



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A Documentação dos Cuidados de Enfermagem e a Segurança da Pessoa
em Situação Perioperatória

Ana Catarina Martins Dias Ferreira Machado

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em situação Perioperatória orientada pela Prof. Doutora Merícia Bettencourt e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Porto, março de 2024

“Tell me and I forget.
Teach me and I remember.
Involve me and I learn.”

(Benjamin Franklin)

AGRADECIMENTOS

O percurso de uma especialidade e de um mestrado é um caminho árduo, dignificador, com alegrias e tristezas e alguns percalços. Independentemente do processo solitário, ele reúne contributos de diversas pessoas que foram, sem dúvida, indispensáveis para o culminar desta etapa da minha vida e às quais quero manifestar os meus sinceros agradecimentos:

Exma. Professora Doutora Merícia Bettencourt, que pela sua dedicação, motivação e orientação, norteou esta viagem académica;

Escola Superior de Saúde de Santa Maria, na pessoa da Exma. Prof. Doutora Beatriz Edra e na pessoa do Exmo. Professor Daniel Cunha pela disponibilidade, partilhas de conhecimento e bons momentos;

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, na pessoa da Exma. Prof. Doutora Cristina Pestana e demais docentes que me lecionaram tantas unidades curriculares com tanta dedicação e que me acolheram na Madeira, numa curta viagem que me preencheu o coração;

Aos meus orientadores de estágio, pelo acolhimento, respeito, compreensão e profissionalismo que me dedicaram assim como aos profissionais do Bloco Operatório e da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, pela disponibilidade, momentos de partilha, aprendizagem e por fomentarem o meu desenvolvimento profissional;

Aos meus colegas do mestrado que enveredaram comigo nesta aventura;

Aos meus colegas do Serviço de Cuidados Intensivos que sempre reconheceram o meu entusiasmo pela Enfermagem Perioperatória e que me apoiaram neste percurso;

À minha família, pela paciência, compreensão e motivação quando o cansaço se apoderava de mim. Em especial à minha mãe e ao meu marido por aguentarem o forte na minha ausência. E aos meus filhos, Carolina e Bernardo pelas horas de brincadeira que perdi e de histórias que não li. Só com vocês faz sentido!

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Siglas

AANA – American Association of Nurse Anesthesiology

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association of periOperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

CA – Cirurgia de Ambulatório

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Dispositivo Médico

EEEMCPSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EORNA – European Operating Room Nurses Association

EP – Enfermagem Perioperatória

ERC - Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos

IACS -. Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

LASA – *Look Alike Sound Alike*

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

PSP – Pessoa em Situação Perioperatória

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIE - Sistema de Informação em Enfermagem

SIS - Sistemas de Informação na Saúde

UEC – Unidade Esterilização Central

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

RESUMO

O presente Relatório insere-se no plano de estudos do Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em associação com a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

Este relatório tem como objetivo constituir um documento ilustrativo do percurso, aprendizagens e competências desenvolvidas, através da frequência das unidades curriculares teóricas e práticas do mestrado e respetivos trabalhos, com destaque para o projeto de autoformação.

Este relatório apresenta um enquadramento teórico-conceitual da enfermagem perioperatória assim como uma revisão do estado da arte relativamente à documentação dos cuidados de enfermagem refletindo o especial interesse pela segurança dos cuidados no que à sua documentação diz respeito.

A documentação dos cuidados de enfermagem é um dever dos profissionais em resposta a um direito das pessoas à continuidade e segurança dos cuidados. Acresce que confere aos profissionais a prova legal do efetivado e constitui uma fonte para a criação de mais evidência. Constata-se alguns fatores impeditivos e recomendações de registos que assegurem às pessoas em situação perioperatória e sua família/pessoa significativa a vivência de uma experiência cirúrgica satisfatória, dada a vulnerabilidade que este momento representa.

Das competências desenvolvidas, enfatiza a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Perioperatória, concomitantes com a aquisição das competências de segundo ciclo ou de Mestre.

Esta aquisição de competências permitir-me-ão, de futuro, não só prestar cuidados perioperatórios seguros e de qualidade à pessoa em situação perioperatória, como também contribuir para o fortalecimento da equipa em que me insira e do próprio desenvolvimento da enfermagem como profissão e disciplina.

Palavras-chave: Competências, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Perioperatório, Documentação, Segurança.

ABSTRACT

The present Report is inserted on the master's degree program in Medical-Surgical Nursing in the Area of Person in Perioperative Situation, at Escola Superior de Saude de Santa Maria, in association with Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

This report intents to record and illustrate the path, learning and skills developed through my presence at the theoretical and practical curricular units of this master's degree and respective work, emphasizing my self-training project.

This report presents a theoretical-conceptual framework of perioperative nursing care as well as a review of the state of the art relatively to the nursing care documentation, reflecting the special interest in the safety care as far as its documentation is concerned.

Nursing care documentation is a professional duty responding to patient's right to continuity and safety care. Furthermore, it gives professionals with legal proof of professional acts and constitutes a source for creating more evidence.

It was recognized that exists some impeditive factors and recording recommendations that ensure patients in the perioperative situation and their family/significant person an experience of a satisfactory surgical experience, given the vulnerability that this moment can represent.

From the developed skills, it emphasizes the acquisition and development of common and specific skills of Nursing Specialist in Medical-Surgical Nursing in the Area of Person in Perioperative Situation concomitantly with the acquisition of second cycle skills or master's degree.

These skills will allow me, in the future, not only to provide safe and quality perioperative care to people in a perioperative situation, but also contributes to strengthening the team in which I am part and the development of nursing as a profession and discipline itself.

Keywords: Skills, Medical-Surgical Nursing, Perioperative, Documentation, Safety.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO - CONCEPTUAL	14
1.1. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	14
1.2. A DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: ESTADO DA ARTE	20
2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	33
2.1. BLOCO OPERATÓRIO	34
2.2. UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	35
2.3. UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS	37
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	41
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	42
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	42
3.1.2. Domínio da melhoria da qualidade	46
3.1.3. Domínio da gestão de cuidados	52
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	56
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA	59
3.2.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	59
3.2.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	72
3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	84
3.3.1. Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão	84
3.3.2. Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo	85
3.3.3. Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem	87

3.3.4. Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade
88

3.3.5. Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo 89

CONCLUSÃO 91

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Doentes saídos por área de residência do utente	33
Figura 2 – Planta da UCPA, BO central	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Volume cirúrgico por especialidade e ano BO central	35
Tabela 2 – Evolução atividade cirurgia de ambulatório	36

INTRODUÇÃO

A comunicação eficaz e eficiente numa instituição de saúde é um dos principais alicerces na promoção de cuidados seguros e na prevenção de eventos adversos.

Um relatório de 2017 da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, denominado “*The economics of patient safety*” apresenta a falha de comunicação e informação como uma das principais causas de efeitos adversos e salienta que as estratégias para melhorar a segurança do doente devem dar resposta às questões de comunicação.

Sendo a comunicação escrita uma forma de comunicar (Sequeira, 2016), emerge a relevância da documentação dos cuidados de enfermagem no perioperatório, que são o testemunho que perdura no tempo, um método de comunicação em equipa, um meio de individualização e continuidade dos cuidados prestados aos clientes bem como um instrumento que confere proteção legal e ética.

No entanto, a prática de documentação dos enfermeiros perioperatórios é caracterizada pela sua subjetividade, aleatoriedade e má qualidade (Sondergaard et al., 2017). Perante esta evidência, e dada a minha experiência profissional, encontrei na documentação de enfermagem uma ferramenta poderosa na promoção da segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios, que mereceu a minha atenção e reflexão ao longo do meu percurso.

No domínio dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017), assume que os cuidados de enfermagem Perioperatórios desenrolam-se num processo padronizado de boas práticas, que promovem cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico. Reconhece ainda que, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP) é o profissional que contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Nesta perspetiva, preconiza que o EEEMCPSP deverá garantir a efetividade dos registos padronizados que evidenciem os ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem perioperatória bem como assegurar a informação necessária para a continuidade dos cuidados (OE, 2017).

Na sequência do reconhecimento da individualidade de conhecimentos especializados da Enfermagem Perioperatória (EP) surge a possibilidade de consolidar a produção do conhecimento específico dessa área do saber. Dias e Fernandes (2022),

ênfatizam que o aprofundar desses conhecimentos fundamenta a prática dos cuidados, com a evidência científica tão defendida e necessária, que inevitavelmente leva à alteração das práticas e à produção de indicadores específicos para a EP.

Assim sendo, após quinze anos de experiência profissional, na sua maioria direcionada para o doente crítico do foro cirúrgico, senti necessidade de embarcar numa nova aventura formativa que proporcionasse o desenvolvimento e aperfeiçoamento da minha prática profissional, contribuindo para melhorar e potenciar o pensamento crítico e reflexivo, fortalecendo a minha tomada de decisão. Deste modo, o presente relatório surge no âmbito do Estágio com Relatório - Módulo III, inserida no 1º Mestrado de Enfermagem de Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde de Santa Maria em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, sob a orientação da Professora Doutora Merícia Bettencourt. Este trabalho assume-se como instrumento final de um plano de estudos com uma grande oferta de experiências e contributos formativos e pretende representar o último exercício de reflexão sobre o desenvolvimento de saberes e competências específicas na obtenção da categoria de enfermeira especialista e na obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

Como referido anteriormente, este documento é o produto final da unidade curricular estágio com relatório módulo III, cujos objetivos são: demonstrar competências de análise, síntese e raciocínio crítico da experiência no cuidado da pessoa em situação perioperatória (PSP), revelar competências de trabalho em equipa e autoaprendizagem do processo vivenciado, e na capacitação da PSP, para o autocuidado e reintegração familiar e social, mobilizar saberes que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional e demonstrar capacidade de liderança do processo de prevenção e controlo de infeção.

Para a realização deste documento utilizou-se uma metodologia expositiva, descritiva e reflexiva, recorrendo a pesquisa bibliográfica para fundamentação de aspetos considerados pertinentes, procurando a melhor e mais atual evidência científica. Este encontra-se organizado em quatro partes distintas: numa primeira parte é feito um enquadramento teórico-conceitual da Enfermagem Perioperatória e é apresentada uma revisão do estado da arte sobre a documentação na Enfermagem Perioperatória. Na segunda parte é efetuada uma breve caracterização da instituição e dos diversos serviços onde decorreram a prática clínica aqui analisada. Na terceira parte, é explanado o desenvolvimento da aprendizagem de competências numa perspetiva crítica e reflexiva

sobre as competências comuns e específicas regulamentadas pela OE para os especialistas em EMC à PSP bem como sobre as competências de Mestre em Portugal. Posteriormente, numa quarta e última parte, são tecidas algumas considerações finais e os contributos para a prática.

Ao longo deste relatório, usar-se-á os termos pessoa, doente e cliente com a mesma valorização semântica no sentido de mencionar o alvo dos nossos cuidados, já que o uso exclusivo de um dos termos verificou-se alterar o sentido ou compreensão da ideia a ser transmitida. Por razões de proteção de dados é ocultada qualquer referência ao nome dos enfermeiros orientadores da prática clínica bem como ao nome da instituição onde esta foi desenvolvida. Da mesma forma se omite eventuais logotipos ou referências específicas da instituição utilizadas em documentos elaborados. Resta ainda referir que este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português, das normas gerais para elaboração de trabalhos científicos da Escola Superior de Saúde de Santa Maria e rege-se pelas normas de referenciação da American Psychological Association.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO - CONCEPTUAL

O enquadramento teórico-conceptual aqui apresentado pretende contextualizar a temática deste relatório, revisitando para o efeito, alguns dos conceitos que lhe estão inerentes. De acordo com Fortin (2009), o quadro conceptual consiste numa breve explicação de conceitos e subconceitos interligados e agrupados de acordo com as suas relações com o tema em estudo. No decorrer desta parte, serão apresentados os conceitos centrais e o estado da arte relativa ao tema em questão.

1.1. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A Enfermagem Perioperatória foi reconhecida recentemente pela OE como área de especialidade, contribuindo para a dignificação da profissão, através do regulamento 429/2018 publicado em Diário da República, 2ª série, nº 135 de 16 de julho que nos diz que os cuidados de enfermagem na área de especialização em Enfermagem à PSP têm como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. No entanto, até aqui chegar, o percurso foi longo e este reconhecimento é o fruto de muitos anos de trabalho, de pesquisa, de estudo e sobretudo de investigação.

Desde há alguns anos, que a história dos blocos operatórios é indissociável da história da cirurgia e da higiene hospitalar (Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012).

Já desde a pré-história existe evidência de atos cirúrgicos. No entanto, na Europa existem poucos registos detalhados de cirurgia até à época do Renascimento, com cientistas curiosos que se esforçavam para explorar e curar o corpo humano. Apesar de tudo, a cirurgia foi restringida ao que o doente consciente poderia suportar, devido à ausência de técnicas anestésicas (Fiolhais, 2014).

No século XX, como resultado dos avanços científicos, na “Anestesia com éter” (descoberto em 1846), na “Anti-sepsia” (1867)”, na “Assepsia” (1886) e nos “Antibióticos” (1929) o âmbito da cirurgia aumentou drasticamente (AESOP, 2012).

Em 1850, as descobertas de Pasteur sobre a infeção e as teorias desenvolvidas por Florence Nightingale sobre a propagação da infeção, foram um momento muito importante, uma vez que se começou a dar importância à necessidade do isolamento do

doente e ao controlo da infeção, nascendo assim as primeiras salas especialmente construídas para as cirurgias, equipadas com o material mais moderno da altura (Hamlin,2020; McGarvey et al., 2000).

Nos séculos que se seguiram, os avanços médicos conduziram à criação de hospitais e ao desenvolvimento de programas de formação de enfermagem no Reino Unido (1860) e nos EUA (1873). Em 1889, pela primeira vez no mundo, foi reconhecida a área de Bloco Operatório (BO) enquanto especialização de enfermagem necessária, sendo criado o primeiro curso de especialização nessa área na Universidade Johns Hopkins (AESOP, 2012; Hamlin, 2020).

Em 1949, a fundação da Association of periOperative Registered Nurses (AORN) e em 1980 da European Operating Room Nurses Association (EORNA), representaram um marco histórico importante na EP. Estas organizações vieram salvaguardar o papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao cliente cirúrgico e afirmarem as suas competências nessa área, elevando os padrões de qualidade (AESOP, 2012). Em Portugal, esta evolução teve início com a fundação da AESOP em 1986, defendendo que “o trabalho dos enfermeiros tem de ser orientado pelo e para o doente. Este passa a ser o principal alvo dos seus cuidados. É por ele e para ele que o trabalho no bloco operatório passa a ser planeado, executado e avaliado.” (AESOP, 2012 pg. 6). Desde então, a conceção dos cuidados de enfermagem no BO tem vindo a aperfeiçoar-se, prova disso é a organização dos cuidados que surgiu nos anos seguintes com a avaliação pré-operatória do cliente, os cuidados intra-operatórios e a avaliação no pós-operatório. Neste sentido, o conceito de “Enfermagem Perioperatória” foi adquirindo o seu espaço.

A EP é definida como o “conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado, pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado” (AESOP, 2012, pg. 7).

A prática de cuidados de EP assenta num modelo que integra um conjunto de ações no âmbito da anestesia, circulação e instrumentação e cuidados pós anestésicos com o objetivo primordial de avaliar as necessidades da pessoa, promovendo intervenções de enfermagem e avaliar continuamente os resultados das mesmas. A fase pré-operatória inicia-se quando a pessoa e o cirurgião tomam a decisão pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória. A fase intraoperatória inicia-se aquando da transferência da pessoa, para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a

Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA). A fase pós-operatória tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico (Regulamento nº 429/2018).

O reconhecimento da especialidade em Portugal, percorreu um caminho de avanços e recuos sendo que os principais marcos em todo o processo foram: a entrega na OE do primeiro pedido de reconhecimento da EP como especialidade clínica em 2011, pela AESOP, a definição dos padrões de qualidade e das competências específicas da EP em 2013 bem como a definição do seu programa formativo Segundo Cabrita (2021). A 7 de maio de 2015 foi aprovada, em assembleia extraordinária da OE, a especialidade de Enfermagem Perioperatória e apenas em 2018, foi publicado o Regulamento nº 429/2018 que define essas mesmas competências, específicas do enfermeiro especialista perioperatório, como referido anteriormente.

Como pudemos verificar, ao longo dos tempos, a profissão de enfermagem tem-se vindo a definir progressivamente. Para esta evolução, tem contribuído o recurso às teorias de enfermagem, uma vez que fundamentam a prática e valorizam o corpo de conhecimentos da profissão e a relação destas com a atuação do enfermeiro (Medeiros et al., 2015).

A Enfermagem tem procurado possibilidades de compreensão e formas de cuidar que possam ultrapassar os limites construídos pela corrente de pensamento do modelo biomédico, de forma a valorizar as necessidades pessoais, subjetivas e culturais dos envolvidos no processo de cuidado (Saviato & Leão, 2016).

Assim sendo, foi essencial para este percurso académico, selecionar e refletir sobre um referencial teórico que orientasse a minha atividade, mas sobretudo, uma teoria com a qual me identificasse e espelhasse o meu raciocínio na prestação de cuidados. Ao longo do meu exercício profissional na área do doente crítico e perioperatório e após a vivência de uma pandemia recente, que afetou de forma particular os profissionais de saúde e as suas famílias, apenas uma teoria me fez sentido, a Teoria do Cuidado Humano de Watson, cuja essência são as relações transpessoais e os momentos de cuidado entre humanos (Wei & Watson, 2018).

Cuidar é o sentimento mais altruísta que um ser humano pode ter para com outro. O sentimento de proteção e promoção do bem-estar de outro, sem esperar nada em troca independentemente da raça, da cultura, da religião, é algo puro, sincero, transparente que está intrínseco à enfermagem, mais especificamente à enfermagem perioperatória.

Margaret Jean Watson, desenvolve a Teoria do Cuidado Humano em 1979, onde considera o cuidado como o atributo mais valioso que a Enfermagem tem para oferecer à humanidade e que a doença pode ser curada por meio do cuidado. Trata-se de um modelo holístico de enfermagem que sugere que uma intervenção consciente em direção aos cuidados potencializa a cura e a integridade.

Em 1985, a referida teoria sofreu alterações por parte da sua autora, tanto na redefinição dos conceitos utilizados como base do seu trabalho assim como na introdução de um novo paradigma do cuidado humano transpessoal (Alves et al., 2021). Watson conceptualiza o Cuidar como um processo interpessoal com dimensões transpessoais. O Cuidar transpessoal ocorre quando o enfermeiro entra no campo fenomenológico da pessoa; é a união espiritual entre duas pessoas que transcende o tempo, o espaço e a história de cada um.

A teoria de Watson baseia-se num sistema de valores que enfatiza um grande respeito pela vida, o reconhecimento de uma dimensão espiritual da vida e o reconhecimento do poder interno dos processos de *human care*; e propõe que os indivíduos envolvidos nestes processos valorizem as pessoas e a vida humana, e tenham o mais elevado respeito pela autonomia e pela liberdade de escolha.

Também Matos (2022), na sua mais recente obra sobre o princípio da autonomia na ética de Kant, sugere que o respeito pela autonomia se baseia no reconhecimento geral de que um indivíduo possui um valor incondicional e a capacidade de determinar o seu destino, demonstrando o exercício de liberdade da pessoa.

O princípio da autonomia constitui um dos princípios fundamentais da abordagem baseada nos princípios da ética de enfermagem. Desde logo, na consulta de enfermagem pré-operatória, o enfermeiro além de conhecer a pessoa que vai ser intervencionada cirurgicamente e a sua família/pessoa significativa vai perceber qual o seu projeto de saúde e, em conjunto, delinear uma estratégia para o atingir, respeitando deste modo, a sua autonomia.

O conceito da função de cuidar do enfermeiro está ameaçado pela tecnologia, máquinas, tarefas administrativas e manipulação de pessoas para irem de encontro às necessidades dos sistemas (Watson, 2002).

O BO sofreu, nas últimas décadas, uma evolução tecnológica e na aquisição de variados dispositivos que auxiliam na prática cirúrgica. É um local onde habitualmente impera a precisão e a frieza das técnicas e onde em muitas situações, se constata a despersonalização do sujeito objeto de cuidados.

Para Watson (2002), o ser pessoa é alguém que percebe e vive experiências, com valores e crenças, que tem permanência contínua no tempo e no espaço, é alguém que

através de crenças e valores, e das experiências anteriores consegue evoluir e influenciar o seu futuro. Esta referência é, do meu ponto de vista, muito importante uma vez que um procedimento cirúrgico é entendido pela pessoa como sendo um acontecimento de risco, o que remete para a incapacidade e vulnerabilidade da pessoa. Deste modo, a atuação do enfermeiro perioperatório deve assentar nas suas necessidades tendo em consideração as suas experiências anteriores, crenças e valores de forma a proporcionar uma experiência cirúrgica positiva e satisfatória. Esta intervenção deve ser linear em todo o contexto perioperatório, no entanto no acolhimento no BO, revela-se mais intensa. Este é um cuidado fundamental pois compreende o ser humano enquanto ser de emoções e sentimentos, estabelecendo uma relação empática (Alves et al., 2021). O acolhimento compreende a escuta, a disponibilidade, o respeito, o vínculo e o diálogo realizado entre o enfermeiro e o cliente. (Machado et al., 2015).

A Teoria do Cuidado Humano passou por um processo de reformulação e crescimento. Alguns conceitos centrais foram reforçados, novos conceitos foram introduzidos e alguns pontos foram alterados. Esta modificação aconteceu no ano de 2005, com a publicação da sua obra "*Caring science as sacred science*" (Tonin, et al., 2017). Os fatores de cuidado amplamente difundidos e utilizados dão lugar ao processo *clinical caritas* ou *caritas processes*. A palavra *caritas*, de origem latina, significa carinho, cuidar, apreciar, dar atenção especial, amor e, desta maneira, a atenção é considerada preciosa e deve ser cultivada e sustentada (Tonin, et al., 2017).

O processo *clinical caritas* emergiu da necessidade de estudar uma forma de modo que o cuidado de enfermagem transcendesse o diagnóstico médico, a doença, ou o contexto em que este se encontra, para não se limitar a um corpo físico ou à doença, existindo a necessidade de ir além, transcender a matéria, procurar a plenitude do cuidado.

O processo *Clinical Caritas* é composto por dez elementos: praticar a bondade e equanimidade, inclusive para si, no contexto da consciência do cuidado; estar presente e valorizar o sistema de crenças do ser cuidado; cultivar práticas espirituais próprias, aprofundando o conhecimento individual; manter o cuidar autêntico por meio de um relacionamento de ajuda-confiança; perdoar e mostrar empatia consigo mesmo e com os outros; utilizar conhecimento e intuição de forma criativa na resolução de problemas; vincular-se verdadeiramente na experiência de ensino-aprendizagem; proporcionar um ambiente de cuidado para todos os envolvidos; valorizar a humanidade e considerar os aspetos espirituais, de vida e morte abraçando o desconhecido e os milagres da vida (Wei & Watson, 2018).

Descrito como praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado, Watson enfatiza a necessidade de os Enfermeiros irem além do convencional saber e fazer. Assim, este elemento enaltece a importância da reflexão e introspeção profissional, com objetivo de perceber as suas potencialidades e limitações e, assim, agir com consciência caritas (Alves, et al., 2021; Gomes, et al., 2013).

Watson, encoraja os enfermeiros a cuidarem deles próprios antes de cuidarem dos outros. Curiosamente, Watson refere que atravessamos uma crise no cuidado humano durante a pandemia do COVID-19 e que ainda se constata na prática, no entanto, considera também, que é a altura ideal para refletirmos e atingirmos uma maior consciência do cuidado humano (Morrow & Watson, 2022).

Como já referi anteriormente, a Teoria do Cuidado Humano de Watson, é de facto bastante interessante e na qual me identifico, uma vez que é atual e está em contínua evolução acompanhando os tempos vividos pela humanidade e pela profissão.

As instituições de saúde são ambientes multifacetados compostos por diferentes serviços e profissionais, e o BO não é exceção. Deste modo, para garantir a segurança dos clientes e a qualidade do cuidado de todas as pessoas incluídas neste sistema, torna-se imperativo uma colaboração multiprofissional eficaz. Neste sentido, um estudo qualitativo dirigido por Wei e Watson em 2018, sobre a aplicação da Teoria do Cuidado Humano nas equipas multiprofissionais concluiu que esta pode ser uma orientação para enriquecer as relações entre humanos e criar um ambiente de cuidado. Verificou-se que quando o cuidado humano é aplicado em equipas multiprofissionais, os profissionais de saúde encontram uma consciência solidária para cuidar de si e do outro promovendo assim o cuidado ao doente (Wei & Watson, 2018).

Atualmente, vivemos numa sociedade focada nos números e na capacidade de produção, infelizmente, numa instituição hospitalar não é diferente. A atividade cirúrgica representa uma fatia consideravelmente importante na gestão organizativa de uma instituição. A qualidade dos cuidados perioperatórios é uma necessidade que deve resultar da interação entre a humanização dos cuidados e a excelência técnica, com o objetivo estratégico de otimizar os cuidados e conduzi-los à excelência (AESOP, 2012).

Deste modo, pressionados pelos resultados numéricos, os enfermeiros perioperatórios não se podem deixar vencer por esta tendência, daí que emerge a responsabilidade acrescida do EEEMCPSP em ser uma referência no âmbito dos seus cuidados, fundamentados na mais recente evidência científica e sem nunca esquecer e praticar a verdadeira essência de cuidar de outro Ser Humano.

1.2. A DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: ESTADO DA ARTE

A documentação dos cuidados de enfermagem representa uma componente vital da prática profissional que tem acompanhado a evolução da profissão, bem como as escolas de pensamento.

A Enfermagem enquanto disciplina, passou por três paradigmas: Categorização, Integração e Transformação. No século XIX, encontramos o paradigma da Categorização, onde os cuidados eram orientados para a doença e a documentação servia para comunicar a realização da prescrição médica e não era reconhecida como parte integrante do processo clínico da pessoa (Kérouac, et al. 1994). Já na década de 50 surgiu o paradigma da Integração, que influenciou a orientação da Enfermagem para a pessoa, em todas as suas dimensões (Lopes, 1999). Com a teoria holística nos anos 60, o enfermeiro documentava os cuidados segundo o processo de enfermagem no processo clínico, no entanto, após a alta do doente esta informação era eliminada. Nos anos 70, o paradigma da Transformação refletiu novas concepções da disciplina de Enfermagem, onde a saúde era concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspetiva de cada pessoa passando a documentação a ser direcionada para o cliente (Kérouac et al., 1994).

Nos anos 90 é aprovado o regime legal da carreira de Enfermagem bem como a regulação formal da profissão, na sequência da publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Com a aprovação deste regulamento, o enfermeiro assume o dever de documentar os cuidados de enfermagem.

Em Portugal, a grande evolução na EP ocorreu a partir dos anos 90, quando os enfermeiros começaram a orientar a prestação de cuidados, recorrendo ao modelo de tomada de decisão denominado processo de enfermagem, em substituição do modelo biomédico (AESOP, 2012). O processo de enfermagem surgiu nos anos 50 nos Estados Unidos e impôs-se como uma parte integrante dos cuidados, constituindo uma metodologia sistemática do raciocínio em Enfermagem (Sousa & Figueiredo, 2021).

Encontra-se estruturado em cinco passos: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final. Embora utilizados como passos separados e progressivos, eles são na realidade elementos interrelacionados, uma vez que em conjunto formam um círculo contínuo de pensamento e ação, que se recicla ao longo do contacto com o doente (Doenges & Moorhouse, 2010).

A tecnologia na área da saúde encontra-se em constante mudança e os enfermeiros enfrentam uma complexa tarefa de incorporar e adaptar a sua prática nesta era digital (Sondergaard et al., 2017).

No passado, a documentação em papel foi o formato utilizado para suportar a maioria dos registos de saúde, sendo habitualmente colocada no processo clínico do cliente. No entanto, logo começaram a se manifestar algumas dificuldades, nomeadamente no seu armazenamento, na disponibilidade e acessibilidade provocando muitas vezes perdas de informação, confusão e problemas de ilegibilidade. Nos termos da Lei 12/2005, de 25 de janeiro, artigo nº5, o processo clínico é definido como “qualquer registo, informatizado ou não, que contenha informação de saúde sobre doentes ou os seus familiares”.

A informação contida na documentação dos cuidados de enfermagem dever ser coerente, completa, organizada e verdadeira, assim como legível e não conter rasuras, uma vez que podem invalidar a legalidade do registo e proporcionar um plano de cuidados desadequado (Ribeiro, 2019). Deste modo, os sistemas tradicionais em papel, deram naturalmente origem aos Sistemas de Informação na Saúde (SIS), permitindo a gestão de toda a informação produzida. Os SIS constituem uma fonte indispensável de suporte à decisão e prática clínica, contribuindo para aumentar o conhecimento, segurança e eficiência do processo de saúde (Fernandes & Tareco, 2016; Saigí-Rubió et al., 2021).

Em particular, um Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) é concebido para documentar e apoiar os cuidados prestados ao cliente/família, comunicar com outros departamentos hospitalares, recuperar dados dos clientes e impedir o uso indevido da informação (Fernandes & Tareco, 2016). A investigação em enfermagem nesta área facilitou a transição do modelo tradicional de registos de enfermagem para modelos SIE com base em novas estruturas e possibilitando a incorporação de uma linguagem padronizada (Sousa & Figueiredo, 2021).

Assim, num esforço para aplicar o processo de enfermagem de forma mais eficaz e incorporar os sistemas de informação eletrónicos, foi concebida: a Classificação Universal para a Prática de Enfermagem (CIPE) que descreve a prática de enfermagem através de um sistema de linguagem padronizada, reconhecida, validada e utilizada mundialmente. A sua estrutura compreende termos inerentes e relevantes para a prática, permitindo a elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para descrever os fenómenos de interesse para a enfermagem (Rodrigues et al., 2022). A utilização de sistemas de classificação de enfermagem na área perioperatória em Portugal é ainda pouco expressiva. Atualmente, a CIPE é a terminologia dos sistemas de

informação em uso em contexto hospitalar, no entanto, ela carece da especificidade inerente à EP (Azevedo, 2016).

Os SIS deram o empurrão necessário para que a informação produzida numa organização faça parte da estratégia competitiva da organização. Os benefícios da sua utilização estão relacionados com a qualidade dos dados: documentar, armazenar e processar grandes quantidades de dados; produzir informação para controlo e qualidade da prestação de cuidados, controlo de custos e avaliação, são algumas das vantagens. Também ganharam uma posição fulcral na área da saúde, nomeadamente, na área de Enfermagem apresentando contributos para a comunicação eficiente entre os pares, de forma a transmitir a informação concreta e conseqüentemente, garantir a segurança dos cuidados à pessoa (McCarthy, et al., 2019; Ribeiro, 2019).

Apesar das vantagens enunciadas, Sondergaard et al. (2017), através de uma revisão sistemática da literatura pretendeu explorar e apresentar as evidências relativamente às práticas de documentação da enfermagem perioperatória. Nesta investigação constatou-se que os sistemas de informação existentes não estão concebidos para documentar os cuidados de enfermagem na sua essência, verificando-se assim má qualidade nos registos, o que compromete a segurança do cliente. Os mesmos autores referem ainda a urgência da reformulação do design do sistema operativo da documentação, e que este deve estar adaptado às necessidades dos cuidados da EP.

Neste sentido, emerge o *Perioperative Nursing Data Set* (PNDS), uma linguagem de enfermagem que concebe uma terminologia padronizada para apoiar os cuidados de enfermagem perioperatórios. O PNDS compreende elementos de dados e conceitos, codificando e quantificando o trabalho de enfermagem, promovendo, deste modo, o reconhecimento da EP pelas suas competências, conhecimentos específicos e pelo seu contributo nos resultados obtidos (Petersen & Kleiner, 2011). Em 1999, o American Nurses Association (ANA) *Committee on Nursing Practice Information Infrastructure*, reconheceu o PNDS como um conjunto de dados relevante para a prática da EP.

O PNDS tem como alicerce uma estrutura conceptual e um modelo para a prática da Enfermagem Perioperatória denominado: Modelo Perioperatório centrado no Doente (*Perioperative Patient Focused Model*), uma conceção de Enfermagem centrada no cliente que reflete o cuidado perioperatório e de toda a sua experiência (Azevedo, 2016). Deste modo, foram delineados os domínios da prática circunscrevendo-os em respostas comportamentais, segurança, respostas fisiológicas e sistema de saúde, que vêm constituir

o quadro conceptual e agregador na documentação da assistência ao doente (Kleinbeck, & Dopp, 2005).

Alguns estudos têm surgido no sentido de verificar a relevância do PNDS para a EP nomeadamente na Finlândia, Canadá, Brasil e Coreia do Sul e são unânimes nas suas conclusões: o PNDS representa um contributo importante para descrever a EP, contudo carece de mais ações de validação neste contexto da prática (Junttila, et al., 2002; Junttila, et al., 2005; Pocock, 2007). Em Portugal, alguns investigadores já começam a debruçar-se sobre esta temática, nomeadamente na tradução e adequação cultural do PNDS (Azevedo, 2016). No mesmo sentido, num hospital português foi levado a cabo um estudo onde a documentação nos sistemas de informação era direcionada para os cuidados perioperatórios e verificou-se a sua adesão, por exemplo, no pós-operatório antes da implementação deste sistema a monitorização da dor não era registada e após a sua implementação o registo foi realizado por 86,7% dos enfermeiros (Baptista et al., 2019).

Desde há duas décadas que as práticas recomendadas pela AORN preconizam que os registos de enfermagem durante o período perioperatório devem evidenciar a avaliação e o plano de cuidados levado a cabo pelo enfermeiro perioperatório, os cuidados prestados pela equipa cirúrgica e os resultados obtidos, refletindo com precisão toda a experiência do perioperatório, mantendo-se ainda estas recomendações atualizadas nos dias de hoje (AORN, 1996; Williams, 2023).

No entanto, segundo alguns investigadores, a documentação dos cuidados de enfermagem no perioperatório são caracterizados por serem subjetivos, de baixa qualidade, incompletos, incorretos e inconsistentes (Sondergaard et al., 2019).

Para compreender as razões da heterogenia na prática de documentação dos enfermeiros perioperatórios, Sondergaard e a sua equipa realizaram um estudo qualitativo, através do qual concluíram que fatores como a diversidade cultural, organizacional e fatores educacionais influenciavam o tipo de documentação dos cuidados de enfermagem perioperatórios. (Sondergaard et al., 2019). O difícil acesso aos computadores, quer pelo número insuficiente, quer pela sua inadequada localização ou pela inoperabilidade do sistema, foram alguns dos aspetos destacados pelos investigadores como afetando a comunicação e o fluxo natural de trabalho dos enfermeiros perioperatórios e que, por sua vez, comprometiam a sua prática de documentação. Neste sentido, verificou-se apenas o registo mínimo de informação, como a validação da lista de verificação da cirurgia segura, o registo das amostras biológicas

para análise, assim como os tempos operatórios de entrada e saída do cliente da sala operatória.

Por outro lado, um outro aspeto interessante revelado neste estudo foi a perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre o que efetivamente documentam. Na generalidade, corroboram com o que foi dito anteriormente: que despendem de muito tempo a registar no sistema para a logística clínica (tempos operatórios) e a documentar a cirurgia segura, algo que ressaltam que não é exclusivamente dever do enfermeiro, mas de toda a equipa cirúrgica, protelando ou suprimindo, desta forma, os registos dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Os enfermeiros relatam que são avaliados de acordo com os parâmetros do tempo administrativo. Deste modo, e como não é contemplado o tempo da prática de documentação de cuidados de enfermagem perioperatórios, os profissionais optam por aderir ao cronograma da cirurgia em detrimento de documentar os cuidados (Braaf, et al, 2015).

A cultura perioperatória é focada em medidas de produtividade o que pode fazer com que os enfermeiros perioperatórios adotem estratégias alternativas de documentação que se desviem das melhores práticas e padrões de desempenho (por exemplo, documentar antes de uma atividade) e este comportamento indesejável pode tornar-se normalizado e perpetuado (Qualey, 2023).

A literatura conclui que a qualidade da documentação é altamente dependente da estrutura e conceção do sistema de informação, e atendendo à complexidade da medicina contemporânea, ao elevado número de intervenientes em processos diagnósticos e terapêuticos, um registo preciso e adequado dos vários passos no período perioperatório afigura-se essencial para a segurança do cliente cirúrgico (Braaf, et al., 2015; Campanella et al., 2016).

Contudo, até ao presente momento, verifica-se a inclusão de mais do que um sistema de informação em vários serviços, o que conduz muitas vezes à duplicação de registos, perda de informação clínica relevante no mesmo serviço e mesmo entre a interoperabilidade de vários serviços. Por sua vez, esta falha na interoperabilidade pode-se traduzir na falta de continuidade nos cuidados, devido à perda indevida de detalhes processuais relacionados com o estado de saúde dos clientes e com as suas dimensões pessoal, familiar, entre outros.

A evidência espelha a necessidade de se desenvolver mecanismos que possibilitem uma maior interoperabilidade entre os diversos sistemas enfatizando a necessidade de

auscultar a opinião dos profissionais para a obtenção de maiores ganhos na prestação de cuidados (Nascimento et al., 2021). Além disso, verifica-se que em relação aos sistemas de saúde atuais, torna-se urgente a transferência dos resultados para a prática e com impacto nas políticas de saúde no sentido de preencher a lacuna gerada pela multiplicação de fontes de informação. (Nascimento et al., 2021).

A interoperabilidade entre sistemas de informação, como ferramenta fundamental na prática de cuidados diários, tem-se revelado um problema constante dos últimos anos em Portugal. Pinheiro (2018, p.251), refere que, em Portugal, “a maior parte dos serviços de saúde é suportado por um conjunto de ilhas de sistemas fragmentados de informação que foram sendo adquiridos sem qualquer estratégia”. Contudo é reconhecido que no futuro, os SIE vão continuar a conquistar cada vez maior importância uma vez que dão visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde das populações e representam o futuro da nossa profissão através da avaliação de desempenho dos cuidados prestados (Nascimento et al., 2021). Este sistema de avaliação de desempenho da carreira de enfermagem indica que existe deficiente desempenho se há incumprimento do dever de registo sistematizado dos cuidados de enfermagem. Perante estes factos, um suporte dos SIE direcionado para os resultados poderá constituir um indicador de qualidade do trabalho de enfermagem e de saúde. (Fernandes & Tareco, 2016).

Como indicadores de saúde, os SIE são uma importante ferramenta de trabalho e avaliação de qualidade pois permitem aceder em tempo útil aos registos recolhidos, processados e documentados pelos enfermeiros. (Fernandes & Tareco, 2016).

O conceito de qualidade foi desenvolvido durante a era industrial e foi adaptado à saúde por Avedis Donabedian. Na saúde, envolve as dimensões: estrutura (recursos materiais, equipamentos e humanos); processo (relação entre o cliente e o prestador); e resultados (produto final da assistência prestada). Qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo que tenha em conta os recursos disponíveis e alcance a adesão e satisfação do cliente (Despacho n.º 5613/2015).

Mais qualidade e segurança no sistema de saúde implicam um maior esforço de governação dos decisores e maior envolvimento dos profissionais de saúde.

Neste sentido, a definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados na área da Enfermagem à PSP é essencial para a promoção da melhoria contínua dos

cuidados, constituindo um referencial para a prática especializada, que estimula a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade.

Assim sendo, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEEMCPSP, previne complicações para a saúde dos clientes utilizando “estratégias de comunicação que assegurem a informação e documentação precisa e oportuna na equipa interdisciplinar e na continuidade de cuidados perioperatórios à pessoa” e contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem garantindo “registos padronizados que evidenciem os ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem perioperatória e que permitam a monitorização da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados” bem como assegurando “a informação necessária para a continuidade dos cuidados” (OE, 2017, pg, 29 e 31).

Como pudemos verificar, os enfermeiros perioperatórios têm na documentação dos cuidados uma ferramenta essencial que confere segurança e qualidade.

No sistema de saúde, a qualidade e a segurança são uma obrigação ética uma vez que contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados (Despacho n.º 5613/2015). Também na Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina, no artigo 3.º, esta temática é salvaguardada referindo que o acesso a cuidados de saúde deverá ser equitativo e de qualidade apropriada (Diário da República, 2001). Ainda de acordo com a Lei de Bases da Saúde, na alínea b) do n.º 1 da Base 2, todas as pessoas têm direito a “aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (Lei nº 95/2019).

Neste sentido, foi delineada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020 que assumiu como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde (Despacho n.º 5613/2015).

Em 2018 foi publicado um estudo que analisou e comparou a qualidade da documentação de enfermagem em formato papel e em formato eletrónico. Esta investigação concluiu que ambos os formatos apresentam desvantagens quanto ao conteúdo, processo e estrutura. Revelou ainda, que o processo de enfermagem é um elemento essencial na documentação dos cuidados, uma vez que reflete a filosofia da enfermagem sustentando a sua prática e conferindo credibilidade à profissão, mas que,

no entanto, não se encontrava espelhado em qualquer formato de documentação, comprometendo a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes (Akhu-Zaheya, et al., 2018).

Aproximadamente 313 milhões de procedimentos cirúrgicos são realizados anualmente a nível mundial, com uma taxa estimada de 10% de eventos adversos e 7,3% de taxa de mortalidade, sendo metade destes eventos adversos provavelmente evitáveis (Sotto, et al., 2021). Em Portugal, em 2020 efetuaram-se 858,1 mil cirurgias (exceto pequenas cirurgias) nos hospitais, de acordo com os dados divulgados pelo Instituto Nacional de estatística (2022). Este número foi inferior a 2019, durante o qual foram realizadas 1,0 milhões de cirurgias (decrécimo associado ao contexto pandémico).

Perante estas estatísticas e pela sua complexidade, a atividade cirúrgica condiciona vários desafios para a segurança do cliente, nomeadamente, pela interação de uma equipa multiprofissional que exerce atividades interdependentes num ambiente dominado pela pressão de produtividade e stress inerente à intervenção cirúrgica onde aspetos simples como a confirmação da identidade ou lateralidade podem comprometer a segurança do cliente (Mota, et al., 2021). O reconhecimento desta problemática levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a lançar o projeto Cirurgia Segura, Salva Vidas como o segundo desafio mundial para a segurança do doente (OMS, 2009). Neste sentido, alguns investigadores realizaram uma revisão sistemática da literatura e meta-meta-análise sobre o impacto desta lista de verificação cirúrgica, na qual verificou-se que a sua utilização, potenciou a dinâmica e a comunicação da equipa (Sotto, et al., 2021).

A evidência afirma que os incidentes que ocorrem no BO são de ordem diversa, sendo os mais frequentes relacionados com infeções, administração de medicação e hemoderivados bem como, problemas de comunicação (Heideveld-Chevalking, et al., 2014).

Pelas particularidades que lhe são inerentes, a OMS reconhece que o contexto intraoperatório é um ambiente de alto risco para a ocorrência de erros de medicação (WHO, 2019), sendo a comunicação um dos fatores mais comum (46%- 60%) que contribui para incidentes relacionados com a medicação (Parry et al., 2015; Syyrilä et al., 2020).

No BO, vários são os desafios à segurança do cliente cirúrgico: prescrição maioritariamente verbal, prescrição e administração de medicação realizada por diferentes profissionais, não validação da prescrição por parte dos serviços farmacêuticos e stock medicamentoso facilmente disponível (Boytim & Ulrich, 2018). Neste sentido, a

utilização dos SIS para prescrever e validar a medicação apresenta vantagens uma vez que reduz os erros associados à administração de medicação e promove a continuidade do tratamento (na enfermaria ou unidade de cuidados intensivos) quando o cliente sai do contexto do bloco operatório (Uslu & Stausberg, 2021; McCarthy, et al., 2019).

Deste modo, podemos afirmar que a comunicação e a documentação encontram-se estreitamente vinculadas na enfermagem. Uma má prática de documentação contribui para falhas na comunicação ao longo de todo o período perioperatório afetando a continuidade e qualidade dos cuidados bem como a segurança do cliente. (Sondergaard et al., 2019).

A segurança do doente é um aspeto fulcral no contexto clínico sendo fundamental na garantia dos sistemas de saúde eficientes (Barroso et al., 2021). A Direção Geral da Saúde (DGS) (2017a, p. 4) define segurança do doente como: “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”.

Os danos aos doentes associados aos eventos adversos são considerados uma das 10 principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo (WHO, 2019). Os incidentes ocorrem em todo o espectro de cuidados, mas são mais comumente associados a procedimentos cirúrgicos (27%), erros de medicação (18,3%) e infeções associadas a cuidados de saúde (12,2%) (WHO, 2017a). Deste modo, o tema da segurança do doente tornou-se, nas últimas duas décadas, uma questão central nas agendas de muitos países europeus, assim como um pouco por todo o mundo.

Nos sistemas de saúde modernos a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade e “é no bloco operatório que parece constatar-se um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde” (Despacho n.º 1400-A/2015).

Deste modo, tendo em conta a necessidade constante de aumentar e ressalvar a importância da segurança dos doentes, a DGS divulgou e publicou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, no qual estão redigidos os pilares, os objetivos estratégicos, as ações e as metas (Despacho nº 9390/2021). O PNSD (2021-2026) apresenta-se como um instrumento essencial de apoio que tem como objetivo “consolidar e promover a segurança de cuidados de saúde no sistema de saúde, e encontra-se estruturado em cinco pilares: (1) A Cultura de Segurança; (2) Liderança e Governança; (3) Comunicação; (4) Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança e (5) Práticas Seguras em Ambientes Seguros.

Salientando o terceiro pilar, a Comunicação, este é o processo que as pessoas utilizam para trocar informações, sendo parte integrante da vida de todos os indivíduos (Videbeck, 2011). Comunicar tem uma função basilar, permite-nos a troca de informações, o entendimento em relação a si próprio e aos outros, a integração em grupos, comunidades, organizações e na própria sociedade, a satisfação das necessidades económicas e a interação com os outros que são contributos fundamentais para a auto-estima e equilíbrio (Sousa, 2006).

A comunicação eficaz e eficiente numa instituição de saúde é um dos principais alicerces na promoção de cuidados seguros e na prevenção de eventos adversos. Assim sendo, o pilar da Comunicação tem como propósito desenvolver e implementar estratégias e ferramentas, recorrendo a meios digitais de forma a promover boas práticas clínicas e de gestão.

A transmissão de informação entre os profissionais de saúde, deve ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor. Neste sentido, foi definido que o momento de transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR. (DGS, 2017a; Müller, 2018)

A comunicação é eficaz quando um indivíduo é capaz de transmitir ideias e essas ideias são captadas pelos indivíduos a quem a mensagem é destinada, quer seja de forma oral ou escrita (Marques, 2022).

A comunicação escrita, está ligada a um tempo e a um espaço, é mais estática, permanece e segue uma estrutura gramatical, tendendo a ser mais formal do que a comunicação oral devendo-se atender a alguns aspetos tais como a utilização de linguagem científica; o rigor e tipo de informação; a organização dos conteúdos; o conjunto de dados recolhidos; e por fim a apresentação da informação (Sequeira, 2016). O mesmo autor salienta ainda o impacto da comunicação escrita em termos de durabilidade, uma vez que esta perdura ao longo do tempo e é fundamental para a continuidade da prestação de cuidados, na medida em que facilita o acesso e a consulta da informação.

A documentação dos cuidados de enfermagem, para além de constituírem um testemunho que perdura no tempo, são uma forma de comunicar numa equipa, um meio de individualização dos cuidados prestados aos clientes, também conferem proteção legal e ética.

O enquadramento legal contemplado na lei portuguesa através do Decreto-Lei nº 161/96, que constitui o REPE no artigo 5º, alínea 4e, refere que os cuidados de enfermagem são caracterizados por “avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados”.

Os profissionais de saúde estão, sempre, durante o exercício das suas funções, obrigados a proceder à documentação e registo da atividade clínica, isto é, deverá de forma minuciosa, pormenorizada e, acima de tudo, completa juntar as informações que recolhe. Este dever de uma devida documentação surge para que se possa garantir inúmeras finalidades, desde logo, garantir a segurança dos cuidados (Veiga, 2015).

Este dever, para lá da doutrina que o defende, vem também consagrado em inúmeros artigos da legislação portuguesa, assim como na Deontologia Profissional de Enfermagem, onde no artigo 104º, d), refere que o enfermeiro no respeito no direito ao cuidado na saúde e na doença assume o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (OE, 2015, pg. 83).

A questão da elaboração dos registos também se encontra legislada no Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio no artigo 9º, que evidencia que incumbe ao enfermeiro registar e produzir informação relativa ao exercício profissional, incluindo a relevante para os SI. Por outro lado, no que concerne ao âmbito jurídico, num acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, que serve como parecer ou guia orientador para a jurisprudência de casos relacionados com a responsabilidade civil médica, acerca dos registos clínicos, nos quais se inserem também os de Enfermagem, descreve no primeiro ponto que “devem ser precisos, completos, detalhados, específicos e congruentes, descrevendo fiel, detalhada e especificamente tudo quanto de relevante foi comunicado, observado ou realizado permitindo vislumbrar os fundamentos e objetivos das decisões médicas que foram sendo tomadas” (Acórdão Tribunal da Relação de Lisboa 1765/12.2TVLSB.L1-1, 28/04/2020). Ao longo desse documento legal reforça-se a ideia que os registos clínicos auferem de uma particular “força probatória”, pelo que a sua ausência ou desrespeito pela sua elaboração pode, em situação extrema, conduzir à inversão do “ónus da prova”.

Também no Código Civil, artigo 573.º, consta o direito a estar informados, deste modo conclui-se que, para que estes direitos sejam respeitados, terá de haver um devido conjunto de informações no processo clínico, para que sempre que o titular do mesmo o queira consultar, o possa fazer e sentir-se esclarecido (Decreto-Lei nº 47344/1966; Veiga, 2015).

O conceito de qualidade na saúde assenta em várias dimensões, nomeadamente na “garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade” (Despacho n.º 1400-A/2015). A qualidade dos cuidados de saúde prestados reflete-se no tipo de registos de enfermagem perioperatória efetuados. Estes devem assegurar a continuidade dos cuidados, validar os cuidados de enfermagem e dar visibilidade ao exercício profissional (AESOP, 2012; Qualey, 2023).

Assim sendo, a documentação dos cuidados de enfermagem fundamenta o processo de tomada de decisão, assegura a continuidade dos cuidados e a segurança do cliente (Sondergaard et al, 2019) além de constituir um dever dos profissionais de saúde que confere proteção legal.

Como já evidenciado anteriormente, vários são os fatores que concorrem para a documentação inadequada. A insegurança, a falta de compreensão, o apreço pela importância da documentação de qualidade assim como a competência contribuem para esta problemática. A mitigação dos desafios de documentação requer a criação e manutenção de uma cultura perioperatória que valorize a precisão da documentação para alcançar resultados de qualidade (Qualey, 2023).

O recurso a cenários de simulação clinicamente precisos é uma estratégia que apoia os enfermeiros no desenvolvimento de habilidades de documentação em um ambiente seguro que não afeta a segurança dos clientes e os ajuda a se sentirem mais competentes e preparados, assim como promover o envolvimento dos profissionais nesta complexa questão. (Qualey, 2023).

Os enfermeiros perioperatórios devem colaborar com membros designados da equipe de informática para identificar quaisquer barreiras e modificar a configuração dos SIS para atender aos requisitos práticos e melhorar a precisão da documentação (Qualey, 2023).

Pelo exposto, podemos deduzir que é inegável a contribuição da qualidade da documentação dos cuidados de enfermagem para a segurança do cliente, para o desenvolvimento da profissão e para a visualização do desempenho do exercício profissional dos enfermeiros. Permitem também o suporte a estudos científicos, projetos e conclusões de investigação que sustentem a prática baseada na evidência. Contudo, verifica-se a necessidade de implementar projetos de melhoria contínua na documentação da informação, no contexto perioperatório, e de potenciar o envolvimento dos profissionais contribuindo, deste modo, para cuidar da pessoa em situação perioperatória

e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A caracterização de uma instituição bem como de um serviço onde se realiza o estágio para desenvolvimento de competências é deveras importante. Não só é importante saber a constituição da equipa, como também a sua história, a sua evolução, a sua estrutura física, todos os materiais e a dinâmica da equipa multidisciplinar e do serviço em si.

Este relatório refere-se à prática clínica desenvolvida em três estágios que ocorreram na mesma instituição num projeto de continuidade de aprendizagens, num hospital do distrito do Porto. Com base numa prática clínica tutelada, os estágios foram desenvolvidos em horário rotativo o qual acompanhava o regime de turnos dos enfermeiros orientadores obedecendo a uma escala mensal, previamente elaborada e divulgada pela chefia do serviço.

Tratando-se de um centro hospitalar, este é composto por quatro polos físicos: um hospital de referência, uma unidade de cirurgia de ambulatório, um centro dedicado à maternidade e à infância; um centro de genética médica e uma unidade dedicada ao foro psiquiátrico (Site oficial do hospital, 2023).

O hospital de referência, a unidade inicial, é considerado um monumento nacional projetado pelo arquiteto inglês John Carr. Na altura da sua fundação, em 1799, o hospital representou um dos raros locais preparados para receber vítimas de grandes catástrofes e epidemias. Atualmente, tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e, desenvolvimento científico na área da saúde.

Sendo este um hospital central, recebe doentes do distrito do Porto, de quase todas as freguesias da cidade sendo ainda referência para a população dos distritos de Bragança e Vila Real e dos concelhos situados a sul do Douro pertencentes à parte Norte dos distritos de Aveiro e Viseu (Site oficial do hospital, 2021).

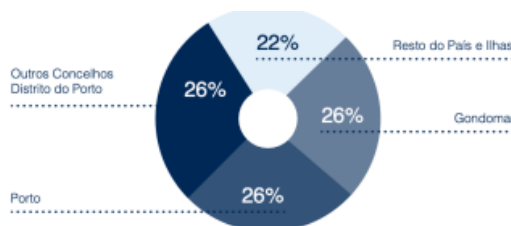


Figura nº 1 - Doentes Saídos por Área de Residência do Utente (Site oficial do hospital, 2021)

2.1.BLOCO OPERATÓRIO

O Ensino clínico I – Cuidar na sala Operatória decorreu de novembro de 2022 a fevereiro de 2023, representando 15 créditos referente ao *European Credit Transfer System* que se traduzem num total de 405 horas, das quais 138 de tempo individual de trabalho e reflexão, tendo sido realizado no BO central de um Hospital público do distrito do Porto.

O enfermeiro perioperatório desempenha várias funções no âmbito da instrumentação, circulação, anestesia, cuidados pós-anestésicos e gestão. Deste modo, e perante o planeamento do ensino clínico, defini aproximadamente o mesmo número de horas de contato pelas várias valências. Esta divisão foi facilitadora, uma vez que proporcionou um maior poder de concentração em alcançar os meus objetivos permitindo, deste modo, alargar as minhas experiências e os meus conhecimentos para outras áreas de interesse.

O BO é uma “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico-cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (AESOP, 2012, pg. 20).

O BO é constituído por diferentes instalações, no piso 1 situa-se o BO de Neurocirurgia com duas salas de operações e uma UCPA com capacidade para duas camas e no outro edifício, no piso 2, encontra-se o BO de Ortopedia com três salas de operações (A, B e C), uma UCPA com cinco camas e o BO Central com seis salas (D, E, F, G, H e I), sendo que duas das salas, F e E, estão alocadas à equipa de urgência e uma UCPA que dispõe de onze unidades. Ainda no edifício no piso 1, encontra-se inativado o BO de Otorrinolaringologia e de Oftalmologia constituído por quatro salas operatórias e uma UCPA com três unidades. Como já referido anteriormente, para este BO derivam várias pessoas da zona norte do país, deste modo, a atividade cirúrgica no BO Central, centra-se nas seguintes especialidades: Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral, Urologia, Cirurgia Extra-Digestiva, Cirurgia Hepatobiliopancreática, Cirurgia Plástica, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Maxilo-Facial e Cirurgia Bariátrica. As especialidades com maior número de clientes operados no ano 2022 foram a Urologia (670) Cirurgia Vascular (1023) e Otorrinolaringologia (434), como se pode verificar nos quadros apresentados de seguida. Estes valores não contemplam a cirurgia adicional.

Tabela nº 1: Volume Cirúrgico por especialidade e ano BO Central (Site oficial do hospital, 2022)

Departamento	Unidade	Ano \ Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total geral	
Dep. de Cirurgia	Urologia	2019	77	55	60	72	72	53	46	39	72	81	70	58	755	
		2020	54	54	55	26	40	58	47	23	42	41	40	44	524	
		2021	37	39	54	54	56	61	57	36	63	59	51	48	615	
		2022	54	58	58	47	69	54	53	37	55	70	54	61	670	
Departamento	Unidade	Ano \ Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total geral	
Dep. de Cirurgia	Angiologia e Cirurgia Vascular	2019	54	36	51	56	90	78	68	72	87	112	88	95	887	
		2020	111	84	87	59	63	75	90	73	71	99	66	64	942	
		2021	72	64	90	103	95	80	102	71	102	106	77	99	1061	
		2022	101	96	113	98	89	76	69	62	90	89	71	69	1023	
Departamento	Unidade	Ano \ Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total geral	
Dep. de Neurociencias	Otorrinolaringologia	2019	46	23	46	51	49	34	44	16	46	56	49	44	504	
		2020	47	40	27	1	11	39	50	39	16	34	37	22	29	353
		2021	23	21	45	39	39	40	36	31	32	34	34	38	412	
		2022	40	30	38	31	43	36	32	28	32	42	40	42	434	

Em relação aos recursos humanos, o BO é um serviço transversal, com equipas de enfermagem e assistentes operacionais próprias, de utilização partilhada por todos os Serviços Cirúrgicos e pelo Serviço de Anestesiologia.

A equipa de enfermagem do BO é composta por sete enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica a desempenhar funções de gestão, sessenta e quatro enfermeiros de instrumentação/circulante (oito com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica), cinquenta e sete de anestesia (quatro com especialização Médico-Cirúrgica), divididos em enfermeiros da cirurgia programada e enfermeiros da equipa de urgência. Os enfermeiros de anestesia são destacados para exercer funções no intra-operatório em qualquer especialidade cirúrgica, cuidados pós-anestésicos e inclusivamente em locais remotos, como é o caso da ressonância magnética, neurorradiologia de intervenção, Raios-X de intervenção, Tomografia Axial Computorizada, cardiologia, arritmologia e broncologia.

2.2.UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

O Estágio com Relatório Módulo I, decorreu de fevereiro de 2023 a março de 2023, representando 3,5 créditos referente ao *European Credit Transfer System* que se traduzem num total de 95 horas das quais 33 horas de tempo individual de trabalho e reflexão, tendo sido realizado na unidade de cirurgia de ambulatório da mesma instituição hospitalar anteriormente mencionada.

Esta instituição hospitalar foi precursora em Portugal na criação de programas de cirurgia de ambulatório, afirmando-se nessa área cirúrgica. A unidade de Cirurgia de

Ambulatório iniciou a sua atividade em 1991 com uma sala operatória, já ao serviço de várias especialidades. Em maio de 2011 foi inaugurado uma nova unidade de cirurgia de ambulatório, tornando-se um centro pioneiro e de referência a nível nacional com 8 salas operatórias, 12 gabinetes de Consulta externa e 32 camas na Unidade de Recobro.

A cirurgia de ambulatório é um modelo organizativo de prestação de cuidados cirúrgicos, por excelência centrado no cliente sendo, deste modo, relevante para a eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados de saúde e organização hospitalar (Despacho n.º 1380/2018; Pinto et al., 2020). Neste regime cirúrgico, após o cliente ser admitido é realizada a intervenção cirúrgica programada e este tem alta num período inferior a 24 horas (Pinto et al., 2020).

Em 2021, a atividade assistencial do Centro Hospitalar atingiu as 41.301 cirurgias, sendo que 24.892 foram cirurgias de ambulatório, representando mais de 60% do total de cirurgias realizadas. Na unidade de cirurgia de ambulatório foram realizadas 91% das cirurgias de ambulatório e tem-se verificado um aumento crescente da atividade assistencial em todas as especialidades (+ 25% vs 2020, tabela 2) com exceção da cirurgia plástica, otorrino, estomatologia e maxilo facial, vascular e pediátrica. (Site oficial do hospital, 2021)

Tabela nº 2 - Evolução atividade cirúrgica de ambulatório (Site oficial do hospital, 2021)

	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	19/20 (%)	20/21 (%)
Doentes Operados Ambulatório	22.722	19.770	24.892	- 13,0%	25,9%
SNS*	22.429	19.616	24.642	- 12,5%	25,6%
Não SNS	293	154	250	47,4%	62,3%
Doentes Operados / Dia Útil	91	79	100	- 13,0%	25,9%

A unidade de cirurgia de ambulatório é constituída por 9 pisos, dos quais 6 parques de estacionamento subterrâneos e onde se encontra alocado o serviço de esterilização. No piso 0 situa-se uma zona de restauração e a receção geral onde um assistente operacional tem o primeiro contacto com o cliente, prestando algumas informações e encaminhando-o, de acordo com a necessidade. O piso 1 é direccionado à cirurgia oftalmológica e é constituído por 6 salas cirúrgicas, uma sala de admissão/dilatação com 6 cadeirões, uma unidade pós cirúrgica com 5 camas bem como gabinetes de consultas externas de várias especialidades. No piso 2 encontramos 5 salas cirúrgicas para as restantes especialidades, uma das quais destinada para a pequena cirurgia, 2 unidades de recobro, recobro 1 ou imediato com 6 camas e recobro 2 ou tardio com 22 camas bem como uma sala com material e equipamentos necessários para a prática cirúrgica diária. Por último, o piso 3 é constituído por 10 quartos e é dedicado à vigilância pós-operatória (ou pernoita, se

necessário) e aos serviços administrativos. Atualmente, dispõe das especialidades de Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Dermatologia, Estomatologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia.

Em relação aos recursos humanos, a equipa de enfermagem da unidade de cirurgia de ambulatório é composta por 3 enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica a desempenhar funções de gestão, num total de sessenta e quatro enfermeiros, sendo vinte e três detentores da especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica.

2.3.UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

O último estágio, o Estágio com Relatório, Módulo II, decorreu de março de 2023 a junho de 2023, representando 18,5 ECTS referente ao *European Credit Transfer System* que se traduzem num total de 500 horas das quais 170 horas de tempo individual de trabalho e reflexão, onde se pressupõe a materialização dos conteúdos teórico-práticos adquiridos nas diferentes unidades curriculares para o desenvolvimento de conhecimentos e competências dos cuidados à PSP num contexto clínico real para adquirir o grau de mestre e especialista em EEMC: PSP. Este estágio, de carácter opcional, teve lugar numa UCPA, no já referido hospital do distrito do Porto. Esta seleção primou pela oportunidade de adquirir novos conhecimentos e competências, e apoiada na minha experiência profissional à pessoa em situação crítica, desenvolver outras capacidades elevando, deste modo, a qualidade dos cuidados prestados à PSP.

A UCPA tem como objetivo primordial o acolhimento do doente cirúrgico desde o término do ato terapêutico sob anestesia até à sua transferência para outro serviço, para o que é critério fundamental a sua recuperação fisiológica a um nível semelhante ao pré-operatório, tão rápido quanto possível (Duarte & Martins, 2014).

A UCPA está localizada dentro do mesmo espaço físico do BO central, imediatamente ao lado das salas operatórias, em frente à Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e no mesmo piso do laboratório e serviço de hematologia. Esta unidade possui 11 camas de cuidados pós-anestésicos, com 120 m² acrescentando uma sala de apoio de sujos anexa. Quanto às dimensões e segundo *The Facility Guidelines Institute* (2018), a UCPA deve prever 12m² por cama incluindo circulação onde o espaço entre cada cama deve ser de 1,5 m e 1,2 m dos lados da cama às paredes adjacentes.

De acordo com o Relatório Final da Avaliação Nacional dos Blocos Operatórios (2015) os requisitos menos frequentemente observados são a área por cama de UCPA (apenas 30% dos BO considerados cumpre este requisito). Vale a pena salientar ainda que o não cumprimento dos requisitos mínimos coloca em questão a qualidade da atividade assistencial.

O fator que determina a dimensão e o desenho da UCPA é a relação entre o número de camas e o número de suites operatórias, deste modo, é recomendado 1,5 a 2 camas por suite operatória, existindo algumas nuances de acordo com a complexidade e duração das cirurgias e com o tipo de técnica anestésica utilizado. (AESOP, 2012; The Facility Guidelines Institute, 2018).

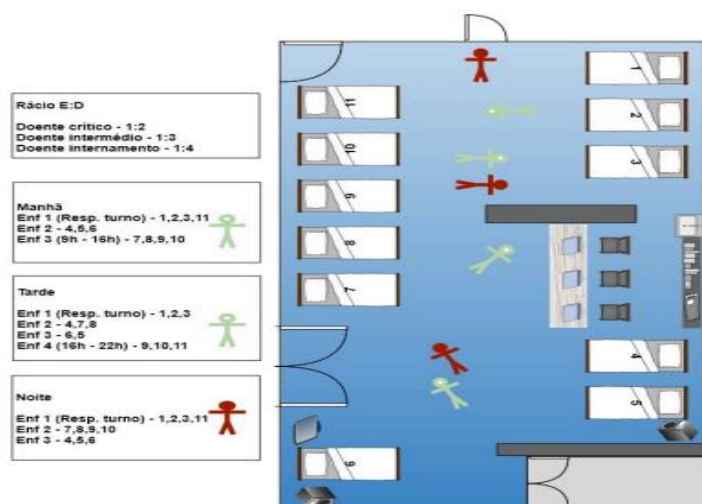
Relativamente ao desenho (figura nº 2), a UCPA é retangular com a estação de enfermagem localizada numa posição central que possibilita uma visualização quase total dos doentes, uma vez que possui um separador entre a estação de enfermagem e as unidades 1,2 e 3. Por este motivo, estas camas são as últimas a serem ocupadas. A estação de enfermagem possui três computadores, duas impressoras e dois telefones, configurando-se um espaço pequeno para a praticidade do dia-a-dia. Imediatamente atrás, encontra-se uma estufa, um armário com algum material e medicação mais usualmente utilizada bem como uma bancada de trabalho estreita que dificulta o trabalho dos enfermeiros da UCPA. A medicação estupefaciente entre outras, que não se encontram neste stock, pode-se facilmente adquirir no sistema *Pyxis* utilizada por todos os enfermeiros do BO Central. No entanto, verifica-se, que existe apenas 1 ponto de lavagem de mãos devendo haver 1 ponto de lavagem de mãos por cada 4 camas, podendo, deste modo, colocar em questão a qualidade da atividade assistencial dos cuidados pós-anestésicos dado que a prática da higienização das mãos integrada no conjunto das práticas básicas de controlo de infeção, constitui a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção (DGS,2019; Ministério da Saúde, 2015)

Entre as unidades estão disponíveis cortinas descartáveis que promovem privacidade e a luz artificial existente é suave e indireta o que proporciona uma sensação agradável de tranquilidade e conforto. As paredes e os tetos apresentam uma cor pastel de forma a reduzir a estimulação sensorial e o revestimento do chão é anti estático e antiderrapante e de um material que absorve o ruído. Em relação à temperatura na UCPA, esta ronda os 23°C com uma humidade de 40% a 60%.

Ainda em relação ao desenho da UCPA, esta apresenta 4 portas, como se pode verificar na figura nº 2. A porta principal é a porta mais proximal do Bloco Operatório e

da estação de enfermagem da UCPA e que corresponde à entrada do cliente cirúrgico. A porta ao lado da unidade nº 11 destina-se à porta de saída do cliente enquanto as outras duas portas correspondem uma à área de sujos e a outra à saída de emergência.

Figura nº 2 – Planta da UCPA, BO



Cada unidade encontra-se equipada com monitorização invasiva e não invasiva (pressão arterial, eletrocardiografia e oximetria de pulso), uma seringa e bomba infusora, rampa de oxigénio, duas fontes de vácuo, uma fonte de ar comprimido, sistema de aquecimento, suporte de soros, uma prateleira para colocação de material adicional, solução desinfetante e cortinas descartáveis. Apenas duas unidades estão equipadas com ventiladores que estão reservadas para cuidados mais diferenciados uma vez que possuem um maior espaço de circulação e, pela sua localização, conferem uma maior vigilância.

Por fim, na entrada da UCPA, encontra-se ainda o carro de emergência devidamente equipado com material e fármacos de reanimação bem como um monitor desfibrilhador.

Em relação à equipa da UCPA do BO Central, esta é constituída por um médico anesthesiologista, um assistente operacional e três enfermeiros no turno da manhã e da noite e quatro enfermeiros no turno da tarde.

De modo a assegurar o propósito da UCPA com a qualidade exigida, o modelo de gestão que lhe está subjacente deve garantir o melhor e mais correto fluxo de trabalho, assim sendo, a organização da prestação de cuidados de enfermagem é fundamental (Rego & Coelho, 2016).

Nesta unidade é utilizado o sistema de Enfermeiro de Referência para que se possa implementar o processo de enfermagem na sua plenitude e assim contribuir para a

segurança e qualidade dos cuidados ao cliente. Estes são distribuídos de acordo com o rácio de enfermeiros por turno e pelo grau de complexidade da pessoa intervencionada.

Ao longo do estágio, tive dificuldades em identificar claramente a conceção de cuidados de enfermagem presente na metodologia de trabalho da UCPA. Quando abordava esta questão com os profissionais também eles demonstravam alguns entraves nesta especificação. O que depreendi é que os enfermeiros perioperatórios encontram-se ainda num caminho de construção da sua conceção de cuidados uma vez que não se identificam com outros modelos ou teorias pela sua complexidade e especificidade, com a exceção do Modelo Perioperatório centrado no Doente ainda pouco enraizado.

No entanto, observando as suas práticas, comportamentos e metodologia de trabalho, verifiquei que a prestação de cuidados assenta no método individual, ou seja, intervenções de enfermagem focadas nas necessidades da pessoa enfatizando a personalização e individualização dos cuidados, em que o enfermeiro é responsável por um número limitado de doentes e lhes presta os cuidados globais durante o seu turno de trabalho (Silva, 2017). Deste modo, a conceção de cuidados amplamente orientadora é a das Necessidades Humanas de Wanda Horta, teoria também preconizada pela instituição.

Relativamente à documentação, esta é executada no SIE por alguns enfermeiros, mas na sua grande maioria é registada em formato papel, verificando-se necessidade de melhoria na adesão e sensibilização para o rigor da documentação dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A aquisição e o desenvolvimento de competências são alcançados num processo contínuo na vida profissional e pessoal de um enfermeiro.

"Ser competente" significa ser capaz de agir e ter sucesso com habilidades, mestria, sabedoria, destreza e prática numa situação laboral. Inclui ter a capacidade de assumir iniciativas, ir além das atividades prescritas, ser capaz de compreender e dominar novas situações no trabalho e ser reconhecido por isso. Baseia-se na responsabilidade, flexibilidade e na "reconversão permanente em que a polivalência é a mais-valia requerida" o que implica, deste modo, o desenvolvimento da autonomia. (Correia, 2012, p. 14; Le Boterf, 2005).

Não sendo estática, a competência é um processo adaptativo e progressivamente evolutivo na aplicação dos saberes teóricos às diversidades e às adversidades do quotidiano. Neste sentido, são os contextos da prática clínica, incluindo os estágios, aliados à formação contínua do enfermeiro e às experiências vivenciadas que facilitam o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, havendo um especial enfoque quando este tipo de aprendizagem conduz a um processo crítico-reflexivo acerca do seu percurso profissional (Bresolin et al., 2019).

Na enfermagem perioperatória, a crescente complexidade e tecnologia que envolve o contexto do BO, imprime na competência e na interação entre os membros da equipa de saúde, elementos decisivos para o sucesso dos resultados obtidos, verificando-se que são a chave para a segurança do cliente nos cuidados de saúde e uma eficaz gestão de situações de crise (Flin & Mitchell, 2009; Riem et al., 2012).

A OE define enfermeiro especialista aquele que através de "(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...) demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção" (OE, 2017, p.1).

Deste modo, o intuito deste capítulo prende-se com a análise e reflexão sobre as intervenções e ações de enfermagem realizadas na prática clínica com o objetivo de adquirir e desenvolver competências inerentes ao título de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área à Pessoa em situação Perioperatória.

3.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com a OE, as competências comuns do enfermeiro especialista são “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, pg. 4745).

O enfermeiro especialista dispõe de quatro domínios de competências comuns a todos os especialistas. São eles a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; a Melhoria Contínua da Qualidade; a Gestão dos Cuidados e as Aprendizagens Profissionais, que passamos, de seguida, a analisar.

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal” contempla o desenvolvimento de uma prática profissional ético-legal agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e de deontologia profissional, garantindo que se respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

O enfermeiro tem como dever exercer a sua profissão de acordo com o Estatuto da OE, incluído na Lei n.º 156/2015, sendo constituído pela Deontologia Profissional e o REPE. O enfermeiro assume o dever de cumprir as normas e as leis que regulam a profissão, responsabilizar-se pelas decisões que toma, proteger e defender a pessoa de práticas que vão contra a lei, a ética e o bem comum.

No contexto da prestação de cuidados à PSP, são diversas as condicionantes éticas que afetam a prestação de cuidados de enfermagem, tornando-se imperativo focarmos os cuidados nas múltiplas dimensões do ser humano, atendendo às preferências e singularidade de cada um deles.

Nesta ordem de ideias, a Deontologia Profissional da Enfermagem, enquanto conjunto de regras que assentam num agir por dever, no enunciando do Artigo 78º evidencia que as “intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015a, pg. 38). O exercício da responsabilidade profissional deverá ter em consideração o reconhecimento e o respeito

do carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida no âmbito da prestação de cuidados (OE, 2015a).

Foi no reconhecimento das dimensões do cliente enquanto Pessoa, que no respeito pela sua dignidade e integridade bio-psico-social, cultural e espiritual e articulando com o respeito pelos valores humanos, apresentava-me e procurava sempre saber o nome que a pessoa gostava de ser tratada, bem como respeitava e possibilitava a entrada de pequenos objetos (corretamente acondicionados) de cariz espiritual no BO, que acompanhava o cliente durante a indução anestésica e posteriormente na UCPA, proporcionando ao cliente conforto (OE, 2015a, Artigo 81 e 82).

Os princípios da dignidade e da liberdade assentam no princípio da autonomia que é entendida como a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afeta a vida de cada um (OE, 2015a). Deste modo, no respeito pelo dever de informar e pelo direito à autodeterminação explicava todos os procedimentos que iríamos adotar e o seu fundamento. Posteriormente solicitava o seu consentimento, após facultada a informação e validação da mesma, uma vez que a informação antecede as escolhas de forma a estas serem livres e esclarecidas, não esquecendo, porém, que a transmissão de informação em Enfermagem deve ser integrada numa relação de cuidado e concretizar-se de forma terapêutica (OE, 2015a, artigo 84º). Segundo consta na Carta dos Direitos e Deveres do Doente, artigo nº3 e 7, os doentes têm direito a ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado de forma acessível, objetiva e completa bem como têm o direito de consentir ou recusar a prestação de cuidados (Lei nº 15/2014).

Ainda no respeito pelo princípio da autonomia do cliente, recorde uma situação no laboratório de Hemodinâmica, cuja minha atuação centrava-se na área da enfermagem de anestesia, e me vi confrontada com um cliente que iria ser submetido a um cateterismo cardíaco com angioplastia coronária, o qual mencionou a existência de uma Diretiva Antecipada de Vontade no processo clínico. De acordo com a Lei nº 25/2012, a diretiva antecipada de vontade expressa sob a forma de testamento vital, consiste no documento pela qual uma pessoa adulta, sem nenhuma anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, relativamente aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, perante a incapacidade de poder emitir a sua vontade pessoal autonomamente. Na realidade, o procedimento ocorreu sem intercorrências, no entanto, foi a primeira vez que tive esta experiência que me obrigou a refletir sobre o assunto, a nível profissional e pessoal.

Reconhecendo o dever do sigilo profissional (OE, 2015a, artigo 85º) procurei sempre manter confidencial toda a informação gerida na atividade de cuidados de enfermagem, partilhar apenas a informação pertinente com os profissionais implicados no plano de cuidados e manter no anonimato a pessoa e, neste caso específico, aquando da realização do estudo de caso no Ensino Clínico I – Cuidar na Sala Operatória.

No contexto do bloco operatório, especificamente, no intraoperatório, a exposição corporal é necessária na medida em que o ato cirúrgico assim o implica. No entanto, e apesar da pessoa em alguns casos, se encontrar inconsciente, não significa que deixe de ser uma pessoa com direito ao respeito pela sua intimidade (OE, 2015a, artigo 86º). Neste sentido, sempre ao longo de todo o meu percurso profissional e académico, fui rigorosa no respeito pela esfera privada e íntima da pessoa, quer na prestação de cuidados que necessitassem de exposição corporal, colocando cortinas, biombos e só expondo o estritamente necessário para a intervenção e limitando o número de pessoas envolvidas. Também no diálogo com a pessoa, a utilização de um tom e altura de voz adequado promovem o respeito pela sua intimidade.

Historicamente a EP assume responsabilidades na manutenção de um ambiente seguro e eficiente quer para os clientes quer para a restante equipa. Neste âmbito da segurança e da consciencialização dos riscos emerge um “princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado,” denominado: consciência cirúrgica (OE, 2017, pg. 27). Este é um conceito central e orientador para a prestação dos cuidados da EP que exige dos seus enfermeiros conhecimento, autoconsciência e coragem (Quintana, 2022).

No contexto perioperatório onde o trabalho de equipa é essencial para uma prestação de cuidados seguros e de excelência, considero que encontrei, nos campos de estágio que vivenciei, uma cultura de segurança instituída. Pela diversidade de especialidades cirúrgicas, técnicas anestésicas e elevada complexidade dos clientes cirúrgicos encontrei nos enfermeiros especialistas uma referência de liderança e de atuação congruentes com a consciência cirúrgica. Neste sentido, também verifiquei, a humildade de reconhecerem os seus limites e de procurarem as respostas adequadas fundamentadas na mais recente evidência científica indo de encontro ao artigo nº 100 do REPE (OE, 2015b) o qual refere que o enfermeiro assume o dever de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos. Também ao longo do meu percurso profissional, a atualização de conhecimentos sempre foi uma preocupação e uma constante em diversas áreas,

nomeadamente no cuidar à pessoa em situação crítica (cursos de trauma, sépsis, ventilação, SIV, entre outros) bem como à pessoa em situação perioperatória (pós-graduação em enfermagem de anestesiologia) que culminam nesta Especialidade e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. à PSP. De sublinhar que, profissionalmente, sempre procurei atualizar os meus conhecimentos à luz da bioética, atuando em conformidade com os princípios da autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência, bem como as normas orientadoras da Deontologia em Enfermagem, expressas através do CDE.

Neste sentido, e segundo o artigo nº 109 do REPE (OE, 2015b) e do artigo 88º da Deontologia Profissional (OE, 2015a) relativamente à excelência do exercício, creio que a realização das reflexões baseadas no ciclo de Gibbs assim como dos relatórios de estágio fundamentados, crítico e reflexivos, contribuíram para analisar a minha prestação e reconhecer falhas que direcionaram o meu percurso académico que contribuíram para a atualização de conhecimentos e desenvolvimentos de competências na área de especialidade.

Aquando da realização deste mestrado, foi-me possível elaborar um trabalho de grupo para a disciplina de Ética e Deontologia cujo tema incidia sobre a reflexão e resolução de um problema ético emergente da prática dos cuidados à PSP, relacionado com a transfusão sanguínea na Pessoa Testemunha de Jeová.

Os problemas éticos no âmbito da saúde descrevem situações em que os profissionais se encontram perante uma necessidade de tomada de decisão moralmente difícil, mas com uma solução que se apresente como a mais correta a ser aplicada (Banks & Nohr, 2008). A tomada de decisão é inerente à nossa prática. Consiste numa complexidade de “processos mentais para determinar o curso de ação, baseados na informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos” (International Classification for Nursing Practice, 2019). Em relação aos dilemas éticos, ocorrem quando os profissionais se veem obrigados a tomar decisões perante duas ou mais direções éticas adequadas, mas contraditórias, ou quando as diretrizes éticas se traduzem em consequências indesejadas para uma ou mais pessoas envolvidas no processo (Brigido, 2011). Neste sentido, devemos sublinhar que os enfermeiros no exercício das suas funções devem adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015a).

O objetivo da realização deste trabalho foi a resolução de um problema/dilema ético, selecionado pela docente da disciplina, que fora testemunhado por um enfermeiro

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica numa situação real. Esta situação foi analisada em grupo de forma a ter solução por base no modelo de tomada de decisão ética “Processo de Enfermagem” cujas etapas são as seguintes: apreciação, planeamento, implementação e a avaliação. A aplicação do mesmo tornou-se importante para refletir e avaliar as decisões e intervenções a serem tomadas, direcionadas às mais variadas situações, permitindo assim aperfeiçoar o raciocínio crítico para uma prestação de cuidados éticos, deontológicos, seguros, de qualidade e de excelência.

Por fim, de acordo com o respetivo Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro Especialista, é necessário que os enfermeiros demonstrem, através da sua prática, um exercício seguro, profissional e ético, zelando pela boa prática da sua deontologia profissional e do seu REPE (Regulamento n.º 140/2019). Neste sentido e após o exposto considero que esta competência no âmbito do desenvolvimento de uma prática profissional no respeito aos direitos humanos e nos deveres éticos e deontológicos foi adquirida.

3.1.2. Domínio da melhoria da qualidade

Nos termos do Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, artigo 6.º, relativo ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e por fim “garante um ambiente terapêutico e seguro” (pg.4745).

A importância deste domínio é facilmente verificada através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à PSP, constituindo um referencial para a prática especializada e um estímulo para a reflexão e criação de projetos de melhoria contínua da qualidade (OE, 2017). Ao longo dos estágios, estas orientações foram tidas em conta aquando das reflexões constantes das minhas intervenções de Enfermagem com os tutores e restantes enfermeiros Especialistas. Ciente de estas serem diretrizes valorizadas nos cuidados à PSP materializando-se na aprendizagem contínua e adaptada aos constantes desafios diários, foi essencial consultar normas, feixes de intervenção e diretivas na área da

qualidade de forma a mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo, a minha participação na melhoria continua da qualidade.

A qualidade em saúde ainda representa uma conceção operacionalmente vaga, difícil de definir, no entanto, emerge como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde sendo detentora de características que a diferenciam de outros setores como o fato de ser direcionada para as necessidades e não apenas para a procura (Allen-Duck, et al., 2017; Pisco & Biscaia, 2001). Neste sentido, foi delineada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 a qual assumiu como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde (Despacho n.º 5613/2015), como já mencionado e abordado anteriormente neste documento.

A melhoria da qualidade é entendida como uma: “[...] abordagem sistemática que utiliza técnicas específicas para melhorar os resultados em saúde e a experiência do paciente, por meio de mudanças de comportamento dos profissionais e instituições de saúde e da utilização de métodos sistemáticos voltados para a mudança” (Costa et al., 2022, pg. 2).

Exemplo deste processo de mudança, que testemunhei e participei, é a reunião da manhã realizada no BO/UCPA onde estão presentes o chefe de enfermagem, as enfermeiras responsáveis, os enfermeiros e os auxiliares. Nesta reunião é explanado o plano cirúrgico para cada sala operatória e são partilhadas algumas informações importantes relativamente a materiais e equipamentos bem como, outro tipo de preocupações. É conferido espaço para dúvidas, sugestões e partilha de conhecimentos. Esta prática foi herdada de um processo de melhoria continua baseada na filosofia Lean/Kaisen que o hospital, nomeadamente o BO e UCPA tentaram implementar em 2005. A palavra Kaizen é de origem japonesa, *Kai* significa mudar e *Zen* significa para melhor, ou seja, mudar para melhor, melhorar de uma forma contínua (Neves, 2011).

Pensar Kaizen, implica questionar constantemente os nossos paradigmas, de forma a ultrapassar barreiras e gerar novas ideias. São processos de melhoria continua que na generalidade, se focam na redução do desperdício, na introdução do planeamento sistemático e na comunicação efetiva entre as equipas para tentar reduzir a incerteza e variabilidade de modo a garantir altos níveis de eficiência (Shatrov, et al., 2021).

Esta filosofia apoia-se num princípio de gestão visual e de disciplina e isso verifica-se nos vários quadros coloridos, com sistemas muito simples e eficientes que facilitam a comunicação e organização do BO e que é do agrado de toda a equipa.

Ao longo dos estágios inteirei-me dos projetos de melhoria contínua da qualidade em cada serviço e tive oportunidade de discutir com os enfermeiros tutores acerca da sua implementação, sendo por isso possível identificar áreas de melhoria, tais como a necessidade de formação acerca da documentação dos cuidados de enfermagem perioperatória transversal a todos os campos de estágio. Como referido anteriormente, a evidência demonstra que os enfermeiros perioperatórios falham na documentação dos cuidados de enfermagem e que esta tem impacto na segurança e na qualidade dos cuidados prestados à PSP.

Na prestação de cuidados de enfermagem, é imprescindível a utilização de uma linguagem sistematizada e universal tendo por base o processo de enfermagem (Castanheira, 2014). O desenvolvimento e a implementação de Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) e a sua relação com os programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem, permitem obter uma maior e significativa visibilidade relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC à PSP a formação e treino promotores do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção da equipa interdisciplinar são elementos importantes na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017). Ainda neste âmbito, a OE (2017, pg.31), refere que “a garantia de registos padronizados que evidenciem os ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem perioperatória e que permitam a monitorização da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados” são, também, um importante contributo nesta organização.

Neste sentido, durante a minha permanência na UCPA verifiquei que os registos de enfermagem e da administração da medicação não eram realizados, pela maioria dos enfermeiros, em suporte informático em plataformas adequadas para o efeito. Por trabalhar na mesma instituição hospitalar, esta lacuna de registos já me tinha chamado à atenção e, agora neste contexto formativo, pude confirmar e realçar esta problemática que levanta questões de segurança na continuidade dos cuidados, bem como questões legais e éticas.

Deste modo, apresentei esta questão ao enfermeiro orientador e ao enfermeiro gestor do BO os quais verificaram a pertinência em desenvolver esta temática e apresentá-la aos enfermeiros do serviço. Para o efeito, procurei evidência científica que fundamentasse a minha exposição e realizei um plano de sessão da formação que me auxiliou a refletir na programação e na organização dos conteúdos no tempo disponível.

A divulgação da formação ficou a cargo do enfermeiro Tutor que é o responsável da formação no serviço, através de uma rede social recorrentemente utilizada para o efeito.

Assim sendo, partilhei esta informação numa sessão de formação (integrada no programa de formação interna do serviço) em formato PowerPoint presencialmente e com transmissão online (numa plataforma própria para todos os enfermeiros que não poderiam comparecer fisicamente). Neste momento de partilha, a minha estratégia focou-se em definir alguns conceitos importantes e sensibilizar os presentes para o circuito que uma pessoa/cliente hipoteticamente possa fazer desde a admissão na urgência de um hospital da periferia até regressar a casa e a quantidade de serviços/especialidades que terá de transpor. Neste ponto, alertei sobretudo para a informação que não é documentada e, deste modo, perdida e que esta situação abala a confiança do cliente depositada nos profissionais de saúde, neste momento de vulnerabilidade. Assim sendo, sensibilizei os profissionais para a importância de documentar em enfermagem focando a questão jurídica, ética bem como na segurança e qualidade dos cuidados.

De forma a perceber o feedback e avaliação da sessão coloquei umas perguntas de forma oral e aberta que foram positivas e que potenciaram a discussão e reflexão sobre a problemática. A sessão formativa, afigurou-se de grande importância e interesse pelos pares, pois após esta formação até ao fim do estágio, os enfermeiros abordavam-me para partilhar algumas opiniões e considerações sobre esta complexa temática.

No BO, a qualidade dos cuidados de saúde encontra-se intimamente aliada à segurança. Neste sentido, importa refletir sobre o PNSD 2021-2026, que tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no terceiro pilar: a comunicação.

A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados uma vez que são momentos vulneráveis/críticos, de grande complexidade que envolvem um maior risco de erro (Müller et al., 2018). Neste sentido, todos os locais de estágio que percorri cumprem a norma nº 01/2017 emitida pela DGS em fevereiro de 2017, relativamente à comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde, recorrendo à metodologia ISBAR que consiste numa “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida para promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados”. (DGS, 2017a, pg.4). É formada por cinco itens componentes durante o processo de comunicação na transição dos cuidados: ISBAR (I- identificação, S- situação, B- antecedentes, A- avaliação, R- recomendações).

De modo a facilitar a interiorização desta ferramenta, existia em todos os locais de estágio que frequentei, um modelo de preenchimento, ao qual recorri sempre, por considerar um instrumento muito útil. Neste sentido, esta disponibilidade promove a sistematização e interiorização desta técnica que confere segurança na transição de cuidados, proporcionando a sua continuidade e qualidade.

A segurança na utilização da medicação é parte integrante do 5º pilar do Despacho n.º 9390/202, denominado: práticas seguras em ambientes seguros, assim como a garantia de um ambiente terapêutico e seguro é da competência do EEMC.

Neste âmbito, ao longo da minha permanência na UCPA verifiquei que toda a medicação e seringas são identificadas com etiquetas de cor e o respetivo nome do fármaco e dose, no caso dos medicamentos de alerta máximo “*Look-Alike*” e “*Sound-Alike*” (LASA), estes estão identificados com etiquetas de sinais de alerta. Os medicamentos LASA possuem nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros e, deste modo, representam uma ameaça à segurança do cliente (Bryan, et al.,2021; DGS, 2023). Neste sentido, e uma vez que preparava medicação, tive necessidade de consultar documentos e normas relativos ao tema e cooperar na implementação desta prática, visando a segurança do cliente nos cuidados perioperatórios. As ampolas de adrenalina e de atropina, por exemplo, são muito semelhantes no tamanho, cor e rótulo. Deste modo, o risco de administração inadvertida é mais elevado se estes compartimentos estiverem ao lado um do outro. Assim sendo, sugeri que na organização do stock de medicação estas duas substâncias estivessem em lados opostos e devidamente sinalizadas, sugestão que foi aceite pelo enfermeiro responsável. Segundo o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, 13% do total de incidentes notificados são incidentes de medicação (Despacho n.º 1400-A/2015)

Ainda relativamente à segurança na utilização da medicação, existe um sistema automático de armazenamento e distribuição de medicação (*Pyxis*) que contribui para a qualidade da distribuição dos medicamentos, facilitando o controlo de stocks, a racionalização de recursos humanos e promove a diminuição de erros de medicação (Rodrigues, 2009). O sistema *Pyxis* consiste num conjunto de armários automáticos de armazenamento e distribuição do medicamento localizados num serviço gerido por uma consola central situada na farmácia do hospital. Estes armários têm gavetas com diferentes tipos de segurança, facilitando a cedência de medicamentos contribuindo, deste modo, para uma prática segura conduzindo a uma redução da taxa de eventos adversos.

Na minha prática laboral tenho acesso e experiência com este sistema, deste modo, pude comprovar que também neste contexto dos cuidados perioperatórios é uma mais-valia na promoção da diminuição dos erros medicamentosos.

O desenvolvimento das úlceras por pressão constitui um evento adverso indesejável e um desafio constante para os profissionais e instituições de saúde. São, atualmente, vistas como indicador de qualidade dos cuidados e da segurança do doente.

As úlceras por pressão podem ocorrer nos diversos domínios do cuidar, desde os cuidados domiciliários aos internamentos hospitalares bem como no BO. A úlcera por pressão perioperatória é definida como qualquer lesão relacionada com o tecido e associada ao posicionamento cirúrgico, apresentando-se entre as 48 e 72 horas pós-cirurgia (Black, et al, 2014). A existência de uma úlcera por pressão significa dor, sofrimento, risco de infeção e por isso deterioração da qualidade de vida do doente, podendo culminar em morte (Ribeiro, 2020). Deste modo, procurei utilizar todos os dispositivos existentes para prevenir as úlceras de pressão como colchões de silicone e almofadas, avaliei a integridade da pele e verifiquei o correto posicionamento dos dispositivos externos (cateter urinário, sonda nasogástrica, prolongadores dos sistemas de administração de medicação, entre outros) aquando nos posicionamentos cirúrgicos.

Durante o estágio também tive a oportunidade de observar o processo de auditoria, sendo este um sistema de revisão e controlo que fornece informações sobre a eficiência e eficácia dos processos cuja finalidade, não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também apontar sugestões e soluções, assumindo um carácter educacional dentro das instituições (Silva, 2017). A auditoria em enfermagem, tem como objetivo detetar não conformidades nos registos, visando aperfeiçoar a qualidade dos cuidados e otimizar os custos financeiros da instituição (Ceretta, et al., 2023). No BO, concretamente, o registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) é alvo de auditoria e é um dos registos que imprime maior preocupação nos profissionais, uma vez que é um instrumento que potencia a segurança do cliente cirúrgico. Este processo de auditoria e análise dos resultados encontra-se a cargo do Gabinete de Governação Clínica da instituição hospitalar, havendo, no entanto, uma equipa de interlocutores do BO que constitui o elo de ligação com a equipa multidisciplinar. Neste sentido, posso concluir que as auditorias são processos necessários e de extrema importância para a melhoria continua da qualidade dos cuidados.

Por último, devo sublinhar que em todos os campos de estágio, desde a admissão do cliente cirúrgico até ao momento da alta, confirmei a presença da pulseira de identificação

e se a informação relativa à identificação do paciente estava correta antes de iniciar qualquer procedimento, bem como toda a minha atuação baseou-se no cumprimento de normas e feixes de intervenção na prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Em suma, ao longo de todo o percurso, considero que desenvolvi um papel dinamizador na mobilização de conhecimentos e habilidades garantindo a melhoria contínua da qualidade, desenvolvi práticas de qualidade bem como garanti um ambiente terapêutico e seguro, concorrendo, deste modo, para o sucesso da aquisição desta competência.

3.1.3. Domínio da gestão de cuidados

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, artigo 6.º (pg. 4745), relativo ao domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”

Atualmente, com as profundas mudanças ao nível das políticas de saúde e das organizações, aliadas a maiores exigências na qualidade, a figura do enfermeiro chefe, como líder e gestor da equipa de enfermagem, assume um papel decisivo.

Ao longo do estágio acompanhei um dos enfermeiros coordenadores nas suas funções de gestão. De modo a compreender de forma mais clara a sua intervenção, consultei alguns documentos, nomeadamente, o Regulamento n.º 76/2018 relativo às Competências Acrescidas Avançadas em Gestão, o qual defende que a gestão por parte dos enfermeiros é essencial para a qualidade e segurança do exercício profissional, “constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (pg. 3478).

O enfermeiro gestor assume um papel de elevada relevância uma vez que é detentor de “um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área” (Regulamento n.º 76/2018, p.3478). Além destas competências, é também o “responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros” desenvolvendo o processo de tomada de

decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente” assumindo, deste modo, “uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde” (Regulamento n.º 76/2018, p.3478).

Para a maioria das instituições de saúde, a performance e elevada eficiência do BO assume um papel vital na atividade assistencial, ao nível da sua capacidade de oferta e na qualidade dos cuidados prestados, destacando-se o enfermeiro gestor que representa um papel fulcral na garantia de bons resultados (Siirala, et al., 2019). A gestão da incerteza é inerente à gestão do bloco operatório uma vez que a duração da cirurgia, o cumprimento do horário por parte das equipas e doentes bem como a disponibilidade de recursos não é um dado adquirido.

Neste sentido, verifiquei que uma das primeiras preocupações do enfermeiro coordenador foi confirmar as condições de funcionamento das salas operatórias, certificar novamente a receção do instrumental cirúrgico para as cirurgias programadas e assegurar que os primeiros doentes a serem intervencionados já estavam preparados e a caminho do BO, de modo a cumprir o horário previsto.

Relativamente à gestão de recursos humanos é da competência do enfermeiro chefe efetuar as escalas de serviço, distribuindo os enfermeiros pelos diversos turnos (manhã, tarde e noite), como também a respetiva organização diária dos recursos humanos pelas diferentes salas das diferentes especialidades. Esta distribuição exige um profundo conhecimento dos elementos da equipa uma vez que são distribuídos conforme a sua experiência.

Em todos os campos de estágio, verifiquei sempre uma preocupação no cumprimento das dotações seguras recomendadas. A implementação de dotações seguras em enfermagem é um tema de extrema importância. Além de ser importante para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e para a segurança dos clientes, o cumprimento das dotações seguras de enfermagem está associado à satisfação, quer dos clientes quer dos profissionais (Poeira et al., 2018).

Neste sentido, consulte o Regulamento n.º 743/2019 relativo à Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que preconiza que nas salas de operações de cirurgia programada ou urgente, devem estar presentes os seguintes postos de trabalho: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia, considerando adequado que os profissionais que assumem estes postos de trabalho sejam enfermeiros especialistas em EMC na área de Enfermagem à PSP.

Nas unidades de cuidados pós-anestésicas recomenda-se que o rácio deve ser de 1 (um) enfermeiro por cada 2 (dois) clientes em cirurgia convencional e 1 (um) enfermeiro, por cada 3 (três) clientes em cirurgia ambulatoria, considerando também adequado que os profissionais que assumem estes postos de trabalho sejam enfermeiros especialistas em EMC na área de Enfermagem à PSP. No entanto, pode haver necessidade de ajustes em função da complexidade dos cuidados e adequado às necessidades específicas dos clientes (Regulamento n.º 743/2019).

As políticas de saúde, têm como prioridade melhorar a qualidade e o acesso dos cidadãos à saúde e garantir a sustentabilidade económica e financeira do Sistema Nacional de Saúde (Líbano, 2012). Assim sendo, esta instituição possui vários sistemas de gestão que facilitam esta efetividade de consumos e de organização, no entanto não dispensam de supervisão do enfermeiro coordenador.

Para a gestão do material de consumo clínico, implementou-se o modelo HLS que consiste num sistema de abastecimento eficiente aos serviços que resulta da simples gestão de stocks conseguida através da criação de supermercados, em conjunto com a definição de rotas equilibradas, em que todo o processo é suportado pelo conceito do sistema *Kanban* (Pinto, 2008). A palavra *Kanban* está associada ao *Toyota Production System* e é uma filosofia de gestão, cujo objetivo passa pela eliminação de todos os desperdícios incluindo stocks desnecessários e produtos com defeito.

A gestão do instrumental cirúrgico é realizada consoante o agendamento das cirurgias e é necessário pedir formalmente autorização quando este mesmo material é facultado por empresas extra-hospitalares. Esta função de requerimento, receção e esterilização do material em tempo útil de ser utilizado para determinada cirurgia, compete ao enfermeiro coordenador.

Assim sendo, tive oportunidade de colaborar com o enfermeiro responsável nas seguintes funções: consulta do plano cirúrgico, preparação da reunião da manhã, verificação da operacionalização das salas operatórias, confirmação da receção e realização de novo pedido dos instrumentais cirúrgicos, verificação e reposição de medicação, contagem de estupefacientes e gestão de recursos humanos aquando necessidade de substituições.

O enfermeiro é chamado a intervir no seu contexto de ação para responder às situações com que se depara, seja enquanto prestador de cuidados, responsável na coordenação ou como gestor de uma equipa de trabalho. Neste sentido, considero que a gestão de cuidados

por mim realizada, vai ao encontro do preconizado, ou seja, prestar cuidados de qualidade em segurança.

Relembro que no âmbito da enfermagem de anestesia no BO e na UCPA a minha intervenção inicial baseava-se em consultar o plano operatório, verificar as condições de higienização da sala operatória e verificar a operacionalidade dos aparelhos de ventilação, aspiração, entre outros, bem como todo a medicação e material necessário para uma prestação de cuidados eficaz e segura.

Em relação ao enfermeiro circulante, este atua como um líder da equipa na sala operatória, uma vez que coordena todas as atividades de enfermagem, garantindo a qualidade dos cuidados durante o período perioperatório (Redaelli, 2018). No estágio do BO, tive oportunidade de desenvolver atividades enquanto enfermeira circulante e experienciar este tipo de liderança e gestão de cuidados que iniciava com a consulta do plano operatório. A consulta do plano operatório é essencial de forma a poder gerir os recursos materiais, nomeadamente instrumental cirúrgico, e de haver a possibilidade de articulação com a unidade de esterilização. Também é importante ter conhecimento da equipa cirúrgica e do tipo de abordagem cirúrgica e anestésica, uma vez que tem implicações na organização da sala, na providência de materiais e equipamentos.

Após a recolha destas informações, outra atividade desenvolvida foi a verificação de requisitos operacionais na sala de operações, que consiste na confirmação de vários itens de uma lista própria do BO, que assegura o correto funcionamento e presença de determinados equipamentos para o desenvolvimento de procedimentos cirúrgicos com segurança, nomeadamente: a higienização da sala de operações, cumprindo a Prática Recomendada sobre “Higienização das salas de operações” da AESOP e a verificação das condições ambientais da sala de operações cumprindo a Prática Recomendada sobre “Fatores ambientais no Bloco Operatório” da AESOP.

No âmbito do estágio do BO, tive oportunidade de colaborar como enfermeira instrumentista. Este profissional deve “(...) compreender e valorizar a área da instrumentação enquanto isolada e distinta, mas deve, simultaneamente, valorizar a área da circulação e da anestesia, como forma de complementar a sua prestação de cuidados no âmbito dos cuidados perioperatórios”, tendo como responsabilidade “prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e para a equipa” (AESOP, 2012, pg. 139). Neste sentido, a consulta do plano operatório e do processo do cliente por parte do enfermeiro instrumentista é essencial para obter o máximo de informação de modo a

conseguir organizar e gerir a sua atividade na seleção e preparação de todo o material necessário para a cirurgia.

Transversal a todos os contextos de estágio foi a minha atuação perante o cliente cirúrgico que teve como alicerce o processo de enfermagem. Deste modo, consegui gerir os cuidados de enfermagem com o intuito de antecipar focos de instabilidade e de maximizar a segurança e o bem-estar dos clientes, garantindo a implementação de um plano de cuidados com intervenções de enfermagem individualizadas e adaptadas a cada situação, sempre em articulação com a equipa multidisciplinar.

Por último, as observações e pequenas participações durante o estágio, permitiu a consolidação do conceito de liderança e materialização dos conhecimentos lecionados nas unidades curriculares de Gestão de Cuidados de Saúde e Enfermagem e Organização dos Cuidados de Saúde Perioperatórios.

Perante o exposto, considero que estas atividades e reflexão concorreram para o desenvolvimento e aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados de enfermagem bem como de recursos em situações distintas, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, referente ao domínio das aprendizagens profissionais, declara que o enfermeiro especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” bem como “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Ao longo de 15 anos de profissão muitos foram os desafios que conduziram até este momento. De salientar a minha experiência profissional, bem como pessoal, no início de carreira como enfermeira fora de Portugal. Considero que esta vivência foi essencial para aguçar a minha curiosidade e para questionar e refletir sobre a minha prática de cuidados. Desde logo, senti necessidade de procurar informação fidedigna baseada na mais recente evidência científica, bem como, em frequentar formações formais e informais que acrescentassem valor à minha construção profissional. Deste modo, foram vários os projetos formativos de interesse frequentados, de salientar o curso de especialização de enfermagem de anestesiologia no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e os diversos cursos de abordagem integrada ao trauma para enfermeiros e o “*International*

Trauma Life Support”, Suporte Imediato de Vida, Curso de Sepsis, Curso de Ventilação Não Invasiva, e outras formações na área dos cuidados intensivos, que, naturalmente aportam conhecimento de extrema importância no cuidado à PSP.

Assim sendo, após vários projetos profissionais que incluíram o cuidado ao cliente no serviço de urgência, no bloco operatório e nos cuidados intensivos, aliados ao percurso formativo mencionado senti que era o momento certo de cursar no Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em situação Perioperatória

O meu interesse e as minhas necessidades de conhecimento estiveram sempre definidos nos planeamentos dos estágios, bem como no projeto de autoformação, sendo que este último salienta o interesse particular pela documentação dos cuidados de enfermagem no cuidado especializado à PSP.

Etimologicamente, o vocábulo projeto deriva do latim: *projectare* – que significa lançar para a frente. Assim projetar significa investigar um determinado tema ou problema com a finalidade de conhecer e apresentar as interpretações dessa realidade (Zhang, & Ma, 2023). Os projetos são essenciais para o nosso desenvolvimento, numa sociedade, em que a evolução é uma constante. O projeto de autoformação é um processo dinâmico, progressivo de construção/elaboração do conhecimento que visa a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal e profissional e que implica intencionalidade, envolvimento, motivação, ação, realização, reflexão, análise e colocar-se em questão. Neste sentido, o meu projeto de autoformação centrou-se no cuidado especializado à PSP e na documentação dos cuidados de enfermagem e no seu impacto na segurança do cliente cirúrgico.

Por meio de diferentes trabalhos apresentados, defini diversos objetivos e metas que me propus alcançar, sendo possível nesta etapa avaliar o resultado da minha intervenção.

A prática reflexiva é um processo complexo que gera conhecimento profissional e atributos importantes como a intuição, o descobrimento e a experimentação contínua. Consciencializar os profissionais de que as ações quotidianas devem ser acompanhadas de reflexões, permite uma melhor prática clínica, logo melhores cuidados (Rodriguez – Garcia & Medina-Motoya, 2016).

Neste sentido, no Ensino Clínico I - Cuidar na Sala Operatória, foram realizadas duas análises críticas e reflexivas, cada uma com temas distintos: a inexistência de transição de cuidados na receção do cliente cirúrgico no BO oriundo da enfermaria; e a documentação dos cuidados de enfermagem no intraoperatório. No Estágio com Relatório Módulo I - Unidade de Ambulatório, também foi elaborada uma reflexão cuja temática

incidiu na análise do padrão de documentação dos cuidados de enfermagem no perioperatório e no qual não constava o foco da dor.

Considero que estas narrativas reflexivas são elementos facilitadores da estruturação de pensamento e da consciencialização de contradições e dilemas bem como permitem ao formando desenvolver conhecimentos e capacidades de análise nos diferentes contextos clínicos. Uma das ferramentas mais utilizadas e amplamente divulgadas para a sua elaboração que foi aplicado neste caso, é o ciclo reflexivo de aprendizagem proposto por Graham Gibbs em 1988. As construções destas análises críticas permitiram o fortalecimento do conhecimento, raciocínio e reflexão, no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais no contexto das experiências vividas durante a formação,

Na contínua necessidade de apoiar a minha intervenção na mais atual evidência científica, realizei um processo de enfermagem fundamentado no Ensino Clínico I – Cuidar na Sala Operatória. O processo de enfermagem traduz um instrumento de trabalho necessário para a consolidação da nossa profissão, com base em conhecimento científico que sustenta a prática do dia-a-dia e a tomada de decisão (Hants, & Paterson, 2023).

A elaboração deste trabalho proporcionou um desenvolvimento das aprendizagens profissionais uma vez que o conhecimento aprofundado e diferenciado estimulou o pensamento crítico no meu exercício diário, traduzindo-se numa prestação de cuidados individualizados, seguros e de qualidade, baseados na mais recente evidência científica. O resultado foi posteriormente apresentado e discutido publicamente no Seminário “Cuidar da Pessoa em Situação Perioperatória” organizado pela Escola Superior de Enfermagem S. José Cluny.

Analisando o percurso realizado ao longo dos ensinamentos clínicos, considero ter desenvolvido as competências comuns a todo o enfermeiro especialista. A reflexão concretizada em relação ao caminho percorrido permite ter a satisfação de dever cumprido, mas consciente de que o desenvolvimento de competências será uma constante na minha vida profissional.

3.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÀREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela sua abrangência, encontra-se dividida em várias áreas, de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de atuação. No que concerne à área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSP, tem como alvo a pessoa e a família/pessoa significativa a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica, pelo que a OE caracteriza os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios como Cuidados que se desenvolvem “num processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico” (OE, 2017, pg. 26).

Sobre esta área de especialização, o Regulamento n° 429/2018 contempla duas competências específicas, que incluem o cuidado da PSP e respetiva família/pessoa significativa e a maximização da segurança da PSP e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Em seguida, passo a demonstrar como cada competência específica foi desenvolvida, através da descrição, análise e reflexão das experiências e vivências da prática clínica nos diferentes campos de estágio, interligando com as competências na área de enfermagem à PSP, tendo sempre como base de referência a evidência científica.

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

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19366) uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem Perioperatória é Cuidar da PSP e respetiva Família/Pessoa significativa. O seu descritivo refere que: “o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social”.

O BO/UCPA é considerado um dos espaços mais desconhecidos de um hospital, por ser de acesso restrito. Neste sentido, compete ao enfermeiro perioperatório

desmistificar este enigma e aproximar o cliente e a sua família da equipa perioperatória facilitando, deste modo, a prestação de cuidados individualizados de qualidade.

Assim sendo, a visita pré-operatória representa o momento ideal para iniciar este processo, uma vez que tem como premissa a elaboração de um processo de individualização e humanização dos cuidados, prestando apoio psicológico ao cliente, ajudando-o a lidar com os seus medos e receios, capacitando-o para uma experiência cirúrgica mais segura. A visita pré-operatória “representa, numa perspetiva de continuidade, o primeiro elo da cadeia do processo dos cuidados perioperatórios” (AESOP 2012, p.122).

Neste sentido, verifica-se que a informação dada, na visita pré-operatória, de todos os procedimentos desde a admissão até à recuperação, contribui para a redução da ansiedade do cliente e da sua família, promovendo a gestão adequada das expectativas e um grau de satisfação superior comparativamente aos clientes que receberam pouca informação (Clifford, 2016).

Apesar das inúmeras vantagens que a visita pré-operatória de enfermagem representa, esta não é uma realidade na instituição onde realizei o estágio do BO e da UCPA.

Assim sendo, toda a preparação do cliente e gestão do conhecimento e das expectativas face ao procedimento cirúrgico ficou, desde logo, comprometida. Esta lacuna, que desde logo se verifica no início do período perioperatório, tem impacto nos cuidados no pós-operatório imediato, na UCPA. Os ensinamentos que não foram realizados, os medos e as dúvidas que as pessoas manifestam, são impulsionadores de estados de ansiedade que têm repercussões no seu sistema fisiológico e, neste momento de vulnerabilidade e recuperação anestésica que toldam a sua capacidade de assimilação, não é a ocasião oportuna para proporcionar este tipo de informação.

No entanto, após uma avaliação do estado de consciência do cliente cirúrgico ou quando estes eram submetidos a procedimentos anestésicos a nível loco regional, a minha atuação passava por realizar ensinamentos de acordo com a situação. O medo de tossir era um dos receios que tentava desbloquear, explicando que esta era a principal resposta fisiológica de eliminar as secreções da árvore brônquica e diminuir as complicações do sistema respiratório após a cirurgia. Claramente que a dor pós-operatória é um dos fatores que concorre para esta inibição, e por este motivo, instruía os clientes cirúrgicos a conter a ferida operatória, de modo a controlar a dor e, assim, tossir eficazmente. O ensinamento da contenção da ferida operatória também era válido para a mobilização da pessoa, uma vez que verificava a estagnação corporal que apresentavam, manifestando desconforto.

Quando era possível e seguro a mobilização corporal, explicava, sempre com uma comunicação adequada à pessoa, as estratégias para o fazerem sem compromisso cirúrgico e com controlo da dor.

Por outro lado, no estágio na Unidade de Ambulatório tive a excelente oportunidade de observar e participar nos diferentes tipos de consulta preconizadas: consulta pré-operatória presencial e não presencial e consulta pós-operatória não presencial, que me proporcionou verificar o seu impacto na vida dos clientes e da sua família bem como constatar a sua importância para a gestão cirúrgica da unidade.

Todo o conceito de cirurgia de ambulatório está centrado no cliente e na sua família desde o momento em que aceita ser intervencionado cirurgicamente e tem início o período perioperatório. Desde a consulta de enfermagem pré-operatória até à consulta de *follow up*, todos os passos são focalizados na segurança do cliente, das suas necessidades com personalização e humanização dos cuidados com vista à satisfação da sua experiência cirúrgica (Castanheira, 2014).

Desde há mais de uma década a AESOP (2012) preconiza que seja realizada uma consulta de enfermagem pré-operatória, com o objetivo de avaliar as necessidades físicas e psicológicas do cliente inscrito, e ainda, informar o cliente acerca de todos os procedimentos desde a admissão até à alta, oferecer informação escrita com as indicações pré-operatórias e iniciar o ensino sobre os cuidados a ter após a alta, devendo estes ser validados posteriormente no follow-up após a cirurgia.

Considero que a consulta de enfermagem representa um desafio para os enfermeiros na CA, uma vez que na realidade o fluxo de clientes é muito elevado e o tempo para atingir os objetivos neste momento de consulta é limitado. Pretende-se conhecer o cliente e a sua família/pessoa significativa, verificar os critérios de admissibilidade, transmitir segurança, realizar os ensinamentos visando o autocuidado e prevenir cuidados pré, intra e pós-operatórios (Duarte & Martins, 2014). No entanto, após observação de algumas consultas tive a oportunidade de também as realizar e pude constatar que a gestão de tempo, o conhecimento especializado das cirurgias propostas e o recurso a competências comunicacionais e relacionais são fulcrais para o sucesso deste momento. De início aparenta ser uma intervenção sensivelmente simples e fácil de executar, no entanto, na prática não é assim tão tangível. Os clientes são pessoas com diferentes graus de literacia, com necessidades emocionais distintas e com histórias de vida muito complexas que condicionam o rumo da consulta de enfermagem. É necessário manter um equilíbrio muito delicado entre a promoção da relação de enfermagem/cliente e a comunicação assertiva e eficaz sem perder o foco da consulta de enfermagem e cumprir o seu propósito.

Um dos Pilares dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios é o Reconhecimento do Outro e a Capacitação como base da intervenção e do processo de tomada de decisão de enfermagem. Neste sentido “o enfermeiro perioperatório, estabelece uma relação interpessoal e reconhece a pessoa como ser único, complexo e aprendente, capaz de desenvolver o conhecimento e a autoconsciência”. (OE, 2017, pg. 27). Elabora um projeto de cuidados em conjunto com a pessoa, reconhecendo a sua liberdade de escolha, promove a sua autonomia, fomentando, deste modo, a sua capacitação

A crescente preocupação com o cuidar centrado no cliente conduziu a um novo conceito em saúde: empoderamento. O empoderamento é um processo contínuo que tem como objetivo aumentar a capacidade de pensar criticamente e agir de forma autónoma (Abelsson, et al., 2020). Desta forma, os clientes tornam-se capazes de participar nas decisões e interagir com os profissionais de saúde, tendo um papel mais interativo na sua saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva.

O ensino pré-operatório ao cliente consiste num processo de transmissão de informação para promover o conhecimento daquilo que o espera antes, durante e depois da cirurgia. Tem o intuito de capacitar o cliente para o autocuidado e promover uma melhor experiência cirúrgica. A intervenção de ensino pré-operatório tendo por base os conceitos de informar, aconselhar e treinar os clientes tem vindo a tornar-se cada vez mais importante para a enfermagem (Pettersson et al., 2017; Ruiz-Hernandez et al., 2021). Capacitar o cliente implica estabelecer uma relação de empatia, promover informação que seja eficaz, perceptível e compreendida pelo cliente potenciando, deste modo, um sentimento de confiança (Oliveira et al., 2020).

Neste sentido, a par deste conceito emerge outro, também ele indispensável para a capacitação e satisfação do cliente no seu projeto de saúde: a literacia em saúde.

De acordo com o European Health Literacy Consortium (World Health Organization, 2013), a Literacia em Saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de modo a conceber juízos e tomar decisões relativamente a cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, durante o ciclo de vida.

Desenvolver competências e capacidades de Literacia em Saúde é um processo que se estende ao longo da vida. Mesmo pessoas com altos níveis educacionais podem

manifestar dificuldades em lidar com o Sistema de Saúde, particularmente, quando enfrentam uma condição de saúde que os pode tornar mais vulneráveis (Arriaga, 2019).

A promoção da Literacia em Saúde encontra-se relacionada com o desenvolvimento de competências pessoais, procurando promover o controlo que cada pessoa tem sobre a sua saúde, bem como o aumento da sua capacidade para procurar informação.

Ao longo das consultas de enfermagem pré-operatória verifiquei que a informação é a necessidade mais destacada pelos clientes e as suas famílias. Informação relativamente aos horários, ao tempo de permanência na instituição, e ao tempo de recuperação bem como o acesso ao certificado de incapacidade temporária para trabalhar, por questões laborais. Curiosamente, são tudo questões práticas que têm impacto na sua gestão familiar e laboral e que são motivo de preocupação e ansiedade que devemos esclarecer. Outros clientes também questionam relativamente ao tipo de anestesia ou se vão “ficar acordados”. Assim sendo, pude constatar que em relação aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios são temas introduzidos pelo enfermeiro e que posteriormente, também despertam o interesse da pessoa. Tópicos como o jejum, a preparação da pele, a medicação a fazer no dia da cirurgia, qual o percurso desde a admissão até à alta, o tipo de roupa a utilizar, como virá do bloco (tipo de dispositivos: drenos, etc.) são abordados na consulta pré-operatória.

A prevenção de complicações é um ponto essencial que se deve valorizar na CA e na consulta pré-operatória. Esta prevenção deve ter um início precoce e antecipatório, quer no que respeita aos cuidados hospitalares, quer também nos cuidados em continuidade no domicílio. As complicações pós-operatórias podem relacionar-se com os procedimentos anestésicos (náuseas e vômitos, disfunção respiratória, hipotensão/hipertensão, retenção urinária) e/ou com os procedimentos cirúrgicos (hipertermia, hemorragia, tromboflebite, infeção cirúrgica, deiscência, evisceração) (Rothrock, 2021).

Toda a informação comunicada verbalmente durante a consulta deve ser complementada com informação escrita, por exemplo, na forma de folheto informativo. Os folhetos informativos permitem lembrar as recomendações a seguir antes e após a alta hospitalar, focando a informação essencial e objetiva, nomeadamente, como proceder e onde recorrer em caso de algum tipo de complicação ou de necessidade, no sentido de promover sentimentos de confiança e de segurança no cliente (CNADCA, 2008).

Em relação ao consentimento informado na consulta pré-operatória presencial este é validado com a pessoa e assinado na consulta médica, sendo posteriormente confirmado pela equipa antes da cirurgia. Segundo a AESOP a consulta pré-operatória é o momento

crucial para que o verdadeiro sentido de consentimento informado e esclarecido seja implementado (AESOP,2012). O cumprimento do consentimento informado assume um dever que deve ser assegurado por todos os profissionais de saúde, com responsabilidade profissional, ética e legal. Este documento, tem como objetivo garantir que o doente foi informado e que consentiu o tratamento proposto conhecendo os riscos e benefícios dando a sua autorização com assinatura do mesmo (Oliveira et al., 2021). De sublinhar que ao longo de todos os estágios pautei a minha atuação assegurando que toda a informação que disponibilizava ao cliente era compreendida, respeitei as suas decisões e garanti o cumprimento do consentimento informado.

A fim de complementar a fase de preparação pré-operatória, o contacto telefónico realizado pelo enfermeiro, no dia anterior ao ato cirúrgico, é extremamente benéfico uma vez que é uma oportunidade de recapitular com o cliente os ensinamentos efetuados previamente e fortalecer a relação terapêutica (Leal, 2006).

Neste sentido, pude constatar que a consulta telefónica estabelece uma relação de proximidade, uma vez que é possível reforçar o ensino realizado anteriormente aquando do circuito do processo cirúrgico e reajustar as orientações para situações mais concretas.

A consulta de enfermagem pós-operatória não presencial ou de *follow-up* é justificada pela necessidade da continuidade da prestação de cuidados, devendo esta avaliação ficar registada no processo individual do cliente. Assim desta forma, o contacto telefónico de *follow-up*, permite uma resposta atempada às necessidades sentidas pelos clientes submetidos a CA, facilitando assim a gestão da resolução de situações previstas do pós-operatório como, dor, náuseas, vômitos, hemorragias, cefaleias e reduz o recurso a serviços hospitalares (Camarinha,2020).

Ao longo do estágio tive a oportunidade de participar em algumas consultas pós-operatórias não presenciais (telefónicas) e verifiquei que é aplicado um questionário com perguntas simples de modo a gerir e antecipar possíveis complicações pós-operatórias. Constatei que este contacto telefónico fomenta a confiança dos clientes cirúrgicos na CA uma vez que se sentiam acompanhados e com uma rede de segurança bem estruturada onde recorrer, se necessário.

Devo salientar que esta experiência neste estágio foi muito enriquecedora neste domínio da capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica, uma vez que há um momento e um espaço próprio para o fazer, onde os profissionais estão destacados exclusivamente para esse efeito, uma realidade desconhecida da prática, por mim até então.

Considero que os profissionais de saúde desempenham um papel central como promotores e ativadores da Literacia em Saúde, nos seus diferentes contextos de

intervenção e interação onde a comunicação é peça central. Neste sentido, em todas as minhas intervenções utilizei uma comunicação simples e adequada e confirmei a sua compreensão, por forma a mitigar o risco de falhas de comunicação.

O BO é um local onde habitualmente impera a precisão e a frieza das técnicas e onde em muitas situações, se constata a despersonalização do sujeito objeto de cuidados. No entanto, sublinhando os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSP persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (OE, 2017). Assim sendo, o acolhimento do cliente ao chegar ao BO/UCPA, deve ser um momento cuidado promovendo o conforto, a privacidade e a satisfação das suas necessidades, tendo em consideração a posição de vulnerabilidade que se encontra.

Alguns autores afirmam que o acolhimento consiste numa rede de confiança e solidariedade entre os cidadãos, doentes, profissionais e equipas de saúde que promove a construção de uma relação de confiança e respeito para aquele que procura o atendimento (Machado, et al., 2015). Acrescentam ainda que o acolhimento fomenta a diminuição do stress e da angústia promovendo o conforto e o cuidado humanizado.

O acolhimento deve estar assente nas necessidades da pessoa a acolher, não exclusivamente do foro da estabilidade hemodinâmica e respiratória, mas também a nível emocional e espiritual. Este é um cuidado fundamental pois compreende o ser humano enquanto ser de emoções e sentimentos, estabelecendo uma relação empática. Jean Watson, na linha de pensamento da Escola do Cuidar, defende que a enfermeira ao cuidar, reconhece as necessidades biofísicas, psicofísicas, psicossociais e intrapessoais dela própria e do doente (Tomey & Alligood, 2004), denotando-se uma relação de interdependência e reciprocidade entre o Cuidar e as necessidades das pessoas.

Nos vários momentos que recebi/acolhi um cliente cirúrgico privilegiei um ambiente tranquilo e confortável promotor da sua privacidade e dignidade. Apresentava-me e explicava todos os procedimentos que iríamos adotar e que estes eram em função da sua segurança promovendo também a sua colaboração neste âmbito. Utilizei sempre uma comunicação adequada e eficaz ao longo deste processo, essencial para a sua compreensão. Na UCPA, e também fruto da minha experiência pessoal e profissional, facilmente consegui identificar uma das maiores preocupações do cliente cirúrgico que perturba a sua recuperação quando não atendida: comunicar com a família.

Por família entende-se como um “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (ICN, 2019). Em cirurgias no contexto de urgência, ficam sempre

assuntos/preocupações pendentes por resolver, que não houve tempo de precaver e as pessoas quando começam a recuperar da sua intervenção anestésica e a sua função neurológica é restabelecida, tendem a ficar mais ansiosas porque não sabem o que aconteceu durante essa janela temporal. Nestas situações, assim como na cirurgia programada, quando há um planeamento e organização de uma vida pessoal e profissional, a família/pessoa significativa são o nosso elo mais importante. São as pessoas indicadas para tranquilizar e confortar o doente, sobre as mais diversas preocupações. A *American Association of Nurse Anesthesiology* (AANA, 2019) incentiva o envolvimento da família, isto é, promove uma breve visita ao seu familiar que está na UCPA, uma vez que apresenta muitos benefícios, incluindo a diminuição da ansiedade e maior satisfação entre o cliente e a família/pessoa significativa. De forma a agilizar esta interação, dependendo da situação, por vezes era permitido ao familiar/pessoa significativa entrar na UCPA realizar uma visita, ou recorria ao telefone da unidade para efetuar uma chamada direta para o familiar/pessoa de referência. De imediato, após estas intervenções, verifica-se no cliente cirúrgico um profundo alívio e relaxamento, que desde logo potenciava a sua recuperação cirúrgica/anestésica. Por outro lado, também a comunicação com a família por parte dos enfermeiros da UCPA promovia tranquilidade, e deste modo, a sua satisfação.

Na UCPA, após o acolhimento da pessoa intervencionada cirurgicamente, que também implica a monitorização hemodinâmica adequada e da transição de cuidados, é necessário elaborar um plano individualizado de cuidados, tendo por base uma metodologia sistemática e científica, o processo de enfermagem, cuja essência é cuidar.

Deste modo, considerei pertinente identificar os diagnósticos de enfermagem reais ou potenciais mais frequentes no perioperatório, relacionando com os fatores previsíveis ou possíveis complicações, bem como algumas intervenções de enfermagem e os resultados esperados. Este exercício, permitiu refletir na minha prática de cuidados e exigiu uma pesquisa científica rigorosa, que fundamentasse e sustentasse as minhas intervenções. Assim sendo, ao longo do estágio e tendo por base o processo de enfermagem e o conhecimento dos principais focos de atenção, considero que identifiquei sinais e sintomas de complicações nos vários momentos do perioperatório em tempo oportuno e atuei em conformidade perante determinadas situações de emergência, integrando a equipa multiprofissional.

Tendo como sustentação o Regulamento de Competências do Enfermeiro EMC na área à PSP, o enfermeiro age com pertinência nas diferentes áreas de atuação: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos.

Como já referido anteriormente, organizei os estágios de modo a usufruir do máximo de oportunidades e de experienciar todas as áreas de atuação do enfermeiro perioperatório, focando-me no estágio com relatório, na minha área de maior interesse, a dos cuidados pós-anestésicos.

Assim sendo, a área de atuação do enfermeiro na consulta perioperatória concentrou-se essencialmente no estágio da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, como até agora testemunhado. Em relação às restantes áreas de atuação, o Ensino Clínico I – Cuidar na Sala Operatória proporcionou um excelente contributo na aquisição de competências nestas vertentes do enfermeiro perioperatório.

Além das competências técnicas exigidas ao enfermeiro circulante, constata-se que as competências não técnicas como a liderança, a consciência situacional, a gestão de tarefas, a comunicação e o trabalho em equipa, são essenciais no desempenho das suas funções, com a finalidade de promover a segurança do cliente cirúrgico e da equipa (Radaelli, 2018).

Segundo as “Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante”, o seu foco de atenção são as necessidades do cliente cirúrgico e tem atribuições próprias na redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no BO, na promoção da segurança do cliente e profissionais e no suporte necessário à qualidade da cirurgia, no que diz respeito ao ambiente OE (2004).

Como referido anteriormente, a minha atuação enquanto enfermeira circulante centrou-se na consulta do plano operatório de modo a elaborar e gerir um plano de cuidados; na verificação das condições da sala operatória, segundo as Recomendações das Práticas da AESOP, na organização da sala operatória bem como no acolhimento ao cliente.

No âmbito dos cuidados de enfermagem perioperatória, o enfermeiro circulante deve compreender e valorizar a área de circulação como um campo distinto, mas em complementaridade com a área de anestesia, instrumentação e UCPA (AESOP, 2012). A colaboração no posicionamento cirúrgico do cliente, também foi uma atividade na qual participei enquanto a desempenhar funções de enfermeira circulante, visando sempre a segurança e o conforto do cliente. O enfermeiro instrumentista e a restante equipa cirúrgica necessitam de um elo de ligação entre a área estéril e a área não estéril, neste caso é o enfermeiro circulante que colabora nas várias atividades na sala de operações como na colocação de mesas cirúrgicas, na colocação do vestuário estéril, na desinfeção da pele, na colocação dos campos cirúrgicos e na contagem de compressas, instrumentos e materiais cortoperfurantes, cumprindo e fazendo cumprir as Práticas Recomendadas.

Os enfermeiros perioperatórios são profissionais essenciais na manutenção de um ambiente seguro na sala de operações, sendo o enfermeiro instrumentista um desses elementos-chave, o qual apresenta uma capacidade de organização, de previsão e antecipação das necessidades específicas para aquele cliente e procedimento cirúrgico (AESOP, 2012).

Ao longo do estágio, a minha atuação enquanto enfermeira na área da instrumentação centrou-se no acolhimento ao cliente, na consulta do plano operatório e na gestão e organização do material cirúrgico. Para o enfermeiro desta área de atuação, é essencial ter uma consciência da situação para conseguir antecipar as necessidades da equipa e da cirurgia (Bracq et al., 2021). Neste sentido, no planeamento dos seus cuidados, o enfermeiro instrumentista deve ser detentor de informação pertinente sobre as necessidades do seu cliente, sobre a intervenção cirúrgica que será realizada e as suas especificidades (equipamentos, instrumentos, materiais necessários) e ainda acerca da equipa cirúrgica. Vogelsang et al., (2020) reforçam a importância da intervenção do enfermeiro instrumentista e das suas competências técnicas como fatores contribuintes para garantir cuidados seguros aos clientes cirúrgicos, pois estes detêm competências técnicas sobre assepsia, instrumentação, controlo de infeção e controlo e gestão dos espécimes biológicos durante as intervenções cirúrgicas. Para além das atividades mencionadas também participei na preparação e colocação das mesas operatórias e dos campos cirúrgicos conforme as Práticas Recomendadas pela AESOP: “Desinfeção cirúrgica das mãos”, “técnica asséptica cirúrgica”, “desinfeção do campo operatório” e “utilização de campos cirúrgicos”. Competências como a comunicação e o relacionamento com a equipa também são exigidas a este profissional. Torna-se vital uma comunicação eficaz e efetiva com a equipa cirúrgica, ou seja, deve existir uma transmissão da informação das necessidades por forma a melhorar o planeamento dos cuidados, contribuindo para o trabalho da equipa e para uma prestação de cuidados com segurança. (Sandelin et al., 2019; Vogelsang et al., 2020). Uma comunicação precisa e construtiva por parte dos profissionais enaltece o respeito, confiança, reconhecimento e aceitação na equipa (Skramn et al., 2021).

Como podemos verificar, o Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à PSP caracteriza-se pela atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica e tem como princípios a atuação com responsabilidade profissional e prudência (OE, 2017).

Neste sentido, as funções do enfermeiro começam mesmo antes da chegada do cliente ao BO/UCPA, pois é necessário planear todos os recursos para o receber.

Considerando que a anestesia é um procedimento complexo que envolve inúmeros microprocessos, a atuação do enfermeiro de anestesia passa por “prevenir, reduzir e controlar a ocorrência de situações de risco, pelo fato do doente estar sob o efeito de terapêutica sedativa, com diminuição dos reflexos e sonolência”, bem como “verificar e preparar criteriosamente os materiais e equipamentos, de acordo com o doente” (AESOP, 2012; Halakou et al., 2017).

Neste sentido, no início de cada turno preenchia a lista de verificação do material de anestesia da sala operatória que confirmava vários parâmetros essenciais ao eficiente e seguro procedimento anestésico. Consultei o plano cirúrgico, verifiquei os carros de emergência, desfibrilhadores, carro de intubação difícil, ventiladores, monitores e ventiladores de transporte, verificação de stock e reposição de fármacos e verifiquei as condições logísticas e de higienização das salas operatórias bem como das unidades da UCPA. De salientar, que relativamente aos dispositivos existentes, é necessário conhecer e saber manipulá-los com destreza, para um ato anestésico seguro.

A minha atuação nesta área da enfermagem perioperatória, foi sem dúvida, a mais confortável dada a minha experiência neste âmbito. A monitorização, a avaliação hemodinâmica, a emergência ventilatória, bem como os riscos inerentes ao procedimento anestésico eram familiares, contudo, o meu esforço foi direcionar os cuidados de enfermagem ao tipo de anestesia, tipo de cirurgia num ambiente desconhecido e com uma equipa multidisciplinar diferente. No entanto, considero que a curva de aprendizagem foi muito evolutiva contribuindo para o desenvolvimento das minhas competências nesta área de atuação.

As diretrizes do Conselho Internacional de Enfermeiros sobre Prática Avançada de Enfermagem - Enfermeiros Anestésistas definem este profissional como um enfermeiro de prática avançada que possui treino e competências para prestar cuidados nas áreas de anestesia e dor durante todo o ciclo vital do cliente. (ICN, 2021).

Sanclemente-Dalmau e a sua equipa num *Delphy study* (2022) sobre as competências do enfermeiro de anestesia mencionam um estudo de 1998 da *International Federation of Nurse Anaesthetists* onde verificou-se que em mais de 96 países os enfermeiros de anestesia já participavam ativamente em cerca de 70-80% dos procedimentos anestésicos, o que evidencia o seu conhecimento e treino nestes procedimentos. De sublinhar que competências como a comunicação, a gestão, o relacionamento com a equipa, e principalmente, no respeito pela privacidade, e confidencialidade na relação com cliente e família/pessoa significativa, são inerentes a esta área de intervenção (Sanclemente-Dalmau et al., 2022). Ainda os mesmos autores verificaram que a educação para a saúde e a capacitação do cliente e da família são pilares

fundamentais na prática dos enfermeiros, sobretudo na avaliação pré-anestésica e na gestão da dor.

Jean Watson, já no ano de 1985 referia-se ao conforto como uma variável externa que afeta o desenvolvimento externo e interno da pessoa, e que intervenções de enfermagem poderão contribuir para a promoção do estado de conforto da pessoa. O conforto é o resultado desejável dos cuidados de enfermagem representando o alívio ou ausência da dor um fator de extrema importância no contexto perioperatório.

A dor cirúrgica é a causa mais frequente de dor aguda, entre outras como o trauma, as queimaduras, o trabalho de parto e os procedimentos diagnósticos e/ou terapêutico (Valentim, 2008). Há 20 anos, a DGS alertava os profissionais de saúde para o seu dever quanto à necessidade de controlar a Dor, sendo este um direito dos doentes que dela padecem (DGS, 2003). Contudo, ainda cerca de 20 % dos doentes experienciam dor intensa nas primeiras vinte e quatro horas após a cirurgia, um facto que se mantém inalterado nos últimos 30 anos (Small & Laycock, 2020).

Ao longo dos estágios, especialmente no âmbito da enfermagem de anestesia/cuidados pós-anestésicos, privilegiei a avaliação da dor, sempre com recurso às escalas protocoladas para o efeito e, de acordo com o estado de consciência da pessoa. Avaliei, executei e documentei medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate e alívio da dor.

Em 2012, no âmbito da organização das unidades funcionais da dor aguda, a DGS divulgou um estudo relativamente à prevalência da dor aguda em Portugal. Este salientava que no 2º dia pós-operatório 71% dos doentes referia dor, sendo de intensidade moderada a severa em 25% dos casos. Deste modo, ficou evidente a necessidade de formar equipas direccionadas para o controlo da dor permitindo, também promover o recobro e a reabilitação funcional dos doentes e contribuir para a humanização e a qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como para o controlo dos seus custos (DGS, 2012).

Na instituição onde realizei os estágios, a Unidade de Dor Aguda é composta por uma equipa de 6 médicos anestesistas e 5 enfermeiros do BO/UCPA. Pela sua pertinência para o meu percurso académico, realizei um estágio de 35 h com esta equipa no sentido de verificar a extensão dos cuidados em relação à dor aguda. Todos os dias de manhã um enfermeiro e um anestesista visitam os doentes referenciados e realizam uma consulta onde, em equipa e em conjunto com o doente, avaliam a sua dor, a qualidade do sono e as náuseas, monitorizam dispositivos como os balões infusores ou a PCA (*Patient Control Analgesy*), vigiam os cateteres que estão a ser utilizados como o cateter epidural ou perineural, verificam a medicação administrada e, após discussão, é delineada uma estratégia de intervenção adequada às necessidades do doente. No final é realizada, numa

plataforma própria da Unidade da Dor, os registos desta consulta que contempla todas as vigilâncias anteriormente mencionadas. No entanto, apenas está disponível o acesso ao registo médico não havendo espaço para a avaliação e documentação do enfermeiro enquanto membro da equipa. Por um lado, o seu trabalho não é registado e não é valorizado para os sistemas de avaliação de desempenho, por outro lado, verifica-se um problema na segurança e na qualidade dos cuidados de enfermagem uma vez que a sua continuidade se encontra comprometida.

Neste sentido considero que esta oportunidade de acompanhar a Unidade da Dor Aguda bem como a minha reflexão sobre a sua intervenção e a minha atuação ao longo dos estágios contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências uma vez que, o EEMC à PSP realiza uma gestão diferenciada da dor associada ao processo perioperatório (OE, 2017).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSP, maximiza o bem-estar dos clientes (OE, 2017). A atuação do enfermeiro perioperatório exige conhecimentos relativamente a vários domínios da enfermagem perioperatória fundamentados em evidência científica de modo a avaliar e interligar toda a informação do cliente para intervir adequadamente.

Para tal, é fulcral o enfermeiro apresentar uma base sólida de conhecimentos fundamentada em evidência científica, relativamente às complicações pós-operatórias de forma a atuar atempadamente na sua prevenção. Neste sentido, a AANA (2019), relativamente à segurança da pessoa intervencionada cirurgicamente, considera essencialmente os seguintes focos de atuação no pós-operatório: a dor, as náuseas e os vômitos, a apneia obstrutiva do sono, a gestão dos fármacos opióides, o delírio pós-operatório, o bloqueio neuromuscular residual, a hipertermia maligna, a infeção e o envolvimento da família, já referido anteriormente.

Sublinho, a título de exemplo, a gestão da terapêutica antiemética no contexto pós-operatório. Segundo a AANA (2019), as náuseas e os vômitos pós-operatórios afetam 20 a 30% dos clientes cirúrgicos atingindo 70 a 80% de incidência em clientes de alto risco.

Deste modo, a minha preocupação prendia-se por assegurar uma transferência para a cama da unidade cuidada sem muitas movimentações e proporcionar um ambiente tranquilo, sem ruído e com uma luminosidade adequada. De seguida perguntava ao cliente se sentia náuseas e agia em conformidade. Se necessário, comunicava ao médico e geria a medicação antiemética, assegurava-me da estabilidade hemodinâmica bem como se a dor estava devidamente controlada. Também de imediato, ligava o sistema de aspiração e posicionava o cliente em decúbito lateral, de forma a prevenir a aspiração de conteúdo

gástrico. No final realizava uma avaliação de modo a perceber o resultado das minhas intervenções.

De acordo com a AANA (2019), cerca de 25 milhões de pessoas padecem de um tipo de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono e pelo menos 12 a 18 milhões de pessoas não são diagnosticados o que pode causar alguns problemas na ventilação e aumentar o risco de complicações respiratórias no pós-operatório.

Esta patologia, torna-se pertinente no contexto da cirurgia bariátrica que se encontra em expansão no BO da instituição hospitalar onde decorreram os estágios.

Assim sendo, verifica-se a necessidade de o enfermeiro de anestesia e da UCPA estar familiarizado com esta patologia e com as intervenções de enfermagem inerentes, bem como na manipulação destes dispositivos. Neste contexto, pela minha experiência com o doente crítico, senti-me mais confortável no cuidado ao doente com esta síndrome nomeadamente na identificação de padrão respiratório alterado, na otimização da via aérea e da oxigenoterapia adequada, bem como no manuseamento destes ventiladores. De salientar, que é um ventilador que opera por pressões e que, no contexto intra e pós-operatório imediato, dependendo do tipo de cirurgia, nem sempre é aconselhável.

Considero que os meus conhecimentos prévios foram uma mais-valia e bem mobilizados havendo uma partilha de experiências entre a equipa muito enriquecedora.

O Enfermeiro Perioperatório emerge no seio da disciplina de Enfermagem como detentor de um conjunto competências que o distinguem das restantes áreas do saber desta disciplina. Embora exista um tronco comum de conhecimento, a este é adido a diferenciação exigida pela especificidade do trabalho desenvolvido. Assim sendo, considero que o meu percurso até aqui relatado, embora de forma sucinta, transparece a aquisição da competência específica no Cuidar da PSP e respetiva Família/Pessoa significativa, tendo a consciência que no domínio do Cuidar o Outro há sempre um caminho exigente a percorrer.

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

Nos termos do Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19367) uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem Perioperatória consiste em maximizar a segurança da PSP e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica. O seu descritivo refere o seguinte: “o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam

a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional”.

A complexidade da atividade cirúrgica condiciona vários desafios para a segurança do cliente, uma vez que consiste numa prática interdisciplinar, com forte dependência da atuação individual, exercida no seio de organizações complexas, onde os fatores de equipa e organizacionais desempenham um papel essencial, numa constante interação entre humanos, máquinas e equipamentos. Compreende o exercício de atividades complexas e interdependentes, plenas de variação e de incerteza, exercidas em condições ambientais dominadas pela pressão de produção e pelo stress associado ao risco do processo (Mota, et al., 2021).

Neste contexto, destacam-se os desafios para a promoção da segurança do cliente: a prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC), hemorragia, tromboembolismo, hipotermia, úlceras de pressão, quedas, retenção inadvertida de dispositivos médicos, erros de medicação, erro no procedimento/localização cirúrgico e doente errado (OMS, 2009).

Assim sendo, compete ao Enfermeiro Especialista intervir com “consciência cirúrgica, prudência e precaução, atento ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões ajustadas à natureza, gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos, com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa ou equipa” (OE, 2017, pg.27).

Como já referido anteriormente, no mundo são realizados cerca de 313 milhões de procedimentos cirúrgicos por ano, apresentando uma taxa estimada de 10% de eventos adversos, 7,3% de taxa de mortalidade, sendo metade destes eventos adversos provavelmente evitáveis (Sotto, et al, 2021).

Uma das campanhas de prevenção para alcançar uma melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo foi a implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva-Vidas” (DGS, 2013a).

Assim sendo, de modo a apoiar as equipas cirúrgicas a reduzir o número desses eventos a OMS elaborou a LVSC cujo objetivo, é reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar constituindo-se assim, como uma ferramenta para ser utilizada por todos os profissionais, para melhorar a segurança cirúrgica, reduzir mortes e complicações cirúrgicas evitáveis (DGS,2013a). A LVSC divide-se em três fases, cada uma correspondente a um período específico no fluxo normal da cirurgia.

Ao longo do estágio colaborei e verifiquei que em todos os procedimentos cirúrgicos é realizada a LVSC em registo eletrónico, estando definido que é o enfermeiro circulante o responsável pelo seu preenchimento. No entanto, alguns períodos não eram realizados em todos os momentos corretamente, realçando a necessidade do EEMC à PSP assumir o papel de responsável pela validação da LVSC com a equipa, de forma que todas as tarefas sejam executadas em cada fase, antes de prosseguir para a seguinte, uma vez que, compete ao enfermeiro especialista em Enfermagem à PSP, o cumprimento de práticas e normativos de verificação conducente à “Cirurgia Segura” (OE, 2017, p.32).

Já há 25 anos, a publicação do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América, intitulada *To err is human*, enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em termos organizacionais, como medida essencial no processo de melhoria da segurança do cliente no contexto hospitalar.

Deste modo, a cultura de segurança tem vindo a ganhar destaque, uma vez que reflete o compromisso dos profissionais da organização na promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro e influencia comportamentos com impacto na segurança, tanto para os profissionais de saúde como para os clientes (Sousa & Mendes, 2019).

No entanto, a subnotificação representa um problema a nível mundial que dificulta a aprendizagem e a melhoria organizacional, sendo esta uma questão de elevada importância no contexto do BO, considerando que se trata do local onde o maior número de eventos adversos ocorre (Despacho nº 1400-A72015)

Apesar deste facto, a evidência indica que os incidentes mais frequentes no BO estão relacionados com infeções, administração de medicação e hemoderivados e problemas de comunicação (Heideveld-Chevalking et al., 2014).

O BO é um serviço com um significativo “fluxo interno e externos de doentes, pessoal e materiais” o que potencia o aumento do risco de infeção, onde a realização de procedimentos invasivos é uma constante (Nobre, 2017, p. 21)

Deste modo, as IACS são uma das principais preocupações associadas à segurança do cliente e à qualidade dos cuidados uma vez que, resulta de reações orgânicas de agentes infecciosos ou das suas toxinas, adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde durante o exercício da sua prática (OE, 2017). As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017).

Neste sentido, emergiu a necessidade de consultar normas e feixes de intervenção atuais, de forma a atuar em conformidade. Assim, destaco a consulta das seguintes normas

relacionadas com: as Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI); a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde; a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central; a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical; a Infecção do Local Cirúrgico e a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação.

Deste modo, a minha atuação ao longo de todos os estágios, e na prática profissional, privilegiou a higienização das mãos respeitando e fazendo respeitar os “5 momentos”, uma vez que é considerada uma das medidas mais simples e efetiva na redução das IACS, associada às restantes medidas que compõem as PBCI que têm como objetivo prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infecção conhecidas ou não (DGS, 2013b; DGS, 2019). O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”, os quais se destinam a garantir a segurança dos clientes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.

Neste sentido, no momento da admissão do cliente realizei uma avaliação individual do risco de infecção e agi de acordo; tive atenção ao cumprimento da etiqueta respiratória, utilizei equipamento de proteção individual de acordo com o procedimento a realizar, supervisionei a descontaminação do equipamento clínico, realizei uma gestão adequada do controlo ambiental, manuseei com segurança a roupa, supervisionei a recolha dos resíduos (nomeadamente os contentores de corte perfurantes), recorri a práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e, por fim, realizei uma gestão adequada à exposição a agentes microbianos.

O aumento da incidência de colonização e infecção por Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC) nas unidades de saúde portuguesas tem sido motivo de preocupação por parte de profissionais e estruturas de prevenção e controlo das IACS e das resistências aos antimicrobianos, a qual tem uma mortalidade associada que pode chegar aos 60% (DGS, 2017b).

Relembro a minha atuação, a título de exemplo, que quando era admitida uma pessoa portadora de ERC no BO, a enfermeira responsável avisava os enfermeiros da UCPA atempadamente, para gerir e organizar as unidades de acordo com as normas em vigor. Deste modo, colaborei neste contexto agilizando as pessoas intervencionadas cirurgicamente para outras unidades mais distantes da unidade destinada para a admissão da pessoa portadora de ERC. Uma vez que a via de transmissão das ERC é por contacto devem ser adotadas medidas de isolamento de contacto. Deste modo, providenciei e supervisionei a organização da unidade com o material mínimo e indispensável bem como de dispositivos médicos dedicados, procedi à sinalização do tipo de isolamento necessário

e organizei o material de equipamento de proteção individual necessário para prestar cuidados de enfermagem de proximidade. O circuito de entrada e saída da pessoa na UCPA era o mesmo, e no momento da sua admissão explicava à pessoa, recorrendo a uma comunicação adequada, a necessidade do isolamento. Na preparação da alta, informava previamente os serviços correspondentes de forma a gerirem com segurança as medidas de isolamento. Após a alta do cliente supervisionei as boas práticas no âmbito da higienização, gestão de roupas e resíduos. Neste sentido, considero que fui ao encontro das competências do EEMC à PSP uma vez que este “gere a implementação de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação, perante a pessoa com infeção documentada” (Regulamento n.º 429/2018, p.19367).

Em relação aos clientes cirúrgicos portadores de cateter vascular central a minha atuação privilegiou sempre o cumprimento dos “5 momentos da higiene das mãos”, a descontaminação dos pontos de acesso com antisséptico e a utilização da técnica asséptica na realização do penso.

Saliento a importância no cumprimento destas intervenções para a redução das IACS, uma vez que é atualmente reconhecido que são em larga medida evitáveis quando seguidas as orientações na sua colocação e manutenção, baseadas na melhor evidência (Rickard et al, 2021).

Mundialmente, a infeção do trato urinário associada ao cateter vesical é uma das IACS mais comuns e causadora de infeções secundárias da corrente sanguínea (Werneburg, 2022).

Em alguns casos, dada a natureza do procedimento cirúrgico, é necessário proceder à inserção de um cateter vesical no período intraoperatório, que é da responsabilidade da enfermeira instrumentista ou circulante, que se mantém até este ser necessário. Deste modo, no BO procedi à inserção de vários cateteres vesicais obedecendo aos princípios de assepsia. Posteriormente, na sua manipulação, cumpri a técnica limpa mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado; realizei a higiene do meato urinário quando necessário e preservei o cateter vesical seguro mantendo o saco coletor abaixo do nível da bexiga. De salientar, que também privilegiei a documentação informática, no processo do cliente, do tipo de dispositivo colocado, da data de implantação bem como agendado os alertas para a sua remoção/troca dada a durabilidade máxima atingida, como também defendem alguns autores (Werneburg, 2022).

Em Portugal, entre 2015 e 2018, desenvolveu-se o Desafio Stop Infeção Hospitalar, onde a infeção urinária associada a cateter vesical foi uma das infeções monitorizadas e durante esse período foi aplicado o Feixe de Intervenções de prevenção da infeção

urinária aqui mencionado. De notar que neste período a incidência de infeção urinária diminuiu em 51% e por outro lado, aumentou a adesão aos Feixes de Intervenções da inserção e manutenção do cateter vesical, o que demonstra o impacto das nossas intervenções na qualidade dos cuidados e segurança do cliente (Comissão Executiva Desafio Gulbenkian, 2018).

Relativamente aos clientes suportados com ventilação mecânica e, deste modo, submetidos a intubação endotraqueal, procurei manter a elevação da cabeceira do leito, quando não contra-indicado, realizei a higiene oral pelo menos uma vez por turno e vigiei a manutenção da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20-30 cm H₂O, sempre que a pressão da via aérea o permitisse, recorrendo a dispositivos próprios para o efeito. No final destas atividades, procedia à documentação informática destas intervenções. A insuflação do *cuff* do balão do tubo endotraqueal “de forma empírica” pelo método de seringa convencional seguido da palpação, revelou-se um procedimento ineficaz e, deste modo, inseguro recomendando-se o recurso a manómetros de pressão adequados (Ilczak et al., 2021; Quinteiro & Cunha, 2021).

No âmbito dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica cabe ao EEMC à PSP promover e implementar procedimentos para a prevenção e controlo da ILC (OE, 2017).

A ILC é definida como uma infeção que ocorre até 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias após a cirurgia em doentes que recebem material implantável e afeta a zona superficial da incisão ou os tecidos mais profundos no local da cirurgia (Fuglestad et al., 2021).

Esta infeção tem um elevado impacto na morbilidade e mortalidade que levam a um prolongamento do internamento hospitalar no pós-operatório, procedimentos cirúrgicos adicionais o que corresponde a custos associados bem como perdas de produtividade significativas. Cada ILC é responsável por 7-11 dias adicionais de internamento e por um aumento de risco de morte em 2 a 11 vezes (Berríos-Torres et al., 2017).

Um recente estudo revelou que a incidência a nível mundial da ILC é de 2,5%, com variações entre as regiões da OMS, nomeadamente na região africana, representando uma incidência de 7,2%. (Mengistu et al., 2023). No entanto, estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de “feixes de intervenções” (Anderson et al., 2014; Berríos-Torres et al., 2017).

Neste sentido, o papel do enfermeiro perioperatório torna-se imperativo desde o ensino que faculta na consulta pré-operatória, na implementação e vigilância do

cumprimento dos feixes de intervenção relacionados com a ILC no bloco operatório bem como em todo o período perioperatório (DGS, 2022; Ellsworth et al., 2023).

O risco de infeção depende de muitos fatores, os relacionados com o cliente (infeção pré-existente, idade avançada, obesidade, diabetes, etc.) e os fatores cirúrgicos, como a duração do ato cirúrgico e a assepsia do procedimento cirúrgico. O sucesso na prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas, como a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica assética, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios (Ellsworth et al., 2023).

Assim sendo, ao longo do estágio, atividades como a preparação da pele, o cumprimento da técnica assética, a administração da profilaxia de antibioterapia no momento certo, a manutenção da normotermia e da glicemia capilar realizadas rigorosamente, foram desenvolvidas com a finalidade de potenciar a segurança do cliente.

Como referido anteriormente, no decorrer do ensino clínico I, tive a oportunidade de exercer a minha atividade na área da enfermagem perioperatória na instrumentação e verifiquei que a sua atenção, organização e perícia rentabiliza o tempo cirúrgico e evita quebras da técnica asséptica. De facto, profissionalmente, já havia trabalhado na área do perioperatório, mas nunca na área da instrumentação, e após esta experiência verifiquei que a sua intervenção é tão complexa e exigente uma vez que tem de estar atenta a todos os pormenores relacionados com a segurança do cliente e da equipa. A vigilância sobre pressões exercidas sobre o corpo da pessoa intervencionada pela equipa cirúrgica, a contabilização das perdas hemáticas e de líquidos, o seu rigor na realização da contagem dos itens quantificáveis, contribuem para uma cirurgia segura e eleva a qualidade dos cuidados perioperatórios. Assim sendo, no estágio tive a oportunidade de realizar todas estas intervenções acima mencionadas e, deste modo, colaborar na maximização da segurança do cliente cirúrgico.

A ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, constitui um problema para a segurança do cliente e apesar dos inúmeros esforços das organizações na prevenção nesta área, estes incidentes continuam a ocorrer (Saver, 2022).

Entre 2018 e 2021 as instituições reportaram à *The Joint Commission* cerca de 459 eventos desta natureza, no entanto, por se tratar de uma notificação voluntária, considera-se provável que estes números representem apenas uma pequena porção da realidade. (Saver, 2022).

Toda a equipa perioperatória é responsável pela prevenção deste evento adverso, não dependendo única e exclusivamente do esforço individual dos enfermeiros do

perioperatório. Neste sentido, a AORN defende que se deve recorrer a um processo consistente e sistematizado para a contagem de material. A literatura refere que fatores como *multitasking* ou o ruído contribui para a ocorrência destes eventos. Assim sendo, é recomendável que nestes momentos de verificação/contagem de material a equipa perioperatória minimize os ruídos, as interrupções e distrações (Cochran, 2022).

No sentido de assegurar a gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico, ao longo do estágio, realizei a contagem das compressas, drenos e cortoperfurantes, bem como a contagem de todo o instrumental que era colocado na mesa operatória. Estas experiências desafiaram-me a refletir sobre esta temática da gestão do risco e da intervenção do enfermeiro perioperatório na segurança do cliente.

No final da cirurgia o enfermeiro instrumentista é responsável pela evacuação do instrumental cirúrgico e dos Dispositivos Médicos (DM) em contentores próprios conforme as Práticas Recomendadas “Tratamentos de instrumentos cirúrgicos” (AESOP, 2012).

A descontaminação do material cirúrgico não é um tema que desperte interesse entre a maioria dos profissionais de enfermagem, no entanto, contribui para em elevado impacto na promoção da segurança do cliente, uma vez que o material cirúrgico pode ser um veículo de transmissão de microrganismos se a sua descontaminação e preparação não forem adequadas (Duarte & Martins, 2014; Rowan et al., 2023).

São diversos os fatores que influenciam a manutenção da esterilidade dos DM, desde que são esterilizados até chegar ao cliente, tais como: as condições de transporte, o armazenamento e a sua manipulação (Link, 2019). Com a finalidade de compreender este circuito complexo dos DM e a importância da articulação do enfermeiro perioperatório com a Unidade de Esterilização, agendei uma visita com a Enfermeira Responsável por este serviço e especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, que, generosamente, explicou todo o processo enquanto percorríamos as instalações.

A Unidade de Esterilização Central (UEC) do centro hospitalar é inaugurada em fevereiro de 1999 e é uma unidade orgânica e funcional de apoio clínico, dotada de autonomia técnica e de recursos materiais e humanos próprios, de forma a realizar de forma centralizada, as atividades inerentes ao processamento global de DM reutilizáveis. A UEC confere cobertura a todos os serviços existentes em todo o centro hospitalar, no que respeita aos processos de recolha e diferentes fases de reprocessamento dos materiais e por fim a sua distribuição. Também esta unidade apresenta zonas distintas:

descontaminação, inspeção, preparação e embalagem, preparação de têxteis, esterilização e armazém de estéreis.

O enfermeiro da UEC tem a tarefa de gerir, organizar e planear um sistema complexo tendo como responsabilidade garantir a segurança da esterilização dos materiais (Vargas, 2019). Deste modo, torna-se imperativo que exista uma boa comunicação e articulação entre o BO e a unidade de reprocessamento para diminuir falhas neste processo que possam comprometer a rentabilidade e eficácia dos recursos bem como o funcionamento do BO (Seavey, 2015).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEMC à PSP, previne complicações para a saúde dos clientes (OE, 2017). Deste modo, esta visita à UEC permitiu adquirir e consolidar alguns conhecimentos relativamente ao (re)processamento de DM e de todo o seu circuito até chegar à sala operatória. Neste sentido, a minha visão perante a gestão destes DM antes, durante e após a cirurgia encontra-se mais alargada e enriquecida, conferindo mais segurança e qualidade nos cuidados prestados ao cliente cirúrgico e contribuindo para o desenvolvimento de competências do EEMC à PSP uma vez que promove a gestão e o controlo dos DM utilizados no perioperatório (Regulamento nº 429/2018).

Outra complicação frequente que está associada a piores resultados pós-operatórios é a hipotermia perioperatória inadvertida que pode ser prevenida e que mereceu a minha atenção.

Considera-se hipotermia uma temperatura central inferior a 36°C e estima-se que 26% a 90% dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2017).

A literatura demonstra que os agentes anestésicos utilizados durante a cirurgia alteram o sistema termorregulador corporal, sobretudo os doentes submetidos a anestesia do neuroeixo e geral que apresentam um risco acrescido de manifestarem hipotermia perioperatória. (Wagner et al., 2021).

A hipotermia perioperatória encontra-se associada a complicações na coagulação, nas perdas sanguíneas, na metabolização de fármacos, na infeção do local cirúrgico bem como na recuperação pós-anestésica (Rauch, et al., 2021). Deste modo, a prevenção é primordial na atuação do enfermeiro na gestão da normotermia do cliente cirúrgico em todo o período perioperatório.

A AESOP preocupada com esta temática, publicou um algoritmo relativamente à gestão da normotermia recomendando a utilização da escala de conforto térmico

(AESOP, 2017). Apesar de recomendado, a avaliação do conforto térmico, através da escala, não era uma realidade na instituição onde realizei o estágio. No entanto, constatei que existia uma preocupação na manutenção da temperatura corporal do cliente, apesar de nem sempre se verificar a sua avaliação, nem o seu registo de forma padronizada e sistemática o que condicionava desde logo o controlo da normotermia, uma vez que uma temperatura baixa prévia ao procedimento é preditor “de uma maior descida da temperatura central na fase intraoperatória, assim como uma maior dificuldade de reaquecimento no período pós-operatório” (AESOP, 2017 pg. 6).

Assim sendo, no sentido de gerir a normotermia do cliente cirúrgico de forma a potenciar o seu conforto e a sua segurança, em todos os momentos perioperatórios supervisionei e providenciei o aquecimento prévio das camas dos clientes, monitorizei, avalei e registei a temperatura corporal, assim como coloquei o sistema de aquecimento, quando adequado. O recurso a administração de fluidoterapia intravenosa aquecida numa estufa é uma medida praticada na qual colaborei e que contribui para o aquecimento corporal. Também a monitorização dos sinais vitais (incluindo eletrocardiografia) foi uma preocupação face ao risco de arritmias existente.

Ao longo das várias pesquisas realizadas no decurso deste mestrado, uma outra complicação pós-operatória captou a minha atenção por presenciá-la na minha prática diária no cuidado ao cliente crítico/cirúrgico numa unidade de cuidados intensivos: o delírium pós-operatório.

É considerado uma preocupante complicação pós-operatória a nível do sistema nervoso central que se manifesta por distúrbios da consciência, disfunções cognitivas bem como alteração do ciclo do sono, que pode surgir entre o segundo e o quinto dia após a cirurgia (Xiao et al, 2023). De acordo com as estatísticas, a incidência global desta complicação é de aproximadamente 23%, e a prevalência é de 50% em cirurgias de alto risco como, por exemplo, na artroplastia da anca e cirurgia cardíaca, mais proeminente nas pessoas acima dos 60 anos (Bellelli et al, 2021). O delírium pode ser desencadeado por uma única causa, mas na maioria dos casos é multifatorial, resultante da interação entre fatores predisponentes e precipitantes como é o caso do trauma cirúrgico associado ao procedimento anestésico. A evidência revela-nos que a dor potencia a inflamação o que pode despoletar o delírium pós-operatório, deste modo, verificou-se que a analgesia eficaz no período perioperatório ajuda a reduzir a neuroinflamação e minimiza o risco de desencadear este distúrbio (Xiao et al, 2023). Neste seguimento, um outro estudo recente aponta a flutuação da temperatura corporal no perioperatório associado ao stress

cirúrgico-anestésico como um possível fator precipitante do delirium pós-operatório (Wagner et al., 2021).

Perante o exposto, considero que é cada vez mais pertinente e importante compreender e refletir sobre o impacto das nossas intervenções na qualidade dos cuidados de enfermagem e na segurança do cliente, apoiada na mais recente evidência científica.

No seguimento da aquisição de competências como enfermeira especialista em EMC à PSP emerge outro tema de extrema importância, no enquadramento da segurança do cliente e da equipa cirúrgica: o posicionamento cirúrgico.

O correto posicionamento do cliente para uma intervenção cirúrgica é uma “arte” essencial para um procedimento seguro e eficiente e tem como objetivos a promoção da exposição ideal do local cirúrgico assim como o acesso a cateteres endovenosos/arteriais e acesso ao equipamento de monitorização (Speth,2023).Neste sentido, participei ativamente e com a equipa, em todos os posicionamentos cirúrgicos, que foram diversos e de acordo com a cirurgia proposta, tendo sempre como objetivo a segurança do cliente.

A posição corporal não fisiológica mantida por um longo período, juntamente com a perda sensorial causada pelo ato anestésico podem ser fatores preditores de lesão ou disfunção neural/sensorial (Orebaugh, 2022). As lesões por pressão decorrentes do posicionamento cirúrgico são consideradas complicações e têm etiologia multifatorial e, apesar dos avanços tecnológicos, ainda representam um desafio para a prática clínica (Nascimento & Rodrigues 2020).

Várias são as intervenções do enfermeiro perioperatório na execução do posicionamento cirúrgico e que tem início no acolhimento ou se possível, na visita pré-operatória. Devemos conhecer previamente as limitações físicas do cliente e realizar uma avaliação da integridade da pele de forma a providenciar todo o material e dispositivos necessários, como rolos e colchões adequados, de forma a maximizar a sua segurança e conforto no momento do posicionamento (Croke, 2019).

Na prática diária podemos ainda avaliar o risco de lesão peri-operatória, recorrendo à escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico, a ELPO. Trata-se de uma escala dividida por sete parâmetros de avaliação como o tipo de posicionamento, tempo da cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte corporal, posição dos membros, comorbilidades e idade do paciente (Lopes et al., 2016). No BO onde realizei o estágio, esta ferramenta encontrava-se no início da sua implementação, ainda na fase da formação dos

profissionais, no entanto, considero que é de extrema utilidade e que vai potenciar a segurança dos posicionamentos cirúrgicos.

Como já mencionado anteriormente, um dos incidentes mais comuns no BO encontram-se relacionados com a administração de medicação e problemas na comunicação.

A OMS através do desafio global de segurança do doente sobre a medicação – *medication without harm*, reconhece o problema da segurança na medicação a nível mundial. Deste modo, recomenda a implementação de estratégias e medidas de melhoria que tenham como foco o doente, os profissionais de saúde, os sistemas e as práticas, assim como os medicamentos em si (WHO, 2017b).

Neste contexto, são vários os fatores que concorrem para potenciarem o erro medicamentoso, como as prescrições realizadas de forma verbal e raramente prescritas no sistema informático, a administração da medicação poder ser efetuada por vários profissionais, a não validação da administração da medicação no sistema informático, assim como o acesso a stocks de medicação “improvisados” (Boytim & Ulrich, 2018).

Por essa razão, o *Institute for Safe Medication Practices*, recomenda que as instituições adotem práticas seguras relativamente à validação ou dupla validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação, bem como à monitorização da terapêutica, devendo essas práticas ser apoiadas em sistemas de informação e comunicação compatíveis (DGS, 2023).

Decorrente da minha prática profissional, em contexto de emergência, a medicação é prescrita verbalmente, no entanto, é validada, mais do que uma vez, através do método da comunicação em alça fechada, isto é, quem vai administrar a medicação repete imediatamente a seguir ao prescriptor o que ouviu. A literatura evidencia que o recurso a este método comunicacional diminui os eventos adversos entre as equipas (Gjøvikli & Valeberg 2023; Hughes et al., 2019). Além desta estratégia adotada, a minha atuação privilegiou a leitura da atualização recente da norma emitida pela DGS sobre medicamentos de alta vigilância, a confirmação dos “cinco certos” bem como o recurso à tecnologia como o uso das máquinas infusoras para administração segura de determinados medicamentos. Posteriormente, validava a medicação administrada informaticamente de forma a dar continuidade aos cuidados e, assim, promover a segurança do cliente.

A segurança do doente é um tema extremamente complexo e infundável, em constante evolução científica.

Deste modo, compete ao enfermeiro no perioperatório investigar, atuar de acordo com a mais recente evidência científica de modo a garantir a segurança do doente, cuidando da pessoa, atendendo à sua individualidade e vulnerabilidade antes, durante e após a cirurgia.

Assim sendo, considero que o meu percurso até aqui relatado, embora de forma concisa, demonstra a aquisição da competência específica no maximizar a segurança da PSP e da equipa pluridisciplinar congruente com a consciência cirúrgica.

3.3.COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A palavra Mestre deriva do latim *magístru*, e de acordo com o dicionário da língua portuguesa tem o seguinte significado: professor, sábio, especialista, grau académico concedido a quem concluiu o curso e defendeu a tese de mestrado (Porto Editora)

De acordo com o Diário da República no Decreto-Lei nº 65/2018, o grau de Mestre é conferido aos profissionais que possuem conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, que demonstrem níveis elevados de julgamento e tomada de decisão numa determinada área de intervenção pelo que o ciclo de estudos correspondente ao Grau de Mestre deve assegurar que o estudante adquira uma especialização de componente académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais.

Debruçando-me sobre as competências associadas ao grau de Mestre verifico que todas se encontram relacionadas, em que a existência de cada uma predispõe a aquisição da outra.

Assim sendo, passo a analisar as competências descritas no Decreto-Lei supracitado, procurando justificar e fundamentar a aquisição das mesmas, ao longo do meu percurso profissional e académico.

3.3.1. Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão

A expressão conhecimento implica um entendimento adquirido através da aprendizagem ou da investigação do que se sabe acerca do conteúdo de uma disciplina (Tomey & Alligood, 2004).

Ao longo deste percurso, desde as unidades curriculares teóricas aos ensinamentos clínicos deste mestrado, diversas situações representaram momentos importantes para a aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos teórico-práticos.

Experiências foram partilhadas e muitos temas foram afincadamente discutidos, resultando numa vivência muito enriquecedora e promotora de desenvolvimento na aquisição de saberes.

Durante os diversos trabalhos realizados bem como nos estágios, na incessante necessidade de prestar cuidados de enfermagem na área perioperatória com qualidade e excelência, fundamentada pela evidência científica, a pesquisa bibliográfica foi uma constante a qual proporcionou a abertura para um mundo científico que conquistou o meu interesse e, deste modo, alargou o meu leque de conhecimentos. Neste sentido, a aplicabilidade destes conhecimentos traduzida nos diferentes trabalhos realizados, desde as reflexões críticas, o estudo de caso, os diferentes relatórios de estágio, o projeto de autoformação bem como a minha atuação e conduta nos campos de estágio, refletem a minha capacidade de compreensão e permitiram estabelecer e fundamentar as competências inerentes ao mestre em EMC.

- 3.3.2. Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo

Nos cuidados de enfermagem não existem duas abordagens ou cenários iguais, havendo a necessidade constante da personalização, individualização e adaptação às pessoas doentes e contextos.

Assim sendo, vários foram os momentos onde a mobilização de conhecimentos foi exigida para a resolução de problemas em situações novas e não familiares. A título de exemplo, o enfermeiro perioperatório na vertente da enfermagem de anestesia, é destacado para vários locais remotos como a unidade de aritmologia, ressonância magnética, neurorradiologia de intervenção, entre outros. Neste contexto, durante o estágio participei em diversas situações e em diversos locais remotos distintos, que pessoalmente, considero um desafio extramente interessante.

Considera-se um local remoto, por estes locais onde o enfermeiro perioperatório intervém, encontrar-se afastado do BO e de toda a equipa e conforto que esta confere.

Assim sendo, nestas situações apenas se encontra o enfermeiro perioperatório e o anestesista como equipa para gerir e tomar decisões. Neste sentido, a transferência de conhecimentos adquiridos neste mestrado aliados à minha experiência profissional, foram vitais para uma atuação segura e de qualidade.

Naturalmente, a tomada de decisão assenta numa dimensão ética e deontológica, pelo que o respeito pelos princípios e valores da profissão, assim como dos princípios bioéticos da autonomia, justiça, beneficência e da não-maleficência, aliado ao reconhecimento da dignidade da vida humana, encontram-se na base de uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e de excelência.

Em algumas situações, é necessário realizar o transporte destes clientes cirúrgicos para outras unidades, atividade em que também participei. O transporte destes clientes, é um momento vulnerável que exige que sejam cumpridas as três fases de um transporte seguro: decisão, planeamento e efetivação. Após a decisão da realização do transporte, o planeamento da ação é realizado pela equipa médica e de enfermagem da unidade e deve ter em conta aspetos como a coordenação, a comunicação, a estabilização, a equipa, o equipamento, o transporte e a documentação. (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023). A efetivação do transporte fica a cargo da equipa de transporte, cujas responsabilidades só findam aquando da transição de cuidados à equipa do destino.

O período de transporte pode representar um momento de instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas. Assim sendo, nestes momentos críticos e de imprevisibilidade, como é o transporte de um cliente cirúrgico, demonstrei confiança e segurança nas minhas intervenções fundamentadas no conhecimento adquirido e na evidência científica.

Neste sentido, a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo deste curso a nível da gestão, de boas práticas de controlo de infeção bem como as experiências vivenciadas, concorreram para que nestas situações estivesse preparada para adaptar-me às circunstâncias e prestar os melhores cuidados de enfermagem à PSP.

3.3.3. Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem

Durante este percurso académico, com a finalidade de prestar cuidados de enfermagem de qualidade, revi alguns conteúdos fundamentais que regulam a profissão de enfermagem, procedendo à revisão do REPE e da Deontologia Profissional.

No contexto do cuidado à PSP surgem inúmeras situações que levantam algumas questões relativamente ao cumprimento das normas deontológicas estabelecidas, assim, o empenho em aprofundar os conhecimentos nestes domínios esteve presente ao longo de todo o meu percurso, de forma a estar preparada e antecipar estas dúvidas.

A observação do trabalho desenvolvido pelos EEMC assim como de outros profissionais de saúde, conferiu-me a oportunidade de compreender a importância de olhar para o cliente e família/pessoa significativa de uma forma holística, individualizada e ponderada de modo que a tomada de decisão seja a mais correta e adequada. A tomada de decisão deve ser única exclusiva, respeitando sempre os princípios éticos e a dignidade humana.

O pensamento reflexivo contribui para uma ideia mais informada e uma ação futura mais consistente constituindo o suporte para a afirmação da identidade profissional (Abreu, 2007).

De forma a refletir sobre questões complexas vivenciadas ao longo do estágio, recorri às narrativas reflexivas como estratégia, como já mencionado anteriormente. O recurso à escrita representa uma ferramenta de estruturação de pensamento, desenvolvimento de hábitos de reflexão, consciencialização de contradições e dilemas bem como explicitação de ideias e emoções. Neste sentido, a utilização do ciclo de Gibbs foi o instrumento selecionado para a esquematização destas reflexões as quais permitiram a análise de situações de elevada complexidade com o distanciamento necessário para a sua execução. Estas ocasiões, proporcionaram momentos de análise e reflexão de uma situação vivenciada que noutra contexto não teria a oportunidade e o conhecimento para o realizar.

Assim sendo, considero que estas narrativas reflexivas, os relatórios de estágio realizados bem como todas as experiências e conversas partilhadas com os tutores/professores, clientes e as suas famílias, concorreram para o desenvolvimento desta

competência onde a responsabilidade ética e profissional e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, são competências que são transversais a qualquer área de especialização bem como as competências direcionadas ao cuidar da PSP.

3.3.4. Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade

Ao longo dos anos, a evolução da Enfermagem enquanto profissão e disciplina tem vindo a produzir conhecimento próprio fundamentado pela evidência científica, essencial na prática dos cuidados bem como na consolidação da sua autonomia.

Neste sentido, a concretização deste mestrado contribuiu não só para a aquisição e consolidação de conhecimentos devidamente sustentados, mas também no desenvolvimento de competências, nomeadamente, comunicacionais. Ser capaz de comunicar as suas conclusões não se limita apenas a ser detentor de conhecimento e à sua capacidade de exposição verbal. Implica saber-ser disponível para escutar, estabelecer uma relação empática, adequar a sua comunicação não-verbal e deter a capacidade de ser eficaz na transmissão da sua mensagem adaptando-a ao seu público.

Assim sendo, estas competências adquiridas ao longo deste percurso, tornaram-me capaz de partilhar escrita e oralmente com os meus pares, com outros profissionais de saúde, com a comunidade académica e a sociedade em geral, aspetos relativos aos problemas, soluções e conclusões inerentes ao cuidado especializado à PSP.

Durante o ensino clínico I – Cuidar na Sala Operatória elaborei um Processo de Enfermagem fundamentado sobre um caso clínico, já mencionado anteriormente. A apresentação deste trabalho foi efetuada num Seminário intitulado “Cuidar da Pessoa em Situação Perioperatória” na Escola S. José de Cluny para a comunidade escolar e científica, que decorreu presencialmente e através de uma plataforma digital para os que nos seguiam à distância.

No âmbito do estágio com relatório, a documentação dos cuidados de enfermagem no perioperatório foram, e são, uma preocupação e uma área de interesse manifestada desde cedo. Deste modo, realizei uma sessão de formação para os enfermeiros do BO (integrada no programa de formação interna do serviço) presencialmente e com transmissão online

onde o objetivo final foi o de sensibilizar para a importância da documentação e o seu impacto na segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem.

De forma a contribuir para a construção de uma enfermagem perioperatória assente em bases científicas e sustentada nos pilares da investigação, fui coautora de um póster científico apresentado no “VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros – Todos pela Saúde” que decorreu nos dias 05 a 07 de maio 2022, no Altice Forum Braga. Este trabalho teve como principal objetivo identificar e refletir sobre as áreas de atuação da enfermagem perioperatória recorrendo a um mapa conceptual.

Assim sendo, considero que estas vivências representaram momentos importantes de debate, reflexão e enriquecimento profissional e pessoal, onde demonstrei ser capaz de comunicar conhecimentos e conclusões de forma eficaz a um vasto número de profissionais de saúde.

3.3.5. Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo

Ao longo da minha vida profissional que invisto na minha formação profissional, procurando manter-me atualizada de forma a acompanhar o avanço tecnológico e científico da enfermagem, passando pela especialização e culminando no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Esta atualização dos conhecimentos é realizada de forma autónoma e tem sido uma constante. No entanto, reconheço que ao longo deste percurso académico, a procura e aquisição de saberes intensificou-se tornando-se mais produtiva, permitindo prestar cuidados de acordo com as mais recentes evidências científicas, e deste modo, com qualidade e segurança.

Neste sentido, de modo a conduzir esta etapa do Mestrado e a maximizar esta oportunidade de aprendizagem de forma autónoma e organizada, foram realizados planeamentos de estágio que atuaram como elementos facilitadores deste percurso ao definir objetivos, atividades e estratégias a desenvolver para, assim, adquirir competências em EMC. Também a elaboração de um projeto de auto-formação contribuiu para o fortalecimento destas competências, uma vez que, o seu planeamento estruturado, a pesquisa científica inerente, e a reflexão crítica sobre cada etapa proporcionaram vários momentos de introspeção que impulsionaram a minha evolução enquanto profissional e pessoa.

No âmbito da unidade curricular “Organização dos cuidados de saúde perioperatórios” realizei uma revisão crítica de um artigo científico cuja temática incidiu na Organização dos diferentes contextos Perioperatórios - intervenção do Enfermeiro no pós-operatório. Neste sentido, selecionei o artigo intitulado: “*Effect of comprehensive nursing intervention in preventing postoperative pain, complications, and psychological pressure in the otolaryngology department*” o qual analisa as vantagens da integração dos cuidados de enfermagem e o seu contributo na redução de complicações pós-cirúrgicas associadas, evidenciando a relevância do exercício do enfermeiro no período pós-operatório. O artigo científico selecionado evidenciou, que a integração dos cuidados de enfermagem é a chave para o sucesso na recuperação dos clientes, do seu processo cirúrgico. Ao realizar esta revisão crítica, possibilitou-me analisar com rigor este artigo quanto à sua organização estrutural, ao seu conteúdo e à sua relevância para a prática. Esta análise sistemática e organizada permitiu uma compreensão mais abrangente e este exercício contribuiu para a minha visão mais apurada e crítica das publicações científicas incentivando o consumo de investigação de qualidade.

É minha convicção que o nível e exercício destas competências não terminam com a conclusão deste ciclo de estudos. Estas serão um suporte essencial na continuidade de uma aprendizagem fundamentada e autónoma ao longo da vida, a qual contribuirá para o sucesso da minha vida profissional, com impacto direto e positivo na pessoa em situação perioperatória e sua família.

CONCLUSÃO

Os progressos científicos e tecnológicos refletem-se na constante evolução e crescimento da profissão e disciplina de enfermagem. Este facto exige por parte dos seus profissionais, a consciencialização da necessidade de aquisição, aprofundamento e atualização de saberes teóricos e práticos pois apenas com este desenvolvimento de conhecimentos e competências se pode caminhar para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança, fundamentais para a excelência do cuidar.

Neste sentido, com a necessidade de evoluir e acompanhar a profissão surgiu a oportunidade de frequentar este mestrado, culminando com a realização deste relatório intitulado: “Desenvolvendo Competências em Enfermagem Perioperatória: A Documentação dos Cuidados de Enfermagem e a Segurança da Pessoa em Situação Perioperatória”, o qual permitiu, através de uma exposição descritiva e crítico-reflexiva, evidenciar o percurso efetuado, consolidando os conhecimentos adquiridos nas UC e as competências desenvolvidas ao longo das práticas e ensinamentos clínicos e respetivos trabalhos académicos, com destaque para o projeto de autoformação.

O enfermeiro especialista em EMC na área à PSP assume um papel primordial na defesa, manutenção e promoção da segurança, procurando minimizar os perigos num ambiente de alto risco, agindo com conhecimentos, prudência, mas sobretudo com consciência cirúrgica. Deste modo, a sua ação é orientada por princípios éticos e morais assim como a sua prática fundamentada pela evidência científica, promovendo cuidados seguros e com qualidade. A pesquisa constante da mais recente evidência científica a par da realização dos estágios proporcionou-me um amplo espectro de aprendizagem, de partilha de conhecimento e experiências, que fomentaram o desenvolvimento das competências especializadas, na área do cuidado à PSP.

Permitiu-me, igualmente, a aquisição de competências comuns a todo o enfermeiro especialista, nomeadamente competências ético-legais, de gestão de cuidados, de melhoria contínua e de autoaprendizagem, aliadas às competências de mestre, as quais foram sendo simultaneamente desenvolvidas e cuja evidência faz parte deste relatório.

Os cuidados de saúde perioperatórios, cada vez mais complexos, elevam o potencial para ocorrência de incidentes, erros ou falhas. Deste modo, perante os avanços tecnológicos, da diversidade de sistemas e de processos organizacionais que envolvem este contexto de cuidados verifica-se um interesse crescente por parte de pesquisadores/investigadores e profissionais de saúde em abordagens voltadas para a

melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do cliente cirúrgico. Neste sentido, emergiu a documentação dos cuidados de enfermagem perioperatórios como uma área de especial interesse, que representa um dever dos profissionais de enfermagem de forma a promover a continuidade dos cuidados e, deste modo, a segurança e a qualidade. Além de constituir um instrumento de extrema importância para a investigação, representa uma ferramenta complexa, que confere proteção legal e visibilidade à profissão. No entanto, a documentação dos cuidados de enfermagem no perioperatório é caracterizada por ser subjetiva, de baixa qualidade, incompleta e inconsistente (Sondergaard et al, 2019). Estes resultados devem-se, em parte, pela cultura organizacional, inoperabilidade dos sistemas e questões de gestão de tempo e logística. Por outro lado, constatou-se que apesar dos sistemas de informação constituírem uma fonte indispensável de suporte à decisão e prática clínica, contribuindo para aumentar o conhecimento, segurança, eficiência do processo de saúde, bem como numa eficiente comunicação, os sistemas de informação existentes não estão concebidos para documentar os cuidados de enfermagem na sua essência, verificando-se assim má qualidade nos registos, o que compromete a segurança do cliente, emergindo a urgência na reformulação do design do sistema operativo da documentação.

A qualidade da documentação é altamente dependente da estrutura e conceção do sistema de informação. Deste modo, atendendo à complexidade da medicina contemporânea, ao elevado número de intervenientes em processos diagnósticos e terapêuticos, um registo preciso e adequado dos vários passos no período perioperatório afigura-se essencial para a segurança do cliente cirúrgico.

Contudo, dada a evidência científica relativa à documentação dos cuidados de enfermagem perioperatórios, é emergente implementar projetos de melhoria contínua neste âmbito e de potenciar a envolvência dos profissionais contribuindo, deste modo, para cuidar da PSP e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a sua segurança no período perioperatório e de saúde.

No futuro, enquanto enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica na área à PSP, pretendo continuar a sensibilizar os profissionais, através de vários projetos, para a importância da documentação dos cuidados de enfermagem tanto para os enfermeiros perioperatórios, por uma questão de legalidade e visibilidade profissional, mas sobretudo para o impacto na segurança e qualidade dos cuidados que a documentação representa no percurso de saúde do cliente.

Não é fácil exprimir através de um documento escrito todo o proveito obtido, todas as situações importantes de aprendizagem ou todos os momentos de relação interpessoal estabelecidos, contudo, considero que os objetivos propostos foram atingidos.

Pessoalmente, analisando todo o caminho até este momento, verifico que este mestrado superou as minhas expectativas, uma vez que além das ferramentas que me facultou, do grau de conhecimento que adquiri e das experiências que me proporcionou, também me possibilitou conhecer pessoas excepcionais de todos os âmbitos, que levo para a vida. Admito, porém, que esta viagem tem sido árdua, desafiante o que nem sempre foi fácil de gerir pelo facto deste tipo de metodologia exigir muita disponibilidade física e mental, acrescida pelo facto de ser realizada em horário pós-laboral. Contudo, estas adversidades foram colmatadas pelo interesse e entusiasmo assim como, pela orientação da professora responsável.

Por fim, reconheço que todo este processo tem se revelado enriquecedor e gratificante, sendo o mestrado um excelente investimento e uma viagem de transformação profissional e pessoal, transformação esta que será colocada ao serviço da pessoa em situação perioperatória e sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelsson, A., Falk, P., Sundberg, B., & Nygårdh, A. (2020). Empowerment in the perioperative dialog. *Nursing open*, 8(1), 96–103. <https://doi.org/10.1002/nop2.607>

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Formasau – Formação e Saúde.

Acórdão 1765/12.2TVLSB.L1-1 do Tribunal da Relação de Lisboa (2020). Instituto de Gestão Financeira e Equipamentos da Justiça I.P. - Bases de Dados Jurídica (28 de abril); <http://www.gde.mj.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/516bd72afb149f698025855f0034d9ab?OpenDocument>

Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R., & Bany Hani, S. (2018). Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), e578–e589. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>

Allen-Duck, A., Robinson, J. C., & Stewart, M. W. (2017). Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nursing forum*, 52(4), 377–386. <https://doi.org/10.1111/nuf.12207>

Alves, D., Santos, F., Figueiredo, H., & Tavares, C. (2021). Empatia na assistência em enfermagem sob a luz de Watson. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 11(36), 629–625. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.629-625>.

American Association of Nurses Anesthesiology (2019). Postanesthesia Care Practice Considerations. *AANA Publishing*. https://issuu.com/aanapublishing/docs/12_-_postanesthesia_care

Anderson, D. J., Podgorny, K., Berríos-Torres, S. I., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Greene, L., Nyquist, A. C., Saiman, L., Yokoe, D. S., Maragakis, L. L., & Kaye, K. S. (2014). Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection control and hospital epidemiology*, 35(6), 605–627. <https://doi.org/10.1086/676022>

Arriaga, M. T. (2019). Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. *Literacia em saúde na prática* (pp. 11-15). Edições ISPA <http://hdl.handle.net/10400.12/7305>.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta.

Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portugueses (2017) *Práticas recomendadas para o bloco operatório: prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida*.

<https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>

Association of periOperative Registered Nurses (1996). *Perioperative patient information management*.

https://publicweb.novanthealth.org!/AORN_2020/AORN_1996_Periooperative_Information_Management_Study_Guide.pdf

Azevedo, J. (2016). *Perioperative nursing data set: tradução e adequação cultural e relevância clínica para o contexto português*. [Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]; <https://core.ac.uk/download/pdf/143408317.pdf>

Banks, S., & Nohr, K. (2008). *Ética prática para as profissões do trabalho social*. Porto Editora.

Baptista, M., Vasconcelos, J. B., Rocha, Á., Silva, R., Carvalho, J. V., Jardim, H. G., & Quintal, A. (2019). The Impact of Perioperative Data Science in Hospital Knowledge Management. *Journal of medical systems*, 43(2), 41. <https://doi.org/10.1007/s10916-019-1162-3>.

Barroso, F., Sales, L., Ramos S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente*. (pg. 3-10). Lidel.

Bellelli, G., Brathwaite, J. S., & Mazzola, P. (2021). Delirium: A Marker of Vulnerability in Older People. *Frontiers in aging neuroscience*, 13, 626127. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.626127>

Berríos-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., Reinke, C. E., Morgan, S., Solomkin, J. S., Mazuski, J. E., Dellinger, E. P., Itani, K. M. F., Berbari, E. F., Segreti, J., Parvizi, J., Blanchard, J., Allen, G., Kluytmans, J. A. J. W., Donlan, R., Schechter, W. P., Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2017). Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA surgery*, 152(8), 784–791. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>

Boytim, J., & Ulrich, B. (2018). Factors Contributing to Perioperative Medication Errors: A Systematic Literature Review. *AORN journal*, 107(1), 91–107. <https://doi.org/10.1002/aorn.12005>

Black J.; Fawcett, D.; Scott, S. (2014) - *Ten top tips: preventing pressure ulcers in the surgical patient*. *Wounds International*, Vol.5. n°4 p.14-18. <https://woundsinternational.com/journal-articles/ten-top-tips-preventing-pressure-ulcers-in-the-surgical-patient/>

Braaf, S., Riley, R., & Manias, E. (2015). Failures in communication through documents and documentation across the perioperative pathway. *Journal of clinical nursing*, 24(13-14), 1874–1884. <https://doi.org/10.1111/jocn.12809>

Bracq, M. S., Michinov, E., Le Duff, M., Arnaldi, B., Gouranton, V., & Jannin, P. (2021). Training situational awareness for scrub nurses: Error recognition in a virtual operating room. *Nurse education in practice*, 53, 103056. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103056>

Bresolin, P., Martini, J. G., Lazzari, D. D., Galindo, I. S., Rodrigues, J. & Barbosa, M. H. P. A. (2019). Aprendizagem experiencial e diretrizes curriculares nacionais de enfermagem: revisão integrativa de literatura. *Revista Cogitare Enfermagem*, 24. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59024>

Brígido, P. L. (2011). *Intervenção do Serviço Social com Crianças e Jovens em Risco – Ética e Prática Profissional*. [Master's thesis, Instituto Universitário de Lisboa].

Repositório iscteiu.

https://repositorio.iscteiu.pt/bitstream/10071/2367/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_mes_trado_Pedro_Brigido.pdf

Bryan, R., Aronson, J. K., Williams, A., & Jordan, S. (2021). The problem of look-alike, sound-alike name errors: Drivers and solutions. *British journal of clinical pharmacology*, 87(2), 386–394. <https://doi.org/10.1111/bcp.14285>

Cabrita, M. (2021). O reconhecimento da especialidade e a formação pós-graduada. *Revista da Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses*, (46), 62-63

Castanheira, C. (2014). *Da experiência à melhoria dos cuidados*. Jornal do congresso cirurgia de ambulatório, p. 11.

https://www.apca.com.pt/documentos/congresso/JornalCirurgiaAmbulatoria_2014.pdf

Camarinha, S. R. F. G. (2020). *O telefonema de follow-up e satisfação do cliente pediátrico, em cirurgia de ambulatório: uma revisão sistemática da literatura* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31946/1/Dissertacao_Susana%20Camarinha

Campanella, P., Lovato, E., Marone, C., Fallacara, L., Mancuso, A., Ricciardi, W., & Specchia, M. L. (2016). The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and meta-analysis. *European journal of public health*, 26(1), 60–64. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv122>

Clifford, T. (2016). Enhanced Recovery After Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(2), 182-183. [Doi: 10.1016/j.jopan.2015.12.007](https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.12.007).

Cochran K. (2022). Guidelines in Practice: Prevention of Unintentionally Retained Surgical Items. *AORN journal*, 116(5), 427–440. <https://doi.org/10.1002/aorn.13804>

Comissão Executiva Desafio Gulbenkian (2018). “*Stop Infecção Hospitalar.*”
https://gulbenkian.pt/wpcontent/uploads/2018/05/desafio_infecoes_web.pdf

Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA) (2008). *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

Correia, M. da C. B. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI.* [Doctoral dissertation, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa] RCAAP.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>

Costa, L. F. R. M., Nunes, M. B. M., Pereira, R. A., Lopes, A. L., Teixeira, T. C. A., & Gimenes, F. R. E. (2022). Programa de melhoria da qualidade nos cuidados em serviços de saúde: estudo de reflexão. *Global Academic Nursing Journal*, 3(1), e226.
<https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200226>

Croke L. (2019). Essential strategies for safe patient positioning. *AORN journal*, 110(5), 11–15. <https://doi.org/10.1002/aorn.12874>

Ceretta, J., Kinalski, S. da S., & Callegaro, A. R. C. (2023). Impacto dos registos de enfermagem no processo de auditoria. *Revista GESTO: Revista De Gestão Estratégica De Organizações*, 11(2), 25-36. <https://doi.org/10.31512/gesto.v11i2.1380>

Decreto-Lei nº47344/1966. Diário da República: I série nº 274 (25 novembro).
<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1966-34509075-49820775>

Decreto-Lei nº161/96. Diário da República: I série nº 205 (04 setembro).
<https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Decreto-Lei nº 65/2018. Diário da República: série I nº157 (16 agosto).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Decreto-Lei n.º 71/2019. Diário da República: série I n.º 101 (27 maio).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>

Despacho n.º 5613/2015. Diário da República: II série, n.º 102 (27 maio).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República: II série n.º 28 (10 fevereiro).
<http://dre.pt/application/conteudo/66463212>

Despacho n.º 1380/2018. Diário da República: série II n.º 28 (8 fevereiro).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1380-2018-114654436>

Despacho n.º 9390/2021. Diário da República: II série, n.º 187 (24 setembro).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Diário da República – Decreto do Presidente da República n.º 1/2001: I série (3 de janeiro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/2-2001-117015>

Direção Geral da Saúde (2003). Norma n.º 09/2003: A dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. <https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor como 5 sinal vital - 2003.pdf>

Direção Geral da Saúde (2012). Norma n.º 03/2012: Organização das unidades funcionais de dor aguda.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/organizacao-das-unidades-funcionais-de-dor-aguda.pdf>

Direção Geral da Saúde (2013a). Norma n.º 02/2013: Cirurgia Segura Salva-Vidas.
<https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>

Direção Geral da Saúde (2013b). Norma n.º 029/2012: Precauções Básicas do Controlo de Infecção.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção Geral da Saúde (2017a). Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção Geral da Saúde (2017b). Recomendação Prevenção da transmissão de enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados agudos. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2019). Norma nº 007/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção Geral da Saúde (2022). Norma nº 20/2015: Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção do local cirúrgico. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção Geral da Saúde (2023). Norma nº 008/2023: Medicamentos de Alta Vigilância. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>

Duarte, A. & Martins, O. (2020). *Enfermagem em bloco operatório*. 2nd. ed. Lidel – Edições técnicas, Lda.

Dias, D., & Fernandes, S. (2022). *A investigação e a enfermagem: uma reflexão sobre a sua utilidade na prática clínica*. Revista AESOP, XXII (47), 10-13.

Doenges, M. E. & Moorhouse, M. F. (2010). *A aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem – um texto interativo para o raciocínio diagnóstico*. 5ª ed. Lusociência - edições técnicas e científicas, Lda.

Ellsworth, M., Peneza, D., & Ostrosky-Zeichner, L. (2023). *Perioperative Nurses: Key to Surgical Site Infection Prevention*. *AORN journal*, 117(5), 267–269. <https://doi.org/10.1002/aorn.13920>.

Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. *RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, (19), 34-35. <https://doi.org/10.17013/risti.19.32-45>.

Fiolhais C. (2014). Sobre o início da cirurgia no mundo e em Portugal. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (29), 53-64. <https://hdl.handle.net/10316/40618>

Flin, R., & Mitchell, L. (2009). *Safer Surgery*. Ashgate Publ.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta

Fuglestad, M. A., Tracey, E. L., & Leinicke, J. A. (2021). Evidence-based Prevention of Surgical Site Infection. *The Surgical clinics of North America*, 101(6), 951–966. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2021.05.027>

Gjøvikli, K., & Valeberg, B. T. (2023). Closed-Loop Communication in Interprofessional Emergency Teams: A Cross-Sectional Observation Study on the Use of Closed-Loop Communication Among Anesthesia Personnel. *Journal of patient safety*, 19(2), 93–98. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001098>.

Gomes, I. M., Silva, D. I., Lacerda, M. R., Mazza, V. de A., Méier, M. J., & Mercês, N. N. A. (2013). Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson no cuidado domiciliar de enfermagem à criança: uma reflexão. *Escola Anna Nery*, 17(3), 555–561. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000300021>.

Halakou S, Bakhsha F, Jafari S Y, Yousefi Z, Aryaee M, Yousefi, M R. (2017). The Clinical Competencies of Nurse Anesthetists in Response to Community Needs: A Delphi Study. *JCBR*; 1 (4) :13-19 <http://jcbr.goums.ac.ir/article-1-107-en.html>

Hamlin, L. (2020). From theatre to perioperative: A brief history of early surgical nursing. *Journal of Perioperative Nursing*, 33 (4) Article 3. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1107>

Hants, L., Bail, K., & Paterson, C. (2023). Clinical decision-making and the nursing process in digital health systems: An integrated systematic review. *Journal of clinical nursing*, 32(19-20), 7010–7035. <https://doi.org/10.1111/jocn.16823>

Heideveld-Chevalking, A. J., Calsbeek, H., Damen, J., Gooszen, H., & Wolff, A. P. (2014). The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: a single center experience on 2,563 'near-misses' and adverse events. *Patient safety in surgery*, 8(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13037-014-0046->.

Hughes, K. E., Hughes, P. G., Cahir, T., Plitt, J., Ng, V., Bedrick, E., & Ahmed, R. A. (2019). Advanced closed-loop communication training: the blindfolded resuscitation. *BMJ simulation & technology enhanced learning*, 6(4), 235–238. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2019-000498>

ICNP Browser (2019) - Versão atual para utilização, *ICN*.

<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

International Council of Nurses. (2021). Directrices para las Enfermeras Anestesiastas. *ICN - International Council of Nurses*. <https://www.icn.ch/es/noticias/el-consejo-internacional-de-enfermeras-lanza-directrices-para-las-enfermeras-anestesis>

Ilczak, T., Cwiertnia, M., Białoń, P., Szlagor, M., Kudłacik, B., Rak, M., Bialka, S., Ubych, A., Stasicki, A., Waksmańska, W., Bujok, J., Mikulska, M., Bobiński, R., & Kawecki, M. (2021). Endotracheal Tube Cuff Pressure - Comparison of the Two Filling Methods - Simulated Test. *Prehospital and disaster medicine*. 36(4), 421–425. <https://doi.org/10.1017/S1049023X21000406>

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da saúde 2020*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=554616969&att_display=n&att_download=y

Junttilla, K., Lauri, S., Salanterä, S., & Hupli, M. (2002). Initial validation of the perioperative nursing data set in Finland. *Nursing diagnosis: ND: the official journal of the North American Nursing Diagnosis Association*, 13(2), 41–52. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618x.2002.tb00165.x>

Kérouac, S., Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; & Major, F. (1994). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson,S. A..

Kleinbeck, S. V., & Dopp, A. (2005). The perioperative nursing data set--a new language for documenting care. *AORN journal*, 82(1), 51–62. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)60299-8](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)60299-8).

Leal, M. T. (2006). Cirurgia Ambulatória: estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem? *Pensar Enfermagem*. 10 (1), 67-74.

Lei n.º 12/2005, Diário da República: I série, nº 18 (26 janeiro) <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2005/01/018a00/06060611.pdf>.

Lei n.º 25/2012. Diário da República: I série, nº 136 (16 julho). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607-116056308>

Lei nº 156/2015. Diário da República: I série, nº181 (16 setembro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Lei nº 15/2014. Diário da República: I série, nº 57 (21 março). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2014-106901319>

Lei n.º 95/2019. Diário da República: 1série, nº 169 (04 setembro). <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Lopes, C., Haas, V., Dantas, R., Oliveira, C., & Galvão, C. (2016). Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 24 (e2704), p. 1-8; http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02704.pdf

Lopes, M., (1999). *Conceções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Editora Gráfica;

Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas*. Porto: Asa.

Libano, L.E.M. (2012). *Análise Económica da Introdução, do Sistema de Melhoria Continua Kaizen no Bloco Operatório do Centro Hospitalar do Porto* [Master's thesis, Universidade do Minho] RCAAP.

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/28254/1/cappraxis.pdf>

Link T. (2019). Guideline Implementation: Sterilization. *AORN journal*, 109(6), 772–782. <https://doi.org/10.1002/aorn.12668>

Machado, G., Ouro, E., & Santana, F. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista brasileira de saúde funcional*, 2 (1), 33-45.

<https://adventista.emnuvens.com.br/RBSF/article/download/696/596>

Marques, A. (2022) *Gerir com qualidade em saúde (Cap. 12)*, 125-131. Edição Lidel.

Matos, M. J. (2022). *O princípio da autonomia na ética de Kant*. Edições Ex Libris.

McCarthy, B., Fitzgerald, S., O'Shea, M., Condon, C., Hartnett-Collins, G., Clancy, M., Sheehy, A., Denieffe, S., Bergin, M., & Savage, E. (2019). Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review. *Journal of nursing management*, 27(3), 491–501. <https://doi.org/10.1111/jonm.12727> 2019 Apr;27(3):491-501.

McGarvey, H. E., Chambers, M. G., & Boore, J. R. (2000). Development and definition of the role of the operating department nurse: a review. *Journal of advanced nursing*, 32(5), 1092–1100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01578>.

Medeiros, A. B. de A., Enders, B. C., & Lira, A. L. B. D. C. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery*, 19(3), 518–524. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>.

Mengistu, D. A., Alemu, A., Abdukadir, A. A., Mohammed Husen, A., Ahmed, F., Mohammed, B., & Musa, I. (2023). Global Incidence of Surgical Site Infection Among Patients: Systematic Review and Meta-Analysis. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*, 60, 469580231162549. <https://doi.org/10.1177/00469580231162549>

Ministério da Saúde de Portugal (2015). *Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios – relatório final. Ministério da Saúde*. https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf

Morrow, M. R., & Watson, J. (2022). Nursing Is the Light in Institutional Darkness: A Dialogue With Dr. Jean Watson. *Nursing science quarterly*, 35(1), 35–40. <https://doi.org/10.1177/08943184211051349>.

Mota, A. S., Castilho, A. F., & Martins, M. M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), e20134. <https://doi.org/1012707/RV20134>.

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>.

Nascimento, F. C. L. D., & Rodrigues, M. C. S. (2020). Risk for surgical positioning injuries: scale validation in a rehabilitation hospital. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 28, e3261. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2912.3261>.

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência*

& *Saúde Coletiva*, 26(2), 505–510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>.

Neves, F.M.C.S.V. (2011). *Gestão Lean em ambiente administrativo na Sonae Center Serviços II, SA*. [Master's thesis, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto] RCAAP. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/67890>

Nobre, P.I.R. (2017). *Riscos no bloco operatório implicações na gestão*. [Master's thesis, Universidade da Beira Interior] RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.6/9570>

Oliveira, G. P., Durães, B. A., Fernandes, P. K. L., Soares, C. M., Pereira, D. de F., Almeida, M. A., & Maia, L. F. dos S. (2020). Humanização da assistência de enfermagem no perioperatório e o avanço tecnológico. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 10(31), 165–173. <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.31.165-173>.

Oliveira, G. da S. A. de, Amorim, L. S. de, & Maia, A. L. (2021). Informed consent form x safe surgery checklist: integrative literature review. *Research, Society and Development*, 10(15), e450101523630. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23630>.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29_102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade_emc_rev.pdf

Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2023*.

https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf

Orebaugh, S. (2022) *Lesão Nervosa Perioperatória não Relacionada ao Bloqueio Nervoso*. Nysora. <https://www.nysora.com/pt/Tópicos/complicações/lesão-nervosa-perioperatória-bloqueio-de-nervo-não-relacionado/>

Organização Mundial de Saúde (2009). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura Salva-Vidas*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgiasegura-2009-pdf.aspx>.

Parry, A. M., Barriball, K. L., & While, A. E. (2015). Factors contributing to registered nurse medication administration error: A Narrative Review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 403–420. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.003>.

Petersen, C., & Kleiner, C. (2011). Evolution and revision of the Perioperative Nursing Data Set. *AORN journal*, 93(1), 127–132. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.07.015>

Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L. C., & Carlsson, E. (2017). Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 674–686. <https://doi.org/10.1111/scs.12378>

Pinheiro, A. (2018). Os Sistemas de Informação na prática de um médico de família: onde está a interoperabilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 34, 250-254; <https://www.researchgate.net/publication/328197295>

Pinto, J.M.M. (2008). *Kaizen nas unidades hospitalares: criar valor eliminando desperdício* [Master's thesis Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto]. RCAAP. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57973/2/Texto%20integral.pdf>

Pinto, J. R., Matias, A. C., & Sarnadas, L. L. (2020). Avaliação da cultura de segurança do doente em cirurgia ambulatória pelos enfermeiros: protocolo de scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20059. [doi:10.12707/RV20059](https://doi.org/10.12707/RV20059)

Pisco, L. & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. <https://www.researchgate.net/publication/266584295> Qualidade de cuidados de saúd e primarios

Pocock, P. (2007). The Entry of PNDS in Canada. *Perioperative Nursing Clinics*. 2(3). 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.cpen.2007.05.008>

Poeira, A., Nunes, L., Cerqueira, A., Silva, A., Lopes, N. (2018). Health Care Rationing in Quality of Nursing Care: Systematic Review. *RIASE*, 4 (3). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28171/1/327-1262-1-PB.pdf>

Porto Editora – mestre - no *Dicionário infopédia da língua portuguesa*, Porto: Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/mestre>

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (2017). Direção Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Qualey R. (2023). Documenting perioperative care in the electronic health Record. *AORN journal*, 118(4), 261–266. <https://doi.org/10.1002/aorn.14010>.

Quintana D. (2022). Surgical conscience: a concept analysis for perioperative nurses. *AORN journal*. 116(6), 533–546. <https://doi.org/10.1002/aorn.13827>.

Quinteiro, C., & Cunha, M. (2021). Pressão de insuflação do balão de controlo do cuff do tubo Endotraqueal: conhecimentos dos enfermeiros. *Servir*, 2(01), 109-121. <https://doi.org/10.48492/servir0201.25728>

Rauch, S., Miller, C., Bräuer, A., Wallner, B., Bock, M., & Paal, P. (2021). Perioperative hypothermia-A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8749. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168749>.

Redaelli I. (2018). Nontechnical skills of the operating theatre circulating nurse: An ethnographic study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), 2851–2859. <https://doi.org/10.1111/jan.13800>.

Rego, A. & Coelho, P. (2016). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 59(5-6), 68-75. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/download/23469/17468/89889>.

Regulamento nº 76/2018 (2018). Diário da República: II série, nº 21 (30 janeiro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>

Regulamento nº 429/2018 (2018). Diário da República: II série, nº135 (16 de julho), 19359-19368. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento nº140/2019 (2019). Diário da República: II série, nº 26 (6 fevereiro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº 743/2019 (2019). Diário da República: II série, nº184 (25 setembro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ribeiro, M. R. S. M. (2019). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. *Revista Sinais Vitais* (129), 29-41. <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV129.pd>

Ribeiro, A. (2020). *Avaliação do risco de úlcera por pressão no doente crítico – estudo comparativo entre a escala de Braden e a escala de Cubbin-Jackson*. [Master’s thesis,

Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/35655>.

Rickard, C. M., Flynn, J., Larsen, E., Mihala, G., Playford, E. G., Shaw, J., Keogh, S., Ullman, A., Zhang, L., Gavin, N., Kleidon, T., Chopra, V., McCarthy, A. L., Rocha, P. K., & Marsh, N. (2021). Needleless connector decontamination for prevention of central venous access device infection: A pilot randomized controlled trial. *American Journal of Infection Control*, 49(2), 269–273. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.07.026>.

Riem, N., Boet, S., Bould, M. D., Tavares, W., & Naik, V. N. (2012). Do technical skills correlate with non-technical skills in crisis resource management: a simulation study. *British Journal of Anaesthesia*, 109(5), 723–8. <http://doi.org/10.1093/bja/aes256>.

Rodrigues, J. A. P., Lacerda, M. R., Galvão, C. M., & Cubas, M. R. (2022). Use of the international classification for nursing practice in the construction of a care protocol. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(4), e20210488. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0488>.

Rodrigues, M. (2009). Implementação e impacto económico do sistema de distribuição de medicamentos automático - pyxis no serviço de urgência e bloco operatório do hospital geral do centro hospitalar de Coimbra, EPE. *Revista de la OFIL* <http://www.revistadelaofil.org/Articulo.asp?Id=149>

Rodriguez-Garcia, M. R., Medina-Moya, J. L. (2016). O legado do cuidado como aprendizagem reflexiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2711. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0639.2711>.

Rothrock, J. (2021). *Alexander cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (16th ed.) Guanabara Koogan editora.

Rowan, N. J., Kremer, T., & McDonnell, G. (2023). A review of Spaulding's classification system for effective cleaning, disinfection and sterilization of reusable medical devices: Viewed through a modern-day lens that will inform and enable future

sustainability. *The Science of the total environment*, 878, 162976. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2023.162976>.

Ruiz Hernández, C., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Vargas Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 77(8), 3274–3285. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>

Saigí-Rubió, F., Pereyra-Rodríguez, J. J., Torrent-Sellens, J., Eguia, H., Azzopardi-Muscat, N., & Novillo-Ortiz, D. (2021). Routine Health Information Systems in the European Context: A Systematic Review of Systematic Reviews. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4622. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094622>.

Sancllemente-Dalmau, M., Galbany-Estragués, P., Palomar-Aumatell, X., & Rubinat-Arnaldo, E. (2022). Defining competencies for nurse anaesthetists: A Delphi study. *Journal of advanced nursing*. 78(11), 3696–3709. <https://doi.org/10.1111/jan.15348>.

Sandelin, A., Kalman, S., & Gustafsson, B. Å. (2019). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork-Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. *Journal of clinical nursing*, 28(13-14), 2635–2643. <https://doi.org/10.1111/jocn.14850>.

Saver C. (2022). Retained Surgical Items: Overview of a Persistent Problem in Health Care. *AORN journal*, 116(2), 111–115. <https://doi.org/10.1002/aorn.13747>.

Saviato, R. M., & Leão, E. R. (2016). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Escola Anna Nery*, 20(1), 198–202. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>

Seavey R. E. (2015). Safe instrument reprocessing: the perioperative role. *AORN journal*, 101(4), 482–485. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.01.008>.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel - Edições técnicas, Lda.

Shatrov, K., Pessina, C., Huber, K., Thomet, B., Gutzeit, A., & Blankart, C. R. (2021). Improving health care from the bottom up: Factors for the successful implementation of kaizen in acute care hospitals. *PloS one*, 16(9), e0257412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257412>

Siirala, E., Suhonen, H., Salanterä, S., & Junttila, K. (2019). The nurse manager's role in perioperative settings: An integrative literature review. *Journal of nursing management*, 27(5), 918–929. <https://doi.org/10.1111/jonm.12770>

Silva, M. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável - Melhoria da qualidade* [Master's thesis Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>

Skramn, S. H., Jacobsen, I. S., & Hanssen, I. (2021). Communication as a non-technical skill in the operating room: A qualitative study. *Nursing Open*, 8(4), 1822-1828. <https://doi.org/10.1002/nop2.830>

Small, C., & Laycock, H. (2020). Acute postoperative pain management. *The British journal of surgery*, 107(2), e70–e80. <https://doi.org/10.1002/bjs.11477>

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). Recomendações da SPA para a manutenção de normotermia no período perioperatório. <http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Søndergaard, S. F., Lorentzen, V., Sørensen, E. E., & Frederiksen, K. (2017). The documentation practice of perioperative nurses: a literature review. *Journal of clinical nursing*, 26(13-14), 1757–1769. <https://doi.org/10.1111/jocn.13445>

Søndergaard, S. F., Lorentzen, V., Sørensen, E. E., & Frederiksen, K. (2017). Danish Perioperative Nurses' Documentation: A Complex, Multifaceted Practice Connected

With Unit Culture and Nursing Leadership. *AORN journal*, 106(1), 31–41. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.05.003>

Søndergaard, S. F., Frederiksen, K., Sørensen, E. E., & Lorentzen, V. (2019). A Realistic Evaluation of Danish Perioperative Nurses' Documentation Practices. *AORN journal*, 110(5), 500–509. <https://doi.org/10.1002/aorn.12840>

Sotto, K. T., Burian, B. K., & Brindle, M. E. (2021). Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Meta-Analysis. *Journal of the American College of Surgeons*, 233(6), 794–809.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.692>.

Sousa, J. P. (2006) *Elementos de teoria e pesquisa da comunicação e dos media* (2nd. ed.). Edições Universidade Fernando Pessoa.

Sousa, M. H. A., & Figueiredo, A. S. (2021). Os registos de enfermagem nas revistas portuguesas (1958-1998): Um estudo bibliométrico. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(8), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20173>.

Sousa, P., Mendes, W. (2019). *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. (2nd. ed.). Editora FioCruz. <https://doi.org/10.7476/9788575416426>.

Speth J. (2023). *Guidelines in practice: Positioning the patient*. *AORN journal*, 117(6), 384–390. <https://doi.org/10.1002/aorn.13929>.

Syyrilä, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Härkänen, M. (2020). Communication issues contributing to medication incidents: Mixed-method analysis of hospitals' incident reports using indicator phrases based on literature. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2466–2481. <https://doi.org/10.1111/jocn.15263>.

The Facility Guidelines Institute (2018). *Guideline dor design and construction oh hospitals*. *The Facility Guidelines Institute* (2018th. ed.). Edição The Facility Guidelines Institute.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5th. ed.). Lusociência edições técnicas e científicas.

Tonin, L., Nascimento, J. D., Lacerda, M. R., Favero, L., Gomes, I. M., & Denipote, A. G. M. (2017). Guide to deliver the elements of the Clinical Caritas Process. *Escola Anna Nery*, 21(4), e20170034. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0034>.

Uslu, A., & Stausberg, J. (2021). Value of the Electronic Medical Record for Hospital Care: Update From the Literature. *Journal of Medical Internet Research*, 23(12), e26323. <https://doi.org/10.2196/26323>.

Valentim, J. (2008). Dor aguda do pós-operatório – Princípios Básicos. *Revista Dor, Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*. Volume 16 • N.1/2008. Permanyer Portugal. https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2008_01.pdf.

Vargas Rodrigues, A. F., Schneider, D. S. dos S., Silveira, D. T., Trevisan, I., de Camargo, M. D., & Thomé, E. G. da R. (2019). Estrutura informatizada para processos no centro de material e esterilização. *Revista SOBECC*, 24(2), 107–114. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900020009>.

Veiga, M. (2015). *Processo Clínico Eletrónico*. [Master`s thesis, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra, 29-40; <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/34873/1/Processo%20clinico%20eletronico.pdf>

Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric - Mental Health Nursing* (5th ed.) Edições Wolters kluwer health.

Vogelsang, A.-C. V., Swenne, C. L., Gustafsson, B. A., & Brynhildsen, K. F. (2020). Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Nursing Open*, 7(2), 495- 502. <https://doi.org/10.1002/nop2.424>.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Editora Lusociência. pg. 54.

Wei, H., & Watson, J. (2018). Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *International journal of nursing sciences*, 6(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.001>

Wagner, D., Hooper, V., Bankieris, K., & Johnson, A. (2021). The Relationship of Postoperative Delirium and Unplanned Perioperative Hypothermia in Surgical Patients. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 36(1), 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.06.015>

Werneburg G. T. (2022). Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Current Challenges and Future Prospects. *Research and reports in urology*, 14, 109–133. <https://doi.org/10.2147/RRU.S273663>

Williams K. (2023). Guidelines in Practice: Patient Information Management. *AORN journal*, 117(1), 52–60. <https://doi.org/10.1002/aorn.13844>.

World Health Organization (WHO) (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>

World Health Organization (WHO) (2017a). Patient safety: making health care safer. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-en.pdf>

World Health Organization (2017b). Third Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. Strategic Framework, Geneva. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>

World Health Organization (WHO) (2019). Patient safety. Global action on patient safety Report by the Director-General. Seventy-Second *World Health Assembly*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf

Xiao, M. Z., Liu, C. X., Zhou, L. G., Yang, Y., & Wang, Y. (2023). Postoperative delirium, neuroinflammation, and influencing factors of postoperative delirium: A review. *Medicine*, 102(8), e32991. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032991>

Zhang, L., & Ma, Y. (2023). A study of the impact of project-based learning on student learning effects: a meta-analysis study. *Frontiers in psychology*, 14, 1202728. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1202728>

