferência de cuidados entre o enfermeiro para a PSP e família, sendo, novamente, o processo comunicativo o epicentro da garantia da recuperação bem-sucedida no domicílio. O momento da alta na CA é um dos momentos críticos no percurso da PSP, o que exige o cumprimento rigoroso de protocolos específicos que permitem esta transição da pessoa para o domicílio (Apêndice 8).

A UCA onde fiz estágio implementa um protocolo de alta em conformidade com as recomendações para a CA, incluindo a aplicação da Escala de Aldrete para garantir a segurança na transição para o domicílio. Além disso, a avaliação pós-operatória por telefone nas primeiras 24 horas, seguindo um protocolo estruturado, é uma estratégia eficaz recomendada pela Ordem dos Enfermeiros (2021) para garantir cuidados seguros e a continuidade dos cuidados no domicílio. Este documento reforça que, a teleconsulta é uma modalidade de consulta não presencial que oferece proximidade e assegura a

continuidade de cuidados.

Em boa verdade, na prática profissional é fácil sermos dominados pelos aspetos técnicos, relegando os aspetos psicológicos e emocionais da pessoa para segundo plano. É aqui que se encontra a verdadeira riqueza da aprendizagem proporcionada pelos estágios clínicos, pois coloca o aluno em perspetiva, permitindo-lhe refletir sobre o que está a ser vivenciado.

O recurso a procedimentos endovasculares tem crescido nos últimos anos, sendo agora aplicados não apenas em situações de eleição, mas também em situações de emergência e trauma. Embora os candidatos apresentem comorbilidades, com implicações na manutenção anestésica durante o procedimento, a mortalidade e morbilidades são menores do que com a cirurgia aberta (Reis et al. 2017). No entanto, apesar de alguns procedimentos relativamente simples serem realizados com a pessoa acordada sob anestesia local, outros podem requerer anestesia geral e vigilância pós-operatória programada em ambiente de cuidados intensivos. É possível inferir que, apesar da sua natureza minimamente invasiva, as cirurgias endovasculares exigem a participação de uma equipa multidisciplinar, com conhecimento dos riscos e complicações específicas. Sendo assim, a eficácia desses procedimentos requer uma equipa multidisciplinar, nos quais se incluem os enfermeiros, que devem ter habilidades específicas para garantir cuidados centrados na pessoa, potenciadores de resultados positivos (OE, 2011; 2018).

Importa ainda explorar a incontestável relevância da família, ou pessoa significativa, na influência da experiência do processo cirúrgico. Cabe ao EEEMCPSP atenuar os desconfortos advindos da hospitalização, do afastamento familiar, do medo de sentir dor e do desconhecido. Preservar o bem-estar da PSP envolve a elaboração de planos de intervenção que incluam o acompanhamento da família ou pessoa significativa sempre que possível. Perante os casos de impossibilidade, verificou-se que há uma crescente preocupação com a criação de estratégias de informação e contacto com a família/ pessoa significativa. Atualmente, neste Centro Hospitalar, os familiares das pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos recebem informações através de mensagens de texto, dando conhecimento sobre o percurso destas dentro do Bloco Operatório. Estas mensagens são geradas automaticamente e enviadas para o contacto telefónico indicado pela PSP como referência. Este serviço facilita a comunicação com

os familiares da pessoa submetida a procedimento cirúrgico, contribuindo para a humanização dos cuidados e, por conseguinte, para a satisfação tanto da PSP quanto dos seus familiares. Além dos benefícios que um acompanhamento adequado dos familiares da PSP traz para os próprios e suas famílias, esse tipo de atividade é também benéfico para os enfermeiros. O estudo de Fuentes-Ramirez e Laverde-Contreras (2021), realizado entre 2019-2020, concluiu que as famílias que receberam informação sobre a condição da PSP durante o período de espera cirúrgica demonstraram maior satisfação com a qualidade dos cuidados de enfermagem, em comparação ao grupo onde se manteve o atendimento convencional. Mais uma vez, demonstra-se o impacto positivo de se desenvolver intervenções educacionais de enfermagem que atendam às necessidades específicas de cada pessoa e aplicadas no momento adequado, corroborando o estudo de Smith et al. (2019).

Ainda no que diz respeito à Cirurgia Vascular, em contexto de angiografia, onde a equipa de anestesia nem sempre está presente, a dor é um desafio frequente que afeta o conforto destas pessoas (Stor et.al., 2022). Assim, propôs-se um projeto de melhoria continua em articulação com a UFDA, visando uma intervenção precoce sobre a dor à pessoa submetida a procedimento endovascular, seguindo um dos protocolos da UFDA, já normalizados na instituição (Anexo 4) O documento proposto para normalizar a atuação do Enfermeiro em Angiografia (Apêndice 4), inclui um fluxograma que destaca as intervenções relacionadas ao diagnóstico de enfermagem “Dor”, bem como as ações a desenvolver que facilitem a comunicação entre os elementos da equipa interdisciplinar, de modo a promover a estratégia analgésica mais eficaz. Ressalvo que esta proposta ainda aguarda validação pelo serviço e departamento da Qualidade da instituição. Devido ao período de estágio ser restrito, até ao momento foram feitas conversas informais e apresentado o documento normativo das funções do enfermeiro em contexto de angiografia, tanto ao serviço, na pessoa da Enfermeira tutora Marisa Carneiro, quanto às enfermeiras da UFDA da instituição que expressaram seu parecer favorável. Pretendo dar continuidade a este projeto num futuro próximo.

Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional

Conforme mencionado em diversos momentos deste documento, o enfermeiro especialista em EMCPSP desempenha um papel crucial na garantia da segurança da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico, seguindo os princípios estabelecidos pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) (DR, 2021) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (Regulamento n.º 429/2018). Esses requisitos determinam que as competências do EEEMC transcendem o domínio técnico, exigindo uma abordagem mais ampla na intervenção. A qualidade de um sistema de saúde depende do compromisso com políticas que promovam uma cultura de segurança, incluindo investimentos em estrutura, recursos e gestão voltados para questões de segurança e formação contínua. Somente com essa abordagem, é viável criar organizações fundamentadas na confiança, cooperação e comprometimento (WHO, 2011).

No contexto interdisciplinar, a colaboração é vital (Chenjuan et al., 2018). Assim, durante o estágio, foquei-me em promover uma abordagem interprofissional que permitisse maximizar os recursos e assegurar a eficiência, qualidade e segurança nos cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia, tal como demonstrado no estudo de Chenjuan e colaboradores (2018). No Bloco Operatório, o enfermeiro tem um papel crucial, desde o acolhimento empático da pessoa e família até a gestão eficaz dos cuidados durante o processo cirúrgico (AESOP, 2012). Desse modo, estabeleci relações terapêuticas com a PSP e suas famílias, incentivando a cooperação dentro da equipa cirúrgica e o cumprimento das normas ético-profissionais. De forma independente e em colaboração com outros membros da equipa, colaborei no projeto de implementação da técnica de comunicação eficaz ISBAR e elaborei projetos terapêuticos centrados nas necessidades individuais da PSP voltados para a gestão da dor, os quais já mencionei neste documento.

Partindo da premissa que a intervenção interprofissional do enfermeiro especialista requer, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, além de uma comunicação eficaz, habilidades de gestão do trabalho em equipa, incluindo a gestão de

situações de stress e conflitos, visando criar um ambiente de trabalho colaborativo, criei normas e guias orientadores para melhorar a avaliação da dor e integrar enfermeiros de anestesia no Bloco Operatório Central. Sabe-se que a garantia da articulação entre os diversos profissionais no planeamento e implementação de cuidados, baseados na melhor evidência, contribui para a complementaridade entre os elementos da equipa interdisciplinar, pessoa e familiares, assegurando a segurança e otimizando a rentabilidade dos recursos (Wyskiel et al., 2015). Assim sendo, acredito que as atividades realizadas e descritas nos Apêndices 4, 5 e 9, promovem uma intervenção de enfermagem interprofissional indispensável no controlo da dor aguda, em consonância com o que é esperado do EEEMCPSP nesta unidade de competência.

A comunicação nas equipas interdisciplinares pode ser desafiante quando há uma cultura profissional e organizacional rígida aos estratos. Uma perceção positiva dos profissionais sobre o trabalho em equipa está relacionada positivamente com a qualidade e a segurança dos cuidados (Pedroja et al., 2014; DGS, 2015). Como responsável da sala, promovo a colaboração e reflexão no processo de cuidados, adotando medidas corretivas quando necessário, além de desempenhar um papel na formação e treino da equipa, o que resulta em benefícios tangíveis, como a redução de atrasos, aumento da satisfação no trabalho e maior eficiência (Heynes et al., 2011).

Portanto, quando se fala em desenvolver intervenção sob a perspetiva interprofissional, espera-se do EEEMCPSP não apenas a segurança cirúrgica, mas também a promoção de uma abordagem colaborativa focada na excelência dos cuidados prestados (Regulamento n.º 429/2018).

3.2. MAXIMIZA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA

A segurança da pessoa é considerada uma condição prioritária e essencial na prestação de cuidados de saúde, ocupando um lugar de destaque na qualidade dos serviços de saúde. Neste contexto torna-se relevante refletir sobre as contribuições específicas da enfermagem à PSP para maximizar a segurança dos cuidados prestados, nomeadamente do enfermeiro especialista.

Após doze anos de experiência no Bloco Operatório, reconheço a complexidade deste ambiente e a importância do controlo ambiental para garantir a segurança da PSP e profissionais. A gestão de riscos inclui procedimentos como processamento de dispositivos médicos, contagens de materiais e a manutenção da homeostasia da PSP. A preocupação crescente com os cuidados seguros e de alta qualidade destaca a importância da competência profissional e de um ambiente de trabalho que promova a excelência (OE, 2018; DGS, 2021,).

De seguida, apresento individualmente para cada unidade de competência as atividades e formações que mais contribuíram para o desenvolvimento de práticas que permitiram maximizar a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo com consciência cirúrgica e ética profissional.

Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório

No ambiente desafiador do bloco operatório, onde há uma grande variedade de procedimentos cuja relevância para a segurança e qualidade dos cuidados é bem compreendida pelos profissionais que aqui trabalham, a consciência cirúrgica é essencial para o desenvolvimento do seu trabalho. Definida como um princípio ético e moral que norteia a prática especializada de cuidados à PSP, a consciência cirúrgica concentra-se exclusivamente no benefício da pessoa (OE, 2018). Como enfermeira especialista, é meu objetivo promover um ambiente seguro e de qualidade, fundamentando a minha prática em evidências, princípios éticos e uma cultura de segurança, respeitando a autonomia, privacidade e dignidade da pessoa e família (AESOP, 2012).

Diante dos desafios constantes relacionados com o alto risco de eventos adversos, a consciência cirúrgica, orientada pela ética profissional, é indispensável para assegurar a segurança de todos (Regulamento n.º 429/2018). Nesse sentido, é dever da prática de enfermagem especializada promover a segurança e o bem-estar da PSP, independentemente da situação. A EORNA (2017) destaca a necessidade de uma equipa multidisciplinar qualificada para garantir um ambiente perioperatório seguro, ressaltando

a necessidade de uma cultura de segurança que permita a identificação e correção precoce de eventos adversos.

Durante o estágio, o desenvolvimento da consciência cirúrgica incluiu práticas individuais para o desenvolvimento de habilidades na assepsia cirúrgica, responsabilidade pessoal nas decisões e a promoção da consciência coletiva entre os membros da equipa. Os diferentes contextos de ensino clínico permitiram consolidar e atualizar os conhecimentos adquiridos, de acordo com o estabelecido pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista n.º 429/2018.

No decorrer dos últimos 12 anos como enfermeira no bloco operatório, adquiri uma compreensão clara da relevância da gestão do risco e garantia da segurança durante o período perioperatório, identificando e prevenindo situações de risco no contexto cirúrgico. Assim, além de prestar cuidados diretos à PSP, como referido anteriormente, tenho dedicado esforços na gestão de equipamentos e materiais relacionados à área de Anestesiologia. Como corresponsável por esta área de atuação, desempenho um papel ativo na organização, operacionalização e atualização dos enfermeiros que exercem essas funções, bem como para a consciência cirúrgica da equipa. A estreita colaboração com a Anestesiologia tem facilitado a fluidez da comunicação entre estes dois grupos profissionais, tanto em termos de expectativas, quanto de necessidades formativas. Esta sinergia tem evitado que questões relevantes passem despercebidas, como necessidades de aperfeiçoamento na integração dos enfermeiros de anestesia, resultando em benefícios significativos para o bem-estar da equipa e a qualidade dos cuidados.

Seja por ser responsável pela área de Anestesiologia, seja por ser o elo de ligação do serviço com a Unidade Funcional da Dor Aguda (UFDA), a gestão da dor aguda sempre foi uma questão que me intrigou e sobre a qual procurei adquirir conhecimento e divulgar esse conhecimento através de formações, como demonstrado no meu relatório de creditação de competências. A consciência cirúrgica de que, a gestão da dor é um dos pilares para um ambiente seguro, veio a confirmar-se durante o estágio. No sentido de promover esse ambiente seguro, a equipa cirúrgica deve adotar métodos como a avaliação pré-operatória abrangente, a educação da pessoa sobre o controlo da dor, a implementação de protocolos de analgesia multimodal e abordagem colaborativa entre os membros da equipa interdisciplinar, princípios defendidos pela APCA, desde 2013. A monitorização

contínua da dor, a administração segura de medicamentos, a prevenção de complicações e a promoção da recuperação rápida são práticas essenciais na gestão da dor, que demonstram consciência cirúrgica ao contribuir para uma experiência positiva da pessoa em situação perioperatória.

A partir da premissa anterior, e como já foi mencionado neste documento, os familiares e as pessoas que recebem informações e esclarecem dúvidas estão mais aptos a vivenciar a experiência cirúrgica com maiores ganhos para a sua saúde. Dado que é um direito das pessoas com dor, reconhecerem a sua dor e serem informadas sobre como pode ser avaliada e controlada (Declaração Montreal, 2010), ao disponibilizar um folheto educativo pré-operatório sobre a avaliação da dor (Apêndice 6), facilita o acesso à PSP para aprender sobre o controlo da dor, as escalas de avaliação da dor, sua importância e benefícios do uso de analgesia, mitigando o medo de tomar analgésicos, e cria um momento de abertura entre a PSP e a equipa onde o tema da gestão da dor possa ser abordado. A educação da pessoa em situação perioperatória sobre a gestão da dor permite promover a sua participação ativa no processo de cuidados, aumentando a sua compreensão sobre as escalas de avaliação, medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor. Esta abordagem converge com a Teoria do Conforto, que busca promover o bem-estar e o respeito pela capacidade e autonomia, na tomada de decisões pela PSP. Portanto, ao proporcionar momentos de educação sobre o controlo da dor, tanto farmacológico quanto não farmacológico, os enfermeiros não apenas proporcionam conforto físico, mas também fortalecem o vínculo terapêutico e promovem a autonomia e dignidade da PSP.

O enfermeiro especialista em ambiente cirúrgico atua como um modelo de referência, incentivando uma cultura de consciência cirúrgica em benefício da PSP. Além disso, atua na gestão de riscos e controlo da segurança perioperatória, propondo medidas corretivas. Neste sentido, sendo o Bloco Operatório um local onde há um maior risco de erros e eventos adversos relacionados com o uso de medicamentos com nomes e aparência semelhantes, conhecidos como LASA (Look Alike – Sound Alike, o desafio é desenvolver práticas que tornem o erro menos provável e/ ou preveni-lo (Norma nº 020/2014 de 30/12/2014). Posto isto, desde que colaboro com a organização e gestão dos materiais de anestesia, foi sempre preocupação a normalização de práticas seguras que

possam contribuir para a diminuição dessas ocorrências, como a padronização dos carros de anestesia, de acordo com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. No contexto da dor, onde a precisão na administração de medicamentos é crucial, esses erros podem causar um controlo inadequado da dor e, consequentemente, em efeitos adversos graves. Algumas das medidas preventivas a adotar são: rotulagem clara e distinta, formação, padronização de processos, comunicação eficaz, dupla verificação, seja de fácil leitura e separados de outros produtos semelhantes (Norma 2014 da DGS). No que se refere à rotulagem, são recomendadas técnicas de rotulagem padronizadas, como a Mid-Ttpe Tall Man Lettering, e a utilização de cores específicas para grupos de medicamentos, conforme recomendado pela norma ISO268225:2020. Como são ferramentas eficazes para diminuir a ocorrência de erros, em 2021, fiz parte do segundo curso de Anestesia, como formadora, ministrado pelo departamento de Anestesiologia para enfermeiros do Bloco, onde pude desenvolver este tema. A padronização de processos no que diz respeito à criação de protocolos para a prescrição e administração de medicamentos, também foi um tema debatido, assegurando que todos estejam cientes da importância de uma conduta responsável em ambientes potencialmente propícios à ocorrência de eventos adversos, como o bloco operatório.

Nos Hospitais do Sistema de Saúde Português, tem de existir uma Unidade Funcional de Dor Aguda (Norma da DGS, 2012), composta por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde com formação e experiência na abordagem da dor aguda. Desde que colaboro com esta unidade como elo de ligação, acredito que o principal obstáculo ao sucesso no alívio da dor pós-operatória não é a falta de métodos analgésicos eficazes, mas sim a falta de organização. Neste sentido, o meu papel tem sido o de formar a equipa para o papel que desempenham na gestão da dor, promovendo a consciência de que os enfermeiros são o elo de ligação entre a pessoa e a classe médica, tendo uma posição relevante para promover e intervir no controlo da dor. Como já foi mencionado, sempre tive interesse pela área da dor, especialmente no que diz respeito ao controlo da dor em populações vulneráveis como os idosos, que, muitas vezes, se encontram impossibilitados de comunicar. Este estágio permitiu-me aprimorar a minha compreensão sobre este tema e explorar um cenário diferente da prestação de cuidados nesta área. Como tal, tornou-se evidente para mim, que esta seria uma oportunidade para

refletir de que forma podemos melhorar a nossa atuação no sentido de proporcionar sensações de conforto e alívio.

A reflexão sobre a gestão da dor em populações vulneráveis promove a consciência cirúrgica e contribui para a criação de um ambiente seguro para todos os envolvidos, visando maximizar a segurança tanto da PSP quanto da equipa. Para ampliar os meus conhecimentos nesta área, participei do I Congresso de Serviço de Medicina Intensiva do CHTS (Anexo 5). Este evento abordou os principais temas relacionados com a medicina intensiva, incluindo o tema “A sedação, analgesia e delirium: estratégias inovadoras”. A gestão da dor, a nocicepção e o controlo da dor, foram alguns dos assuntos debatidos nesta mesa, que têm um papel importante na prevenção e no tratamento do delirium.

Perante o exposto, ainda acredito ser possível melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem na promoção do conforto e bem-estar, sobretudo pela utilização de escalas mais adequadas à pessoa, independentemente da sua condição, tal como defendido por Glowacki (2015). Assim sendo, propus e elaborei uma norma de avaliação da dor com o objetivo de abranger esta população e complementar as escalas de avaliação atualmente em vigor (Faces e Numérica). Após uma análise da problemática da gestão da dor em ambiente cirúrgico, sobretudo as dificuldades relatadas pela equipa na avaliação da dor, foi unânime a dificuldade em avaliar a dor nas pessoas impossibilitadas de comunicar ou com alteração da consciência, uma vez que as escalas institucionais dependem demasiado do observador, e podem não corresponder à dor sentida pela PSP. Citando Silva & Ribeiro-Filho (2011) que sugerem que não há uma única ferramenta capaz de avaliar todas as dimensões da dor em idosos, devendo os profissionais de saúde escolherem aquelas que são as mais adequadas ao contexto em que atuam, este estágio foi a oportunidade ideal para promover a reflexão sobre o tema e propor a implementação da avaliação da dor em pessoas não comunicantes pela aplicação da escala PAINAD (Anexo 9). Para promover esta reflexão e contribuir para as competências dos enfermeiros e melhoria dos cuidados prestados, elaborei uma formação intitulada “Avaliação da dor para idosos não comunicantes: Escala Pain Assessment in Advanced Dementia”, com o objetivo de introduzir uma nova ferramenta que permita uma avaliação sistematizada da dor nesta população, permitindo a formulação de um diagnóstico correto e preciso.

Atualmente, sendo o SClinico a principal plataforma informática de registos de enfermagem, a utilização destas escalas mais recentes, como a PAINAD-PT, nunca foi exequível pela dificuldade de parametrização, dificuldade essa superada pela plataforma Patient Care, atualmente em vigor no Bloco Operatório. Por ser uma plataforma recente, e ainda em construção à medida das necessidades do serviço, foi confirmada a possibilidade de introduzir a referida escala e estabelecer protocolos de atuação após validação da norma pelo Gabinete de Qualidade, uma vez que a UFDA já se pronunciou positivamente. Sendo o período de estágio limitado no tempo, e por isso difícil de obter resultados imediatos das atividades realizadas, agilizei a elaboração de uma ferramenta de levantamento de dados para futuras auditorias facilitando a análise dos resultados da avaliação efetuada (Apêndice 10). Este será um projeto de melhoria com implementação a longo prazo, do qual muito me orgulho.

No que à Cirurgia Vascular diz respeito, sobretudo em contexto de angiografia, sabe-se que nem sempre existe presença de equipa de anestesia em todos os procedimentos, apesar de, nas doenças vasculares, a dor ser um problema comum e frequente, com interferência no conforto destas pessoas (Stor et.al., 2022). Nesse sentido, a minha intervenção consistiu em propor a colaboração com a UFDA do Centro Hospitalar, onde no documento que especifica a atuação do Enfermeiro de Angiografia, foram incluídas estratégias de ação multidisciplinares. Essas estratégias preveem a autonomia dos enfermeiros da sala para aplicar o protocolo de analgesia EV1, da UFDA. Este protocolo inclui medidas de controlo farmacológico protocoladas, que já se encontra normalizado na Instituição. Esta é mais uma proposta que aguarda validação pelo Departamento da Qualidade do hospital. Pelo que foi apresentado, espera-se do enfermeiro especialista que este, desenvolva intervenções que ajudem a orientar a pessoa, a facilitar a comunicação dos elementos da equipa multidisciplinar de modo a promover a estratégia analgésica mais eficaz e adequada à pessoa em situação perioperatória, sobretudo em idade geriátrica sujeita a cirurgia do foro vascular.

Por tudo o que foi apresentado, pelos conhecimentos de enfermagem que atualmente tenho, considero ter sido um elemento dinamizador da maximização da segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica, congruente com a consciência cirúrgica no que diz respeito ao controlo da dor aguda da PSP com idade geriátrica.

Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção

A gestão eficaz da prevenção e controlo de infeções, sobretudo no período perioperatório, é uma das principais responsabilidades do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à PSP (OE, 2018). No contexto cirúrgico, a vulnerabilidade à infeção é maior, logo, é essencial adotarem-se medidas preventivas, com o foco no combate à resistência antimicrobiana. É conhecido que a resistência a antimicrobianos está associada a custos elevados de cuidados de saúde, o que aumenta a morbilidade e a mortalidade (WHO, 2015).

A infeção do local cirúrgico (ILC) é uma complicação frequente decorrente de procedimentos cirúrgicos, podendo manifestar-se no local da incisão ou proximidade nos primeiros trinta dias após o procedimento, ou até noventa dias em procedimentos com implantes (Suetens & Kärki, 2017). Conforme mencionado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021), há uma série de elementos que podem impactar o processo de cicatrização de uma ferida cirúrgica, influenciando o risco de ocorrência de uma ILC. Esses fatores podem ser categorizados em variáveis relacionadas com a pessoa (endógenas) e ao procedimento cirúrgico (exógenas), as quais aumentam a suscetibilidade da pessoa à ILC. Pese embora, certos elementos, como a idade e sexo, sejam incontornáveis, outros aspetos podem ser otimizados para melhorar a probabilidade de um desfecho cirúrgico positivo. Entre esses estão o estado nutricional da PSP, hábitos tabágicos, administração de antibioterapia profilática e a técnica cirúrgica utilizada (WHO, 2021). Diante dessa preocupação, a Direção Geral de Saúde, em 2015, emitiu a norma “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico”, atualizada em 2022, que é parte integrante do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, “Práticas seguras em Ambientes Seguros”. Dessa forma, a liderança no processo de prevenção e controlo de infeção na pessoa em situação operatória deve assegurar a implementação integrada dessas intervenções nas várias fases do período perioperatório. No Anexo 6, apresento as etapas do processo de prevenção e controlo de infeção na PSP, enfatizando as ações a serem tomadas nas fases pré e intra-operatórias, bem como a importância da liderança na coordenação, formação e comunicação eficaz do EEMCPSP

Para ser líder na prevenção da ILC, é necessário estar comprometido com a educação e consciencialização da equipa sobre as diretrizes, a relevância da adesão e atualização constantes com base nas evidências científicas mais recentes. A comunicação eficaz entre os elementos da equipa envolvidos no período perioperatório é crucial para que estas intervenções sejam compreendidas e aplicadas de maneira consistente. Os “feixes de intervenção” requerem uma implementação integrada e simultânea para garantir resultados positivos, sendo insuficiente a sua aplicação isolada. Os feixes de intervenção são um conjunto de intervenções fundamentadas na evidência, que apresentam resultados mais efetivos quando aplicadas em conjunto (Institute of Health Care Improvement, 2012). É importante salientar que, no contexto da UCA e BOC, as intervenções de enfermagem previstas nesta norma são registradas na plataforma informática de registo Patient Care, ao longo do período perioperatório. Esta é uma forma de os profissionais assumirem a responsabilidade pelo cumprimento dessas recomendações para assegurar práticas seguras e eficientes.

A higienização das mãos também mostrou ser uma medida fundamental para a prevenção de infeções, sendo uma área de particular atenção e intervenção pelos serviços de saúde (DGS, 2019). Durante o estágio, pude participar e acompanhar auditorias nesta área de intervenção. Verifiquei que as auditorias permitem avaliar a adesão às normas de boa prática e identificar áreas prioritárias para projetos de melhoria (Serra et al., 2022). Durante as auditorias, identificou-se a necessidade de aumentar a disponibilidade de soluções antissépticas de base alcoólica em todas as unidades da UCPA do BOC, bem como em locais estratégicos onde o contacto com a PSP é previsível. A transparência e a revisão constante dos resultados dessas auditorias são importantes para direcionar as iniciativas de formação e sensibilização, contribuindo para a diminuição de infeções e resistência antimicrobiana. Estas conclusões são consistentes com as encontradas na revisão narrativa de Serra et al., em 2022, a qual conclui que as auditorias contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados, aumentam a sensibilização das equipas e promovem a satisfação e segurança das pessoas.

Neste hospital, no que diz respeito à PSP, são implementados feixes de intervenção para prevenir a infeção do local cirúrgico, a infeção associada ao cateter urinário e a infeção associada aos cateteres venosos centrais e periféricos.

Nos serviços em questão, a adoção de procedimentos padronizados, baseados na classificação de Spaulding, que classifica o equipamento médico-cirúrgico em três níveis de risco: crítico, semi-crítico e não crítico, garante a adequada limpeza, desinfecção e esterilização de dispositivos médicos, reduzindo os riscos de infecções (Link, 2019). A comunicação entre os serviços e o serviço de esterilização mostrou ser vital na garantia da segurança de todos os envolvidos no processo cirúrgico.

Neste contexto, importa refletir sobre a implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica emanada pela OMS, tendo constituído um importante avanço na promoção da segurança das PSP durante os procedimentos cirúrgicos. O principal objetivo desta lista é estabelecer um padrão consistente para as equipas cirúrgicas, garantindo que medidas de segurança críticas são cumpridas de forma sistemática (DGS, 2010). Ou seja, é um protocolo que visa reduzir os riscos mais comuns e evitáveis que podem comprometer a vida e o bem-estar das PSP. Ao permitir confirmar que os padrões de boa prática clínica, por meio de uma comunicação clara e eficaz, aspetos cruciais, como medidas de prevenção de ILC, são assegurados, contribuindo para uma redução deste e outros eventos adversos (DGS, 2010). À semelhança do local onde exerço funções, também nos locais de estágio mencionados, esta é uma função que o enfermeiro perioperatório assume com particular preocupação, apesar de ainda não estar bem estabelecida a sua importância junto da comunidade médica. Mais uma vez, a resiliência dos enfermeiros perioperatórios surge em defesa do bem-estar e segurança da PSP, reunindo todos os esforços para que a sua passagem pelo bloco operatório seja o mais inócua possível.

No contexto da dor, é fundamental reconhecer o seu papel como um importante indicador vital para o diagnóstico e avaliação de diversas morbilidades, além de despertar para comportamentos de precaução e, conseqüentemente, limitar os danos, como descrito Guia de Boa Prática: Dor da Ordem dos Enfermeiros (2008). Dado que os procedimentos cirúrgicos envolvem incisão e manipulação de tecidos, ocorre uma perturbação da homeostasia do organismo humano, desencadeando a ativação de mediadores inflamatórios, prostaglandinas e terminações nervosas sensoriais, resultando em sensações dolorosas. Embora seja comum, existir dor após uma cirurgia, é imperativo controlar essa sensação, pois pode prejudicar a recuperação da pessoa, aumentando a sua

vulnerabilidade a agentes infecciosos (Boff et al., 2019). A dor pós-operatória é um sintoma esperado, porém deve ser tratada para diminuir os riscos de morbimortalidade, uma vez que a sua presença tem um impacto negativo na recuperação da PSP, alterando os parâmetros fisiológicos e contribuindo para complicações clínicas (Meier et al., 2017). Nesse sentido, a sistematização da avaliação da dor, como sugerido por Boff et al. (2019), recomendam que, a escolha da ferramenta de avaliação deve ser adequada às especificidades da pessoa e ao contexto em que os enfermeiros atuam, o que torna a terapia farmacológica e não farmacológica mais efetiva, e consequentemente mais segura, contribuindo para minimizar a morbidade e o tempo de internamento.

A experiência de estágio, ao permitir o contato com diferentes situações, permitiu-me aprimorar competências específicas para reduzir as infecções e a resistência antimicrobiana no ambiente perioperatório. Essas práticas, fundamentais para a segurança da PSP, demonstram o compromisso do enfermeiro especialista em oferecer os melhores cuidados de enfermagem médico-cirúrgica à PSP, como uma entidade holística.

Promove a gestão e o controle dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório

A área de intervenção de enfermagem responsável pela gestão e controle dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório desempenha um papel essencial na promoção da segurança cirúrgica e na proteção da saúde da PSP, contribuindo na prevenção e controle de infecções associadas aos cuidados de saúde. A articulação adequada com o serviço de esterilização é fundamental para a melhoria dos cuidados e a diminuição da probabilidade de ocorrência de transmissão de infecções (EORNA, 2020). De acordo com a legislação em vigor, o enfermeiro especialista deve ter conhecimentos no que diz respeito ao processo de reprocessamento de dispositivos cirúrgicos (OE, 2018).

A minha atividade como enfermeira do bloco operatório sempre foi marcada por uma estreita colaboração com o serviço de esterilização. A gestão de prioridades, a resolução de situações inesperadas, bem como a gestão dos dispositivos médicos reprocessados, sempre foram parte das minhas responsabilidades, sobretudo enquanto enfermeira circulante. Com o decorrer do tempo, aumentou a minha sensibilidade em

relação ao processo de armazenamento, alocação e supervisão das condições seguras para a utilização. Na área da anestesia, participo na rastreabilidade de dispositivos assim como na emissão de pareceres para aquisição de dispositivos da área de anestesia. Como o Serviço de Esterilização, do Centro Hospitalar onde exerço funções, atende às necessidades de três blocos operatórios, a questão da rastreabilidade dos dispositivos é crucial, uma vez que a viabilidade de uma cirurgia depende da disponibilidade desses materiais. Como os recursos são limitados, assim como o espaço físico de armazenamento, é necessário um controlo mais estreito para assegurar que todas as condições de segurança estão garantidas antes de realizarmos um procedimento cirúrgico. Devido à imprevisibilidade inerente às cirurgias urgentes e emergentes, os dispositivos disponíveis nem sempre são os mais adequados ou os necessários. A dificuldade dos enfermeiros responsáveis para agilizar a aquisição de materiais junto a outras unidades cirúrgicas do mesmo centro hospitalar é uma realidade diária e preocupação constante. Quando se esgotam todas as opções, cabe à capacidade de as equipas sugerirem soluções viáveis com os recursos disponíveis. Portanto, o conhecimento abrangente dos materiais e dispositivos no BO, incluindo o seu armazenamento, torna-se em um recurso valioso, especialmente em situações de urgência /emergência. Este conhecimento tem vindo a ser desenvolvido ao longo dos anos e aprimorado durante o período de estágio na Cirurgia Vascular.

Essa habilidade dos enfermeiros é essencial para garantir o conforto durante o período perioperatório, de acordo com o preconizado pela Teoria do Conforto. Embora o conforto não se restrinja apenas à ausência de dor, o controlo ou ausência de sintomas álgicos é um fator indispensável (Kolcaba, 2003, as cited in Oliveira et al., 2020). Os desconfortos físicos, como a dor, e emocionais, como a preocupação ou a ansiedade, afetam significativamente a saúde física e emocional das pessoas, especialmente em populações vulneráveis como os idosos. Evitar tempos de espera no bloco operatório relacionados com a disponibilidade de materiais cirúrgicos é uma das intervenções de enfermagem com grande impacto no conforto da PSP. Além disso, no que se refere às condições ambientais, o conceito de conforto do ambiente, segundo Kolcaba, compreende tudo o que pode ser manipulado pelos enfermeiros para promover a sensação de bem-estar. Portanto, a gestão eficaz dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório não

apenas garante a segurança da pessoa, como também tem um papel fundamental no conforto e controlo algico, durante o período perioperatório. Os dispositivos, quando geridos adequadamente, contribuem para a eficiência dos cuidados, minimizando o desconforto e promovendo a sensação de bem-estar. Ao promover a rastreabilidade e emitir pareceres técnicos sobre os instrumentos cirúrgicos e outros dispositivos usados, o enfermeiro perioperatório assegura que cada componente manipulado durante o perioperatório está em conformidade com os padrões estabelecidos, o que contribui para um cuidado de qualidade e para o conforto da pessoa. Um estudo realizado na Turquia abordou as perceções e as intervenções realizadas por enfermeiros para identificar pacientes com risco de Lesões por Pressão Relacionadas a Dispositivos Médicos (LP RDM) e a prevenir a sua ocorrência. A maioria dos enfermeiros (80,1%) associou o uso de dispositivos ao aparecimento dessas lesões, enquanto apenas 59,2% relataram atuar de forma proactiva para prevenir essa condição. Os resultados sugerem que os enfermeiros podem não estar sensíveis ao risco de Lesões por Pressão (LP) decorrente da má utilização dos dispositivos médicos (Galletto et al, 2021). Segundo a guideline europeia, para prevenção de LP RDM, deve-se evitar o contato direto com dispositivos médicos, tais como tubos, sistemas de drenagem ou outros objetos estranhos, a menos que isso não seja possível de ser evitado; em contexto operatório, essa preocupação é essencial, uma vez que o estado de imobilidade da pessoa pode conduzir ao aparecimento de lesões (Galletto et al, 2021). Assim sendo, uma das áreas de atenção do enfermeiro perioperatório passa pela verificação da integridade do acolchoamento dos dispositivos médicos e a proteção das áreas do corpo que estão em contacto com eles. Esta é exemplo de uma das estratégias usadas para a segurança e o conforto da PSP.

Os procedimentos vasculares são realizados em salas operatórias híbridas, que combinam uma sala operatória convencional com uma sala hemodinâmica, com a estrutura e recursos necessários para procedimentos cirúrgicos com apoio radiológico, sem prejuízo da assepsia de uma sala operatória. Sendo assim, o conhecimento da dinâmica e dos elementos arquitetónicos envolvidos no período perioperatório são fundamentais para o sucesso cirúrgico, como já anteriormente referido, sendo o enfermeiro especialista um elemento decisivo na promoção de um ambiente terapêutico seguro. Como já foi mencionado neste documento, participei no Congresso “Humanize

Healthcare II” (Anexo IV) com o objetivo de adquirir conhecimentos sobre as melhores práticas para a humanização dos cuidados de saúde. Neste sentido, a minha intervenção no estágio concentrou-se na capacitação dos enfermeiros, ao mesmo tempo em que contribui para aprimorar as condições de assistência da PSP. Dessa forma, criei um guia orientador para a atuação do enfermeiro na Sala Hemodinâmica (Apêndice 4). Estabelecer as ações e responsabilidades para saber atuar numa sala hemodinâmica, uniformizar procedimentos e aumentar a eficiência dos enfermeiros por meio da definição de intervenções interdependentes e independentes que garantam a manutenção de um ambiente seguro, foram alguns dos objetivos da elaboração deste documento. Apesar de serem minimamente invasivas, as cirurgias endovasculares têm consequências que requerem a presença de uma equipa com conhecimento dos riscos e complicações específicos desta área de atuação (Reis et. al., 2017). Compreender a dinâmica e o funcionamento da sala hemodinâmica, permite ao enfermeiro promover o bem-estar da PSP e reduzir o risco de lesões por meio da prevenção de riscos relacionados com o ambiente e dispositivos médicos, que são bastante comuns nestes ambientes. Considerando tudo o que foi apresentado, considero que a minha intervenção teve um impacto positivo no conforto da PSP, devido à otimização do trabalho da equipa de enfermagem da Cirurgia Vascular e da equipa em geral, o que culminou no aprimoramento da unidade de competência supracitada.

4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O título de mestre em enfermagem não é apenas uma distinção acadêmica, mas um compromisso com o aperfeiçoamento de competências fundamentais que vão desde a construção de conhecimento até a aplicação prática no contexto da saúde (Decreto-Lei n.º 63/ 2016). O presente relatório demonstra, não somente a aquisição e o desenvolvimento das competências especializadas em Enfermagem Médico Cirúrgica, na pessoa em situação perioperatória, como também as competências de mestre. A obtenção do grau de Mestre em Enfermagem reflete a necessidade de conhecimentos aprofundados, julgamento clínico elevado e habilidades na tomada de decisão, como é recomendado pela Ordem dos Enfermeiros e pelo Decreto-lei n.º 65/ 2018. Este grau requer a capacidade de aplicar conhecimentos em contextos multidisciplinares, a resolução de problemas diante de novas situações, a comunicação clara de conclusões e competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de forma autónoma ((Decreto-Lei n.º 63/ 2016; Decreto-lei n.º 65/ 2018).

A enfermagem é caracterizada não somente pelas habilidades técnicas, mas também por habilidades humanas, como a comunicação, a sensibilidade e a relação terapêutica. Características consideradas como competências fundamentais, no contexto perioperatório, em que o enfermeiro deve transcender as suas competências técnicas, incorporando aspetos éticos e morais numa perspetiva holística da pessoa. Este relatório apresenta e demonstra a trajetória profissional como enfermeira, desde a Licenciatura em Enfermagem até o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em situação perioperatória. Os 12 anos de experiência no Bloco Operatório, com o desempenho de diversas funções, assumem-se com particular relevância na fundamentação das atividades e reflexões desenvolvidas ao longo deste percurso. A área de interesse, como a Dor Aguda, é destaque, bem como a busca incessante por aprimorar a segurança e a qualidade dos cuidados relacionados com esta área de atuação. Durante o desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem, desenvolvi diversas atividades, alinhadas com os objetivos estabelecidos para este ciclo de estudos (Regulamento n.º 705/ 2021). Destaca-se a unidade curricular de investigação, que configurou um momento crucial para adquirir conhecimentos sobre pesquisa e prática

baseada na melhor evidência. A pesquisa bibliográfica permitiu uma análise aprofundada do estado da arte da Gestão da Dor em PSP com idade geriátrica, não comunicantes, orientando para a adoção das estratégias de cuidados mais adequadas, bem como a sua transposição para a prática clínica, elevando os cuidados prestados. Esta atividade, além de demonstrar a capacidade de aplicar conhecimentos científicos e técnicos na conceção de cuidados, também evidenciou a utilização de práticas baseadas em evidências para aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde (Regulamento n.º 705/ 2021).

Além da atividade supramencionada, a elaboração de instruções de trabalho e normas, bem como a participação em projetos de melhoria contínua a decorrer nos locais de estágio, que foram enumeradas ao longo deste documento, destacam a capacidade de gerir e supervisionar cuidados de forma ética e eficaz. Estas atividades, juntamente, com as iniciativas práticas, como a elaboração de panfletos educativos de acolhimento destinados à PSP no Bloco Operatório Central, também direcionados à avaliação e controlo da dor, demonstram o compromisso em promover práticas inovadoras e capacitar o enfermeiro como um elemento dinamizador da Enfermagem em equipas e projetos, contribuindo assim para o progresso da disciplina e formação especializada (Regulamento n.º 705/ 2021). Assim, considero ter cumprido com as perspetivas apresentadas por Fuentes-Ramírez e Laverde-Contreras (2021) e Abelson, 2021 que atribuem particular importância à educação e informação como elementos chave para capacitar a PSP no processo de tratamento; enquanto a participação em projetos de melhoria contínua e adesão a procedimentos documentados, não promovem apenas a segurança da PSP, mas também contribuem para a eficiência e eficácia dos cuidados em contexto de BO Pereira (2021). Adicionalmente, participei da organização do Congresso de Enfermagem Perioperatória promovido pelo Centro Hospitalar, onde exerço funções. Este foi um marco importante no meu processo de desenvolvimento profissional e pessoal. Este evento proporcionou uma oportunidade valiosa para aprimorar ainda mais as minhas competências de comunicação e trabalho cooperativo, fortalecendo o meu papel como profissional de enfermagem. Acredito ter cumprido com o objetivo de demonstrar as minhas habilidades de liderança e organização de eventos académicos, promovendo o intercâmbio de conhecimentos e o desenvolvimento da enfermagem como ciência (Regulamento n.º 705/ 2021) (Anexo 7).

Na prática de enfermagem, como em outras áreas, a integração do conhecimento científico na prática quotidiana é difícil, mesmo confrontados com a pesquisa e resultados disponíveis (Silva e Rodrigues, 2016). Como tal, é necessário transformar e repensar a teoria científica durante a sua aplicação prática, o que requer uma comunicação eficaz entre os membros da equipa da equipa e a adequação do conhecimento às necessidades específicas do contexto clínico.

Como demonstrado ao longo deste documento, o conhecimento de enfermagem é construído a partir da combinação do conhecimento pessoal e experiência do enfermeiro com os conhecimentos científicos da disciplina (Lucchese, R. et. al., 2014). A prática baseada em evidência (PBE) visa reduzir a incerteza na tomada de decisão e minimizar a ocorrência de eventos adversos para as pessoas. Isso implica a identificação das necessidades da prática clínica e a exploração dessas necessidades que resultam na produção de conhecimento de modo a responder às demandas identificadas (Gouveia, 2022). Neste contexto, durante o decorrer do mestrado e em particular durante os ensinamentos clínicos, procurei promover a PBE na gestão da dor em idosos não comunicantes, utilizando a revisão narrativa como ferramenta para identificar problemas e implementar intervenções baseadas em evidência. A comunicação eficaz desempenhou um papel fundamental na disseminação dessas intervenções junto das equipas e iniciar um processo de mudança. Para isso, além dos esclarecimentos individuais e informais, realizei uma ação de formação acerca da implementação de uma Norma de Avaliação da dor para idosos não comunicantes, onde se inclui a integração numa escala de avaliação da dor adaptada a esta condição da PSP, cuja realização foi posterior ao período de estágio. A realização desta formação reflete o compromisso com os padrões ético-deontológicos, na prática de enfermagem; demonstrando uma postura proativa em lidar com questões éticas relevantes no ambiente clínico, como a obrigatoriedade de alívio da dor da PSP, independentemente da sua condição (Regulamento n.º 705/ 2021).

Relembrando o preconizado pela OE (2015), o desenvolvimento de competências é alcançado pelo aperfeiçoamento pessoal, onde se inclui a autoformação, formação contínua e avaliação do desempenho. Este processo contínuo de aprendizagem mantém-se ao longo da vida e é fundamental para o desenvolvimento tanto pessoal quanto profissional. Cada etapa vivenciada durante o MEMCPSP foi fundamental para fortalecer

competências de liderança em situações complexas, tomada de decisões assertivas e reflexão crítica sobre a prática de enfermagem. No que se refere às competências de mestre em enfermagem, em relação à comunicação (Decreto-Lei n.º 63/ 2016 e n.º 65/ 2018), espera-se que estes profissionais sejam capazes comunicar as suas conclusões e conhecimentos de forma clara e sem ambiguidades, tanto para especialistas quanto para não especialistas. Durante este período, observei um notável crescimento das minhas habilidades de comunicação e autoformação, refletindo-se no meu envolvimento ativo na partilha e divulgação do conhecimento, visando a melhor resposta às múltiplas responsabilidades no cuidado perioperatório. Este desenvolvimento não ficou restrito ao contexto académico, estendendo-se também ao meu contexto profissional, especialmente no contacto direto com a PSP, familiares e colegas da equipa interdisciplinar. Essa interação constante e o reconhecimento por parte dos meus pares levaram, em diversos momentos do meu percurso profissional, assumir o papel de enfermeira formadora no serviço onde atuo e assumir a responsabilidade de Elo de ligação com a UFDA no serviço onde exerço funções, conforme demonstrado no meu Relatório de Creditação de Competências. Como enfermeira formadora, fui incumbida de analisar e apresentar questões críticas para o serviço, incluindo aspetos éticos e deontológicos da prática profissional no Bloco Operatório, além de questões relacionadas com a adequada manutenção de equipamentos de risco. Além disso, como já mencionado, tive o privilégio de participar como formadora em formações dirigidas à instituição, nas áreas de Anestesiologia, na perspetiva do enfermeiro perioperatório, e na Unidade Funcional de Dor Aguda, a sua implementação. Essas experiências não apenas solidificaram as minhas competências de comunicação, mas também ampliaram o meu conhecimento, autoformação e disseminação de conhecimento, ainda antes de iniciar o presente Mestrado.

Assim, estas atividades realizadas em conjunto com outras durante os períodos de ensino clínico contribuíram para o desenvolvimento das competências técnicas e científicas, promovendo a ética, qualidade e desenvolvimento científico da profissão, evidenciando a aquisição das competências de mestre na área de enfermagem perioperatória previstas no Regulamento n.º 705/ 2021.

5. CONCLUSÃO

A Enfermagem perioperatória envolve uma série de eventos específicos que ocorrem durante os cuidados à pessoa, numa fase muito específica, que inclui procedimentos anestésicos e cirúrgicos. Durante o período perioperatório, a assistência é direcionada às necessidades da pessoa, é por ela e para ela que se planeia, executa e avalia o trabalho no bloco operatório (AESOP, 2012). A satisfação dessas necessidades tem sido tema de reflexão constante, sobretudo quando se trata de grupos vulneráveis, como os idosos.

O Enfermeiro tem a responsabilidade de prestar cuidados humanizados que previnam, reduzam ou tratem as fragilidades/ doenças decorrentes do envelhecimento. Os cuidados geriátricos requerem uma abordagem multidisciplinar que considere, de forma abrangente, as necessidades físicas e emocionais dos idosos (Greenstein et al., 2019). Portanto, é essencial adotar medidas e planos de ação que aperfeiçoem as habilidades dos enfermeiros e de outros profissionais, assegurando que os idosos tenham acesso aos melhores cuidados de saúde.

Ao longo da minha profissão, sempre me interessei pela área da dor, particularmente no que diz respeito ao controlo da dor em populações vulneráveis, como os idosos, que, muitas vezes, são incapazes de se comunicar. Este estágio permitiu-me aprofundar a minha compreensão sobre esse tema e explorar cenários diferentes na prestação de cuidados. Tornou-se evidente que esta seria uma oportunidade para refletir sobre como podemos melhorar a nossa atuação, proporcionando sensações de conforto e alívio.

O controlo da dor deve ser uma das principais preocupações da Enfermagem, avaliando-a de forma abrangente e considerando o seu impacto no funcionamento fisiológico, emocional e comportamental da pessoa. Nesse contexto, cabe ao enfermeiro desenvolver intervenções que orientem a pessoa e facilitem a comunicação com a equipa multidisciplinar, promovendo a estratégia analgésica mais eficaz (Gamões & Caswell (2014); Ong & Thiam, 2022). As atividades propostas para atingir esse objetivo estão alinhadas com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (OE, 2018).

Desde que foi considerado como quinto sinal vital, objetivando um sintoma muitas

vezes negligenciado, a dor deve ser avaliada e tratada de forma adequada para todas as pessoas. No entanto, ainda se reconhecem diversos fatores que podem contribuir para o controlo inadequado da dor, como a falta de prática, a baixa literacia, assim como os efeitos colaterais de certas terapias analgésicas, que podem levar à não adesão ao regime terapêutico. A evidência demonstra que a dor ainda é uma das principais causas de readmissão hospitalar após cirurgia, o que implica custos tanto para a pessoa quanto para a instituição hospitalar. Posto isto, apesar dos avanços na abordagem analgésica, é possível inferir que, ainda há uma necessidade substancial de melhorar o controlo e a gestão da dor aguda. Sendo a persistência da dor um forte preditor para o desenvolvimento da Dor Crónica Pós-Cirúrgica (Lopes et al., 2021)

Diante da complexidade de cuidar num ambiente considerado hostil, a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa em situação perioperatória, representa um papel fundamental na gestão da dor. Proporcionar à pessoa sentimentos de confiança, segurança e tranquilidade é essencial para promover o bem-estar e conforto durante o processo saúde/ doença. No contexto da gestão da dor, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, são essenciais para melhorar as condições da pessoa, favorecer a recuperação e, consequentemente, proporcionar ganhos em saúde.

Por sua vez, o enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, na abordagem à pessoa em situação perioperatória, deve ter competências que permitam maximizar a segurança da mesma face à complexidade da experiência perioperatória e da necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018). No que diz respeito à gestão da dor, mais do que maximizar o bem-estar da pessoa, o enfermeiro especialista deve estar capacitado teórica e tecnicamente para avaliar de forma precisa a dor da pessoa em questão.

A gestão da dor em idosos a vivenciar situação perioperatória é uma questão que causa inquietações. A avaliação abrangente, o planeamento de intervenções individualizadas e a implementação de estratégias adequadas para o controlo da dor são fundamentais para assegurar o conforto e bem-estar da pessoa que vivencia uma experiência cirúrgica.

Num contexto em que os cuidados de enfermagem devem se concentrar no bem-

estar da pessoa, conforme o que é definido por ela mesma, o bloco operatório permanece um ambiente austero e gerador de stress, tanto para os profissionais de saúde quanto para a pessoa em situação perioperatória. Cabe aos enfermeiros, como já foi mencionado, proporcionar à pessoa sensações de confiança, segurança, tranquilidade, e alívio, por meio de intervenções voltadas para a promoção do bem-estar e conforto.

A frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória permitiu um conjunto de vivências, aprendizagens e partilha de conhecimento, incentivando a formação e desenvolvimento de competências na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória. O processo de aprendizagem foi conduzido por meio da reflexão crítica sistemática sobre as práticas, fundamentada em evidência científica, sendo um elemento fundamental para alcançar as competências de EEEMCPSP e de mestre. Essa metodologia constituiu o meio para alcançar os objetivos estabelecidos para cada campo de estágio.

Adicionalmente, promoveu-se e disseminou-se conhecimento científico relevante e atualizado por meio de documentos elaborado, como normas e instruções de trabalho. A participação em diversos eventos científicos promovidos pelo Centro Hospitalar onde se realizaram os estágios, também contribuiu para construir competências de liderança em enfermagem. Dessa forma, a revisão da narrativa apresentada cumpre com o objetivo de promover e dinamizar o conhecimento científico em enfermagem, beneficiando tanto a pessoa quanto as ciências da Enfermagem. A revisão realizada neste trabalho atende às competências legisladas para este ciclo de estudos e acredito que agrega valor tanto para a pessoa quanto para as Ciências da Enfermagem. Além disso, contribuí para o aumento da sensibilização dos enfermeiros para a problemática da Dor Aguda na Pessoa Idosa em situação perioperatória e constituiu um potencial diagnóstico de intervenção, identificando as dimensões da Dor Aguda que necessitam de melhoria. Sugere-se prosseguir com este trabalho, divulgar e refletir sobre estratégias organizacionais que promovam o Cuidar da Pessoa Idosa em situação perioperatória com dor aguda, o que terá um impacto direto na prestação de cuidados aos cidadãos que utilizam os sistemas de saúde. Desta forma, reconhece-se que a transição para uma enfermagem mais centrada na investigação é o percurso necessário para a valorização do conhecimento e das

competências, proporcionando uma prática profissional mais independente e autossuficiente.

A criação deste relatório evidenciou a minha abordagem crítico-reflexiva com que encarei o período de estágio. Durante esse período, participei ativamente nas diversas fases do percurso perioperatório da PSP, aprimorei habilidades de comunicação eficaz em colaboração com as equipas, visando garantir um cuidado integral e seguro à PSP. Neste período, pude compreender a importância vital de dominar os princípios éticos e profissionais do enfermeiro especialista e mestre na assistência às pessoas sujeitas a experiência cirúrgica, garantindo o respeito pelo cuidado centrado na pessoa. Estou confiante de que as competências adquiridas durante este percurso serão valiosas na minha carreira profissional como Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem. Nesse sentido, considero que os objetivos inicialmente delineados foram cumpridos, o conhecimento teórico sedimentado, as habilidades práticas aprimoradas, a atitude profissional e ética desenvolvida e as competências demonstradas. Ressalvo que, a aquisição de competências é um processo contínuo e em evolução, e, portanto, pretendo continuar a expandir os meus conhecimentos nesta área de atuação, sempre com o foco na melhoria dos cuidados prestados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelson, A., Falk, P., Sundberg, B., Nygardh, A. (2021). Empowerment in the perioperative dialog. *Nursing Open*, 8(1), 96-103. doi:10.1002/nop2.607
- Achaliwie, F., Wakefield, A., Mackintosh-Franklin, C. (2022). Does Education Improve Nurses' Knowledge, Attitudes, Skills, and Practice in Relation to Pain Management? An Integrative Review. *Pain Management Nursing*, 24 (3). 273-279. doi: 10.1016/j.pmn.2022.12.002.
- Administração Central do Sistema de Saúde (2011). *Recomendações técnicas para o Bloco Operatório*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Bloco-Operatorio_2011.pdf
- AESOP. (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta. ISBN 978-972-8383-16-5.
- Akbar, N., Teo, S., Hj-Abdul-Rahman, H., Hj-Husaini, H., & Venkatasalu, M. (2019). Barriers and solutions for improving pain management practices in acute hospital settings: Perspectives of healthcare practitioners for a pain-free hospital initiative. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 23(4), 190-196. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3274331>.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. (2nd. ed.). Edições Almedina.
- Amorim-Araújo, I., Santos de Souza, M., Ramos de Andrade A., Silva Ferreira, V., Moreira Corgozinho, M., Silva Oliveira, Érika V., Brandão, V., Souza, L., Oliveira, F., Mendes, K., Sousa, F. (2022). Conflitos ético-morais na assistência de enfermagem no período perioperatório. *Health Residencies Journal – HRJ*, 3(14), 890-911. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.317>.
- Andrews-Cooper, I. & Kozachik, S. L. (2020). How Patient Education Influences Utilization of Nonpharmacological Modalities for Persistent Pain Management: An Integrative Review. *Pain Management Nursing*, 21(2), 157-164.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.06.016>.

Apóstolo, J., Antunes, M., Mendes, A., Castro, I. (2012). Conforto/Desconforto em Doentes Internados em Clínica Psiquiátrica. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 7(7), 33– 38. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0077>.

Apóstolo, J. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://www.researchgate.net/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_contexto_da_translacao_da_ciencia/link/5a7336560f7e9b20d48fcbb1/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19.

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta. ISBN 978-972-893-16-5.

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2016). Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.pdf.

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2016). Recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso e do doente obeso em cirurgia ambulatória. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/Recomendacoes_Abordagem_Anestesica_Idoso_Obeso.pdf

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (2022). *Breve história sobre a legislação e financiamento do SNS*. <https://www.apca.com.pt/v0A0A/brevehistorial>.

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2022). *A dor como 5º sinal vital*. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>

Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor. (2010). *Declaração Montreal*. <https://www.aped-dor.org/index.php/informacoes-uteis/declaracao-de->

montreal.

- Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor (2018). <https://www.aped-dor.org/index.php/publicacoes/artigos>.
- Baumann, A., Blythe, J., Cleverly, K., Grinspun, D. Tompkins, A. (2006). Health Educated na underemployed: The Paradox for nursing graduands. Citado por Conselho Internacional de Enfermeiros. (2007). Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho - Cuidados de qualidade. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 7–16. DOI: 10.12707/RIII1294.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Benner, B. P., Sutphen, M., & Leonard-kahn, V. (2009). Formation and everyday ethical comportment. *Nursing Outlook*, 17(5), 473–477.
- Bettencourt, M. (2022). Ética e Deontologia [PowerPoint de apoio à disciplina de Ética e Deontologia por computador, lecionada na ESSSM, MEMC_PO]. <https://enfermagemppt-my.sharepoint.com/personal>.
- Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, 385(9968), 649–657. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25468167/>.
- Boff, W.R., Zonta, F. N. S., Vergutz, J. (2019). Avaliação da dor em pacientes pós-cirúrgicos de um hospital de referência. *Biosaúde Londrina*, 21(2), 60–74. <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/biosaude/article/view/38754>
- Bongiovanni, T., Gan, S., Finlayson, E., Ross, J., Harrison, J., Boscardin, W., Steinman, M. (2023). Trends in the Use of Gabapentinoids and Opioids in the Postoperative Period Among Older Adults. *JAMA*, 6(6). doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.18626.

- Booker, S., Herr, K. (2016). Assessment and measurement of pain in adults in later life. *Clinical Geriatric Medicine*, 32(4), 677-692. doi: 10.1016/j.cger.2016.06.012.
- Botelho, Z., Troncoso, G., Bahia, L. (2022). Post-operative pain management. *Research, Society and Development*, 11(14), e581111436731. DOI: 10.33448/rsd-v11i14.36731.
- Breda, L. & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), 1–8. DOI: 10.12707/rv20088.
- Cabral, D. (2014). *Cuidados especializados em enfermagem perioperatória: contributos para a sua implemetação*. [Doctoral dissertation, Instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/64648>.
- Camargo, F., Iwamoto, H., Galvão, C., Pereira, G., Andrade, R., Masso, G. (2018). Competências e barreiras para Prática Baseada em Evidências na Enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2148-2156. <https://www.scielo.br/j/reben/a/Jn6qys9NmzTnNYNjbtbyNNv/?format=pdf&lang=pt>.
- Cardoso, D., Coelho, A., Louçano, C., Parola, V., Rodrigues, M., Fineout-Overholt, E., Apóstolo, J. (2019). Tradução e adaptação de instrumentos sobre prática baseada na evidência para estudantes de enfermagem portuguesas. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 141–152. DOI: 10.12707/RIV19058.
- Carrageta, M. (2022). O emprego dos fármacos nas pessoas idosas: perspetiva geriátrica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia*, 2, 14-18. https://spgg.com.pt/UserFiles/File/N2_Revista_SPGG.pdf.
- Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem-Manual prático*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31971/4/978-989-98443-9-1-ebookversion.pdf>.
- Caverzan T., Calil A, Araújo C, Ruiz P. (2017). Humanização no processo de informações

- prestadas aos acompanhantes dos pacientes cirúrgicos. *Arch Health Sci.*, 24(4), 37-41. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046758>.
- Castoro, C. (2006). Ambulatory Surgery: Current Status and Future Trends. *Jornal de Cirurgia da África Central e Oriental*, 11(1), 67-68. <https://www.ajol.info/index.php/ecajs/article/view/136407>.
- Centre for Perioperative Care. (2021). Perioperative care of people living with frailty. <https://cpoc.org.uk/guidelines-resources-guidelines/perioperative-care-people-living-frailty>.
- Chaves, L. D. (2004). Dor pós-operatória: Aspectos clínicos e assistência de enfermagem. *Revista dor*. 151-168. <https://www.scielo.br/j/rdor/a/qntZ6KHfD768mHntKKnw96J/?lang=pt#>.
- Chenjuan M., Park, S. H., & Shang, J. (2018). Inter- and intra-disciplinary collaboration and patient safety outcomes in U.S. acute care hospital units: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 1–6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29783090/>.
- Chow S, Chow R, Lam M, Rowbottom L, Hollenberg D, Friesen E, Nadalini O, Lam H, DeAngelis C, Herrmann N. (2016). Pain assessment tools for older adults with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *Neurodegener Dis Manag.* 6(6).525-538. doi: 10.2217/nmt-2016-0033.
- Ciena, A., Gatto, R., Pacini, V. C., Picanço, V., Magno, I., Loth, E. (2008). Influence of pain intensity on the unidimensional scales responses of pain measurement in an elderly and young adults population. *Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 29(2), 201–212. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-520861>.
- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). *Relatório final - Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no utente*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/75/Microsoft_Word_-_Relatorio_Qualidade_em_Cirurgia_de_Ambulatorio-VFinal.pdf.
- Comissão Nacional Cuidados Paliativos. (2023). *Plano estratégico para o*

desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal Continental biénio 2023-2024. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf.

Coniam, S Diamond, A.,. (1999). *Controlo da dor crónica* . Lisboa: Climepsi Editores.

Conselho de Enfermagem. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 1-2. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-dequalidade-dos-cuidados.pdf>.

Conselho de Enfermagem. (2018). Parecer do Conselho de Enfermagem N. º144/2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9439/parecern%C2%BA-114-cesuper-vis%C3%A3o-de-estudantes-do-curso-de-licenciatura-emenfermagem.pdf>.

Couceiro, T., M., Valença, M., Lima, L., Menezes, T., Raposo, M. (2009). Prevalência e Influência do Sexo, Idade e Tipo de Operação na Dor Pós-Operatória. *Revista BrasileiradeAnestesiologia*, 59(3), 314–320. <https://www.scielo.br/j/rba/a/hwDJzpKswCHd9GY4XMF98tr/?format=pdf&lang=pt>

Coulter A, Edwards A, Elwyn G, Thomson R. (2011). Implementing shared decision making in the UK. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 105(4), 300–304. Doi:10.1016/j.zefq.2011.04.014

Costa, M. & Gonçalves, D. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusiadas Scientific Journal*, 2(2), 62-64.

Cummings, G., Tate, K., Lee, S., Wong, C., Paananen, T., Micaroni, S., Chatterjee, G. (2018). Estilos de liderança e padrões de resultados para a força de trabalho e ambiente de trabalho de enfermagem: uma revisão sistemática. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19-60.

Dahshan M., Youseff H., Aljouaid M., Babkeir R., Hassan W. (2017) Effect of nurse managers' leadership styles on organizational commitment of nurses working at Taif Governmental Hospitals in Kingdom of Saudi Arabia. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 6(2): 35-46.

Decreto-Lei n.º 63/ 2016 da Constituição, Diário da República (4 Setembro).
Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.
<https://dre.pt/application/file/a/75319373>.

Decreto-Lei n.º 63/ 2016 do Ministério da Educação, Diário da República: I série (13 Setembro). <https://dre.pt/application/file/a/75319373>.

Decreto-lei n.º 65/ 2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Diário da República: I série, n.º 157/2018 (16 Agosto).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>.

Demirhan, B., Gezginç, E., Goktas, S. (2020). The Effect of Leadership Behaviours of Nurse Managers on Nurses' Work Motivation. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 381–391. https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/43_gezgincielif_original_13_1.pdf.

DeSantana, J., Perissinotti, D., Oliveira Júnior, J., Correia, L., Oliveira, C., Fonseca, P. (2020). Definição de dor revisada após quatro décadas. *Br JP. São Paulo*, 3 (3), 197-198. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>

Despacho n.º 5739/2015 do Ministério da Saúde, Diário da República: II série, n.º 104/ 2015 (29 Maio). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5739-2015-67344509>

Despacho n.º 4328/2019 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Diário da República: II série, n.º 80 (24 Abril). <https://www.santamariasauade.pt/wp-content/uploads2020/02/Estatutos.pdf>.

Despacho n.º 9390/ 2021 do Ministério da Saúde, Diário da República: II série, n.º 187/ 2021 (24 Setembro). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>.

Direção-Geral da Saúde (2003). Fratura de extremidade proximal do fémur no idoso: Recomendações para intervenção terapêutica (ISBN972-675-088-1).
<https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/683/1/Fraturas%20da%20extremidade%20proximal%20do%20f%3a9mur%20no%20idoso.pdf>.

Direcção-Geral da Saúde (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da

intensidade da dor. Ministério da Saúde.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/IPOLisboa_NormaClinicaEnfermagem_DorQuintoSinalVital.pdf.

Direcção-Geral da Saúde (2010). Manual de implementação Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS: Cirurgia Segura Salva Vidas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-por.pdf>.

Duarte, A., Martins, O. (2014). *Enfermagem em bloco operatório* (1a ed.). Lidel - Edições técnicas, Lda.

Du H, Wang N, Yan F. (2018). Effects of preoperative nursing visit on stresses and satisfaction of patients for selective surgery. *Int J Clin Exp Med*.11(3), 2495-2500.

Entidade Reguladora da Saúde (2017, Maio, 24). *SINAS /Hospitais Indicadores de qualidade na Cirurgia Ambulatória*. <https://apch2.ers.pt/pages/232>.

Entidade Reguladora da Saúde (2023, Agosto, 24). *Consentimento Informado*.. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>

Family Medicine & Primary Care Review. (2022, Agosto, 31). *Impacto da dor é principal fator para adesão ao tratamento*. https://sigarra.up.pt/fmup/pt/noticias_geral.ver_noticia?p_nr=89059.

Farías-Antúnez, S., Lima, N., Bierhals, I., Gomes, A., Vieira, L., Tomasi, E. (2018) Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do SUS*, 27(2), 1-14.

Fernandes, J. F. (2017) Rede de Referência Hospitalar: Angiologia e Cirurgia Vascular. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/RRH_Angiologia-e-Cirurgia-Vascular.pdf.

- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., Moreira, M. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21 (3), 513-518.
- Ferreira, L., Meireles, J., Ferreira, M. (2018). Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 639-651.
- Figueiredo, A. R. E., Potra, T. M. F. dos S., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Ámbitos-Revista Internacional de Comunicación*, (49). <https://dx.doi.org/10.12795/ambitos>.
- Fillingim, R., Bruehl, S., Dworkin, R., Dworkin, S., Loeser, J., Turk, D., Widerstrom-Noga, E., Arnold, L., Bennett, R., Edwards, R., Freeman, R., Gewandter, J., Hertz, S., Hochberg, M., Krane, E., Mantyh, P., Markman, J., Neogi, T., Ohrbach, R., Paice, J., Porreca, F., Rappaport, B., Smith, S., Smith, T., Sullivan, M., Verne, G., Wasan, A., Wessellmann, U. (2014). The ACTTION-American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT): An Evidence-Based and Multidimensional Approach to Classifying Chronic Pain Conditions. *The Journal of Pain*, 15(3), 241–249. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.01.004>.
- Fluetti, M., Fhon, J., Oliveira, A., Chiquito, L., Marques, S. (2018). Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21 (1), 62-71.
- Frangos, E., Barriguete-Mélendz, A., Debré, P., Robledo, L., Parodi, A., Michel, J. (2023) Life Course Education, Health, and Ageing Well: A Short Inter-Academic Report. *Gerontology*, 69 (7), 799-808. DOI: 10.115f.9/000529869
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *Journal of Gerontology*, 255-263.
- Foraciepe, M., Silva, A., Fares, T., Santos, F. (2023). Pain in older adults with dementia: Brazilian validation of Pain Intensity Measure for Persons with Dementia

- (PIMD). *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 81 (8), 720-724. Doi: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1771174>.
- Fuentes-Ramirez, A., & Laverde-Contreras, O. L. (2021). Intervenção de enfermagem para satisfazer as necessidades dos familiares durante a espera no centro cirúrgico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3483. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5028.3483>.
- Galetto, S., Nascimento, L., Hermida, P., Busanello, J., Malfussi, L., Lazzari, D. (2021). Prevenção de lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos em pacientes críticos: Cuidados de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0062>
- Galicia-Castillo, M. (2016). Opioids for persistent pain in older adults. *Journal of Medicine*, 83(6), 443-451.
- Gammons V, Caswell G. (2014). Older people and barriers to self-reporting of chronic pain. *Br J Nurs*. Mar 13-26;23(5):274-8. doi: 10.12968/bjon.2014.23.5.274.
- Gan T. (2017) Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *Journal of Pain Research*, 10, 2287-2298. doi: 10.2147/JPR.S144066.
- Garcia, J., Bonilla, P., Kraychete, D., Cantú Flores, F., Perez de Valtolina, E., Guerreiro, C. (2017). Otimizando o manejo da dor pós-operatória na América Latina. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 67(4), 395-403. Doi:10.1016/j.bjan.2016.04.011.
- Glowacki, D. (2015). Effective pain management and improvements in Patients' outcomes and satisfaction. *Critical Care Nurse*, 35(3), 33–43.
- Gomes, J.A. (2020). A Qualidade Assistencial no Bloco Operatório de Hospitais Portugueses [Doctoral dissertation, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9096>.
- Kopf, A. (2010.). Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/iasp_guia.pdf.

- Guerra, M. (2009). Ética e Deontologia. [PowerPoint de apoio à disciplina de Ética e Deontologia por computador, lecionada na ESSSM, MEMC_PO]. <https://enfermagemp-my.sharepoint.com/personal>
- Gottlieb, L., Gottlieb, B., Shamian, J. (2012). Principles of strengths-based nursing leadership for strengths-based nursing care: a new paradigm for nursing and healthcare for the 21st century. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 25(2), 38–50. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2012.22960>.
- Greenstein, A. S., & Gorczyca, J. T. (2019). Orthopedic Surgery and the Geriatric Patient. *Clinics in Geriatric Medicine*, 35(1), 65–92.
- Guimarães, L. (2018). *Análise de Eficiência de um Centro Cirúrgico Hospitalar com Abordagem do LeanHealthcare*. [Master's thesis, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. http://bdm.unb.br/bitstream/10483/21170/1/2018_LucasMachadoGuimaraes_tcc.pdf.
- Goraby, S., Souza, M., & Caldeira, S. (1991). Rotinas e cuidados de vigilância na sala de recuperação anestésica. *Revista Paulista de Enfermagem*, 19-24.
- Hayes, K., Gordon, D. (2015). Delivering quality pain management: the challenge for nurses. *Aorn Journal*, 101(3), 328-334. doi: 10.1016/j.aorn.2014.11.019.
- Halaszynski, T. (2013). Influences of the Aging Process on Acute Perioperative Pain Management in Elderly and Cognitively Impaired Patients. *Ochsner Journal*, 13 (2), 228-247.
- Hennemann-Krause, L. (2012). Aspectos práticos da prescrição de analgésicos na dor do câncer. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11, 38.
- Henriques, E. (2022). *O Cuidado Centrado no Cliente, da apreciação à intervenção de enfermagem*. (1ª ed.), Sabooks – Lusodidacta.
- Heynes, A., Flin, R., McCulloch, P. (2011). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Quality and Safety*, 20, 102-107. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2009.040022>

- Hoedl, M., Bauer, S. (2020). The relationship between care dependency and pain in nursing home residents. *Archive of gerontology and geriatrics*, 90. doi: 10.1016/j.archger.2020.104166
- Hunt, L., Covinsky, K., Yaffe, K. (2015). Pain in community-dwelling older adults with dementia: Results from the National Health and Aging Trends study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), 1503–11.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press (US). doi:10.17226/9728
- International Association for the Study of Pain. (2014). IASP Taxonomy. The ACTION-American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT): An Evidence-Based and Multidimensional Approach to Classifying Chronic Pain Conditions.
- International Council of Nurses (2011). *Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 79-82.
- International Association for the Study of Pain (2020). *Redefinição de Dor*. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Instituto Nacional de Estatística (2023). Estimativas De População Residente Em Portugal 2022. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Jesus, E. (2022). Liderança(s), Ambientes De Prática Qualidade E Segurança. [PowerPoint de apoio à disciplina de Gestão de Cuidados de Saúde e Enfermagem por computador, lecionada na Escola Superior Saúde Santa Maria, Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica]. <https://moodle.santamariasaude.pt/>.
- Jesus, E., Roque, S., Amaral, A. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Ambientes da prática e Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 26-44. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19776/1/2015066.pdf>.
- Kayser, B., Miotto, C., Dal Molin, V., Kummer, J., Klein, S. , & Wibelinger, L. (2014). Influence of chronic pain on functional capacity of the elderly. *Revista Dor*,

15(1), 48-50

- Ketonis C, Ilyas AM, Liss F. (2015) Pain management strategies in hand surgery. *Orthop Clin North Am.*;46(3):399-408, doi: 10.1016/j.ocl.2015.02.008.
- Kolcaba K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nurs Outlook*, 49(2):86-92. doi: 10.1067/mno.2001.110268.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba K, Wilson L. (2002). Comfort care: a framework for perianesthesia nursing. *J Perianesth Nurs.*, 17(2):102-111. doi: 10.1053/jpan.2002.31657.
- Kotaka, T. & Padula, M. (2020). Nursing Actions in the Safety of Elderly Patients in the Surgical Center. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 19552-19565. DOI:10.34119/bjhrv3n6-333
- Lee, D. J., Ding, J., & Guzzo, T. J. (2019). Improving operating room efficiency. *Current Urology Reports*, 20(6), 28. doi:10.1007/s11934-019-0895-3
- Lei no 156/2015, Diário da República: I série, n.º 181 (16 Setembro). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Leite, M., Schons, V., Silva, L., Muller, L., Pinno, C., Hildebrandt, L. (2015). A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 20(2), 535-549. <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46060/35456>
- Lemos, B., Cunha, A., Cesarino, C., Martins, M. (2019). The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly. *Brazilian Journal of Pain*, 2(3), 237-241. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190042>
- Li J., Ma Y., Xiao L. (2019). Postoperative Pain Management in Total Knee Arthroplasty. *Orthop Surg.*, 11(5):755-761. doi: 10.1111/os.12535.
- Lin H., Watts J., Peel N. (2016). Fragilidade e resultados pós-operatórios em pacientes cirúrgicos idosos: uma revisão sistemática. *BMC Geriatr.* 16, 157.

<https://doi.org/10.1186/s12877-016-0329-8>

Link, T. (2019). Guideline Implementation: Sterilization. *AORN Journal*, 109(6), 772-782. <https://doi.org/10.1002/aorn.1266>

Lei n.º 59/2007 do Ministério Público, Diário da República, (4Setembro). Código Penal. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=930&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo.

Lespasio M., Guarino A., Sodhi N., Mont M.. Pain Management Associated with Total Joint Arthroplasty: A Primer. *Perm J.*, 23,18-169. doi: 10.7812/TPP/18-169

Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Khajehgoodari, M. (2019). Avaliação da comunicação enfermeiro-paciente e satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem. *Enfermeiras Abertas*, 6(3), 1189-1196. Doi:10.1002/nop2.316

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. INESC-TEC. *Ordem dos Enfermeiros*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf

Lopes, A., Menezes, M. S. & Barros, G. A. M. (2021). Dor crônica pós-operatória – frequente e pouco valorizada: revisão narrativa. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 71(6), 649–655. <https://bjan-sba.org/article/10.1016/j.bjane.2020.10.014/pdf/rba-71-6-6036d443a9539573217aeaa2-transl.pdf>

Lourenção, D. & Tronchin, D. (2018). Clima de Segurança em centro cirúrgico: validação de um questionário para o cenário brasileiro. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 20 (v20a10). doi: 10.5216/ree.v20.47570.

Lucchese, R., Castro, P., Ba, S., Rosalem, V., Silva, A., Andrade, M., Munari, D., Fernandes, I. & Neves, H. (2014). Saberes profissionais na atenção primária à saúde da pessoa/família em sofrimento mental: perspectiva Le Boterf. , *Rev Esc Enferm USP* 48 (2), 128-137. doi: 10.1590/S0080-623420140000800019

- Macedo, M. R. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. (Master' thesis , Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/9956>
- Marinho, G., Almeida, P., Santos, A., Souza, M. (2017). Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado e Regiões de Saúde. *Ciência &Saúde Coletiva, Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva*. <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/almeida-pf-santos-am-souza-mkb-org-atencao-primaria-a-saude-na-coordenacao-do-cuidado-e-regioes-de-saude/16495?id=16495>
- Marques, A., Gonçalves, B., Ferreira, E., Sarmento, M., Goes, M., João, A., Coelho, A., Dias, A., & Lusquinhos, L. (2023). Gestão da dor em pessoas com necessidades paliativas. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 9(1), 23-46. DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(1\).601.23-46](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(1).601.23-46)
- Martins, O., & Duarte, A. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel. ISBN: 9789727579594
- Martins, N., Silva, B., Abreu, D., Rosa, B., Bandeira, E. (2019). Diagnósticos de enfermagem em idosos internados em unidade cirúrgica. *Revista Fun Care Online*. 11(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.11-19>
- Martins, N. F. F., Abreu, D. P. G., da Silveira, R. S., de Lima, J. P., de Oliveira Bandeira, E., & Santos, C. D. S. C. S. (2021). O processo saúde-doença e a velhice: reflexões acerca do normal e do patológico. *Research, Society and Development*, 10(1), e44610111977-e44610111977.
- Mateus, A., Ferreira, B., Monforte, E., Ferreira, F., Alvarenga, M., Silva, M., Leite, M. (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. *Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem*.
- Meier, A., Siqueira, F., Pretto, C., Colet, C., Gomes, J., Dezordi, C., Stumm, E. (2017). Analysis of intensity, sensory and affective aspects of pain of patients in immediate postoperative care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62558>

- Mendes, G., Mirandola, T. (2015). Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. *Gestão & Produção* 22 (3), 636-648 <https://doi.org/10.1590/0104-530X1226-14>.
- Mendes, D & Ferrito, C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, V (8), 1-17. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388270215004/html/>.
- Mendes, C. (2022). Cirurgia de Ambulatório – Consulta de Enfermagem [PowerPoint de apoio à disciplina de Enfermagem Perioperatória II lecionada na Escola Superior Saúde Santa Maria, Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica]. <https://moodle.santamariasaude.pt/>.
- Ministério da Saúde. (2001). *Glossário de Conceitos para a Produção de Saúde*. Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2021). Relatório e contas do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Relatorio-ACSS-Consolidado-2021.pdf>
- Moccelin, J., Kunz da Costa, A., Pissaia, L., & Monteiro, S. (2018). Saúde do idoso: Percepções dos profissionais de enfermagem perante o manejo clínico da dor. *Revista Saúde*, 14(2), 1186-1196. doi: 10.22481/rsc.v14i2.606
- Monteiro, M. (2014). Necessidades de Informação dos Familiares/Pessoa Significativa dos Clientes Cirúrgicos, no Bloco Operatório [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setubal, Escola Superior de Saúde]. RCAPP <https://core.ac.uk/download/pdf/62695194.pdf>
- Monteiro, M, Martins, M, Schoeller, S (2021). Avaliação do nível de saúde do idoso: considerações da equipa assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, e20201277. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1277>
- Monteiro, M., Martins, M., Schoeller, S. (2022). Consenso de escalas para um instrumento de avaliação interdisciplinar em saúde da população idosa. *Rev Rene*, 23 (5). 1-11.

- Moraes, E. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*, 151-175. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/444168/mod_resource/content/1/Envelhecimento_e_saude_da_pessoa_idosa.pdf
- Moraes, E., Moraes, F., Lima, S. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 20 (1), 67-73. http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf
- Moraes, R. B., Lino, A. I. A., Oliveira, F. P., Mendonça, E., Gomes, J. R. A. A., Boaventura, A. C., & Santos, R. F. R. (2022). A vivência da humanização por profissionais de enfermagem em Centro Cirúrgico. *Health Residencies Journal*, 3(14), 1-13. <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/375/280>
- Moura, L., Camponogara, S., Santos, J., Gasparino, R., Silva, R., Freitas, E. (2020). Empoderamento estrutural do enfermeiro no ambiente hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 6 (28). doi: 10.1590/1518-8345.3915.3373.
- Mwaka, Thikra, & Mung’Ayi (2013). The prevalence of postoperative pain in the first 48 hours following day surgery at a tertiary hospital in Nairobi. *African Health Sciences*, 13(3), 768–775. <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v13i3.36>
- Nallani R., Fox C., Sykes K. (2021). Pain management and education for ambulatory surgery: a qualitative study of perioperative nurses. *J Surg Res.*, 260, 419–427.
- Nascimento, P., Bredes, A., Mattia, A. (2015). Complicações em idosos em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). *Revista SOBECC*, 20(2), 64–72. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201500020002>
- Norma ISO268225:2020 (Outubro 2020). Anaesthetic and respiratory equipment: User-applied labels for syringes containing drugs used during anaesthesia, Colours, design and performance. <https://www.iso.org/standard/76678.html>
- Norma n.º 003/2012 da Direção Geral da Saúde. Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda, Direção-Geral da Saúde (19 Outubro). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/organizacao-das-unidades-funcionais-de-dor-aguda.pdf>

- Norma n.º 020/2014 da Direção Geral da Saúde. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes, Direcção-Geral da Saúde (14 Dezembro). https://spp.pt/userfiles/file/evidencias%20em%20pediatria/1.norma020_2014_a ct.dez2015.pdf.
- Norma n.º 001/2017 da Direção Geral da Saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde., Direcção-Geral da Saúde (8 Fevereiro). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-efficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>.
- Norma n.º 020/2017 de 15 de Dezembro atualizada a 17 de Novembro 2022 da Direção Geral da Saúde. Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, Direcção-Geral da Saúde https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf.
- Observatório Português dos Cuidados Paliativos (2020). *Diretório de escalas validadas para português europeu*. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/33733/1/9789725407837.pdf>.
- Oliveira, S., Queiroz, A., Matos, D., Moura, A., Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 155-161. <https://www.scielo.br/j/reben/a/C5MynWnQQN5xx44YFGFk7Kn/?format=pdf&lang=pt>.
- Oliveira, S, Costa, K., Santos, K., Oliveira, J., Pereira, M., Fernandes, M. (2020). Comfort needs as perceived by hospitalized elders: an analysis under the light of Kolcaba's theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). doi:10.1590/0034-7167-2019-0501.
- Ong, T., Thiam, C. (2022). Special consideration for pain management in the older person. *Clinical Medicine*, 22(4), 295–29. doi: <https://doi.org/10.7861/clinmed.CM-2022-0273>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 1-2.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia orientador de boa prática. Caderno S.O.E. - Série*

[I.https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernos-e-dor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernos-e-dor.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Assembleia extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Aprovado por maioria, com alterações, na assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada em sessão extraordinária, no dia 25 de novembro de 2017, em Leiria.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Coimbra, Portugal: *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfme di cocirur gica.pdf.

Ordem dos enfermeiros. (2020). *Parecer Do Conselho De Enfermagem n.º 06/2020 – Dotações e funções específicas dos enfermeiros no bloco operatório de um serviço de urgência de obstetrícia*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20140/parecer-mceesmo_06-2020_dotações-e-funções-específicas-dos-enf-no-bloco-operatório-de-um-serviço.pdf

- Ordem dos enfermeiros. (2021). *Parecer Do Conselho De Enfermagem n.º 53/2021 – Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-nº-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf.
- Ordem dos enfermeiros. (2023). *Parecer Do Conselho De Enfermagem n.º 275/ 2023 – Responsabilidade do enfermeiro na transição de cuidados do intraoperatório, para a Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28634/parecer-ce-nºC2%BA-275-2023_responsabilidade-do-enfermeiros-na-transi%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-do-intraoperat%C3%B3rio-para-a-uc-osanestesicos_anonimizado.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Resumo do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf
- Orientação n.º 015/2010 da Direção Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa, Direcção-Geral da Saúde (Dezembro 2010).https://www.aped-dor.org/images/documentos/dor_no_idoso/.
- Panagiotis, Z., Daskalaki, A., Bountouni, I., Sykioti, P., Varrasi, G., & Paladini, A. (2017). Depression and chronic pain in the elderly: Links and management challenges. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 709-720. doi: 10.2147/CIA.S113576
- Pedroja, A. T., Blegen, M. A., Abravanel, R., & Mais. (2014). The relationship between hospital system workload and patient harm. *Journal of Patient Safety*, 10(3), 168-175.
- Pereira, L. A., Andolhe, R., Oliveira, E. M., Barbosa, R. L., & Faro, A. C. M. (2022). Segurança do paciente: fatores associados à ocorrência de eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20210192. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2021019204284>
- Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas. *Editora Científica Digital*, 1(1), 15-35. <https://www.editoracientifica.com.br/livros/livro-teoria-e-pratica-de->

enfermagem-da-atencao-basica-a-alta-complexidade.

- Pereira, R. (2016). *Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas* [Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84324/2/137294.pdf>
- Pelegriño, P. S. (2009). *Perspectiva biopsicológica do envelhecimento*. São Paulo: Secretaria estadual de assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre anchieta. <https://edisciplinas.usp.br>.
- Petripin A, (2023). *Nursing-Theory- A Teoria de Conforto de Kolcaba*. <https://nursingtheory.org/theories-and-models/kolcaba-theory-of-comfort.php>.
- Phipps, W., Long, B.C., Woods, N. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e 46 prática clínica*. (6ª ed.) Lisboa: Lusodidacta.
- Pimentel, C., Becky, B., Gurwitz, J., Rosen, A., Pimentel, M., Lapane, K. (2015). Pain Management in Nursing Home Residents with Cancer. *Journal of the American Geriatrics Society* 63 (4). 633-541. <https://doi.org/10.1111/jgs.13345>
- Pires, R., Pedrosa, M., Marques, M. (2021). *A gestão da Dor Aguda*. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda*. Sabooks Editora.
- Piryaní, R., Piryaní S. (2019). Conflict Management in Healthcare. *J Nepal Health Res Counc.*, 16(41), 481-482. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30739920/>.
- Polomano, R., Dunwoody, C., Krenzischeck, D., Rathmell, J. (2008). Perspectives on pain management in the 21st century. *Pain Management Nursing*, 9 (1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2007.11.002>.
- PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e Europa (2021). Censos: População por concelho. <https://www.pordata.pt/subtema/municipios/populacao+residente-565>.
- Queirós, D., Carvalho, M., Carvalho, G., Santos, S., & Moreira, A. (2015). Dor – 5º sinal vital: Conhecimento dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem*, 9(4), 7186-192.
- Rastogi R, Meek B. (2013). Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding

a suitable, personalized method of control. *Clin Interv Aging*, 8, 37-46. doi: 10.2147/CIA.S30165.

Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais n.º 140/2015 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República II Série. N.º 79 (23 Abril). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento de Deontologia Médica n.º 707/2016 da Ordem dos Médicos, Diário da República II Série. N.º 139 (21 Julho). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/707-2016-75007439>.

Regulamento de Competências Específicas do enfermeiro especialista n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República II Série. N.º 135 (16 Julho). [19https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf).

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, n.º 26 (6 Fevereiro) <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.

Regulamento n.º 743/ 2019 – Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, n.º 184 (25 Setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/15588/0012800155.pdf>.

Reis, P., Pimenta, C., Amaral, C., Afonso, G. (2017) Anestesia para Cirurgia Endovascular. *Revista Sociedade Portuguesa Anestesiologia* 26 (4), 161- 168 <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/issue/view/792/63>.

Rockwood, K. (2005). Fragilidade e sua definição: um desafio digno. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(6), 1069-1070. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53312.x.

Rodriguez, C., Souza, D., Santos, Soares G., Casarin, N. (2012) Lean na logística: uma reflexão da agregação de valor e desperdícios. *Mundo Logística*, 26(5), p. 18-23, 2012.

Rodrigues, R. (2019). Envelhecimento saudável e o exercício de direitos humanos.

Revista latino-Americana de enfermagem, 27 (e3097). doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3097>.

- Roger F., Stephen B., Robert H., Dworkin, S. Dworkin, J., Dennis C., Turk, L., Widerstrom-Noga, E., Arnold, L., Robert Bennett, Robert R. Edwards, Roy Freeman, Jennifer Gewandter, Sharon Hertz, Marc Hochberg, Elliot Krane, Patrick W. Mantyh, John Markman, Tuhina Neogi, Richard Ohrbach, Judith A. Paice, Frank Porreca, Bob A. Rappaport, Shannon M. Smith, Thomas J. Smith, Mark D. Sullivan, G. Nicholas Verne, Ajay D. Wasan, & Ursula Wesselmann. (2014). Taxonomy of the Pain from the ACTION-American Pain Society (AAPT): A multidimensional, evidence-based approach to classifying chronic pain conditions. *The Journal of Pain*, 15(3), 241-249.
- Rossés, J. (2022). Preparo dos profissionais de enfermagem no Cuidado ao Idoso: uma revisão integrativa. *Revista Científica Multidisciplinar* 3 (10). doi: <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i10.1990>.
- Royal College of Nursing & The royal College of Radiologists. (2014). Guidelines for nursing care in interventional radiology: 2º edição. <https://www.rcr.ac.uk/publication/guidelines-nursing-care-interventionalradiologysecond-edition>.
- Rua, M. D. S. (2009). *De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico* [Master's thesis, Universidade de Aveiro]. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/8922/1/2010000418.pdf>.
- Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A, Shoar S, Tamannaie Z, Chaichian S. (2013) Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scand J Caring Sci.*,27(4), 994-8. doi: 10.1111/scs.12022.
- Salvetti, M., Garcia, P., Lima, M., Fernandes, C., Andruccioli de Mattos Pimenta, C. (2020). Impacto da dor aguda e adequação analgésica em pacientes hospitalizados. *Brazilian Journal of Pain*, 3(4), 333-336. DOI 10.5935/2595-0118.20200188.

- Santos, F., Souza, J., Antes, D., d'Orsi, E. (2015). Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 234-247. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010018>.
- Santos, K. Rocha, M., Dantas, J., Araújo, S., Dantas, D., Dantas, R. (2022). Non-pharmacological analgesia strategies in adult and elderly endovascular procedures: A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), e20210741. doi: 10.1590/0034-7167-2021-0741pt.
- Scher, C., Meador, L., Cleave, J. H. Van, & Reid, M. C. (2017). Moving beyond pain as the fifth vital sign and patient satisfaction scores to improve pain care in the 21st century. *Pain Management Nursing*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.010>.
- Schneider, L. R., Pereira, R. P., & Ferraz, L. (2020). Enfermagem e pesquisa na atenção primária: conhecimentos e habilidades para a prática baseada em evidência. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 9(1), 113-126. <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3944>.
- Schofield, P., Dunham, M., Martin, D., Bellamy, G., Francis, S., Sookhoo, D., Bonacaro, A., Hamid, E., Chandler, R., Abdulla, A., Cumbertbatch, M., Knaggs, R. (2022). Evidence-based clinical practice guidelines on the management of pain in older people – a summary report. *British Journal of Pain*, 16(1), 6-13. doi: 10.1177/2049463720976155.
- Serinkan C., Ipekci I. (2005) Leadership in managerial nurses: a study for leadership characteristics. *Süleyman Demirel University Faculty of Economics and Administrative Sciences* 10(1): 281-294.
- Serra, D., Costa, I., Godinho, S., Henriques, M., Gouveia, M. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 317-337. <https://journals.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/11388>.

- Serrano, M., Costa, A., Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, n.º 3, 15-23. <https://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>.
- Silva, I., Leite, J., Trevizan, M., Silva, T., José, S. (2017). Conexões Entre Pesquisa E Assistência: Desafios Emergentes Para A Ciência, A Inovação E A Tecnologia Na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 26(4), 1-11. <https://www.scielo.br/j/tce/a/LTjb9xXrNFCYqTGjDDnXqvM/>
- Silva, A., & Silva, L. (2021). Queda nas pessoas idosas residentes em ERPI. *Revista Oficial da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia*, 22-24.
- Silva, J., Santos, L., Menezes, A., Lopes Neto, A., Melo, L., Silva, F. (2021). Utilização Da Prática Baseada Em Evidências Por Enfermeiros No Serviço Hospitalar. *Revista Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898> .
- Silva, L., Mendanha, D., & Gomes, P. (2020). O uso de opioides no tratamento da dor oncológica em idosos. *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*, 3(1), 63-72. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200014>.
- Simon H., Paula T, Luz M. (2020). Fragilidade em pacientes idosos submetidos à cirurgia colorretal de emergência: análise do programa nacional de melhoria da qualidade cirúrgica dos EUA. *Br J Surg.*, 107, 1363 –1371.
- Silveira, M., Pasqualotti, A., Colussi, E. (2012). Prevalência de dor crônica em adultos e idosos. *Revista de Atenção à Saúde*, 10(31). <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol10n31.1535>.
- Souza, H., Corgozinho, M. (2022). Desafios à sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: revisão integrativa. *Health Residencies Journal*, 3(14), 1- 19. <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/353/300>.
- Smith, M. & Parker, M. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4a ed.). F.A. Davis Company.
- Souza A., França J., Santos M., Costa S, Souto C. (2010). Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na Bioética. *Revista Cubana de Enfermería*;

26(3):117-29.

- Steinman, M., Hanlon, J. (2010). Managing medications in clinically complex elders: “There got to be a happy medium”. *JAMA*, 304, 1592-1601.
- Swarbrick C, Poulton T, Martin P, Partridge J, Moppett I. (2023). SNAP 3 Project Team. Study protocol for a national observational cohort investigating frailty, delirium and multimorbidity in older surgical patients: the third Sprint National Anaesthesia Project. *BMJ Open*. 13(12). doi: 10.1136/bmjopen-2023-076803. PMID: 38135325; PMCID: PMC10748966.
- Stor, M.L.E., Lokhorst, M., Horbach, S., Young, D., Kappen, T., M. Van Hout, N., Spuls, P., M. Van der Horst, C. (2021). Clinical characteristics associated with pain in patients with peripheral vascular malformations. *J. Vasc. Surg.*, 75 (3), 1054-1062. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.08.101>.
- Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, M. L., Jans, B., Hopkins, S., Hansen, S., Lyytikäinen, O., Reilly, J., Deptula, A., Zingg, W., Plachouras, D., Monnet, D., Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group. (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: Results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveill* 23(46). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516.
- Teixeira, F. (2021). Polimedicação no idoso: Prescrição e desprescrição. *Revista Oficial da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia*, 0, 15-16. https://spgg.com.pt/UserFiles/File/N0_Revista_SPGG.pdf.
- Tomey, A., & Alligod, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos em Teorias de Enfermagem*. (5ª Ed.). Lusociência.
- UNESCO. (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Adotada pela 33ª sessão da Conferência Geral da UNESCO*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por.

- Van de Ree, C., Landers, M., Kruithof, N. (2019). Efeito da fragilidade na qualidade de vida em pacientes idosos após fratura de quadril: um estudo longitudinal. *BMJ Open*; 9. doi:10.1136/bmjopen-2018-025941.
- Vendites, S., Almada-Filho, C., Minossi, J. (2010). Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 23 (3) <https://doi.org/10.1590/S0102-67202010000300009>.
- Vidoedo, J., Almeida Pinto, J., Maia, M., Sampaio, S., Lopes, F. (2016). Segurança de procedimentos endovasculares arteriais dos membros inferiores em ambulatório – análise retrospectiva e codificação hospitalar. *Angiologia e Cirurgia Vascular* 12(1), 20-25. <https://www.elsevier.es/en-revista-angiologia-e-cirurgia-vascular-388-articulo-seguranca-procedimentos-endovasculares-arteriais-dos-membros-inferiores-em-S1646706X15001391>.
- Vieira, L. C. N., Menezes, M. O., Pimentel, C. A., Juventino, G. K. S. (2020, set./dez.). Lean Healthcare no Brasil: uma revisão bibliométrica. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 9(3), 381-405. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.16882>
- Vieira, A., Vidal, D., Pedrosa e Sousa, H., Dinis, M., Sá, K. (2022). Educação em saúde para indivíduos com dor crônica: ensaio clínico. *Br. JP*, 5 (1), 39-46. DOI 10.5935/2595-0118.20220013.
- Wideman, T., Robert, E., Walton, D., Martel, M., Hudon, A., & Seminowicz, D. (2019). The multimodal assessment model of pain: A novel framework for further integrating the subjective pain experience within research and practice. *Clinical Journal of Pain*, 35(3), 212-221.
- Wilson L., Kolcaba K. (2004) Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs.*, 19 (3), 164-173. doi: 10.1016/j.jopan.2004.03.006. PMID: 15195275.
- World Health Organization & World Bank. (2011). *World report on disability*. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>.
- World Health Organization (2015). *World Report on Ageing and Health*. World Health

Organization. <https://books.google.pt/>

World Health Organization Team. (2019). *Medication safety in polypharmacy: Technical report*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11>.

World Health Organization (2021). *Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030. Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde*. <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/11/document.pdf>.

Wyskiel, R. M., Weeks, K., & Marsteller, J. A. (2015). Inviting Families to Participate in Care: A Family Involvement Menu. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 41(1). [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(15\)41006-2](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(15)41006-2).

Yilmaz H., Kantek F. (2016) Nurse managers' leadership styles in Turkey: literature review. *Journal of Health and Nursing Management*, 2(3), 110-117.

Zagury, I. , Melo, J., Carmo, S. (2019). *Guião para a gestão e avaliação do capital intelectual das organizações* [Master' thesis, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/152>.

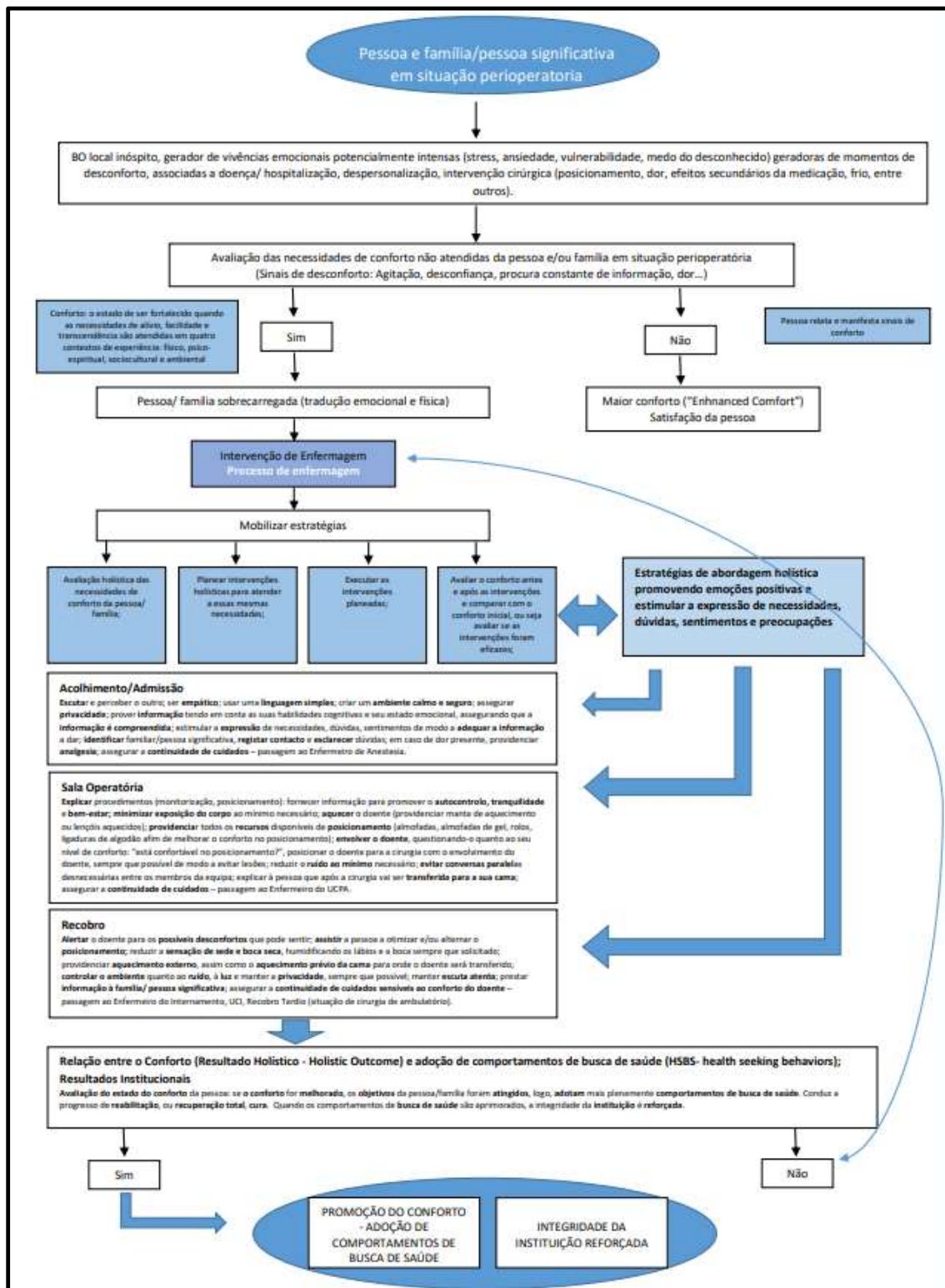
7. ANEXOS E APÊNDICES

Anexo 1. Estratégias não farmacológicas para o controlo da dor em idosos submetidos a procedimentos endovasculares.

Estratégias Não Farmacológicas	Descrição	Evidência de Eficácia
Aplicação de Gelo	Aplicação de gelo sobre os tecidos ajuda a reduzir inflamação e, consequentemente, a dor	Demonstrou ser eficaz na redução da dor.
Musicoterapia	Utilização da música como terapia complementar para distrair os pacientes e reduzir a percepção da dor.	Efeito positivo na redução da dor e do stress.
Reflexologia	Massagem em pontos reflexos dos pés, mãos e orelhas para alívio da dor e redução do stress.	Contribui para a redução da dor e do stress.
Aromaterapia	Uso de aromas para promover relaxamento e bem-estar.	Pode auxiliar na redução da dor e no relaxamento.
Distração	Utilização de técnicas de distração para desviar a atenção do paciente da dor.	Efeito positivo na percepção da dor.
Imaginação Guiada	Guiar o paciente em uma atividade mental para aliviar o desconforto e a dor.	Pode ajudar a reduzir a percepção da dor.
Posicionamento	Posicionamento da pessoa de forma confortável, e permitir a mudança de posição, dentro do possível, para minimizar o desconforto durante o procedimento.	Contribui para o conforto e redução da dor.
Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS)	Uso de estimulação elétrica para bloquear a dor.	Demonstrou ser eficaz na redução da dor.
Hipnose	Utilização da hipnose como técnica de relaxamento profundo para alívio da dor.	Pode ser eficaz na redução da percepção da dor.

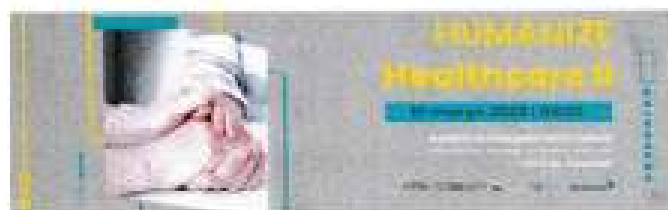
(Fonte: a própria adaptada de Santos et al.,2022)

Anexo 2. Algoritmo de atuação em enfermagem à pessoa em situação perioperatório no
Bloco Operatório: Teoria de Kolcaba



(Fonte: Trabalho mestrado)

Anexo 3. Certificado de presença no Congresso “Humanize Healthcare II



CERTIFICADO

Certifico-se que *Mónica Mendes*

participou no congresso **HUMANIZE Healthcare II** do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, que se realizou no auditório do Emergentes Centro Cultural – Marco de Canaveses, no dia 10 de março de 2023

Pontevedra, 10 de março de 2023

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO

Dr. José Ribeiro

(Enfermeiro Diretor)

Unidade Organizativa Acreditada pelo Decreto n.º 13053/BB (2.ª Série), de 24 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4554-007 GUIHARPE - PENAFIEL | T: 255 347 257 | F: 255 714 575 |
E: info@chs.min-saude.pt | NIFL: 506 318 352



Programa

08:30 Abertura do evento todo

09:00 OPT 1001A NAS ORGANIZAÇÕES

Moderador: Dr.ª Carla Magalhães

O impacto do Trabalho do Médico na qualidade de vida dos doentes: desafios académicos no CHS - da investigação ao consultório
Dr.ª Zilda Almeida

O poder da PDCA – Evolução Científica
Dr.ª Filipa Dwyer

O fim da hesitação na fertilidade
Dr.ª Filipa Sales

08:15 Conferência - ARQUITETURA IMERSIVA
- LMA CASA NO HOSPITAL
Moderador: Dr.ª Maria João Correia

08:45 Apresentação da Arquitetura Hospitalar
Arquiteta Pedro Santiago

08:45 Intervalo

14:15 A COMUNICAÇÃO COMO EXPRESSÃO DO CUIDADO

Moderador: Dr. Carlos Araújo

A importância de uma Comunicação Efetiva

Mónica Ferreira
Jornalista do jornal Medisat e Correspondente do Pro/ Rui Mota Cardoso
Dr. Paulo Jorge Rosário Gomes

10:00 Conferência - TODOS OS OXAS SÃO PARA OMPRE

Moderador: Dr.ª Célia Domingos
Orador: Raul Melys Almeida

10:00 Conferência Real - HUMANIZAÇÃO, HUMANISMO, COMPETÊNCIA E RESULTADOS

Moderador: Dr.ª Paula Ramalho
Orador: Dr. José Ribeiro

14:15 Sessão de Encerramento com visita ao Museu Carmen Miranda

15:15 HUMANIZAÇÃO E ALTO DESEMPENHO

Moderador: Dr.ª Sónia Almeida

Atuação, Satisfação e Empowerment Profissional
Dr. Paulo Castanheira

Intervenção Humanizada
Dr.ª Carla Almeida

12:00 Sessão Sólida

12:30 Almoço

Anexo 4. Protocolo da UFDA: EV1

EV 1

• PARACETAMOL

INDICAÇÕES

Pequenos procedimentos cirúrgicos;
Expectativa de dor pouco significativa
Substituição de outro protocolo para descontinuidade analgésica

- **PARACETAMOL 1g, ev. de 6/6h, a perfundir durante 15''**
(passar a PO quando iniciar dieta)

ANALGESIA

ANALGESIA DE RESGATE

- **CETOROLAC 30mg, ev.**
(10mg se o doente tiver mais de 65 anos)
- OU
- **METAMIZOL MAGNÉSICO, 2g, ev. –**
diluído em 100cc de SF

PROTEÇÃO GÁSTRICA

- **ESOMEPRAZOL 40 mg ev. ou 20mg, PO, Jejum, 1x/dia**

TERAPÊUTICA DE NAÚSEAS E VÔMITOS

- **ONDANSETRON 4 mg, ev. 8/8h - SOS**

Este protocolo é válido por 24h; se terminadas as 24h não houver qualquer instrução médica para manter ou alterar a analgesia, o doente passa a protocolo por via oral, se já tiver iniciado alimentação

Anexo 5. Certificado de presença no 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva do
CHTS



4 MAIO	I CONGRESSO SMI CHTS	5 MAIO	I CONGRESSO SMI CHTS
07:00 – 19:45 – Sessão da LIDE – Transformação digital na Diálise		08:30 – 8-POSTERS	
10:00 – COFFEE BREAK		9:00 – MESA 3	
10:30 – 11:45 – CONFÉRIANÇA		NOT-TOPIC: QUANDO O DOENTE CRÍTICO TAMBÉM É DADOR DE ÓRGÃOS...	
TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO		Moderadores: Dr.ª Margarida Ivo (CHUS)	
Moderador: En. Pedro Macedo (SMI-CHTS)		• Qual o caminho para uma colheita de órgãos bem-sucedida? - En. Eduardo Serra Oliveira (CHUS)	
• A ablação do Transporte intra e inter Hospitalar do SMI-CHTS - En.ª Bruno Rodrigues (SMI-CHTS)		• A importância do papel do coordenador de transplante - Dr.ª Glória Cerníolo (SMI-CHTS)	
• Gestão da Arte da Transmissão do Doente Crítico em Portugal e Visão de Futuro - En. Pedro Vasconcelos (PHEM)		• Dos princípios éticos às Diretivas Antecipadas de Vontade - Dr. Paula Reis (SMI-CHTS)	
• Experiência de um Modelo de Transporte de Doentes Críticos Inter-Hospitalar - Dr. Francisco Abreu (CHULA - Hospital de Santa Maria)			
• Equipa de transporte Regional de Doentes Críticos Passado, presente e futuro - En. Rui Campos (PHEM)		10:00 – Coffee Break / 8-POSTERS	
12:00 – 12:45 – Sessão NUTRICIA – Segurança no doente crítico		11:00 – MESA 4	
12:45 – 14:00 – Intervalo para Almoço		A NUTRIÇÃO NO DOENTE CRÍTICO	
14:00 – MESA DE 10 MIN		Moderadora: Dr.ª Inês Zito (SMI-CHTS)	
• Presidente da CA do CHTS - Dr. Carlos Alberto		• A calorimetria do Doente Crítico - Dr.ª Sara Serdoura (CHTS)	
• Enfermeiro Diretor do CHUS - En.ª José Ribeiro		• Desnutrição em Cuidados Intensivos - Dr. António Malheiro (CHUR)	
• Vereadora de Saúde da Câmara Municipal Penafiel - Dr.ª Daniela Oliveira			
• Diretora do Serviço de Medicina Intensiva do CHTS - Dr.ª Lucina Campinho		12:00 – 14:00 – Intervalo para Almoço	
• Enfermeira Coordenadora do Serviço de Medicina Intensiva do CHTS - En.ª Cláudia Pinto		14:00 – MESA 5	
• Representante da Ordem dos Enfermeiros - En.ª João Paulo Carvalho		A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS EM SAÚDE	
• Representante da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - En.ª Maria Branco		Moderador: En.ª Filipa Pinto (CHTS)	
13:00 – MESA 1		• O contributo da Supervisão Clínica e a implementação do Modelo Safe Care nos Cuidados Intensivos - En.ª Dr.ª Cláudia Santos Pinto (ESEP)	
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: A SUA ABORDAGEM E NOVAS ESTRATÉGIAS		• Inovação e Futuro - En.ª Davide Carvalho (SMI-CHTS)	
Moderador: Dr. Fernando Meira (Serviço de Anestesiologia - CHTS)		• Indicadores de Qualidade do ambiente de prática de Enfermagem - En.ª Eliana Sousa (SMI-CHTS)	
• Desafios da via aérea no Doente Crítico - Dr.ª Sónia Cavaleiro (Serviço de Anestesiologia - CHTS)			
• Passado, Presente e Futuro da Ventilação Mecânica Invasiva - Dr. Igor Nabel (SIC - CHVNG)		13:00 – MESA 6	
• Desmama Ventilatória - En.ª Sandra Oliveira (SMI - CHTS)		REABILITAÇÃO EM CUIDADOS INTENSIVOS: UM DESAFIO MULTIDISCIPLINAR	
14:00 – COFFEE BREAK		Moderador: En.ª Beltrina Rocha (Presidente APES)	
14:30 – MESA 2		• "TeamWork - a Multidisciplinary effort" no SMI - Dr.ª Ana Úrsula (CHTS)	
CREAÇÃO, AVALIAÇÃO E COMUMICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS INOVADORAS		• "TeamWork - a Multidisciplinary effort" na UCI - En.ª Sónia Brandão e En.ª Marta Santos (UCI - CHIV)	
Moderador: En.ª Maria Branco (CHUS)		• Contributos da enfermagem de reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos - En.ª Virgínia Patrões (SMI - CHUS)	
• Gestão de dor em cuidados intensivos - Dr.ª Susana Falcão (Serviço de Anestesiologia - CHTS)		14:00 – COFFEE BREAK	
• Nucleação no centro de Dor no Doente Crítico - En.ª Fernando Alves (SNIP - CHVNG)		14:30 – TRIBUNA	
• Delirium: Prevenção e Tratamento - En.ª Carla Teixeira (SMI - CHVNG)		A outra face dos cuidados intensivos	
15:00 – COMUNICAÇÕES LIVRES		Moderadoras: En.ª Uliana Figueiredo e En.ª Sónia Carneiro (SMI-CHTS)	
16:00 – Encerramento P. dia		• Testemunho de Antigos doentes do SMI	
		17:30 – Momento Musical com Porto de Vozes	
		18:00 – Sessão de Encerramento e Entrega de prémios	

Anexo 6. Processo de prevenção e controlo de infeção na PSP (fonte: a própria com base no “Programa de Prevenção e Controlo de infeções e Resistência aos antimicrobianos”, DGS , 2017)

ETAPA	DESCRIÇÃO
Fase pré-operatória	Realização do banho com clorexidina: se não for uma situação urgente/ emergente, o banho deve ser realizado na véspera e no dia da cirurgia, com pelo menos duas horas de antecedência; Nas situações de urgência, os procedimentos são adequados ao tempo disponível.
	Antibioterapia profilática (quando indicada): nos 60 minutos anteriores à incisão da pele. Não aplicável nas cirurgias emergentes, sendo administrado logo que possível
Fase intra-operatória	Tricotomia: sempre que haja necessidade de tricotomia, esta deve ser feita imediatamente antes da intervenção cirúrgica, utilizando máquina de corte de uso único.
	Antissepsia da pele: clorexidina a 2% solução alcoólica (exceto se contraindicado, sendo a idopovidona um antisséptico alternativo)
	Garantia da homeostasia: normotermia ($\geq 36^{\circ}\text{C}$), normoglicemia ($\leq 180 \text{ mg/dl}$) e saturação periférica de oxigênio ($\geq 95\%$); se necessária a realização do penso cirúrgico, cumprir com a técnica assética.

Anexo 7. Certificado de participação na Comissão Organizadora do 2º Congresso de Enfermagem Perioperatória do CHTS

**CONGRESSO
ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA**
TECNOLOGIA,
HUMANIZAÇÃO E
CUIDADOS DE EXCELÊNCIA



24 - 25 Nov 2023

AUDITÓRIO MUNICIPAL DE LOUSADA

CERTIFICADO

Certifica-se que Monica Juliana Ribeiro Mendes

Participou no Congresso Enfermagem Perioperatória – Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência, que se realizou no Auditório Municipal de Lousada, nos dias 24 e 25 de novembro de 2023, como Membro da Organização.



"Congresso da Enfermagem Perioperatória Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência" a realizar pelo Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Serviço de Ensino Formação e Investigação está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação Profissional, com a atribuição de 5,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

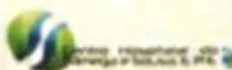
Penafiel, 25 de novembro de 2023

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO

José Ribeiro

Enfermeiro Diretor

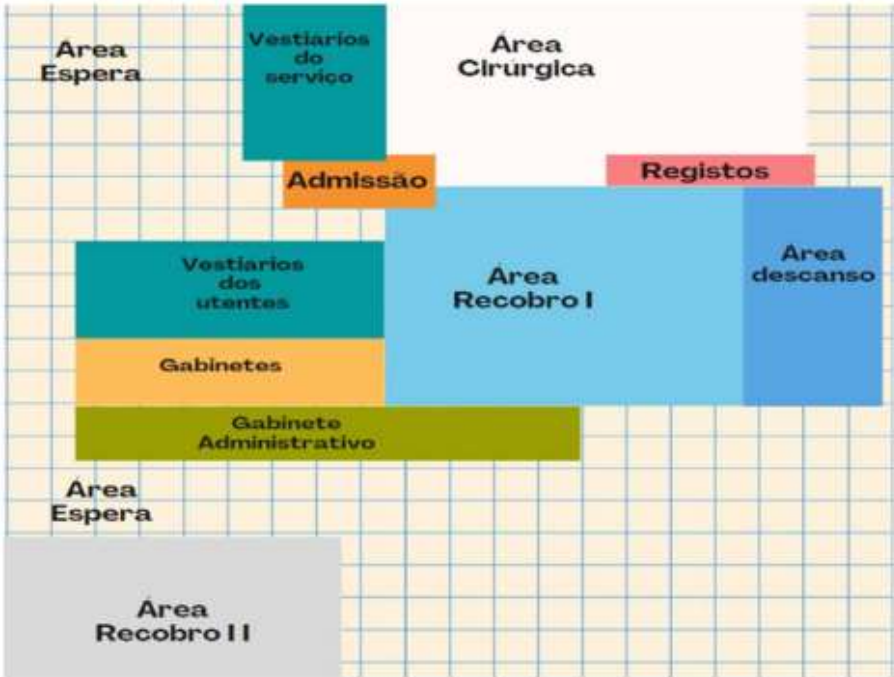
Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13016/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GLAHLIFE - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chtes.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262



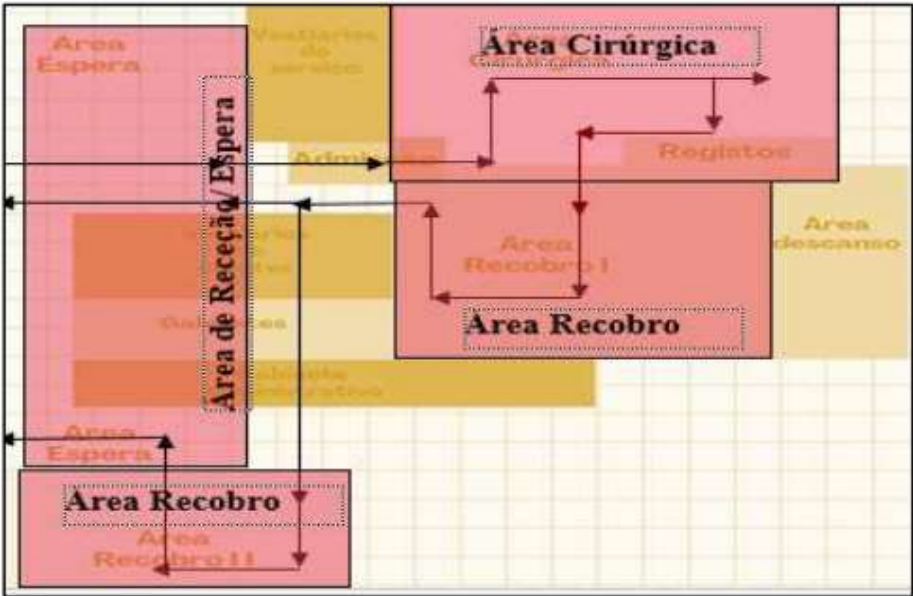
8. APÊNDICES

Apêndice 1. Constituição e circuitos da Unidade Cirurgia de Ambulatório de um Hospital do Norte

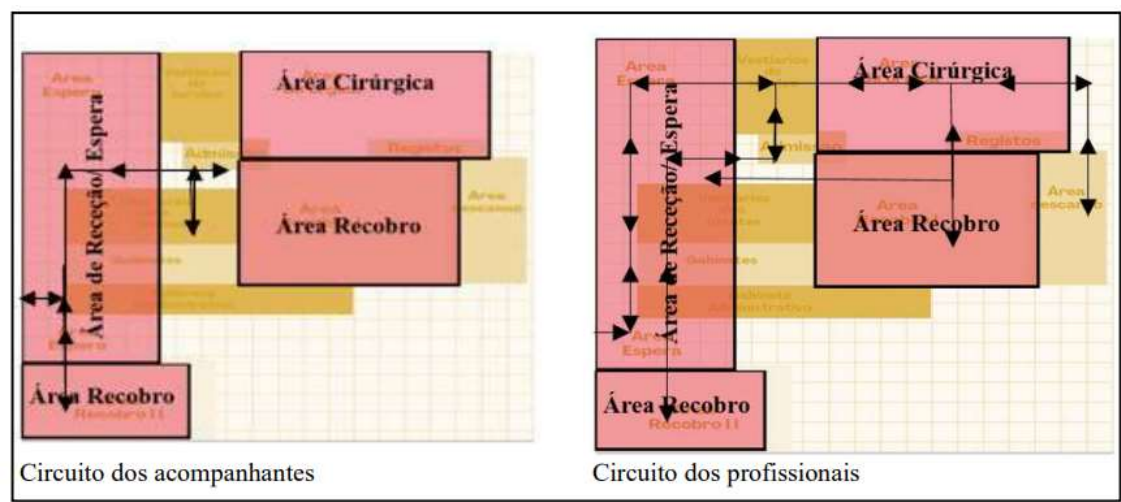
Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital do Norte



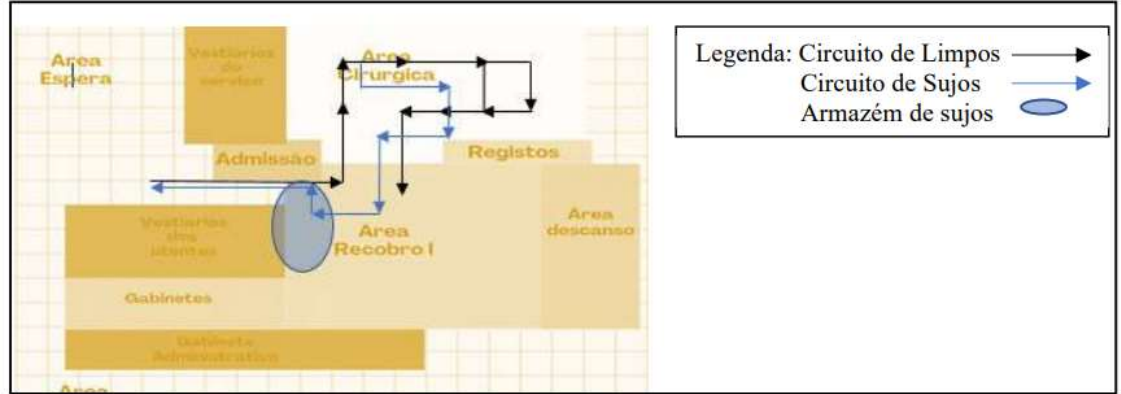
Circuito de Utentes



Circuito dos acompanhantes e dos profissionais



Circuito de materiais

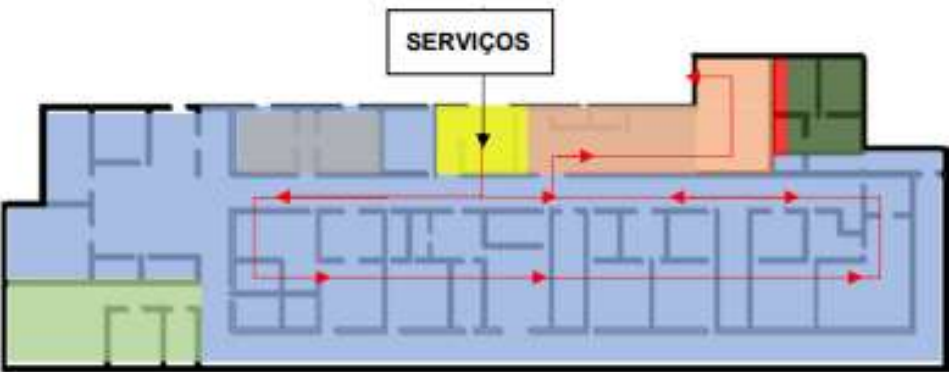


Apêndice 2. Constituição e circuitos do Bloco Operatório Central de um Hospital do Norte

Áreas do Bloco Operatório Central de um Hospital do Norte



Circuito de Utentes



Circuito de Materiais



Apêndice 3. Guia orientador para integração de enfermeiros de anestesia (EA) e unidade de cuidados pós-anestésicos no serviço do Bloco Operatório Central

1. CAMPO DE APLICAÇÃO

No Bloco Operatório Central

2. DESCRIÇÃO

2.1 Objetivo

- Servir de guia orientador na integração de enfermeiros de anestesia e da unidade de cuidados pós-anestésicos no serviço do Bloco Operatório Central.
- Definir as ações e responsabilidades necessárias para desempenhar funções como Enfermeiro de Anestesia;
- Dar a conhecer a conhecer o referencial de competências destinados aos Enfermeiros de Anestesia;
- Uniformizar procedimentos e otimizar o desempenho da assistência em enfermagem na área da anestesia;

2.2 Definições e abreviaturas

- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
- AEPOT – Associação dos Enfermeiros Portugueses de Ortopedia e Traumatologia
- AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
- BOC - Bloco Operatório Central
- EA – Enfermeiro de Anestesia
- OE – Ordem dos Enfermeiros

2.2.1. Enfermeiro de Anestesia

A Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital. E aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente possível (OE, 2023).

Num contexto de atuação multiprofissional, aos enfermeiros são reconhecidos dois tipos de intervenção (OE, 2023):

- Intervenções autónomas - as realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva decisão e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, nos diferentes domínios de intervenção;

- Intervenções interdependentes – as intervenções dos enfermeiros realizadas de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros profissionais, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multiprofissionais em que se encontrem integrados, cabendo-lhe, no respeito pela sua autonomia, a responsabilidade de decidir sobre a sua implementação, assegurando a continuidade de cuidados e a avaliação dos resultados, de acordo com as respetivas competências e qualificações profissionais.

Em ambas as intervenções, os enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos técnico-científicos que detêm, a identificação da problemática da pessoa, os benefícios, os riscos e os problemas potenciais que da implementação podem advir, atuando no melhor interesse da pessoa cuidada. (OE, 2023)

A Enfermagem Perioperatória, por sua vez, representa

“o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelos enfermeiros de sala de operações, através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado”. AESOP (2012, p.8).

Neste sentido, conclui-se que a intervenção do enfermeiro pressupõe um conjunto de competências especializadas adequadas às necessidades específicas de cuidados à pessoa no período perioperatório, e desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si - consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos - englobadas nas fases pré, intra e pós-operatório, primando pela qualidade e segurança de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, envolvendo a família/pessoa significativa. (OE, 2018). O Enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizados que coordene as suas ações, baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante, e após a cirurgia” (Oliveira, 2014, as cited. at AEPOT).

“A enfermagem de anestesiologia é uma área de atuação complexa, de elevado rigor técnico e científico que exige dos profissionais que nela exercem um investimento constante na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências” (Trigo, 2011). A Anestesiologia, como especialidade médica, sofreu uma evolução extraordinária

nos últimos 20 anos. O crescente conhecimento e sensibilidade própria da especialidade fizeram com que a área de intervenção da anestesiologia ultrapassasse a área de intervenção do bloco operatório, porém, na maioria das situações, com passagem por este (ACSS, 2016). O crescente aumento da expectativa de vida da população tem levado ao proporcional aumento da procura de tratamentos cirúrgicos, em busca por uma vida mais longa e com melhor qualidade de vida (PORDATA, 2022). A este crescente aumento da expectativa de vida alia-se a crescente gravidade dos doentes propostos para cirurgia ou intervenções médicas invasivas de modo a dar resposta a essa busca por longevidade com qualidade (Sloane et al 2022). É, portanto, de fácil entendimento que esta crescente complexidade de atuação e técnicas cirúrgicas exigem um conjunto de competências a quem intervêm na área da Anestesiologia. Neste sentido, há a necessidade de existir uma complementaridade de conhecimentos entre o médico anestesiologista e o enfermeiro de anestesia, tornando-se uma mais-valia para os doentes, segurança da equipa cirúrgica e sucesso do procedimento cirúrgico ou intervenção invasiva.

O enfermeiro de anestesia deve dominar, não apenas, competências técnicas com fundamentação científica na área da anestesiologia, assim como competências relacionais que permitam garantir o bem-estar físico e psicológico da pessoa em situação cirúrgica. Neste sentido, a intervenção de enfermagem vai muito mais além do que a “administração, uma a duas horas antes da intervenção cirúrgica, de fármacos endovenosos/ intramusculares e/ou orais com a finalidade de: evitar a ansiedade e o medo (...) evitar recordações desagradáveis (...)” (AESOP, 2006). O enfermeiro de anestesia é um elemento da equipa cirúrgica que:

- colabora com o anestesiologista numa fase de grande dependência e vulnerabilidade da pessoa a vivenciar situação cirúrgica;
- deve compreender e valorizar a área de enfermagem de anestesia como um campo distinto, mas complementar, da área de circulação e instrumentação no que aos cuidados de enfermagem perioperatória diz respeito (AESOP, 2006).

3. Requisitos e descrição das atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro de Anestesia no Bloco Operatório Central

3.1 Quem executa

Enfermeiro de anestesia do Bloco Operatório Central

3.2 Atividades e funções desenvolvidas pelo Enfermeiro de Anestesia no Bloco Operatório Central

No Quadro 1 apresentam-se as principais atividades desenvolvidas pelo enfermeiro de anestesia no Bloco Operatório Central.

INDUÇÃO ANESTÉSICA			MANUTENÇÃO ANESTÉSICA	REVERSÃO		
Cuidados com a máquina de anestesia, monitorização e equipamentos relacionados			Preparação da pessoa em situação perioperatória para o bloco	Aspectos do cuidado à pessoa em situação perioperatória		
GESTÃO DIÁRIA	IDENTIFICAÇÃO DE DANOS	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS ADJUVANTES DA ANESTESIA	Confirmar: • identidade da pessoa; • tipo de cirurgia e necessidades especiais solicitadas pelo cirurgião ou anestesiológico; • equipa cirúrgica; • técnica anestésica planeada; • consentimento informado para anestesia e cirurgia; • acesso venoso funcionante e com perfusão de Soro; • avaliar glicemia capilar e temperatura corporal; Preencher checklist pré-operatória de anestesia (protocolo medidas de segurança) – válida a preparação pré-operatória da pessoa; Garantir o conforto, dignidade e bem-estar da pessoa em situação perioperatória; Instalar a pessoa na sala operatória – monitorização de rotina; Compreender os princípios envolvidos na pré-medicação; Preparar e disponibilizar todos os dispositivos médicos e equipamentos necessários para a monitorização da pessoa.	Colaborar com o anestesiológico na indução anestésica do doente: 1 Anestesia Geral • preparar o material necessário para uma intubação traqueal de rotina; • participar adequadamente numa indução de sequência rápida – manobra de sellick; • situações de intubação difícil: conhecer o carro de via aérea difícil e assistir o anestesista em situações de intubação com broncofibroscópio; • Assistir na colocação de tubos nasogástricos; Reconhecer o papel do enfermeiro no estabelecimento da via aérea; 2 Bloqueio anestésico regional ou nervos periféricos • assistir o médico anestesista no procedimento de anestesia regional: colocação de cateter epidural ou raqui-anestesia, realização de bloqueio dos nervos periféricos; • compreender os princípios de avaliação da extensão do bloqueio anestésico regional; Compreender o significado e limitações do score ASA;	Participação em procedimentos anestésicos comuns Colaboração na gestão da via aérea Saber os princípios da monitorização da profundidade anestésica; Manutenção da normotermia; Manutenção do balanço hídrico Colaborar no posicionamento seguro para a cirurgia, usando os apoios da mesa operatória mais adequados; Conhecer os riscos do posicionamento da pessoa; Mantém a observação e vigilância intensiva do doente: SV, Débito urinário, Temp. Corporal, reações anestésicas, permeabilidade da fluidoterapia e vigilância dos locais de inserção dos cateteres, correto posicionamento do doente e da equipa cirúrgica;	Assistir na remoção do tubo endotraqueal/ máscara laríngea; Acompanhar a pessoa na transferência para a unidade de recuperação pós anestésica; Passagem da informação relevante dos cuidados pré e intraoperatórios;
Validar a operacionalidade da sala operatória; Preparar o material necessário para o ato anestésico			Registo na plataforma informática Paciente Care.			

Quadro 1. Atividades e funções desenvolvidas pelo Enfermeiro de Anestesia no Bloco Operatório Central

Farmacologia em situação perioperatória (fármacos e fluidoterapia)	Conhecer os protocolos de administração segura de sangue e hemoderivados e respetivos registo; Conhecer os princípios de armazenamento e manuseio seguro de fármacos, recomendados, nomeadamente fármacos LASA ; Garantir a correta preparação, etiquetagem e eliminação de fármacos usados na prática de anestesia; Registos claros e completos dos fármacos administrados; Garantir o stock de fármacos para minimizar o desperdício; Preparar equipamentos e perfusões para analgesia controlada pelo paciente (PCA); Preparar o equipamento e perfusões para infusão controlada para anestesia e sedação (TCI); Compreender os princípios básicos de farmacologia; Conhecer os princípios da profilaxia ATB, náuseas e vômitos;
Gestão de situações de emergência	Conhece as técnicas e equipamentos alternativos na abordagem da via aérea difícil; Conhecer o protocolo de atuação em situações de intubação difícil inesperada ou tentativa de intubação falhada; Compreender os riscos que podem ocorrer associados aos procedimentos anestésicos mais comuns e como atuar prontamente;
Aspetos do cuidado à pessoa em situação perioperatória	Proporciona um ambiente confortável, calmo e sem ruídos Promove a participação da pessoa nos cuidados a serem lhe prestados Apresenta a pessoa aos restantes membros da equipa Respeita os direitos individuais, valores e desejos Garantir a privacidade do doente; Explica os objetivos dos procedimentos e incentiva a sua participação; Adequar a abordagem do cuidar de pessoas confusas ou com incapacidade; Reconhecer os sinais de ansiedade e atuar em conformidade; Ajustar abordagem cuidar de pessoas com dificuldades de aprendizagem; Abordar e cuidar de pessoas idosas e pediátricas atendendo à especificidade da sua condição;

Quadro 1. Atividades e funções desenvolvidas pelo Enfermeiro de Anestesia no Bloco Operatório Central (continuação)

3.3 Procedimentos anestésicos em locais remotos

O desenvolvimento de técnicas inovadoras na área da Medicina conduziu a um aumento do número de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados fora do bloco operatório, que pela sua complexidade, necessitam de apoio de anestesia (ACSS, 2016). Neste sentido, atualmente as atividades do enfermeiro de anestesia estendem-se para além dos limites do Bloco Operatório, para procedimentos anestésicos em locais remotos, como serviço de Gastroenterologia, Serviço de Radiologia e esporadicamente Serviço de Urgência, assim como para Terapia Eletroconvulsiva na UCPA. A anestesia em Radiologia contempla, exames TAC, biópsias percutâneas guiadas por TAC, angiografias e outros procedimentos radiológicos invasivos; a anestesia em Gastroenterologia: colonoscopia (diagnóstica e terapêutica), endoscopia digestiva alta (diagnóstica e terapêutica), dilatação esofágica e colocação de próteses, guiadas por RX, CPRE, Gastrostomia percutânea endoscópica. Assim, à semelhança do que acontece no bloco operatório, a atuação da equipa de anestesia tem de ser rápida e eficaz, pelo que o enfermeiro de anestesia deve dominar os princípios de segurança para garantir a qualidade e excelência dos cuidados prestados (AESOP, 2006). Este modo de atuação requer uma forma de pensar, planejar e agir diferente da desenvolvida em ambientes controlados, como é o caso das salas operatórias. É fundamental que o enfermeiro de anestesia domine os protocolos de atuação e standards de segurança que permitam a realização de procedimentos anestésicos, maioritariamente sedações, em locais fora do bloco operatório (AESOP, 2006). Tendo por base as recomendações da AESOP, enumeram-se no quadro 2 as principais atividades e preocupações que fazem parte das funções do enfermeiro de Anestesia em procedimentos fora do Bloco Operatório.

Procedimentos anestésicos nos serviços de Radiologia, Gastroenterologia e Urgência	Terapia eletroconvulsiva (Unidade UCPA)
Identificar os problemas e limitações associados a procedimentos anestésicos em locais remotos;	Adequar estratégias de comunicação facilitadoras de expressão de sentimentos e esclarecimento de dúvidas;
Comunicar eficazmente com a pessoa sujeita a procedimento anestésico, facilitando a expressão de medos e ansiedades.	

Quadro 2. Atividades e funções desenvolvidas pelo Enfermeiro de Anestesia em locais remotos. (Fonte: AESOP, 2006)

Procedimentos anestésicos nos serviços de Radiologia, Gastroenterologia e Urgência	Terapia eletroconvulsiva (Unidade UCPA)
Preparar e disponibilizar todos os dispositivos médicos e equipamentos necessários para a monitorização da pessoa;	
Preparar o material, fármacos e equipamentos necessários para assistir a pessoa sujeita a procedimento anestésico e que permitam a rápida recuperação funcional da mesma;	
Prever necessidades para garantir o aporte de oxigénio durante os procedimentos;	
Ter consciência do aumento do risco para as pessoas sujeitas a sedações em áreas não controladas;	Compreender a resposta fisiológica à terapia eletroconvulsiva;
Garantir condições estruturais e de segurança básicas para evitar risco de dano para a pessoa sujeita a procedimentos anestésicos e/ou minimizar os seus efeitos.	
Confirmar os aspetos éticos legais relacionados com o consentimento e confidencialidade para procedimentos anestésicos	
Garantir disponibilidade e fácil acesso aos equipamentos e fármacos de emergência.	
Trabalho em equipa multidisciplinar e comunicação de modo a que a técnica anestésica de adegue às necessidades de quem realiza o procedimento terapêutico ou diagnóstico.	
Registo na plataforma informática Paciente Care.	

Quadro 2. Atividades e funções desenvolvidas pelo Enfermeiro de Anestesia em locais remotos, continuação- (Fonte: AESOP, 2006)

3.4 Enfermeiro de Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

A unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) é um local, devidamente equipado do ponto de vista de recursos humanos, físicos e equipamento; onde o doente permanece em vigilância, após o término do procedimento anestésico (Mourão et al, 2018). Estruturalmente, é um espaço aberto, cuja disposição permite a adequada vigilância e fácil acesso a todos os doentes, que se situa no interior do bloco operatório, próximo das salas operatórias. Após o ato cirúrgico/ anestésico o doente encontra-se ainda muito vulnerável a riscos associados aos fármacos anestésicos e às complicações cirúrgicas, o que requer um cuidado diferenciado prestado por enfermeiros igualmente diferenciados na área. Segundo a AESOP (2006), o enfermeiro da UCPA, desenvolve a sua ação em 6 fases: a) preparação da unidade para receber o doente; b) avaliação inicial do doente; c) levantamento das necessidades/ diagnósticos de enfermagem e registos com recurso à linguagem CIPE; d) elaboração do plano de cuidados; e) implementação do plano elaborado; f) avaliação para a transferência.

Partindo da máxima recomendada pela EORNA as cited at Sardinha (2014, p.17), “os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro enquanto estiverem na unidade perioperatória”, são descritos no Quadro 3 as principais atividades desenvolvidas pelo enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

Admissão do Doente: reavaliação da situação clínica do doente	REGISTOS	ATITUDES TERAPÉUTICAS	Oxigenoterapia; Monitorização; Posicionamento; Aquecimento;
Vigilância/ Intervenção: - garantir a estabilidade dos sinais vitais; - controlo da dor; - controlo das náuseas e vômitos; - reversão do bloqueio neuromuscular.		PLANO DE CUIDADOS	Diagnósticos de Enfermagem: - sinais/ sintomas (dor, náusea, vômito, perda sanguínea, ...) Intervenções de Enfermagem: - monitorizar: TA/SAT/FC/Temperatura/Dor; - vigiar penso da ferida; - gerir oxigenoterapia; - intervenções de acordo com cada diagnóstico.
Alta do Doente		AVALIAR CONDIÇÃO PARA ALTA DA UCPA	Escala de Aldrete
		TEMPOS OPERATÓRIOS	UCPA – Recobro: início /fim
	RELATÓRIO DO UCPA	Registo por escrito de toda a informação relevante do período decorrido na UCPA;	
TRANSIÇÃO DE CUIDADOS		Transmissão verbal de informação ao enfermeiro do serviço recetor do doente – técnica ISBAR	

Quadro 3. Atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro UCPA (Fonte: AESOP, 2006)

4. DOCUMENTAÇÃO ASSOCIADA

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2016). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Anestesiologia*. Ministério da Saúde <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Anestesiologia.pdf>

Associação dos Enfermeiros Portugueses de Ortopedia e Traumatologia. (s.d.). *Condutas Orientadoras do Enfermeiro na área do Bloco Operatório de Ortopedia Traumatologia*. <http://www.aepot.pt/aepot/condutas-orientadoras-do-enfermeiro-na-area-do-bloco-operatorio-de-ortopedia-traumatologia>

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta. ISBN 972-972-8930-16-X

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2012). *Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta. ISBN 978-972-8383-16-5

Mourão, J., Pereira, L., Alves, C., Andrade, N., Cadilha, S., Perdigão, L. (2018). Indicadores de Segurança e Qualidade em Anestesiologia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(2), 23-27. <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia>

Ordem dos Enfermeiros (2023). *Parecer do Conselho de Enfermagem nº 275/2023*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28634/parecer-ce-n%C2%BA-275-2023_responsabilidade-do-enfermeiros-na-transi%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-do-intraoperat%C3%B3rio-para-a-uc-osanestesicos_anonimizado.pdf

Pordata (2021) *População residente: total e por grandes grupos etários*. <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-390>

Regulamento n.º429/2018 do Ministério da Saúde (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República: II Série, n.º135 (16 Julho)

Sardinha, P. (2014). *Implementação de um Sistema de Preparação de Terapêutica Anestésica num Bloco Pediátrico de Lisboa* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal] https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7126/1/Impl%20Sist%20Prep%20Terap%20Anest_Patr%C3%ADcia%20Sardinha.pdf

Sloane, P., Tremont, J., Brasel J., Dhesi J., Hewitt J., Joseph B., Ko F., Kow, Lagoo-Deenadelayan, S., Levy, C., Louie, R., McConnell, E., Neuman. M., Partridge, J. & Rosenthal R. (2022) Cirurgia e medicina geriátrica: rumo a uma maior integração e colaboração, *The Journal of Post-Acute and Long Term Care Medicine* 23(4), 525-527. doi: 10.1016/j.jamda.2022.02.015

Trigo, A., R. O. (2011) Enfermeiros Anestesistas: Referencial de Competências. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/14097/6/ANEXO%20XI%20-%20Referencial%20de%20Competencias.pdf>

Apêndice 4. Proposta de guia orientador da atuação do enfermeiro perioperatório na Sala Hemodinâmica, para procedimentos endovasculares, com e sem anestesia.

1. CAMPO DE APLICAÇÃO

No Bloco Operatório Central – Sala Hemodinâmica do Serviço de Radiologia

2. DESCRIÇÃO

2.1 Objetivo

- Servir de guia orientador na integração de novos enfermeiros no serviço Bloco Operatório Central;
- Definir as ações e responsabilidades do enfermeiro na sala hemodinâmica;
- Uniformizar procedimentos e otimizar o desempenho da assistência em enfermagem nos procedimentos endovasculares;

2.2 Definições

2.2.1 Procedimentos Endovasculares

O Royal College of Nursing e o Royal College of Radiologists (2014, p. 6)) afirmam que a radiologia de intervenção “is where image guidance is used to carry out diagnostic and/or therapeutic procedures, usually in the setting of the radiology department”. Portanto, a radiologia de intervenção é uma especialidade médica que envolve diagnósticos e tratamentos orientados por imagem radiológica constante, o que requer a presença de uma equipa de profissionais com habilidades específicas, das quais se enumeram: ser dinâmico, proactivo e capaz de trabalhar em equipa Fernandes e Vale (2014).

Ao descrever a técnica de angioplastia em 1965, dificilmente Charles Dotter teria imaginado que os procedimentos endovasculares chegariam ao nível de desenvolvimento que têm hoje. Em relação aos seus muitos esforços, é importante relembrar sua declaração de 1965, "o cateter vascular pode ser mais que uma ferramenta para observação diagnóstica: usado com imaginação pode vir a ser um importante instrumento cirúrgico!" (Conselho Federal de Medicina do Amazonas, 2014, p.2). A cirurgia endovascular (intervenção guiada por cateter intravascular) começou por se uma alternativa à cirurgia aberta em doentes com alto risco para a técnica convencional. Porém, a inovação técnica e o aprimoramento de endopróteses, tornou o cateter um importante instrumento cirúrgico (Reis et. al. 2017).

As indicações para o tratamento endovascular cresceram nos últimos anos. Além das situações de eleição para esta opção de procedimento, tem aumentado o

seu uso na abordagem de situações de emergência e trauma (Reis et. al. 2017). A revisão da literatura de Reis et al. (2017) demonstra nos seus resultados que os candidatos a este procedimento apresentam, na sua maioria, importantes comorbidades com implicações no manuseamento anestésico durante o procedimento, porém a mortalidade e a morbidade a curto prazo são menores do que com a cirurgia aberta. Afir-mam ainda que, embora alguns procedimentos relativamente simples possam ser reali-zados com o doente acordado sob anestesia local, outros podem requerer anestesia geral e vigilância pós-operatória programada em ambiente de Cuidados Intensivos. Pode-se concluir, que apesar da sua natureza minimamente invasiva, as cirurgias en-dovasculares periféricas e carotídeas têm consequências que exigem a participação de uma equipa multidisciplinar, com conhecimento dos riscos e complicações específicas.

Para realizar procedimentos endovasculares de forma eficaz e garantir que os cuidados sejam centrados no paciente, é necessária uma equipa de enfermagem com habilidades específicas. Os enfermeiros precisam ter habilidades abrangentes de modo a promover cuidados gerais e habilidades específicas para prestar cuidados diferencia-dos que garantam a segurança e potenciem resultados positivos em procedimentos es-pecíficos como estes (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

2.2.2 Sala Hemodinâmica

Uma unidade de hemodinâmica é um local onde se realizam exames diagnósticos e terapêuticos orientados por fluoroscopia. Caraterizam-se por serem locais de prestação de cuidados de saúde dotados de alta complexidade tecnológica, onde se realizam procedimentos minimamente invasivos, em várias especialidades, tais como cardiologia, cirurgia vascular, nefrologia, entre outras. Os procedimentos endovasculares geralmente são realizados sob anestesia local e/ ou sedação. Ao serem guiados por fluoroscopia, permite visualizar, em tempo real, as estruturas anatómicas e definir a melhor estratégia terapêutica. (Rodrigues et.al. 2019; Vieira et al. 2009).

2.3 Tratamento de Emergência para reações ao contraste

Antes do início do procedimento, é fundamental confirmar a história clínica do doente para garantir que não existem antecedentes de reações ao contraste. Em situações de existir história de reações alérgicas anteriores ou história de doença renal, é importante ponderar o risco-benefício da realização do procedimento. Sendo o benefício maior do que o risco, uma das medidas que aumenta a segurança do

procedimento passa pelo eventual uso de contraste diluído, assim como a utilização do mínimo de contraste possível. Eventualmente ponderar-se o uso de outro tipo de contraste, nomeadamente CO₂. A utilização de antialérgicos e corticosteroides por via oral, três dias antes do procedimento, é também uma medida recomendada em pacientes com história de alergia ao contraste, neste sentido é importante confirmar se a toma foi feita corretamente (Gonzaga, 2012).

As reações alérgicas podem ser menores, como náuseas, vômitos, mal-estar e prurido leve; intermédias, em que já se verifica perda de consciência, prurido significativo, edema facial e da laringe; e graves, em que pode ocorrer choque, broncoespasmo severo, insuficiência respiratória grave, edema da glote e arritmia (Gonzaga, 2012). Em situações de emergência, pedir ajuda e informar a restante equipa. Na Sala Híbrida, todas as drogas e materiais e emergência estão localizadas no interior da sala, nomeadamente o carro de emergência. Porém, independentemente do nível de gravidade da reação alérgica, o modo de atuação implica sempre a administração de um corticoide, como a Hidrocortisona, para administração endovenosa e um anti-histamínico, habitualmente a Clemastina, igualmente para administração endovenosa, cuja preparação pode ser antecipada pelo enfermeiro. Em situações mais graves, para além da administração de fármacos solicitados pela equipa médica, devemos providenciar o material e equipamentos necessários para entubação endotraqueal e manobras de suporte avançado de vida (Gonzaga, 2012).

3. REQUISITOS E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM NOS PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES EM SALA HÍBRIDA

3.1 Sala Híbrida

É obrigatório o uso de Equipamento de Proteção Individual, quer para manuseio e limpeza dos materiais, quer durante o procedimento:

- Máscara;
- Touca;
- Roupa de uso exclusivo nas salas operatórias;
- Colete de RX;
- Dosímetro;
- Avental impermeável para proteção do Colete de RX.

3.2. Funções da Equipa de Enfermagem na Sala Hemodinâmica

PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES SEM PRESENÇA DE ANESTESISTA E ENFERMEIRO DE ANESTESIA			PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES COM PRESENÇA DE ANESTESISTA E ENFERMEIRO DE ANESTESIA
Tempo Cirúrgico	Enfermeiro Instrumentista	Enfermeira Circulante	Enfermeira de Anestesia
Antes do Procedimento	Confirma a funcionalidade e disponibilidade dos equipamentos a utilizar durante o procedimento		
	Preparação de todo o material necessário ao procedimento no Bloco Operatório, acondicionamento em carro próprio para posterior transporte até à Sala Híbrida no Serviço de Radiologia. Conferir a existência de todos os materiais necessários ao procedimento como: fios-guia, balões, endopróteses e outros materiais necessários para o procedimento;		Levantamento da caixa de estupefacientes e de medicação específica da Cirurgia Vascular no Bloco Operatório; Realização do teste de verificação diário do ventilador, fazendo a respetiva montagem do circuito de traqueias, garantindo que estas conseguem chegar à cabeça do doente; Certifica a montagem e o funcionamento do sistema de aspiração; Confere o local de armazenamento de fármacos; Confirma a realização do teste ao desfibrilhador e verificação do carro de emergência; Garante as condições estruturais e de segurança básicas para evitar risco de dano para a pessoa sujeita a procedimentos anestésicos e/ou minimizar os seus efeitos.
Pré-operatório	Apresentação à pessoa;		
	Confirmação do material necessário; Prepara a sala e as mesas operatórias;		Identifica e sabe reconhecer situações como: anafilaxia; laringospasmo; broncospasmo; regurgitação; bradicardia; hipotensão; via aérea difícil.
	Institui proteção radiológica individual; Desinfecção cirúrgica das mãos; Veste a indumentária esterilizada; Prepara a mesa de instrumentos em colaboração com a enfermeira circulante;	Identifica a pessoa, o procedimento, o local e o seu consentimento; Anamnese: despiste de contraindicações e alergias, principalmente ao contraste iodado; Avalia a ansiedade do doente e nível de conhecimento acerca do objetivo do procedimento; Encaminha para o cirurgião as questões relativas ao diagnóstico médico e prognóstico cirúrgico; Fornece explicações claras e objetivas acerca do posicionamento, descrição do local onde se encontra, nomeadamente os equipamentos, iluminação, temperatura e ruídos, assim como, o circuito previsto após o procedimento;	

PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES SEM PRESENÇA DE ANESTESISTA E ENFERMEIRO DE ANESTESIA			PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES COM PRESENÇA DE ANESTESISTA E ENFERMEIRO DE ANESTESIA
Tempo Cirúrgico	Enfermeiro Instrumentista	Enfermeira Circulante	Enfermeira de Anestesia
Pré-operatório	Colaboração no vestuário da indumentária estéril pela equipa cirúrgica; Assiste na desinfeção do campo operatório e colocação dos campos cirúrgicos;	Confirmação: jejum, medicação habitual e despiste de alergias; Transferência da pessoa para a marquesa: solicitando, sempre que possível, a colaboração da pessoa, garantindo a privacidade e conforto desta durante este momento; Otimização do acesso venoso e colocação de soro em perfusão; Monitorização dos Sinais Vitais;	
		Explica ao doente que o procedimento será feito mediante anestesia local, mas que a equipa estará atenta a qualquer desconforto durante o procedimento, e anestesia local será reforçada. Avaliação da dor e aplicação da escada analgésica de acordo com protocolo; Colabora: -colocação das mesas cirúrgicas -colocação dos campos cirúrgicos; -contagem de compressas, instrumentos e materiais corto perfurantes;	Ter consciência do aumento do risco para as pessoas sujeitas a sedações em áreas não controladas; Preparar e disponibilizar todos os dispositivos médicos e equipamentos necessários para a monitorização da pessoa; Ter consciência do aumento do risco para as pessoas sujeitas a sedações em áreas não controladas; Anestesia Geral: Preparar o material necessário para uma intubação endotraqueal; Antecipar as necessidades de materiais, conhecer a localização dos materiais necessários para uma abordagem urgente de uma via aérea difícil; Assistir na manutenção da via aérea. Bloqueio anestésico regional ou nervos periféricos Assiste o anestesiologista no procedimento de anestesia regional: colocação de cateter epidural ou bloqueio subaracnoideo, realização de bloqueio dos nervos periféricos;

PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES SEM PRESENÇA DE ANESTESISTA E ENFERMEIRO DE ANESTESIA			PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES COM PRESENÇA DE ANESTESISTA E ENFERMEIRO DE ANESTESIA
Tempo Cirúrgico	Enfermeiro Instrumentista	Enfermeira Circulante	Enfermeira de Anestesia
Intra operatório	Garante a assepsia do procedimento e correto manuseio dos materiais e instrumentos; Antecipa e adequa-se à especificidade de cada tempo cirúrgico; Substituição das luvas nas situações protocoladas; Responsabiliza-se pelos instrumentos cirúrgicos, compressas, fios de sutura, procedendo à respetiva contagem no tempo protocolado. Realização do penso cirúrgico compressivo: assegura a hemóstase eficaz do local da punção	Intervém e notifica potenciais intercorrências; Mantem a organização da sala; Controla a colocação da indumentária da equipa cirúrgica garantido a técnica assética; Disponer os materiais necessários durante o procedimento;	Mantem a organização da sala
		Supervisionar queixas e intervir, se necessário; Gere sinais e sintomas, através de protocolo analgésico; Monitoriza valores hemodinâmicos; Esclarece sobre o início e fim do exame; Assegura o conforto;	
		Colabora com o enfermeiro instrumentista na realização do penso compressivo no local da punção, garantindo a compressão adequada;	
		Colabora no transporte do doente para a sala de recuperação do Serviço de Radiologia, com conforto e segurança; Orienta a equipa responsável pelo recobro quanto aos cuidados pós-procedimento: - potenciais complicações associadas ao acesso; - explicar sobre a importância de repouso, ingestão de líquidos e alimentação leve; - se punção femoral: deve manter o membro imobilizado (não mexer, não dobrar); -manter vigilância apertada do local do penso quanto a possíveis perdas sanguíneas ou formação de hematomas; -observação da cor, alterações da temperatura e/ ou queixa de sensação de formigues da extremidade do membro manuseado; - controlo da dor, conforme prescrição médica, e vigiar se o doente apresenta queixa de dor intensa no local do penso cirúrgico; - vigilância quanto ao aparecimento de reações alérgicas.	

PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES SEM PRESENÇA DE ANESTESISTA E ENFERMEIRO DE ANESTESIA			PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES COM PRESENÇA DE ANESTESISTA E ENFERMEIRO DE ANESTESIA
Tempo Cirúrgico	Enfermeiro Instrumentista	Enfermeira Circulante	Enfermeira de Anestesia
Pós-operatório	Separa os materiais corto-perfurantes, como lâminas de bisturi, agulhas, acondicionando-os num contentor não perfurável, destinado aos artigos não reutilizáveis;	Regista e entrega todos os documentos e folhas de registo do procedimento ao colega da unidade de Recobro; Documenta todos os cuidados de Enfermagem prestados em local próprio.	
	Assegura a triagem dos resíduos resultantes do procedimento; Acondiciona e encaminha o instrumental cirúrgico usado.		Remoção das ampolas, seringas e agulhas usadas pela anestesia durante o procedimento, colocando-os em recipientes próprios; Encaminhar o material reutilizável, como lâmina do cabo do laringoscópio, para a esterilização; Garantir a reposição do material necessário para a abordagem da via aérea;
Final do procedimento	Reposição a reorganização da sala. Reposição e acondicionamento dos stocks de materiais, instrumentais e equipamentos do setor; Acondicionamento dos equipamentos residentes da sala híbrida e comunicar se algum defeito for detetado;		

4. DOCUMENTAÇÃO ASSOCIADA

Gonzaga, R. (2012). Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos Endovasculares extracardiácos. <https://pt.scribd.com/document/540393093/Protocolo-Angioplastia#>

Conselho Federal de Medicina do Amazonas (2014). https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/AM/2014/16_2014.pdf

Reis, P., Pimenta, C., Amaral, C., Afonso, G. (2017) Anestesia para Cirurgia Endovascular. *Revista Sociedade Portuguesa Anestesiologia* 26 (4), 161- 168 <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/issue/view/792/63>

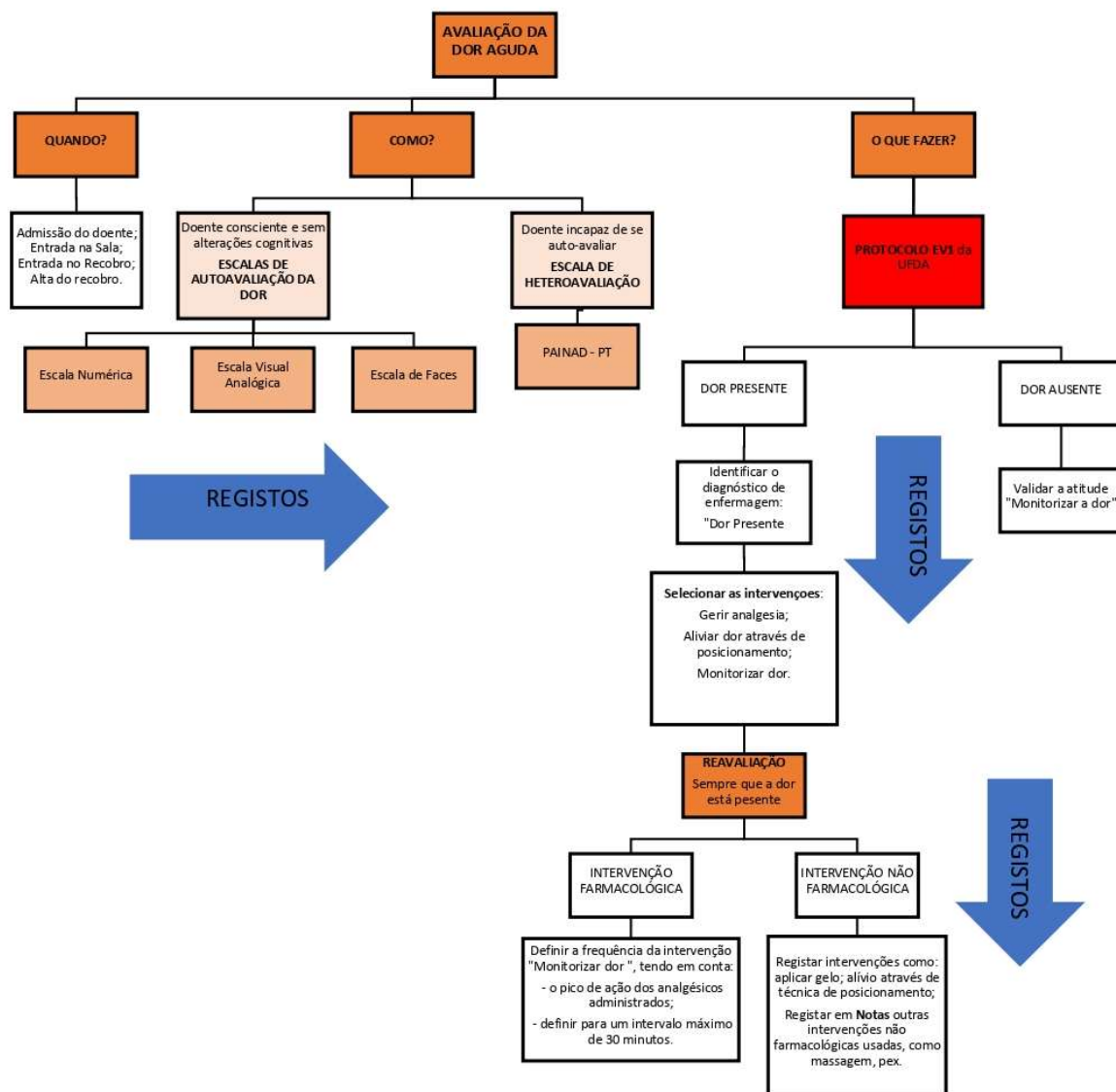
Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Rodrigues, T. P., Bezerra, A. L. Q., Boaventura, R. P., Teixeira, C. C., & Paranaguá, T. T. de B. (2019). Ocorrência de eventos adversos em unidade de hemodinâmica. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 13(1), 86-95. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a235853p86-95-2019>

Royal College of Nursing & The Royal College of Radiologists. (2014). Guidelines for nursing care in interventional radiology (2nd ed.). <https://www.rcr.ac.uk/publication/guidelines-nursing-care-interventionalradiology-second-edition>

Vieira L., Contrim L., Rol J., Conte H., Lima A., Castro E., & Santos M. (2009). Dificuldades e necessidades da equipe de enfermagem em serviços de hemodinâmica e angiografia. *Revista arquivos de ciência em saúde*, 16(1), 21-5 http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-1/ID_300.pdf

Anexo 1 – Avaliação da dor no doente submetido a procedimento endovascular:
Algoritmo de atuação no Controlo da Dor



Apêndice 5. Folheto educativo pré-operatório sobre a avaliação da dor.

BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

VAI SER SUBMETIDO A UMA CIRURGIA NO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL, NO [REDACTED]? O QUE PRECISA DE SABER SOBRE A DOR?

1 VOU SENTIR-ME MAL E TER DORES?

A anestesia suprime a dor e outras sensações, podendo ser efetuada de três formas diferentes: geral, regional e local. Portanto, o anestesiologista tem um papel fundamental no tratamento da dor. Quando sujeito a anestesia geral, em que há perda da consciência, algumas pessoas podem acordar agitadas ou indispostas. No entanto, durante a cirurgia, são administrados medicamentos que tornam o acordar mais tranquilo e que controlam as náuseas e dor pós-operatória. Atualmente, os medicamentos analgésicos usados no controlo da dor são muito variados e eficazes, permitindo aos doentes um pós-operatório com dor ou desconforto ligeiro e passageiro.

0	Ausência de dor		SIM DOR
1	Desconforto muito ligeiro - pequenas picadas ocasionais		INTENSA
2	Desconforto ligeiro - picadas fortes ocasionais		
3	Desconforto suficiente para afectar capacidade de concentração		
4	Pode ser ignorado se estiver muito envolvido em algo, mas ainda assim suficiente para afectar a capacidade de concentração		MODERADA
5	Não se consegue ignorar por períodos superiores a 30 minutos		
6	Impossível de ignorar, mas ainda possível de conciliar com a actividade de lazer e profissionais		
7	Falta de concentração, interfere com o sono. Qualquer tipo de actividade requer um esforço tremendo		INTENSA
8	A actividade física é grandemente afectada. Com esforço, consegue-se ter o consenso. Surgem as náuseas e os vômitos no processo da dor		
9	Impossibilidade de falar. Choro ou gemido incontrolável - primeiros doentes		
10	Inconsciência. A dor provoca o delírio		INTENSA, PÓS-OPERATÓRIA

Fonte: Associação Odontológica Europeia

2 O QUE É A DOR PÓS-OPERATÓRIA?

É um tipo de dor aguda que tem início recente e de provável duração limitada, geralmente associada a uma lesão, como o caso da ferida cirúrgica.

3 COMO SE AVALIA A DOR?

Para melhor entender e tratar a dor utilizam-se várias escalas, nomeadamente a escala numérica (de zero a dez, em que zero é a ausência de dor e dez a pior dor imaginável) e uma escala de faces.

O TRATAMENTO DA DOR É UMA PARTE ESSENCIAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE.

AS EQUIPAS DE SAÚDE ESTÃO 24H DISPONÍVEIS PARA OTIMIZAR O TRATAMENTO DA DOR DE TODOS OS DOENTES DO NOSSO HOSPITAL.

O Bloco Operatório [REDACTED] funciona todos os dias úteis, de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 20h00, para cirurgia programada e 24h/dia para situações de urgência. Tem as suas instalações situadas no piso 4.

Apêndice 6. Folheto educativo pré-operatório sobre o circuito da PSP submetida a cirurgia no BOC.

Importante

Deve estar em jejum no mínimo 6h antes da cirurgia (não comer nem beber);

Não deve fumar antes da cirurgia;

Não usar adornos (brincos, anéis, piercings...), maquiagem, cremes, verniz;

Tomar banho geral com água e sabão de acordo com a recomendação do profissional de saúde, na véspera e no dia da cirurgia (até 2h antes);

Vestir apenas a bata com a abertura atrás das costas;

Deve retirar todas as próteses que possa usar (placa dentária, óculos, aparelhos auditivos, lentes contacto...). Se necessitar de as levar para o bloco operatório, deve informar a enfermeira/ equipa do Bloco;

Se tiver alergias ou toma medicação, deve partilhar com a enfermeira/ equipa do Bloco;

Se tiver dúvidas, a equipa do serviço está disponível para esclarecer e ajudar.

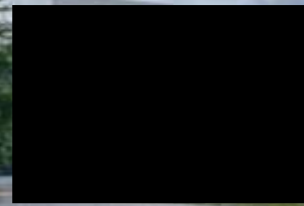
Deve alertar os profissionais de saúde se :

Está grávida, ou pensa que pode estar;
Ingeriu algum alimento líquido, ou bebida, após a hora combinada;

Houve alguma alteração no seu estado de saúde, como aparecimento de febre, tosse, etc;



O Bloco Operatório funciona todos os dias, 24 horas por dia, e tem as suas instalações no Piso 4, com entrada pelo piso 2.



BLOCO OPERATÓRIO

Vai ser submetido a uma cirurgia programada no Bloco Operatório Central do [redacted] o que precisa de saber?

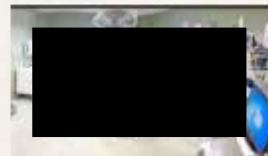
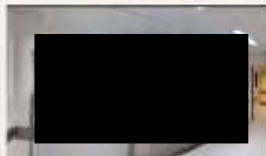
GUIA DE ACOLHIMENTO

Circuito no Bloco Operatório

No dia da cirurgia será acompanhado ao bloco operatório por um assistente operacional

À chegada ao bloco operatório será recebido por um enfermeiro que procederá à verificação das condições para ser operado. Será lhe avaliada a temperatura e a glicemia capilar. Depois é transferido para a máquina operatória e transportado para a sala operatória.

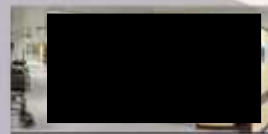
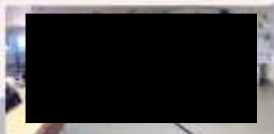
Na sala operatória será monitorizado para vigilância dos sinais vitais, posicionado para o procedimento anestésico e cirúrgico. Aqui estará sempre acompanhado por médicos e enfermeiros



alta para o serviço

Na UCPA, estará na sua cama e fica acompanhado por uma equipa de enfermeiros e médico anestesta até se encontrar em condições para regressar ao serviço de internamento

Após a cirurgia irá para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) para recuperação do procedimento anestésico e cirúrgico. Esta sala fica ainda dentro do Bloco Operatório.



Apêndice 7. Atividades desenvolvidas como Enfermeira do Recobro na UCA (Fonte: a própria baseada AESOP, 2006).

ADMISSÃO DO DOENTE: • reavaliação da situação clínica do doente	ATITUDES TERAPÊUTICAS	Oxigenoterapia; Monitorização; Posicionamento; Aquecimento; Levante; Dieta
VIGILÂNCIA/ INTERVENÇÃO: • garantir a estabilidade dos sinais vitais; • controlo satisfatório da dor; • controlo das náuseas e vômitos; • reversão completa de bloqueio neuromuscular	PLANO DE CUIDADOS	Diagnósticos de Enfermagem: • sinais/ sintomas (dor, náusea, vômito, perda sanguínea, ...) Intervenções de Enfermagem (exemplos frequentes): • Monitorizar: TA/SAT/FC/Temperatura/Dor; vigiar penso da ferida; • Gerir oxigenoterapia; • Intervenções de acordo com cada diagnóstico; • Levante para cadeirão; • Início da dieta (ligeira).
	REGISTOS	Sinais estáveis; boa orientação no tempo e espaço; capaz de ingerir líquidos, de deambular, vestir-se, ausência de náuseas e/ou vômitos, ausência de hemorragia e dor – Escala de Aldrete
	AVALIAR CONDIÇÃO PARA ALTA DA UCPA	Garantir o acompanhamento por um adulto responsável: validar se estão informados e esclarecidos sobre as reações normais e complicações que podem surgir, bem como condutas a seguir. Reforço dos ensinios: facultadas as instruções escritas sobre a prescrição medicamentosa, cuidados pós-operatórios no domicílio, número do contato do hospital e serviço a contactar em caso de complicações.
	TEMPOS OPERATÓRIOS	UCPA – Recobro: início /fim
	RELATÓRIO DO UCPA	Registo por escrito de toda a informação relevante do período decorrido no período de permanência na UCA;
TRANSMISSÃO DE CUIDADOS	Transmissão verbal de informação ao adulto responsável; Carta de alta com a descrição do procedimento cirúrgico e anestésico e cuidados especiais - a ser entregue no Centro de Saúde.	

Apêndice 8. Momento da alta na UCA: aspetos importantes.

ASPETOS IMPORTANTES	PROCEDIMENTOS E PROTOCOLOS
Momento da alta: sua importância	O momento da alta na CA é um momento decisivo no percurso da PSP em CA para evitar complicações pós-operatórias, sendo que a decisão de alta deve equilibrar o risco de complicações com os benefícios do regime de ambulatório (Duarte & Martins, 2014).
Protocolo de alta	A UCA dispõe de protocolos de alta que segue as recomendações para a cirurgia de ambulatório, atendendo às necessidades individuais de cada pessoa e família. A aplicação da escala de Aldrete é uma prática que garante a alta segura para o domicílio.
Satisfação da PSP, família/pessoa significativa	O momento da alta é também uma oportunidade para a primeira avaliação do grau de satisfação da PSP e família, visando avaliar-se a qualidade dos cuidados prestados.
Avaliação Pós-operatória: telefonema nas primeiras 24h.	A equipa de enfermagem da UCA realiza uma avaliação pós-operatória por telefone as primeiras 24 horas, de acordo com um questionário estruturado, garantindo a continuidade de cuidados, reforço de ensinamentos e fornecimento de orientações para situações concretas encontradas no domicílio. Obter feedback sobre a satisfação da pessoa e família.

Apêndice 9. Norma de avaliação da dor para idosos não comunicantes: Escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-PT)

.

	SERVIÇO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL CUIDADOS DE ENFERMAGEM	BLOCO OPERATÓRIO
Norma de avaliação da dor para idosos não comunicantes		

1. CAMPO DE APLICAÇÃO

No Bloco Operatório Central

2. DESCRIÇÃO

2.1. Objetivos

Com esta norma pretende-se definir os cuidados de enfermagem a adotar na avaliação da dor em idosos não comunicantes.

2.2. Definições e abreviaturas

PACSLAC-PT: Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communication – Portuguese;

PAINAD-PT: Pain Assessment in Advanced Dementia – Portuguese ECPA: L'Echelle Comportementale pour Personne Agée;

APED: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.

2.2.1 Controlo da Dor no Doente Idoso em Situação Perioperatória

Dor é uma condição clínica comum na população geriátrica, frequentemente subestimada e subtratada, com muitos efeitos colaterais negativos, incluindo uma redução da qualidade de vida (Hoedl e Bauer, 2020). A experiência dolorosa na pessoa idosa resulta da interação de uma multiplicidade de fatores: alterações neurológicas, da visão, da audição, da cognição, do sistema nervoso autónomo (hipotensão ortostática), do sistema músculo-esquelético, na marcha e no equilíbrio postural. Estes traduzem-se em prejuízo na autonomia do doente idoso, que combinado com quadros algícos, acentuam situações de dependência (American Geriatric Society, 2009). Portanto, o entendimento das alterações fisiológicas e anatómicas decorrentes do envelhecimento é fundamental na abordagem da dor na pessoa idosa.

Os avanços tecnológicos alcançados, associados ao desenvolvimento de terapêuticas mais diferenciadas, nas diferentes áreas da medicina, levou a que muitas doenças que se consideravam fatais, se tornassem doenças crónicas, na maioria das vezes acompanhadas de dor, aumentando a longevidade da população (Raposo, as cited in APED). Esta alteração no perfil atual da saúde, acompanhada pelo envelhecimento e aumento da população portadora de

ELABORADO POR		VERIFICADO POR	APROVADO POR
Diretor Serviço	Enf. Chefe		
Data:		Data:	Data:

	SERVIÇO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL CUIDADOS DE ENFERMAGEM	BLOCO OPERATÓRIO
Norma de avaliação da dor para idosos não comunicantes		

doença crónica constituem um desafio para os sistemas de saúde (ACSS, 2012). A expressa prevalência de doentes cirúrgicos mais velhos (doentes acima dos 65 anos) determinam a importância de uma assistência dirigida a esta população, a necessidade de domínio de conhecimentos e formação nesta área do cuidar, é um caminho necessário.

Sabe-se que os procedimentos cirúrgicos, são na sua maioria causadores de dor, e que esta deve ser aliviada o mais rápido e eficaz possível para reduzir o sofrimento, promover o processo de cicatrização, reabilitação e para prevenir complicações. No entanto, a manutenção da dor após a cirurgia, apesar do aumento das evidências científicas nessa área, ainda tem um longo caminho a percorrer. Muitos doentes cirúrgicos sofrem de dor intensa após a cirurgia e, destes, alguns desenvolvem dor crónica que pode ser, pelo menos em parte, resultado de dor pós-operatória aguda subtratada (Pogatzki-Zahn, 2017).

No que à avaliação da dor diz respeito, na pessoa idosa, sabe-se que é difícil devido à especificidade das suas necessidades (físicas, sociais, económicas, funcionais e ambientais), e também devido às alterações da comunicação, cognitivas e funcionais que surgem decorrentes do processo de envelhecimento (Crome, 2007). Neste contexto, compete ao enfermeiro desenvolver intervenções que ajudem a orientar a pessoa, a facilitar a comunicação dos elementos da equipa multidisciplinar de modo a promover a estratégia analgésica mais eficaz e adequada à pessoa em situação perioperatória com idade geriátrica, que se inicia pela utilização de uma abordagem sistematizada na avaliação da dor. Uma adequada gestão da dor requer um diagnóstico certo e preciso dos profissionais de saúde, uma tarefa particularmente difícil em populações vulneráveis, como os idosos não comunicantes (Batalha et. al., 2012). Quando os idosos (com ou sem demência) são incapazes de auto-relatar a sua dor, torna-se necessário analisar os comportamentos típicos deste fenómeno, como a expressão facial, expressão verbal e vocalizações, movimentos e posturas corporais e alterações do seu estado mental (Herr & Decker (2004) as cited at Batalha, 2012). Por esta razão, há a necessidade de encontrar uma escala adequada para avaliar a dor nestes doentes, que apresente boas propriedades psicométricas e fácil de usar clinicamente. Atualmente, encontram-se validadas para Português Europeu as seguintes escalas de avaliação da dor em pessoas idosas com problemas ou incapazes de comunicar (Diretório de escalas validadas para português europeu 2020):

ELABORADO POR		VERIFICADO POR	APROVADO POR
Diretor Serviço	Enf. Chefe		
Data:		Data:	Data:

	SERVIÇO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL CUIDADOS DE ENFERMAGEM	BLOCO OPERATÓRIO
Norma de avaliação da dor para idosos não comunicantes		

- Escala Algoplus - Avalia a dor aguda em pessoas idosas apresentando problemas de comunicação verbal;
- Escala Doloplus 2 - Avalia a dor em pessoas idosas apresentando problemas de comunicação verbal;
- Lista de itens para avaliação da dor em pessoas idosas com capacidade limitada na comunicação (PACSLAC-PT) - Avalia a dor em pessoas idosas com demência;
- Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-PT) - Avalia a dor na pessoa idosa incapaz de se auto-avaliar.

Zwakhalen et al. (2006) concluiu a partir da sua análise psicométrica, que a maioria apresentava pontos fracos em termos de validade, fiabilidade e utilidade clínica. No entanto, a Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), a Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC), L'Echelle Comportamentale pour Personne Agée (ECPA) e a DOLOPLUS-2 apresentaram as melhores propriedades psicométricas entre todas. A DOLOPLUS, que avalia a progressão da dor crónica e não a experiência de dor em um determinado momento, é considerada complexa para a sua aplicação rotineira na prática de enfermagem (Zwakhalen et al., 2006; Chatelle et al., 2008). A PACSLAC é uma escala complexa que requer avaliação durante a prestação de cuidados e tem critérios de interpretação pouco claros (Zwakhalen et al., 2006; Chatelle et al., 2008, as cited at Batalha, 2012). A ECPA avalia a dor aguda e crónica, porém, apesar de mais fácil de aplicar do que a DOLOPLUS, ainda é complexa (Chatelle et al., 2008). A PAINAD avalia a dor em repouso e durante os cuidados sem necessidade de conhecimento prévio das manifestações habituais da pessoa, é indicada para avaliar a dor em idosos não comunicantes com dor aguda ou crónica, sendo de compreensão e utilização fácil (Chatelle et al., 2008, & Bjoro, Bergen e Herr, 2008, as cited at Batalha 2012). A escala PAINAD-PT (Figura1) é composta pelos indicadores respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade, sendo cada um deles pontuado de 0 a 2 pontos. Os valores mais altos indicam maior intensidade de dor (Zwakhalen et al., 2006).

ELABORADO POR		VERIFICADO POR	APROVADO POR
Diretor Serviço	Enf. Chefe		
Data:		Data:	Data:

	SERVIÇO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL CUIDADOS DE ENFERMAGEM	BLOCO OPERATÓRIO
Norma de avaliação da dor para idosos não comunicantes		

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal.	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa.	2
	Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stok</i> .	
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional.	1
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
	Relaxada.	0
Linguagem corporal	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos flectidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
	Sem necessidade de consolo.	0
Consolabilidade	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

Tabela 1 - Versão Portuguesa da escala PAINAD (PAINAD-PT) (Fonte: Batalha et al. 2012)

A avaliação da dor é amplamente reconhecida como uma área importante para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sendo o controlo efetivo da dor um requisito necessário, assim como esta deve estar orientada para uma avaliação e reavaliação precisa e regular. Importa ressaltar que, de acordo com o grupo de investigadores responsáveis pela validação deste instrumento de avaliação, a PAINAD-PT não deve ser usada como primeira escolha na avaliação da dor em doentes não comunicantes verbais com idade inferior a 65 anos, cujo diagnóstico principal inclua função respiratória alterada, patologia neurológica (para ou tetraplégico), estejam em ventilação mecânica e/ou pessoas sob sedação ou curarização (Batalha et al., 2012)

2.3. Requisitos

2.3.1. Quem executa

Equipa de enfermagem do bloco operatório.

ELABORADO POR		VERIFICADO POR	APROVADO POR
Diretor Serviço	Enf. Chefe		
Data:		Data:	Data:

	SERVIÇO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL CUIDADOS DE ENFERMAGEM	BLOCO OPERATÓRIO
Norma de avaliação da dor para idosos não comunicantes		

2.4. Complicações

Imediatas:

- Reações alérgicas
- Aumento do período de permanência na UCPA e internamento
- Complicações respiratórias por posição de defesa
- Agitação
- Não adesão ao regime terapêutico

Tardias:

- Dor crônica

2.5. Material e equipamento

- Escala numérica para avaliação da dor;
- Analgésicos;
- Gelo;
- Aquecimento extracorporal;
- Almofadas para posicionamento;
- Computador;

ELABORADO POR		VERIFICADO POR	APROVADO POR
Diretor Serviço	Enf. Chefe		
Data:		Data:	Data:

	SERVIÇO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL CUIDADOS DE ENFERMAGEM	BLOCO OPERATÓRIO
Norma de avaliação da dor para idosos não comunicantes		

2.6. Avaliação da dor

2.6.1. Escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-PT)

CATEGORIA	ITEM	PONTUAÇÃO
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil.	1
	Curto período de hiperventilação.	
	Respiração difícil e ruidosa.	2
	Período longo de hiperventilação.	
Vocalização negativa	Respiração Cheyne-Stok.	
	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional.	1
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	
	Chamamento perturbado repetitivo.	2
Expressão facial	Queixume ou gemido alto.	
	Choro.	
	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
Linguagem corporal	Esgar facial (contração da musculatura <i>facial</i>).	2
	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
	Sem necessidade de consolo.	0
Consolabilidade	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

2.6.2. Descrição da avaliação da dor

ELABORADO POR		VERIFICADO POR	APROVADO POR
Diretor Serviço	Enf. Chefe		
Data:		Data:	Data:

	SERVIÇO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL CUIDADOS DE ENFERMAGEM	BLOCO OPERATÓRIO
Norma de avaliação da dor para idosos não comunicantes		

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
Aplicar a Escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-PT);	Obter a avaliação mais precisa do valor a que corresponde a sua dor;
Aplicar estratégias não farmacológicas para alívio da dor tais como: -Aquecimento corporal; -Posicionamento; -Aplicação de gelo; -Controlo do ambiente.	Evitar que a dor agrave; Promover conforto e bem-estar do doente;
Informar e pedir colaboração médica;	Definir estratégias multidisciplinares para atenuar a dor;
Preparar e administrar o fármaco prescrito;	Evitar perdas de tempo;
Efetuar os respetivos registos no Patient Care;	Permitir continuidade cuidados;
Reavaliar através da escala PAINAD-PT;	Definir estratégias de futuras intervenções;
Efetuar os respetivos registos no Patient Care.	Permitir continuidade cuidados.

2.6.3. Critérios de alta do bloco operatório?

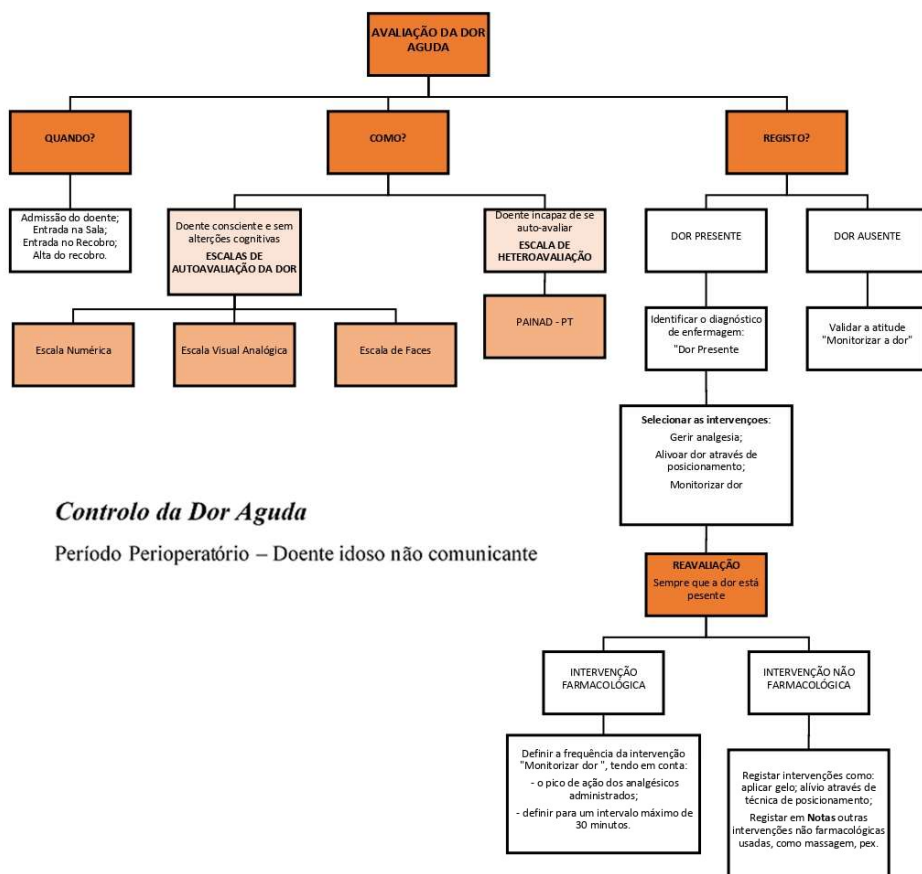
Dor controlada: manifestação psicométrica;

Doente calmo (capaz de dormir).

ELABORADO POR		VERIFICADO POR	APROVADO POR
Diretor Serviço	Enf. Chefe		
Data:		Data:	Data:

	SERVIÇO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL CUIDADOS DE ENFERMAGEM	BLOCO OPERATÓRIO
Norma de avaliação da dor para idosos não comunicantes		

2.6.4. Algoritmo de atuação



Controlo da Dor Aguda

Período Perioperatório – Doente idoso não comunicante

ELABORADO POR		VERIFICADO POR	APROVADO POR
Diretor Serviço	Enf. Chefe		
Data:		Data:	Data:

	SERVIÇO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL CUIDADOS DE ENFERMAGEM	BLOCO OPERATÓRIO
Norma de avaliação da dor para idosos não comunicantes		

3. Bibliografia:

American Geriatric Society (2009). The Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (6), 205-224 https://www.geriatrics-albi.com/AGS_2009_pain.pdf.

Administração Central dos Serviços de Saúde (2012). Referenciais de Competências e de Formação para o domínio das Doenças Cardiovasculares – Formação contínua. Ministério da Saúde. Lisboa.
<http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/DOENÇAS%20CARDIOVASCULARES.pdf>.

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2022). A dor como 5º sinal vital. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>.

Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (8), 7-16. DOI: 10.12707/RIII1294.
Crome, P.; Main, C.; Lally, F.(2007). Pain in the Older People. Oxford. New York: Oxford Pain Management Library. ISBN 978-0-19921261-3. Fortin, M., Côte, J., Fillion, F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação (1ª ed.). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.

Instituto de Ciências da Saúde - Católica (2020). Diretório de escalas validadas para português europeu 2020. <https://ics.lisboa.ucp.pt/sobre-overview/observatorio-portugues-dos-cuidados-paliativos/diretorio-de-escalas-validadas-para-portugal>.

Hoedl, M., Bauer, S. (2020). The relationship between care dependency and pain in nursing home residents. *Archive of gerontology and geriatrics*, 90. DOI: 10.1016/j.archger.2020.104166.

Pogatzki-Zahn, E. M., Segelcke, D. & Schug, S. A. (2017). Postoperative pain — from mechanisms to treatment. *Pain reports*, 2(2), e588. <https://dx.doi.org/10.1097%2FPR9.0000000000000588>.

ELABORADO POR		VERIFICADO POR	APROVADO POR
Diretor Serviço	Enf. Chefe		
Data:		Data:	Data:

Apêndice 10. Instrumento de recolha de dados do registo de avaliação da dor no Bloco Operatório Central.

**INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS DO REGISTO DE AVALIAÇÃO DA DOR NO
BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL**

1. MÊS

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUNH	JULH	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ

2. DIA DA SEMANA

SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM

3. TURNO DA ADMISSÃO

MANHÃ	
TARDE	
NOITE	

4. MOMENTO DE AVALIAÇÃO

ADMISSÃO	
SALA OPERATÓRIA	
UCPA	

5. IDADE

6. SEXO

MASCULINO	
FEMININO	

7. DISCRIMINADOR PRINCIPAL

DOR PRESENTE	
DOR AUSENTE	

8. ESCALA UTILIZADA:

ESCALA DE FACE	
ESCALA NUMÉRICA	
OUTRA	
QUAL?	

9. INTENSIDADE DA DOR

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. SE DOR PRESENTE QUE INTERVENÇÕES LEVANTADAS?

11. NÚMERO DE REGISTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

12. SE DOR, REAVALIAÇÃO DA DOR:

PRESENTE		AUSENTE	
----------	----------------------	---------	----------------------

13. SE DOR PRESENTE, NÚMERO DE REGISTO DE REAVALIAÇÕES

14. REGISTOS REFERENTES À DOR NO CAMPO "NOTAS GERAIS"

	SIM	NÃO
LOCALIZAÇÃO		
IRRADIAÇÃO		
DURAÇÃO		
INTENSIDADE		
MANIFESTAÇÕES NÃO VERBAIS DA DOR		
SINTOMAS E/OU SINAIS ASSOCIADOS		
FATOR DESENCADEANTE		
FATORES DE AGRAVAMENTO		
FATORES DE ALÍVIO		
ANTECEDENTES DE SAÚDE RELACIONADOS		
IMPLEMENTAÇÃO E EFICÁCIA DE MEDIDAS FARMACOLÓGICAS		
IMPLEMENTAÇÃO E EFICÁCIA DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS		