

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS NOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS  
À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA:  
GESTÃO DA DOR NO CONTEXTO  
NEUROCIRÚRGICO**

**Urbina Nídia Rodrigues da Silva**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de  
São José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação  
Perioperatória.**

**Funchal,  
2023**



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS NOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS  
À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA:  
GESTÃO DA DOR NO CONTEXTO  
NEUROCIRÚRGICO**

**Urbina Nídia Rodrigues da Silva**

**Orientadora: Professora Doutora Cristina Pestana**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de  
São José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação  
Perioperatória.**

**Funchal,**

**2023**

*"Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes".*

*Marthin Luther King*

## **AGRADECIMENTOS**

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e seus docentes, em especial à Professora Doutora Cristina Pestana, pela disponibilidade, exigência, incentivo e rigor na orientação.

Ao Hospital Dr. Nélio Mendonça e ao Centro Hospitalar Universitário do Porto por terem me acolhido para a realização dos diferentes ensinamentos clínicos.

À Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Goreti Timóteo pela disponibilidade e amabilidade.

À Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Arlete Marta e Fátima Vieira pelo profundo conhecimento da ciência de enfermagem e pelo contributo para o meu desenvolvimento profissional.

À Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Carla Correia pela excelente profissional que é, pela partilha desta aventura, pelos incontáveis desabafos e pelo apoio incansável.

À Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Luísa Soares pelo exemplo profissional, pela ética, pelo rigor e, acima de tudo, pela confiança depositada em mim.

Às futuras Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica Catarina Gonçalves e Sofia Pereira por terem partilhado comigo a aventura do Porto.

Aos colegas do bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, pela disponibilidade e apoio e aos colegas do bloco operatório de neurocirurgia do Centro Hospitalar Universitário do Porto, por me terem acolhido tão bem e terem sido incansáveis na partilha de experiências e aprendizagens.

Aos amigos, família de coração, por estarem presentes.

À minha família pelo apoio e amor incondicional e pela desmedida paciência.

## RESUMO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área do Cuidado à Pessoa em Situação Perioperatória, na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, elaborou-se o Relatório de Estágio “Desenvolvendo competências nos cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação perioperatória: a gestão da dor no contexto neurocirúrgico”.

Com a finalidade de demonstrar a capacidade de organização e planeamento de intervenções especializadas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa, de análise e reflexão sobre as mesmas e das respetivas implicações éticas, bem como, de fundamentação científica e de comunicação das suas conclusões, o relatório evidencia o percurso realizado ao longo de dois ensinamentos clínicos para o desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória e ainda da minha experiência profissional de 18 anos em contexto de Bloco Operatório.

Revela um especial interesse pela gestão da dor no cliente perioperatório, visando a prevenção da sua cronicidade, e sublinha a aquisição de competências para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória e maximizar a segurança da mesma e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Baseado numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva, sustentado pela mais recente evidência científica e nos referenciais da profissão, o relatório encontra-se organizado em quatro capítulos. Um primeiro que enquadra a realização do curso de mestrado num percurso profissional no cuidado especializado à pessoa em situação perioperatória, seguido de outro que se debruça sobre o desenvolvimento das competências comuns. O terceiro, apresenta uma descrição detalhada do contributo dos diferentes contextos dos ensinamentos clínicos no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e, por fim, um quarto capítulo que relaciona o percurso de aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica com as requeridas para a atribuição do grau de Mestre.

Palavras-chave: Enfermagem, Competências, Cuidados Especializados, Pessoa em situação Perioperatória, Gestão da Dor

## **ABSTRACT**

In scope of the Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing in the area of Perioperative Nursing at the São José de Cluny Nursing School, it was developed the internship report "Developing competencies in specialized Nursing Care to the person in perioperative situation: pain management in the neurosurgical context".

With the purpose of demonstrating the capability to organize and plan specialized nursing interventions to the perioperative patient and their family/significant person, analysis and reflect on these interventions and their ethical implications, as well as to provide scientific evidence and communicate their conclusions. The report highlights the path and progress along two clinical trainings to develop and consolidate the common and specific competencies of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, in the area of nursing care to perioperative patients, and also my professional experience of 18 years in the context of the Operating Room.

Reveals a special interest in pain management in the perioperative client, in order to prevent it's chronicity and underlines the acquirement of competencies to care for the person and their family/significant person in the perioperative situation and maximize the safety of the person and the multidisciplinary team, congruent with surgical awareness.

Based on a descriptive, analytical and reflective methodology, supported by the latest scientific evidence and the references of the profession, the report is organized into four chapters. The first chapter includes the completion of the master's degree in a professional path in specialized care to perioperative patients, followed by a chapter focuses on the development of common competencies. The third chapter presents a detailed description of the contribution of the different contexts of clinical training in the development of specialized nursing competencies in perioperative care and, finally, a fourth chapter relates the acquisition of specialized competencies in Medical-Surgical Nursing to those required for the attribution of the Master's degree.

Keywords: Nursing, Competencies, Specialized Care, Perioperative Person, Pain Management

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓMIOS**

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

ANI - *Analgesia Nociception Index*

AORN - *Association of PeriOperative Registered Nurses*

BO - Boco Operatório

BONCHUP - Bloco Operatório de Neurocirurgia do Centro Hospitalar Universitário do Porto

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CHKS - *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

CMMDor - Centro Multidisciplinar de Medicina da Dor - Dr. Rui Silva

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DAPO - Dor Aguda Pós-Operatória

DC - Dor Crónica

DCPO - Dor Crónica Pós-Operatória

DGS - Direção-Geral da Saúde

DRE - Diário da República Eletrónico

EC - Ensino Clínico

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

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

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*

GRC - Gestão de Risco Clínico

HNM - Hospital Dr.º Nélio Mendonça

IACS - Infecção Associada aos Cuidado de Saúde

IASP - *International Association for the Study of Pain*

ICN - *International Council of Nurses*

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAF - Projeto de Autoformação

PAIND - Escala de Avaliação da Dor e Demência Avançada

PBE - Prática Baseada na Evidência

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PE - Processo de Enfermagem

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1. CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: A GESTÃO DA DOR .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1. A gestão da Dor Aguda Pós-Operatória .....</b>	<b>19</b>
<b>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2. Melhoria contínua da qualidade.....</b>	<b>33</b>
<b>2.3. Gestão dos cuidados .....</b>	<b>39</b>
<b>2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....</b>	<b>44</b>
<b>3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICO NA ÁREA À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....</b>	<b>48</b>
<b>3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa.....</b>	<b>49</b>
<b>3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.....</b>	<b>68</b>
<b>4. EDIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....</b>	<b>79</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>85</b>

## **INTRODUÇÃO**

A aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências na Enfermagem é fundamental para uma prestação de cuidados de Enfermagem com qualidade à pessoa, num ambiente seguro, de forma organizada, respondendo de forma eficaz e eficiente às necessidades do cliente e família/pessoa significativa, focos indispensáveis à prática da Enfermagem Perioperatória.

Neste sentido, o presente Relatório de Estágio representa o culminar de um trajeto iniciado em 2021, com o ingresso no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, cuja apresentação e discussão pública visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na concretização deste relatório, intitulado “Desenvolvendo competências nos cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação perioperatória: gestão da dor no contexto neurocirúrgico”, pretendo demonstrar o desenvolvimento e aprofundamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação perioperatória, evidenciadas pela capacidade de organização e planeamento de intervenções especializadas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa, de análise e reflexão sobre as mesmas e das respetivas implicações éticas, bem como, de fundamentação científica e de comunicação das suas conclusões.

No Decreto-Lei nº 65/2018, encontra-se explanada a estrutura do 2º ciclo de estudos congruente com o grau de Mestre, o qual contempla a realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final” (p. 4151). Desta forma, os ensinamentos clínicos representam oportunidades únicas, que possibilitam a consolidação de conhecimentos, a aplicação na prática das teorias aprendidas durante o período formativo, assim como contribuem para a modificação e evolução das atitudes pessoais que se refletem na prática de cuidados de excelência.

O plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, publicado no Despacho n.º 10960/2020, especifica a realização de três ensinamentos clínicos. O ensino clínico I “Cuidar em sala, operatória” foi-me creditado pelo Conselho Técnico-Científico da escola, de acordo com o Regulamento n.º 507/2019 e após a explanação em portefólio das atividades, funções e cuidados desenvolvidos ao longo de 15 anos no Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos do Hospital Dr.º Nélio Mendonça,

compatíveis com as competências a desenvolver neste ensino clínico. O ensino clínico II corresponde à área dos cuidados perioperatórios em regime ambulatorio e decorreu na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Por fim, o ensino clínico III foi realizado no Bloco Operatório de Neurocirurgia do Centro Hospitalar Universitário do Porto, complementado com um curto período no Centro Multidisciplinar de Medicina da Dor - Dr. Rui Silva do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Ao longo do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dirigi a minha atenção para a gestão da dor da pessoa em situação perioperatória em contexto neurocirúrgico, por ser uma área do meu interesse pessoal e profissional e por se coadunar com a minha atividade profissional, enquanto enfermeira de anestesia do Bloco Operatório, uma vez que integro à equipa de neurocirurgia desde 2017.

A palavra dor tem a sua origem do grego *odyne* e do latim *dolor*, derivando desta combinação o termo dor na língua portuguesa. A *International Association for the Study of Pain* (IASP) em 2020, refere que a dor é atualmente descrita como uma experiência sensorial ou emocional desagradável, associada ou semelhante à associada, a um dano tecidual, real ou potencial. Esta atual definição de dor resulta do trabalho da *Task Force* criada pela IASP, em 2018, com o intuito de rever o conceito de dor, adotado por esta associação desde 1979. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), de 2019, define dor como um estado de perceção comprometida onde verifica-se o aumento de sensação corporal desconfortável, podendo haver referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, entre outras manifestações.

O conceito de dor é subjetivo, cada pessoa tem a sua própria conceção, uma vez que aprende o que é a dor, concetualizando-a através das suas próprias experiências de vida. É, portanto, perceptível afirmar que a dor não resulta apenas da estimulação do Sistema Nervoso Central (neurónios aferentes e eferentes). Assim, a IASP (2018) diz-nos que, a dor é uma experiência pessoal e que esta experiência é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo desencadear efeitos adversos nas funções vitais e no bem-estar social e psicológico.

Neste sentido, a escolha pelo campo de estágio de opção, ensino clínico III, prendeu-se com a possibilidade de aprofundamento de competências na capacitação da pessoa e família/pessoa significativa na gestão da experiência cirúrgica e na aquisição e aprofundamento de competências especializadas científicas, técnicas e relacionais na gestão da dor.

Este relatório estrutura-se em quatro capítulos. O primeiro aborda o enquadramento e a realização do Mestrado num percurso profissional no cuidado especializado à pessoa em situação perioperatória, com foco na gestão da dor, seguido de outro que se debruça sobre o desenvolvimento das competências comuns. O terceiro capítulo, apresenta uma descrição detalhada do contributo dos diferentes contextos dos ensinamentos clínicos no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e, por fim, um quarto capítulo que demonstra a edificação de competências para a atribuição do grau de Mestre.

No que diz respeito à metodologia para a elaboração deste relatório, a mesma caracteriza-se como descritiva, mas sobretudo analítica e crítico-reflexiva, resultado das situações vivenciadas nos diferentes ensinamentos clínicos, assim como durante toda a vertente teórica do presente Mestrado e por meio da experiência profissional que desenvolvo desde 2005. Procurarei narrar de forma crítico-reflexiva as várias atividades realizadas, suportando-as com evidência científica, nos Regulamentos e referenciais da profissão de Enfermagem.

O presente relatório será redigido segundo as normas da *American Psychological Association* 7ª edição (APA, 2019), preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. Estas estão descritas no documento “Elaboração de trabalhos académicos: síntese de orientações”, versão 1.2 de 2020, disponibilizado pela escola.

## **1. CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: A GESTÃO DA DOR**

A área de enfermagem a que se dedica o cuidar da pessoa e família em situação perioperatória é altamente especializada e específica. Este cuidar implica a passagem por três fases bem distintas mas relacionadas entre si: o pré-operatório, o intraoperatório e o pós-operatório. Todas elas com cuidados muito específicos e particulares e com um alvo bem definido, a pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica.

A *Association of PeriOperative Registered Nurses* (AORN), definiu em 1969 o conceito de enfermagem perioperatória como um conjunto das atividades de Enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante os três períodos da experiência cirúrgica do cliente, nomeadamente a fase pré, intra e pós-operatória (AORN, 1969).

Mais recentemente, a Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2018, definiu que os cuidados de enfermagem perioperatórios são orientados para os projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a experienciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório. Destinam-se a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença e desenvolve-se em cinco áreas complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos.

A AORN refere ainda que o enfermeiro da sala de operações, é o profissional que identifica as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da pessoa e, desenvolve e implementa um plano individualizado de intervenções de Enfermagem com o objetivo de manter a saúde e bem-estar do cliente antes, durante e após a cirurgia. Os cuidados perioperatórios são definidos pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP (2013) como o “conjunto de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios para dar resposta às necessidades do doente submetido a cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo” (p.9).

Ao longo do curso de Licenciatura em Enfermagem não somos preparados para este cuidar tão diferenciado, apesar de ser uma área abordada na vastidão da Enfermagem enquanto disciplina e profissão e de fornecer os conhecimentos e as ferramentas base da arte do cuidar, resultando assim, na necessidade de um tempo de integração longo e bastante intensivo para poder prestar os cuidados necessários em todas as áreas e com o conhecimento

e segurança devido. A *European Operating Room Nurses Association* (EORNA) em 2009 corrobora esta mesma evidência ao referir que este campo especializado é diverso e complexo, mas também com muitas sub-especialidades dentro dele.

A procura, a escolha e inclusive a espera pelo mestrado em enfermagem médico cirúrgica na área perioperatória decorre do que foi supramencionado e por ter sido essa a realidade com que me deparei ao longo do meu percurso profissional. Iniciei funções como enfermeira de cuidados gerais no bloco operatório (BO) na área de anestesiologia e cuidados pós-anestésicos imediatos, e senti necessidade de desenvolver conhecimentos e competências que me permitissem prestar cuidados de enfermagem adequados, seguros e de qualidade.

Uma vez que o percurso profissional desenvolvido levou-me, regularmente, a uma incessante busca de excelência do cuidado, não tinha achado adequado nenhum curso de pós-especialização ou mestrado que conseguisse responder às minhas necessidades de modo a aprofundar as competências na área da pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória. Na verdade, poderia ter optado pela Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) e dirigido a minha atenção para o cuidado à pessoa em situação crítica, muitas vezes presente no meu contexto laboral, mas não achei que preenchia totalmente as minhas necessidades, por ser o período perioperatório uma área tão diversa de cuidados.

A perspetiva deste mestrado e o meu crescente interesse no aprofundamento de competências renasce, com a publicação em Diário da República do Regulamento n.º 429/2018, que regula as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em quatro áreas distintas, sendo uma delas na Área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, elucidando, a OE, a sua necessidade da seguinte forma,

... as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, sobressaem e destacam-se diferentes áreas de enfermagem, das quais, em particular, se identificam as seguintes: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica (p.19359).

A OE em 2018, tal como referido anteriormente, alude que os cuidados de enfermagem nesta área de especialização visam a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença.

O modelo de desenvolvimento de competências de Patricia Benner (2001), defende a evolução do processo de aquisição de competências ao longo de cinco níveis, até se tornar

um perito em enfermagem numa determinada área. O suporte para atingir este nível de competência parte de uma base educacional à qual se associam as experiências profissionais que irão condicionar o desempenho. O perito é entendido, de acordo com esta teórica, como aquele que age com base no fundamento teórico e a partir da experiência, possuindo uma compreensão intuitiva das situações. Apresenta um comportamento fluído, complexo, antecipatório e eficaz.

A intenção de frequentar este mestrado surge naturalmente ao ir ao encontro das minhas necessidades, do meu desejo em desenvolver e aprofundar competências. Refiro aprofundar, uma vez que considero que o meu percurso profissional caminhou sempre muito próximo das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem dirigidas à pessoa em situação perioperatória. Relembro Benner (2001), para destacar o contributo da minha experiência profissional na consecução das competências de especialista, uma vez que a autora defende que “a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (p. 61).

Com a evolução de novas tecnologias e o aparecimento de novas profissões, o conceito de competência tem vindo a ser cada vez mais enunciado e debatido, sofrendo constantes mudanças e incorporando novas valências. Qual é o profissional, seja de que área for que não procura a excelência do desempenho? Para alcançar este nível de proficiência é necessário perceber o conceito de competência.

Competência deriva do latim *Competentia* e define-se como a qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções, é a aptidão, capacidade que uma pessoa tem para avaliar, idoneidade (Dicionários Editora, 2007)

Sapeta (2013) diz-nos que competência é uma característica subjacente a uma pessoa, relaciona-se com o desempenho superior na realização de uma tarefa ou numa determinada situação. Já em 2003, Le Boterf defendia que a competência compreendia três eixos: a pessoa (biografia, socialização), a formação/educação e a experiência profissional. Segundo ele a competência é um saber agir profissional responsável ao ponto de ser reconhecido pelos outros. Envolve saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades num contexto profissional específico. O mesmo autor acrescenta que o conceito de competência surge associado ao saber agir com pertinência, ao saber agir integrando uma pluridisciplinaridade de saberes, ao mobilizar recursos intrínsecos e externos, saber planear e antecipar e saber aprender. Ou seja, explica que à competência

estão inerentes três dimensões: os recursos disponíveis, a ação e os resultados que produz e a reflexividade/distanciamento.

Na disciplina de Enfermagem competência é definida como um “fenómeno multidimensional, complexo (...) a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional” (OE, 2003, p. 246).

Mais recentemente, Oliveira, em 2015, defende que a competência na prática da profissão de enfermagem requer a “aplicação de conhecimento, desempenho, habilidades e atitudes, o que implica a necessidade de uma definição holística de competência, facilitadora da aceitação do conceito e promotora do desenvolvimento de padrões de competência e de instrumentos necessários para a sua avaliação” (p. 213).

As competências do enfermeiro de cuidados gerais, do ponto de vista de Albuquerque et al. (2019), dizem respeito ao desempenho profissional que demonstre a aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, que lhe permitem o juízo clínico e a tomada de decisão. Tal desempenho deve ser baseado na relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente individual e/ou grupo, na tomada de decisão baseada em evidência científica, e na individualidade e respeito pela liberdade e dignidade humana de cada cliente, além do respeito e regulamentação profissional que estabelecem a boa prática.

O desenvolvimento das competências do enfermeiro e conseqüentemente dos cuidados em enfermagem, traduzem-se na necessidade de especialização na área de Enfermagem. A especialização, surge assim, com a evolução natural dos cuidados de saúde, e são consequência de uma maior exigência humana, técnica e científica.

O Regulamento n.º 140/2019 da OE, clarifica os diferentes tipos de competências que os EE deverão deter: as comuns e as específicas. A diferenciação e especialização na Enfermagem, conjuga um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e que deve ser partilhada por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Assim, as competências comuns do enfermeiro especialista em EMC encontram-se assentes em quatro pilares, nomeadamente: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (DRE, 2019).

O mesmo Regulamento define competências específicas como aquelas que emergem das “respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do

campo de intervenção definido para cada área de especialidade demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p. 4745).

Deste modo, o enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, cuida da pessoa, família/pessoa significativa a vivenciar processos cirúrgicos e anestésicos complexos.

O desempenho do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória (EEMCPSP) deve desenvolver-se segundo o Regulamento 429/2018 “em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos.” (p. 19366).

Emerge então a questão sobre o que é ser competente em enfermagem no contexto perioperatório. O Regulamento 429/2018 define o desenvolvimento de duas grandes competências para a obtenção do título de EEMCPSP. São elas o cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

O mesmo Regulamento elucida que a primeira competência evidencia-se quando 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 auto cuidado e reintegração familiar e social” (p.19366). A segunda competência tem em conta o complexo ambiente e o elevado risco do BO. Salientando que a intervenção do “enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional” (p. 19367).

O processo de desenvolvimento de competências, para além da componente teórica, compreende, inquestionavelmente, conhecer e experienciar contextos da prática que permitam este desenvolvimento. Bohomol et al. (2018), defendem que os ensinamentos clínicos (EC) constituem momentos essenciais de aprendizagem pois possibilitam a articulação dos conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como fomentam o desenvolvimento de raciocínio crítico e tomada de decisão fundamentais para um desempenho autónomo e eficaz.

Os mesmos autores defendem ainda que os EC são um “elemento fundamental na formação, pois, dependendo da organização didático-pedagógica, possibilita a

ressignificação dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso e concretiza as competências profissionais” (p. 1842).

A importância dos EC na edificação de competências em Enfermagem é fulcral, pois permite desenvolver uma práxis segura e de qualidade, sedimentar competências profissionais, e promover uma reflexão crítica sobre a prática profissional (Bohomol et al, 2018).

A procura incessante pelo conhecimento e pela melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, norteadas para o desenvolvimento de competências especializadas e de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à pessoa em situação perioperatória e indo ao encontro do exposto no Decreto-Lei n.º 65/2018, Artigo 20.º, defende a realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados” (p. 4164). Assim, tendo em conta o que foi referido anteriormente, a componente prática deste curso de mestrado foi concretizada em dois contextos de prática clínica distintos, permitindo a aquisição e aprofundamento das competências comuns, específicas e de Mestre.

Refiro que o EC I “Cuidar em sala operatória” foi-me creditado pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, após a elaboração de um portefólio fundamentado, resultante da minha experiência profissional no período intraoperatório e pós-operatório imediato ao longo de 15 anos, comprovativo do processo de aquisição de competência. O mesmo, foi ainda, enriquecido com a respetiva documentação de trabalhos e projetos comprovativos da aquisição das referidas competências. A este portefólio profissional, foi também anexado o meu currículo vitae, diretivas que vão ao encontro do Regulamento n.º 507/2019 referente ao processo de Creditação da Formação e Experiência Profissional da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

O EC II desenvolveu-se na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Estabeleci como objetivos, capacitar a pessoa e família, para a gestão da experiência cirúrgica em contexto ambulatório; cuidar da pessoa em situação perioperatória, assim como, adequar estratégias de comunicação, promotoras de segurança nos procedimentos cirúrgicos.

O EC III, bloco operatório de especialidade foi realizado no Bloco Operatório de Neurocirurgia do Centro Hospitalar Universitário do Porto (BONCHUP), complementado com um curto período no Centro Multidisciplinar de Medicina da Dor - Dr. Rui Silva (CMMDor) do Funchal. Teve como objetivo geral desenvolver competências especializadas

científicas, técnicas e relacionais na gestão da dor da pessoa/família com patologia do foro neurocirúrgico a vivenciarem a experiência cirúrgica, sendo norteado pelo Projeto de Autoformação (PAF).

### **1.1. A gestão da Dor Aguda Pós-Operatória**

O interesse pela gestão da dor da pessoa em situação perioperatória é resultado do meu percurso profissional de 18 anos como enfermeira de anestesia. Contudo, apesar do estudo já desenvolvido por mim, coexiste uma vontade e uma necessidade permanente em aprofundar conhecimentos e competências na área do perioperatório, e inerente a esta, é inevitável o meu interesse na gestão da dor da pessoa a vivenciar uma experiência anestésico-cirúrgica e que estratégias existirão para evitar a sua cronicidade. Este é um dos cuidados que está intrinsecamente ligado ao quotidiano da minha praxis profissional.

Neste contexto torna-se perceptível para mim e com a minha experiência profissional que, um dos focos de atenção nesta fase seja o conforto e o bem-estar da pessoa através da gestão da dor, compreendendo a importância na sua segurança e na promoção de cuidados de qualidade e de excelência. Por se tratar de uma área do meu interesse, pretendi adquirir e aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória submetida a intervenção neurocirúrgica, com maior destaque no intraoperatório e pós-operatório imediato, compreendendo o impacto da dor na segurança e na prevenção dos eventos adversos futuros, como a cronicidade da dor cirúrgica.

Segundo Cambotas (2014) os cuidados de enfermagem no perioperatório apesar de serem muito limitados em tempo, são de tal forma intensos que atravessam este período. Assim, do meu ponto de vista, a relevância em escolher esta temática, como futura enfermeira especialista na área da pessoa em situação perioperatória, advém do impacto que a dor aguda pós-operatória acarreta na qualidade de vida da pessoa que a vivencia e por quanto tempo esta perdura, de modo a que esta não evolua e se torne um evento crónico para quem o vivencia.

A palavra dor tem a sua origem do grego *odyne* e do latim *dolor*, derivando desta combinação o termo dor na língua portuguesa. A *International Association for the Study of Pain* (IASP) em 2020, refere que a dor é atualmente descrita como uma experiência sensorial ou emocional desagradável, associada ou semelhante à associada, a um dano tecidual, real ou potencial. Esta atual definição de dor resulta do trabalho da *Task Force* criada pela IASP, em 2018, com o intuito de rever o conceito de dor, adotado por esta associação desde 1979.

Desta forma, Raja et al (2020) acrescem à definição de dor, acima mencionada, a sua etimologia e algumas notas a acompanhar esta definição, onde destacam a subjetividade da dor e a influência desta experiência pessoal por fatores biológicos, psicológicos e sociais, alertam para a diferença entre o fenómeno de dor e nociceção, e como o conceito de dor é apreendido ao longo da vida e das experiências pessoais. Dão igual ênfase, nas notas, que a descrição verbal de dor é apenas uma dos vários comportamentos passíveis de expressar dor, e que o facto de não conseguir comunicar, não é sinónimo de não experienciar dor. Destacam, também, que qualquer afirmação de dor deve ser respeitada.

A dor aguda, do ponto de vista biológico está intimamente relacionado ao instinto de sobrevivência, alertando para um perigo, para algo que causa dano, ativando da parte do organismo uma resposta de fuga, de modo a evitar o estímulo causador de dor. Lages et al (2019) corroboram este ponto de vista ao referirem que a dor aguda pode ser definida como “uma resposta fisiológica complexa que ocorre por uma lesão tecidual e cessa com a cura da lesão subjacente” (p. 20). Os mesmos autores referem ainda que este tipo de dor é maioritariamente de origem nociceptiva, e deve-se geralmente a trauma, processos inflamatórios ou cirurgia.

A dor associada à cirurgia é também descrita como dor aguda pós-cirúrgica ou pós-operatória. Para Schug et al. (2017) o alívio da dor depois de uma cirurgia é fundamental e imprescindível para o bem-estar e conforto e contribui para uma melhor e rápida recuperação.

Segundo a IASP (2011), no âmbito do ano mundial contra a Dor Aguda Pós-Operatória (DAPO), esta caracteriza-se por um conjunto de experiências sensoriais, emocionais e mentais desagradáveis, associada a respostas autonómicas, endócrino-metabólicas, fisiológicas e comportamentais.

A evidência científica refere que a DAPO não controlada ou de difícil controle, é uma das razões major da evolução para a cronicidade (Brennan e Pogatzki-Zahn 2017, Morlion e Carr 2017). Este facto leva-me diversas vezes a refletir sobre que estratégias poderia adotar para prevenir que a DAPO evolua para crónica, contribuindo para a manutenção da segurança da pessoa a vivenciar um processo perioperatório.

A AESOP refere que “a segurança do doente e do pessoal é primordial num ambiente de alta tecnologia, de uma enorme especialização, onde se pretende prestar cuidados de qualidade” (AESOP, 2013, p.63). Existem múltiplos riscos no período perioperatório que são potenciados pelo estado de vulnerabilidade do cliente, pela natureza

dos procedimentos e pela complexidade do ambiente. Desta forma, a mesma associação defende que o enfermeiro perioperatório deve ser detentor de competências que assegurem a segurança do cliente, do ambiente e da equipa.

Toda a pessoa que é submetida a um procedimento anestésico-cirúrgico tem a sua segurança em risco. Não apenas no que concerne aos riscos mais conhecidos deste período (químicos, elétricos, biológicos, tóxicos e os de controlo ambiental para a prevenção da infeção), mas também a outros, como a dor. O tratamento ineficaz da dor provoca alterações hemodinâmicas facilmente visíveis como taquicardia, hipertensão e taquipneia mas também ocasiona experiências desfavoráveis com consequências físicas como, a limitação da mobilidade ou respiração e perda de autonomia, conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida durante a sua recuperação. Todas estas consequências podem levar ao aumento do tempo de hospitalização pelo atraso na cicatrização da ferida cirúrgica, aumento do risco de deiscência de anastomoses e aumento do risco de infeção respiratória (Morlion & Carr, 2017).

É expectável que inerente a um procedimento cirúrgico esteja associada a dor. Diariamente observo que é uma das queixas mais comuns que os clientes apresentam no período pós-operatório imediato. A dor torna-se um evento que afeta a segurança do cliente na medida que a cirurgia provoca lesão nos tecidos. Embora possa salvar vidas, a cirurgia também está associada a danos potenciais, que frequentemente incluem dor durante e após o procedimento (Gan, 2017). Morrison et al.(2019), afirmam que uma analgesia eficaz é um dos pilares que favorece a recuperação após a cirurgia, constituindo um elemento fundamental na redução do stress cirúrgico e potenciando uma rápida recuperação dos sistemas vitais, voltando ao estado semelhante ao existente até ao procedimento anestésico cirúrgico; especifica ainda benefícios no sono, na alimentação e na possibilidade da mobilização precoce.

Gan (2017), adverte que, a uma gestão inadequada da DAPO, estão associados efeitos fisiológicos e psicológicos com impacto em diversos sistemas fisiológicos. A nível cardiovascular, taquicardia, hipertensão e nos casos mais severos, isquemia coronária e enfarte; a nível pulmonar, hipoventilação, atelectasias e diminuição da capacidade respiratória, conduzindo a uma maior probabilidade de infeções respiratórias; a nível gastrointestinal conduz a uma reduzida motilidade intestinal, náuseas e vômitos e a nível renal poderá provocar maior probabilidade de retenção urinária e oligoanúria. O impacto negativo de experienciar dor, pode ser, igualmente, observado no sistema muscular, na

função imunológica, no processo de cicatrização e no sono. A nível psicológico pode provocar ansiedade e depressão (Gant, 2017; Morrison, 2019).

Os conceitos de dor e cirurgia, estão relacionados, mas a ocorrência de uma cirurgia não deverá presumir uma dor que não seja possível de controlar. É universalmente aceite que isto ocorra, mas de forma limitada no tempo, pois o cliente que ali se encontra aceitou a cirurgia e os seus riscos para manter, recuperar ou melhorar o seu estado de saúde. Deverá existir um planeamento de toda a equipa pluridisciplinar para a minimização deste evento. Não é compreensível que esta dor permaneça além do esperado, que não consiga ser controlada ou que a longo prazo seja consequência da cirurgia. Silva, em 2016, levou a cabo um estudo com o objetivo de descrever os diagnósticos de enfermagem em uma sala de recuperação pós-anestésica e concluiu que o diagnóstico de Dor Aguda esteve presente em 100 % da população estudada.

A dor crónica (DC) é definida como o “tipo de dor persistente e que pode ser contínua ou recorrente e com duração ou intensidade suficiente para influenciar e afetar de modo adverso o bem-estar funcional e a qualidade de vida da pessoa” (Silva & Abelha, 2018). Outra definição para este tipo de dor é a da IASP, onde a dor é conceptualizada como uma dor prolongada no tempo (duração igual ou superior a três-seis meses) ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem.

Segundo Brennan e Pogatzki-Zahn (2017) e Morlion e Carr (2017), uma das causas major da DC é a DAPO. Décadas de pesquisa evidenciaram que a DAPO tem uma fisiopatologia distinta que se reflete na sensibilização periférica e central e que fatores humorais contribuem para a variação da sua intensidade e que esta difere em repouso e ao movimento (Brennan & Pogatzki-Zahn, 2017; Tiippana et al., 2018).

O alívio e tratamento deste tipo de dor no período pós-operatório é essencial para o bem-estar e conforto do cliente, uma vez que contribui para uma rápida e melhor recuperação (Schung et al., 2017).

Mais de 300 milhões de cirurgias são realizadas no mundo por ano, sejam elas *major* ou *minor*, em regime ambulatorio ou não, em clientes mais ou menos fragilizados, todas elas suscetíveis de provocar dor (Morlion & Carr, 2017).

Os mesmos autores referem que é possível estabelecer uma relação entre o número de cirurgias efetuadas anualmente e a taxa de prevalência da DAPO, sendo esta taxa de 50%, tornando-se claro que é urgente aprofundar e desenvolver conhecimentos nesta área, de

modo a adotar estratégias que impeçam a sua evolução para a cronicidade e que abarquem todas as fases do período perioperatório.

Este facto é tão merecedor de atenção, pelo impacto que exerce no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos, que a Dor Crónica Pós-Operatória (DCPO) se tornou uma prioridade de saúde pública, estando incluída na Classificação Internacional de Doenças desde 2019.

Torna-se então fulcral definir este fenómeno. A DCPO é descrita por vários autores e de variadas formas, sofrendo a sua definição várias alterações. Apesar disto, é definida universalmente como a dor que persiste por mais de três meses após uma cirurgia, alguns autores propuseram limites entre dois e seis meses, ou a dor não presente antes da cirurgia ou que apresenta características diferentes ou que apresenta um aumento de intensidade da dor pré-operatória ou ainda como a dor localizada no sítio cirúrgico (IASP, 2017; Lavand'homme & Pogatzki-Zahn, 2017; Kongsgaard, 2014 e Macrae, 2008).

Appleton (2018) refere que a DCPO tem uma incidência que oscila entre os 20 e os 50% após uma cirurgia major e de aproximadamente 10% nas cirurgias menos invasivas.

Já Lavand'homme e Steyaert (2018) são mais explícitos, referem que os procedimentos cirúrgicos que apresentam uma incidência maior de desencadear DCPO são, com 75% a amputação de um membro inferior, seguido de 43% a mastectomia e 41% a torocotomia.

Em contexto neurocirúrgico, a maioria da cirurgia craniana não se encontra associada a DAPO moderada a severa e consequentemente tem uma baixa incidência na sua evolução para a cronicidade. Cenário diferente é a cirurgia associada à coluna vertebral, cuja complexidade pode estar associada a DAPO moderada a severa, o que constitui um dos fatores preditivos para o desenvolvimento de DCPO (Lopes et al, 2020).

Williamson e Cameron (2021) mencionam que a lombalgia é um problema global comum. A prevalência de dor lombar em 2017, foi estimada em cerca de 7,5% da população global, ou seja, em cerca de 577,0 milhões de pessoas, tornando-se assim, uma preocupação significativa de saúde pública. Mencionam também, que o número de pessoas com lombalgia está aumentando à medida que a população global aumenta e envelhece.

Anand (2021) corrobora o que foi referido anteriormente, ao referir que a dor lombar tem uma alta prevalência na população, sendo ainda maior entre a população idosa, com uma prevalência entre 21% e 75%, acarretando uma grande carga de incapacidade funcional, conduzindo inevitavelmente, à diminuição da qualidade de vida. O mesmo autor

alerta que, a maioria das dores nas costas se deve a alterações estruturais e deformidades osteoarticulares, alterações relacionadas ao disco, alterações do corpo vertebral, sarcopenia e compressão neural secundária. Peene et al (2021) referem que a laminectomia lombar é a técnica cirúrgica preferencial usada em clientes com estenose lombar, como forma de aliviar a dor lombar, reduzir a radiculopatia e melhorar a função geral.

Lopes (2020), refere que a DCPO afeta de tal forma a qualidade de vida das pessoas, resultando em “grandes desconfortos que desencadeiam incapacidades físicas significativas. Devido ao aumento da demanda que a DCPO gera aos serviços de saúde, é considerada um problema de saúde pública” (p.19).

Desta forma, é perceptível após o que foi mencionado que, a DCPO é uma situação clínica com alta incidência e que acomete a qualidade de vida das pessoas. Dado o impacto deste fenómeno a que a pessoa em situação perioperatória poderá estar vulnerável e aliando o meu interesse ao cliente neurocirúrgico, optei por desenvolver competências nesta área, resultando no desenvolvimento de competências nos cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação perioperatória na gestão da dor no contexto neurocirúrgico.

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

A evolução científica e tecnológica e a globalização a que assistimos diariamente pode passar despercebida, se perspetivada num curto intervalo de tempo. No entanto, cumulativamente, ao longo do tempo, vai influenciando a nossa visão do quotidiano e mudando a nossa perspectiva, vamos nos apercebendo que estamos dando pequenos saltos rumo à evolução.

É inevitável que surja a necessidade de uma adaptação das diferentes profissões a esta evolução. Nos cuidados de saúde e por consequência nos cuidados de enfermagem sucede o mesmo. Coexiste um natural acompanhamento da evolução da profissão de Enfermagem, mais concretamente no que diz respeito à formação, ao conhecimento científico, ao grau de complexidade, às responsabilidades, e por conseguinte, à dignificação do exercício da própria profissão, criando a necessidade de um cuidado cada vez mais específico e fazendo emergir áreas concretas de cuidado.

Nas profissões na área da saúde o termo competência, é utilizado para descrever o profissional que detém o conhecimento que permite realizar atividades consistentemente, de maneira segura (OMS, 2009). A mesma organização, acrescenta que competência reflete necessariamente, um nível aprimorado de conhecimento, perceção e avaliação, assim como uma gama de habilidades cognitivas, técnicas, psicomotoras e interpessoais, associada a uma variedade de atributos e atitudes pessoais.

Segundo o *International Council of Nurses* (2022), a Enfermagem enquanto profissão é parte integrante do sistema de saúde, dedicando-se à promoção da saúde, à prevenção da doença e ao próprio cuidado à doença física e mental, ao longo do ciclo vital e nos diferentes contextos de saúde. Também a OE (2022), no Regulamento 613/2022 enuncia que o enfermeiro, no seu exercício profissional, atua em diversas áreas, com o objetivo da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reinserção social da pessoa alvo dos cuidados.

Ainda no Regulamento 613/2022, a OE refere que, a Enfermagem e consequentemente o enfermeiro, tem evoluído de modo a acompanhar a evolução dos cuidados nos diferentes contextos de atuação e como resultado tem “assumindo uma complexificação crescente de conhecimentos, práticas e locais de trabalho, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro

especialista e enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde (p.179)”, facto este que, conduz às diferentes áreas de especialização na disciplina de Enfermagem.

O enfermeiro especialista é detentor de um corpo de competências, sendo que estas derivam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, pois independentemente da área de especialidade, a atribuição do título de enfermeiro especialista prevê que para além das competências específicas de cada área de especialidade, o mesmo seja detentor de um corpo de competências mais gerais e abrangentes, designadas por competências comuns. Estas são definidas pelo Regulamento nº 140/2019, como:

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 acessoria (p.4745).

Estas competências, transversais a todos os contextos de prestação de cuidados, encontram-se estruturadas em quatros domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

## **2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal**

O estatuto da OE, passível de consulta na Lei n.º 156/2015, refere que o enfermeiro deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados”. Acresce ainda que o enfermeiro tem o “dever de cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão” (p.8078).

Assim, o enfermeiro tem como dever exercer a sua profissão de acordo com o Estatuto da OE. No Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), 2015, 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.

Também o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), 2015, defende, no domínio de competência aqui abordado, que os enfermeiros devem adotar uma prática responsável e ética, salvaguardando os direitos humanos e legais das pessoas alvo dos cuidados.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE, a este domínio de competência surgem associadas duas competências essenciais: o desenvolvimento de uma prática ética e legal, respeitadora das normas legais e que vá de encontro aos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão e o desenvolvimento de uma práxis respeitadora dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais.

Este domínio de competência evidencia-se no enfermeiro especialista através da prática profissional segura, profissional e ética, baseando a sua atuação num corpo de conhecimentos ético-deontológicos, promotores da melhor prática e respeitadores da vontade do cliente.

Ao longo do meu processo formativo, considero que aprofundei este domínio de competência através de um conjunto de atividades desenvolvidas nos diferentes contextos que experienciei, quer a nível teórico nas unidades curriculares quer em contexto prático, nos ensinos clínicos.

A vertente teórica deste mestrado, capacitou-me neste domínio de competência através da unidade curricular de Ética e Deontologia, proporcionando uma reflexão sobre as várias temáticas pertinentes na minha área de especialidade, permitindo o meu crescimento pessoal e profissional enquanto Enfermeira Especialista. Permitiu-me adquirir um maior conhecimento do modelo de tomada de decisão, o modelo DECIDE, descrito por Thompson et al. (2004). Este modelo tem como objetivo ser uma ferramenta explicativa para o processo de tomada de decisão ética, com a finalidade de formular juízos de valor e tomar decisões éticas prudentes. Considero que esta unidade curricular permitiu-me aprimorar a minha prática clínica com a atualização de conhecimentos em bioética e das normas orientadoras da Deontologia em Enfermagem, conduzindo ao aprofundamento de conhecimentos e a uma aplicação com maior clareza dos princípios da autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência e permitiu-me ainda, aperfeiçoar a minha capacidade de tomada de decisão e de pensamento crítico-reflexivo.

A OE (2015) refere que na área da saúde a Enfermagem, é a profissão com o objetivo de prestar cuidados à pessoa saudável ou cliente “ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (p.14). Assim sendo, é manifestamente visível que a profissão de Enfermagem é focada essencialmente nas pessoas. Tendo isto em conta, os padrões éticos profissionais

estão interligados a um conceito moral básico, que é a constante preocupação e cuidado com o bem-estar das pessoas, família e/ou pessoa significativa.

Dos enfermeiros é esperado uma práxis coerente com uma conduta responsável e ética, agindo de acordo com o preconizado pela profissão, pelos direitos e interesses das pessoas alvo dos cuidados e pela deontologia, como defende a Regulamento n.º 613/2022, que define o ato do enfermeiro.

Deontologia é então, uma palavra de raiz grega composta por dois vocábulos: *deon* ou *deontos*, que significa o que fazer, e *logos*, que significa tratado, traduzindo-se assim como a “ciência dos tratados”. Do ponto de vista profissional, a deontologia é vista como um dever que procura definir as boas práticas, tendo sempre em mente e em conta as características específicas e próprias da profissão. De acordo com Deodato (2015), a deontologia é uma palavra que está ligada ao dever e à obrigação. É vista como um conjunto de regras e princípios que convencionam um agir por dever, transferindo à ação o seu valor moral, cuja plenitude só pode ser atingida por livre vontade.

Deodato (2015) demonstra a importância da Deontologia em Enfermagem na formulação do pensamento e na atuação dos enfermeiros, uma vez que para a enfermagem a Deontologia,

constitui um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro. Vasto, porque completo, incluindo as diferentes dimensões da prestação de cuidados e das demais áreas de intervenção da enfermagem. Poderoso porque, encontrando-se incluído numa lei, coloca as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país. A sua utilização revela-se, deste modo, como essencial na procura do melhor agir profissional de todos os dias, orientando e fundamentando as decisões e os atos dos enfermeiros (p.9-10).

Assim, a Deontologia é também entendida como uma ferramenta essencial para o processo de tomada de decisão, pois permite o desenvolvimento de uma prática baseada na responsabilidade ética e deontológica.

Todos os princípios acima mencionados são o pilar de uma prática de cuidados profissional, ética e segura, baseada no CDE, pois como defende a OE (2015), o CDE não pertence ao domínio de um objetivo a ser atingido, mas sim cumprido. Assim é dever do enfermeiro a aplicabilidade do mesmo em todas as ações práticas dos cuidados de Enfermagem. O Ministério da Saúde no Despacho n.º 14223/2009, refere que os Códigos Deontológicos promovem a qualidade dos cuidados prestados e consequentemente conduzem à atualização dos conhecimentos por parte dos profissionais, como forma de assegurar cuidados de qualidade. O mesmo é defendido no próprio CDE em 2015 nos artigos

100º e 109º, que patenteiam que os Enfermeiros devem assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos.

Ao longo deste processo de aprendizagem, assim como ao longo dos meus 18 anos de atividade profissional, procurei ter um corpo de conhecimentos científico atualizado, recorri muitas vezes a instituições de referência como a AESOP, a EORNA, a AORN, a IASP, a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, a *American Society of Anesthesiologists* e, inevitavelmente, a própria OE. De referir que este mestrado veio me munir de maior rigor científico pois consegui identificar as bases de dados mais fidedignas para consultar, de forma a aumentar o meu conhecimento científico.

Este vasto leque de fontes de conhecimento, assim como o CDE e o REPE, permitiu-me participar, nos diferentes ensinamentos clínicos, e de forma ainda mais consciente, em vários processos de tomada de decisão, ao ser confrontada com problemas complexos. Sempre que possível, para a resolução destes problemas, houve discussão com a pessoa alvo de cuidados, e algumas vezes com a família ou pessoa significativa quando oportuno, sempre com o conhecimento e consentimento da pessoa alvo dos cuidados. Houve também discussão com a enfermeira tutora e em equipa de modo a analisar, refletir, perspetivar e facilitar decisões semelhantes futuras.

Sequeira (2016), destaca o papel central do cliente no processo de tomada de decisão; defende que, para poder ajudar, o enfermeiro deve saber e acreditar que o cliente é o único detentor dos recursos básicos. O papel do enfermeiro é oferecer ao cliente, mas sem impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar para resolução do problema, não tomar decisões pelo cliente e nem o substituir na participação na ação.

No processo de tomada de decisão destaco uma situação vivenciada no EC no BONCHUP, no processo de admissão na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). A UCPA deste departamento é constituída por duas unidades. No decorrer de uma terceira admissão, foi necessário decidir qual cliente teria critérios para ser transferido para a UCPA no BO central e qual permaneceria. Para este processo de tomada de decisão conjuguei múltiplos aspetos, onde saliento os meus conhecimentos científicos e a minha experiência profissional onde tive em consideração a complexidade da técnica cirúrgica, a intensidade da dor esperada, a estabilidade hemodinâmica, a necessidade de uma avaliação clínica mais próxima da equipa multidisciplinar assim como o tempo de recuperação imediato estimado. Aliado aos aspetos supra mencionados, neste processo de tomada de decisão, basei-me no

modelo DECIDE, e em fundamentos como o respeito pela pessoa e dignidade humana, o princípio da não-maleficência, da beneficência, justiça e o respeito pela vida, entre outros.

Em toda a atuação do enfermeiro está subjacente um aspeto pertencente a este domínio de competência, que pode ser tido como presumido e até subestimado, mas que é deveras importante e essencial à prestação de cuidados e no agir profissional ético, aspeto este que, em contexto da pessoa em situação perioperatória, assume ainda uma maior relevância, é ele o consentimento informado.

Inerente ao consentimento informado, está, inevitavelmente, associado o nível de literacia em saúde de cada pessoa e a informação de que dispõe e que lhe foi fornecida, para poder exercer o seu direito de consentir determinado ato, de modo a que este seja livre e esclarecido.

Em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de forma que promovam e mantenham boa saúde (p.74)”. Entende-se então que literacia em saúde é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, procurar informação e assumir responsabilidades, permitindo que a pessoa alvo de cuidados seja detentora do controlo sobre a sua saúde.

Paiva (2021) no XIX Congresso Nacional AESOP, refere que a informação é um veículo fundamental para promover uma melhor adaptação da pessoa/família no contexto perioperatório e para lidar melhor com os problemas que advêm dessa situação. A forma como essa informação é transmitida é fundamental, cabendo ao profissional de saúde ser um veículo condutor entre a informação dada e a literacia em saúde da pessoa/família, respeitando sempre a tomada de decisão.

A solicitação do consentimento informado, livre e esclarecido à pessoa alvo de cuidados, vai ao encontro do princípio da autonomia. A Carta dos Direitos do Doente Internado emanado pela DGS (2004) defende este mesmo princípio ao expor que os clientes são portadores do direito de dar ou de recusar o seu consentimento, pelo que as intervenções apenas devem ser implementadas após a sua decisão afirmativa. Quando os clientes estão conscientes, é um ato comum na atuação do enfermeiro mas que assume especial importância quando a pessoa alvo de cuidados está inconsciente, como ocorre muitas vezes em contexto perioperatório em situações de urgência e emergência.

Torna-se assim perceptível que, inerente ao direito da liberdade e ao princípio da autonomia, o consentimento informado é um direito do cliente. Representa a livre aceitação

de qualquer intervenção no domínio da saúde após a exposição pelo profissional de saúde sobre o objetivo da intervenção, opções de tratamento, natureza da intervenção, as suas vantagens e desvantagens, assim como alternativas e os riscos e benefícios. A decisão final é sempre do cliente após esclarecimento de todas as dúvidas. Só assim o consentimento pode ser considerado informado, esclarecido e livre.

No entanto, e tal como atrás mencionado, a pessoa em situação perioperatória em contexto de urgência e, ou emergência pode não estar capaz de dar o seu consentimento, entrando em cenário um outro princípio, o da Beneficência. A Declaração dos Direitos do Homem e da Biomedicina (2001), defende no artigo 8º que em situações de urgência “se o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.” (p.28). Desta forma, ganha destaque o conceito de consentimento presumido, como explanado pelo Artigo 39º do Código Penal que “quando a situação em que o agente atua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado” (p.1365).

O que pude constatar ao longo da minha experiência profissional na área do cuidado de enfermagem perioperatória e que me possibilitou a creditação no EC I - Cuidar em sala operatória e nos EC que este mestrado me possibilitou, é que o consentimento informado é sempre uma preocupação dos enfermeiros. O dever de respeitar a livre vontade das pessoas que são alvo do nosso cuidado é uma constante preocupação.

Não raras vezes constatei que o consentimento informado para o ato anestésico ou cirúrgico não se encontrava assinado, fazendo-me refletir se a pessoa alvo dos meus cuidados saberia claramente a que procedimento iria ser submetida. Outra realidade que pude observar é que, apesar de, em várias situações, o consentimento ter sido dado, a pessoa em situação perioperatória apresentava dúvidas sobre o procedimento anestésico-cirúrgico.

Relembro uma situação ocorrida na UCA, um senhor compareceu nesta unidade para ser submetido a cirurgia de catarata e não apresentava no processo clínico o consentimento informado assinado. Apesar de saber que iria ser submetido a uma cirurgia ao olho, de estar ali presente de livre vontade e de o querer fazer, porque de acordo com o mesmo, esperava conseguir recuperar parte da visão, apresentava dúvidas sobre o procedimento cirúrgico e que cuidados necessitaria depois. Ao deparar-me com estas situações, estabeleci uma relação de ajuda, agindo como facilitadora na relação entre o cliente e a equipa multidisciplinar, partilhando as minhas dúvidas e advogando pelo cliente

que se encontra numa situação de vulnerabilidade. As competências específicas da relação de ajuda são a aceitação da pessoa (sem avaliar nem formular juízos de valor), respeito caloroso (qualidade pela qual a pessoa que ajuda reconhece a dignidade e o valor da pessoa ajudada) e empatia (trata-se de um sentimento de compreensão do outro), sendo uma disposição interior da pessoa que se manifesta, desenvolvendo duas competências concretas a escuta ativa e a resposta compreensiva (Sequeira, 2016).

O dever do sigilo profissional, a privacidade e confidencialidade da informação relativa ao cliente, foi um dos aspetos que mais valorizei na minha prática. Prestei cuidados apropriados ao estado de saúde de cada pessoa, salvaguardando o respeito pelos seus direitos e isentos de qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (Watson, 2002). A privacidade consiste num fator essencial no cuidado, compreendendo a exposição física e psíquica do cliente. Devendo esta e o sigilo profissional ser o pilar para a promoção de um ambiente de apoio e proteção.

Constatei ao longo da minha prática profissional e nos EC, que é no período intraoperatório que a salvaguarda pela privacidade do cliente é mais difícil de ser mantida. Observei que, em algumas circunstâncias, a exposição do cliente poderia ter sido minimizada, mantendo as portas da sala operatória encerradas até o mesmo estar preparado para ser transferido da cama para a marquesa operatória e vice-versa ou evitando a exposição do cliente, apenas descobrindo-o quando necessário, por exemplo, depois da indução anestésica ou aquando da desinfeção do campo operatório. Refletindo sobre este tema, apercebi-me que este facto deveu-se a, em muitas destas circunstâncias, a pessoa não estar desperta, por se encontrar inconsciente pela necessidade de anestesia geral, e por esta razão a equipa descurar parcialmente este cuidado, uma vez que a pessoa alvo dos cuidados não sentiria a sua intimidade e privacidade descurada. Contudo, constatei que a equipa de enfermagem tem consciência da significância deste cuidado, mas algumas vezes, a necessidade de intervenções rápidas e eficazes privilegia a técnica.

Outro momento importante da privacidade do cliente, onde esta pode ser transgredida, é quando são pedidas informações por parte de familiares e pessoas significativas. Constatei que é uma prática comum não fornecer informações quando o cliente encontra-se inconsciente, pela incerteza da vontade do cliente em partilhar informações confidenciais. E que, aquando da permanência do cliente na UCPA, o cliente é informado de quem está a pedir informações e se é da sua vontade a partilha das mesmas. Recordo uma situação ocorrida na UCPA do BONCHUP, onde um senhor ao despertar,

estava apreensivo se teriam sido dadas informações a um familiar, que ele não queria que soubesse da sua situação. Previamente, aquando da chegada ao BO, tinha solicitado que não fossem partilhadas informações sobre o seu estado de saúde. Tranquilei-o, assegurei que durante o procedimento anestésico-cirúrgico não tinham sido partilhadas informações, que era protocolo do serviço não dar informações telefonicamente, apenas presencialmente e com o consentimento da pessoa. Informei também, para aliviar a sua preocupação, que se alguma pessoa solicitasse alguma informação, uma vez que já se encontrava desperto, seria questionado sobre a sua vontade.

Deste modo, a minha prática de cuidados com foco na pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória, assentou em tomadas de decisão segundo os princípios éticos, valores e normas deontológicas, promovendo e protegendo os direitos humanos, garantindo a segurança e a privacidade e salvaguardando a dignidade humana.

## **2.2. Melhoria contínua da qualidade**

O domínio de competência aqui referido, reitera que o enfermeiro especialista deve ser dinamizador no “desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e deve desenvolver “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (OE, 2019, p.4747).

Os ganhos em saúde que Portugal tem vindo a alcançar são positivos, sendo notória uma melhoria dos cuidados de saúde. Não obstante, a temática da qualidade em saúde mantém-se uma prioridade a nível nacional e internacional.

Esta matéria a nível nacional assumiu contornos tão impactantes que, desde 2009, foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, de forma a garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Esta estratégia foi publicada em Diário da República em 2009 no Despacho n.º 14223 e preconiza a acreditação voluntária das organizações prestadoras de cuidados de saúde, de modo a incutir uma cultura de melhoria contínua da qualidade para benefício dos cidadãos e satisfação dos profissionais. Esta estratégia traça objetivos e planifica estratégias com a duração de cinco anos, ao fim dos quais é planificada e definida uma nova estratégia, com novos fins baseados nos resultados anteriores.

A qualidade em saúde é um conceito que, como os próprios cuidados em saúde, tem sofrido uma evolução ao longo dos anos, e é definida na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, explanado no Despacho nº 5613/2015, como a “prestação de cuidados

acessíveis e equitativos, com o nível profissional ótimo”, pressupondo “a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”. Estreitamente aliada à segurança, constituem uma “obrigação ética porque 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” (p.13551).

De facto, a definição de cuidados de saúde de qualidade tem vindo a sofrer várias mudanças e tem abrangido cada vez mais conceitos, podendo ser definido de várias formas, sendo, no entanto reconhecido de forma unânime, que os serviços de saúde de qualidade em todo o mundo devem ser: eficazes, seguros, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, integrados e eficientes (OMS, 2020).

Indo ao encontro a esta linha de pensamento, a OE em 2001, tinha já elaborado enunciados descritivos também denominados como Padrões de Qualidade, de modo a obter a máxima qualidade dos cuidados. Enunciados descritivos estes que se encontram atualizados e que contemplam seis enunciados: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Seguindo esta linha, também o Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica definiu em 2017 os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, de modo a serem uma referência essencial para a promoção da melhoria contínua dos cuidados. Assim, nesta área de especialidade o enfermeiro especialista tem como objetivo cuidar a pessoa no período perioperatório nos seus três momentos de atuação, com qualidade e segurança de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. Assenta a sua atuação em cinco pilares: o reconhecimento do outro e a capacitação, a vulnerabilidade, a responsabilidade do cuidado, a prudência, a gestão do risco e a consciência cirúrgica.

Perante tudo o que foi referido anteriormente e tendo por base os documentos anteriormente mencionados o Enfermeiro Especialista cria instrumentos de avaliação, realiza auditorias, identifica oportunidades de melhoria, traça prioridades e estabelece estratégias que vão ao encontro das competências comuns definidas pela OE, de forma a desenvolver uma prática de cuidados de qualidade.

Assim, seguindo estas linhas orientadoras e, com o objetivo de garantir um papel dinamizador e participar no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais, no decurso dos estágios procurei conhecer a estratégia de qualidade dos serviços e os seus

programas de acreditação, precisamente o modelo de acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA) e o modelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS) entidade inglesa dedicada à acreditação de Hospitais.

Tal como referido, a minha atividade assistencial ao longo de 18 anos foi desenvolvida no BO do HNM, o que me permitiu creditação ao EC I. Este local é uma das 22 unidades certificadas pelo Modelo de Certificação da ACSA, com o nível Bom. Ao longo do processo que culminou com a sua certificação, tive oportunidade de me envolver no projeto, integrando o grupo de trabalho para a acreditação do Serviço BO e de Anestesiologia. De referir que este modelo de acreditação foi adotado pelo Serviço Regional de Saúde desde 2012 de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados na Região.

No EC que desenvolvi no BONCHUP tive oportunidade de conhecer outro modelo de certificação, o CHKS. Este BO encontra-se inserido no Hospital Santo António, que por sua vez encontra-se acreditado desde 2005. Esta acreditação teve por base a adoção e cumprimento de um extenso número de critérios/exigências contempladas num manual desenvolvido pelo CHKS. Trata-se de um referencial criado especificamente para a área de prestação de cuidados de saúde, e incide sobre aspetos organizacionais e técnicos, atuando sobre eles no sentido de estabelecer garantias de que a prática clínica decorre em condições de segurança para os clientes, profissionais e visitantes.

Realço ainda, que no processo de acreditação e certificação das instituições é imprescindível o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar na implementação dos vários procedimentos, de modo a respeitar os diversos critérios a que os processos de qualidade obrigam. Por esse motivo, ao longo da minha prática profissional e também nos ensinamentos clínicos procurei conhecer quais os processos de melhoria da qualidade que estavam em vigor, por forma a entender a sua implementação e a agir em conformidade com os mesmos, o que resultou numa análise reflexiva sobre os mesmos e a adoção de novas estratégias de melhoria contínua e novas práticas com base na evidência científica mais recente. Considero que os EC se revelaram importantes e essenciais para que, não só compreendesse os vários contextos do cuidado à pessoa em situação perioperatória, como também para que explorasse novas estratégias e formas de desenvolver a minha atividade, sempre com a máxima qualidade e segurança.

Aliado ao conceito da qualidade em saúde está indubitavelmente associado o conceito de segurança dos cuidados. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

(PNSD) vem atestar esta mesma ligação, uma vez que decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

O PNSD 2021-2026 plasmado no Despacho n.º 9390/2021, veio dar continuidade ao PNSD 2015-2020 onde a segurança do cliente teve o principal foco de abordagem e resultou, como expresso em Diário da República (2021) aquando da publicação do despacho acima referido, em melhorias significativas em questões como: a cultura de segurança, a identificação inequívoca dos clientes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras por pressão, a segurança da medicação, a prevenção de quedas e as infeções associadas aos cuidados de saúde. O atual PNSD 2021-2026 estabelece como objetivo

“consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no SNS, incluindo em contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (p.97).”

Entende-se então que o PNSD 2021-2026 é suportado por cinco pilares: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do cliente; e práticas seguras em ambientes seguros. Estes cinco pilares e o enfoque que é dado à segurança vêm ao encontro das orientações emanadas pelo Ministério da Saúde, tendo sido criadas as Comissões de Qualidade e Segurança nas instituições de saúde de modo a inculcar e perpetuar as melhores práticas clínicas de qualidade e seguras. A Lei de Bases da Saúde consagrada na Lei n.º 95/2019, regulamenta o acima descrito ao definir que todas as pessoas têm o direito de “aceder aos cuidados de saúde (...) seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (p.56).

Deste modo, considero que ao longo da prática dos meus cuidados promovi e contribuí na promoção de um ambiente seguro e de confiança para o cliente e equipa pluridisciplinar, garantindo a confidencialidade e a privacidade do cliente e família/pessoa significativa durante todo o processo de prestação de cuidados. Agi com consciência cirúrgica, prudência e precaução, mantive uma atitude antecipatória e de prevenção com o objetivo de evitar eventos adversos prejudiciais à pessoa ou equipa.

Como abordado anteriormente, a comunicação é uma das metas do PNSD e um dos pilares que suportam a segurança dos clientes. Vários autores corroboram esta ideia, sendo mais específicos, ao referir que o ISBAR é uma técnica de comunicação eficaz e eficiente na manutenção e preservação da segurança. Müller et al. (2018), concluíram que o ISBAR melhorou a segurança do cliente e a consciencialização sobre os erros de comunicação, por ser uma ferramenta adaptativa adequada para muitos ambientes de saúde, em particular

quando é necessária uma comunicação interpessoal clara e eficaz. De igual forma, Hui Hou et al. (2019), concluíram que a eficácia da comunicação na transição de cuidados pelos enfermeiros aumenta quando utilizam o ISBAR, pois permite troca de informações mais precisas e uniformes, facilitando a comunicação efetiva e consequentemente diminuindo drasticamente os erros. Burgess et al. (2020), reforçam também a eficácia e eficiência da utilização da ferramenta ISBAR, na transferência de informações relevantes, claras e sucintas na medida que aumentam a transparência e a precisão das informações partilhadas, sendo por esta razão uma técnica de comunicação adequada a uma ampla gama de contextos clínicos.

Assim sendo, nos diferentes ensinamentos clínicos utilizei a técnica de comunicação ISBAR: I - Identificação; S - Situação que motivou as necessidades em saúde; B - Antecedentes; A - Avaliação do cliente e das intervenções realizadas; R - Recomendações para a continuidade dos cuidados nos momentos de transição dos cuidados, recomendada pela Norma n.º 001/2017 de 8 de Fevereiro, por ser uma ferramenta eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados.

Esta técnica começou a ser implementada aquando do meu EC no BONCHUP, tendo tido oportunidade de prestar cuidados na preparação da transferência do cliente garantindo a segurança do mesmo e a continuidade de cuidados segundo esta metodologia de comunicação. Apesar de já a conhecer, não a utilizava na minha prática profissional diária, contudo, atualmente, é adotada por mim, pois, após o EC considero que é sem dúvida uma mais valia na segurança do cliente, ao ser uma técnica prática, concisa e rigorosa na transmissão de informação, auxiliando à organização do pensamento e que assegura a continuidade dos cuidados. Inclusivamente, após o término deste EC, discuti a sua aplicabilidade no BO do HDNM com vários colegas, inclusive com uma colega do presente mestrado que se encontra a trabalhar esta temática e a sua futura implementação no BO onde exerço funções.

Ainda neste domínio de competência, a segurança cirúrgica abrange outros pilares do PNSD como a cultura de segurança, a prevenção e gestão de incidentes e as práticas seguras em ambientes seguros. O período perioperatório consiste num dos períodos mais complexos da prestação de cuidados de saúde, pela grande quantidade de profissionais de saúde e logística de equipamentos e materiais envolvidos (Cambotas, 2014). Face a esta temática, encontra-se instituído no HNM a “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” efetuada no intraoperatório, a “Checklist pré-operatória” preenchida no serviço emissor do

cliente e, posteriormente no BO e as normas orientadoras do programa “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, conforme preconizado pela DGS (2013) e OMS (2009). Este aspeto da segurança cirúrgica será desenvolvido no capítulo subsequente, das competências específicas. Também no BONCHUP estas medidas são aplicadas de forma a manter e aumentar a segurança do cliente.

Procurei, ao longo da minha prática clínica e nos EC realizados garantir um ambiente seguro para o cliente e profissionais, preenchendo adequadamente as listas de verificação necessárias, e cumprindo as normas orientadoras emanadas pela OMS em 2009 no programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”.

De modo a fomentar uma cultura de melhoria de qualidade e de segurança nos cuidados de saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde desenvolveu diversas ações, entre as quais destaco a criação de um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos, denominada NOTIFICA - Segurança do Doente, explanado na Norma 017/2022. A DGS (2022) reafirma que esta ação não deve ser percebida como punitiva mas encarada como uma ação que promove a aprendizagem. Esta posição corrobora o ponto de vista da OMS (2020), ao assumir que a notificação de eventos adversos como uma intervenção exemplificativa para a qualidade na área da redução de danos e que esta estratégia deverá estar relacionada com um sistema de aprendizagem e não com um momento de culpabilização.

Associado à temática da segurança surge o conceito da gestão de risco clínico (GRC). Este traduz-se por um “conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, logo assim, a qualidade de prestação dos cuidados de saúde, mediante a identificação prospetiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela atuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos” (PNSD 2011-2016, p.67).

Desta forma, posso deduzir que a segurança é o objetivo e a GRC é o conjunto de estratégias que mantêm e promovem a segurança, identificando riscos, antecipando e prevenindo incidentes e eventos adversos de afetar o cliente, aumentando a sua satisfação e consequentemente aumentando a qualidade de cuidados prestados.

A matéria da GRC no perioperatório é muito direcionada ao BO e ao período intraoperatório, pelo BO ser, de acordo com a AESOP “um dos locais onde, pelos fatores ambientais, pelas técnicas utilizadas, que obrigam ao uso de inúmeros dispositivos médicos, existirem riscos potenciais elevados a que podem ser expostos doentes e profissionais” (AESOP, 2013, p.63).

Ainda dentro da questão da segurança estão inseridas, indiscutivelmente, outras temáticas, quer para a segurança da pessoa, quer para a segurança da equipa. A EORNA em 2020, no Manual de Boa Prática no cuidado perioperatório, alerta para alguns dos riscos presentes no BO, ao lançar diversas recomendações na área da segurança, como as boas práticas: na prevenção de lesão por corto-perfurantes e por químicos, na prevenção da retenção inadvertida de itens cirúrgicos, na manutenção da normotermia, na segurança do uso de laser e de bisturi elétrico, na prevenção da lesão por posicionamento, na proteção e prevenção do fumo cirúrgico e ainda recomenda a boa prática do sistema de ventilação na sala operatória (EORNA, 2020).

Também Silva e Reis (2014) são de opinião de que abordar a temática da segurança é conhecer os riscos e preveni-los, de modo a evitar o erro. A comunicação eficaz e a discussão dos incidentes e eventos adversos sem culpabilização são, para estas autoras, duas das estratégias para gerir o risco.

Apesar de várias entidades concordarem com este ponto de vista, de planearem estratégias facilitadoras da notificação de incidentes e eventos adversos, de promoverem este momento como uma circunstância de aprendizagem e de realçarem que não tem o intuito punitivo, a prática diária demonstra que existe uma falta de notificação por parte dos profissionais. Dias e Carreiro (2020) reconhecem este mesmo facto ao referirem que existe uma subnotificação de incidentes. Defendem ainda que a razão deste acontecimento pode estar relacionado com a sobrecarga de trabalho, com a falta de conhecimento sobre os incidentes relatáveis, com as dificuldades de acesso aos sistemas de notificação, com o medo de ações punitivas e/ ou represálias pela falta de confidencialidade.

Jesus (2022) é apologista de que o enfermeiro especialista deve contribuir para a minimização deste problema, através da formação dos seus pares, de modo a “desmitificar o medo e a enaltecer a notificação de incidentes como uma oportunidade de melhoria e aprendizagem” (p.41).

Resumindo, após tudo o que foi explanado neste domínio de competência, considero que procurei garantir uma prática de cuidados de qualidade e inevitavelmente de segurança, provida de conhecimentos técnicos e científicos atualizados.

### **2.3. Gestão dos cuidados**

Vivemos num mundo cada vez mais global, acelerado, incerto e volátil, onde existe uma pressão para gerir cada vez melhor, com cada vez menos recursos. Deparamo-nos com

modelos de gestão que funcionaram ontem, mas que podem não estar preparados para a atualidade e para o futuro. As organizações mais complexas da sociedade moderna congruentes com um ambiente de inovação tecnológica, onde convergem as mais diversificadas atividades e coexistem múltiplos profissionais, tornam a área da gestão em saúde um desafio cada vez maior.

Perante este paradigma, Bernardino (2017) defende que, para responder a este desafio, é necessário promover ações que garantam equidade, efetividade e eficiência nos cuidados de saúde, através do acesso dos cidadãos em tempo útil aos cuidados de que necessitam, ao dotarem os serviços de saúde dos recursos necessários para prestar esses cuidados e de forma a que o sistema consiga responder às necessidades dos cidadãos e dos serviços utilizando apenas os recursos adequados para tal.

Este domínio das competências comuns abarca duas outras competências, são elas: “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” (p.4745), como consta no Regulamento nº 140/2019 da OE.

O Enfermeiro Especialista deve, portanto, realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas e deve adaptar o estilo de liderança, de modo a favorecer a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (OE, 2019).

Para o desenvolvimento deste domínio de competência, considero que a unidade curricular Gestão de Unidades de Saúde e de Enfermagem, lecionada no primeiro semestre deste mestrado foi crucial para a aquisição, atualização e desenvolvimento de conhecimentos nesta área.

A liderança, ao longo dos tempos, tem sido definida de múltiplas formas e tem vindo a sofrer mudanças temporais e contextuais. Este facto tem causado uma preocupação nos administradores das organizações de saúde, já que também eles estão cientes de que o processo de liderança deve envolver uma gestão de recursos humanos assente no desenvolvimento de competências e capacidades num clima de motivação e cultura focalizada na melhoria contínua da qualidade (Fradique & Mendes, 2013).

A liderança é uma competência imprescindível à prática profissional do enfermeiro, pois é por meio e a partir dela, que o enfermeiro dirige o seu processo de trabalho e conduz a sua equipa para a obtenção de objetivos comuns (Balsanelli et al., 2017). Atualmente, os

estudos desenvolvidos em Enfermagem, concentram-se sobre como esta competência influencia os indivíduos na cultura organizacional, no seu ambiente de trabalho, nos resultados relacionados ao cliente (satisfação do cliente, eventos adversos) e na relação interativa entre líder e liderados (Balsanelli et al., 2017).

Uma das funções que o enfermeiro especialista assume é a responsabilidade de turno que requer também competências de liderança.

O Conselho de Enfermagem e a Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica emitiu, em 2017, um parecer conjunto sobre a atribuição de função de responsável de turno. Neste, refere-se que é ao enfermeiro especialista que deve ser atribuída esta responsabilidade, enquanto profissional mais bem preparado e detentor de competências na área de gestão, no entanto, salvaguarda que, na inexistência ou na inadequação do enfermeiro especialista, a atribuição desta função deve recair no enfermeiro que possua e demonstre competências nesta função.

Ao longo da minha prática profissional, esta sempre foi uma área de alguma relutância para mim. Apesar de possuir 18 anos de experiência profissional, e de ter assumido a responsabilidade do turno ocasionalmente, não me sentia capacitada para assumir esta responsabilidade. Até ao momento, fui relutante em assumir esta função, considerando que faltavam-se conhecimentos teóricos. Atualmente sinto-me mais preparada e, conseqüentemente mais capacitada para assumir esta responsabilidade, após o desenvolvimento deste domínio.

Nos diferentes EC, e inclusivamente no meu local de exercício profissional, constatei que perante a ausência ou indisponibilidade do Enfermeiro gestor, quem ficava responsável pela gestão do serviço era o enfermeiro especialista, o mesmo se verificando em relação à responsabilidade de uma equipa. Esta última realidade no meu local de exercício profissional foi-se instalando progressivamente, à medida que o número de enfermeiros especialistas foi aumentando. Como tal, nos estágios procurei conhecer e compreender o papel do enfermeiro especialista neste domínio. Recorri ao diálogo e reflexão com os enfermeiros responsáveis de turno e de equipa, elucidando-me das suas funções, de modo a melhor compreendê-las. Acompanhei, nos diferentes EC, durante um dia, o enfermeiro gestor no desempenho das suas atividades, atendendo às competências do enfermeiro especialista: a adequação dos recursos às necessidades; a cooperação com a equipa multidisciplinar; a referenciação a outros profissionais de saúde, quando necessário; a

supervisão de cuidados; a organização e coordenação da equipa e a adoção de um perfil de liderança capaz de motivar a equipa de enfermagem (OE, 2019).

A gestão dos recursos humanos em enfermagem é essencial, e a dotação segura constitui um dos múltiplos indicadores de saúde positivos. Os indicadores em saúde, são parâmetros de medição fulcrais, ferramentas essenciais para a gestão nos cuidados de saúde e de enfermagem, que proporcionam informação sobre diferentes dimensões desses mesmos cuidados e da saúde das populações (Cardante, 2020).

As dotações seguras de enfermeiros têm vindo a ganhar ao longo dos anos, especial atenção por se revelar um fator determinante para que sejam atingidos elevados índices de segurança e de qualidade, em consonância com a redução de riscos em saúde.

Em 2006, o ICN mencionou que o conceito das dotações seguras, ou afetação adequada de recursos humanos, emergiu em resultado das alterações ao sistema de cuidados de saúde em todo o mundo, como consequência de grandes crises, como as pandemias, conduzindo assim a uma melhor compreensão do impacto das dotações de enfermeiros na segurança dos clientes.

Na literatura não está presente um consenso generalizado relativamente ao que significa dotações seguras, pois, apesar da quantidade adequada de profissionais, em todos os momentos, é necessária uma combinação apropriada de níveis de competências que assegurem as necessidades de cuidados dos clientes e que as condições de trabalho seguras estejam garantidas, traduzindo-se consequentemente na diminuição da morbilidade e da mortalidade, da ocorrência de eventos adversos, da diminuição dos tempos de permanência/internamento hospitalar e maior satisfação dos clientes (ICN, 2006; Jesus et al., 2015). No entanto, é unânime que, independentemente da definição do conceito de dotações seguras, devem estar contempladas variáveis como “a segurança e complexidade dos clientes, prestação de cuidados de qualidade, segurança do ambiente de trabalho, com a finalidade de produzir os melhores resultados para os clientes, enfermeiros e organizações de saúde” (Freitas et al., 2015, p.6).

Ainda relativamente a esta temática, Lake et al., (2019), afirmam que o ambiente de prática de enfermagem, onde estão incluídos os recursos humanos adequados, é reconhecido por influenciar a qualidade dos cuidados de saúde, por afetar diretamente a segurança dos mesmos. No estudo RN4CAST, efetuado em Portugal, sobre ambientes de prática de enfermagem, a dimensão “adequação de recursos humanos e materiais” demonstrou ser, em todos os hospitais, a componente mais crítica da qualidade dos

ambientes de prática. Os autores referem que tais ambientes, produzem impactos significativos na qualidade e segurança dos cuidados, da saúde e bem-estar laborais dos profissionais e da qualidade, produtividade e efetividade dos serviços, organizações e sistemas de saúde (Jesus et al., 2015).

Nesta sequência, considera-se que “os cuidados perioperatórios seguros, eficazes e de qualidade estão diretamente relacionados com dotações corretas em termos quantitativos e qualitativos” (AESOP, 2013, p.135). Posto isto, dotações seguras em enfermagem refletem não apenas o número de enfermeiros, como também valorizam as suas competências, os contextos e o ambiente de prestação de cuidados, tal como referem Freitas et al. (2015).

Para a prática dos cuidados perioperatórios, a alocação de enfermeiros perioperatórios na sala de operações, em cirurgia eletiva ou urgente/emergente, terá de corresponder à presença de três enfermeiros por sala de operações, nas funções de instrumentação, circulação e anestesia, garantido a segurança e efetividade do processo (OE, Regulamento n.º 743/2019). Nas unidades de recobro ou de cuidados pós-anestésica, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019, é recomendada a existência de:

Pelo menos, 2 (dois) enfermeiros, preferencialmente especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, devendo o rácio ser de 1 (um) enfermeiro por cada dois (dois) clientes em cirurgia convencional e 1 (um) enfermeiro, por cada 3 (três) clientes em cirurgia ambulatória, podendo o mesmo ser ajustado em função da complexidade dos cuidados e adequado às necessidades específicas dos clientes (p.142).

Na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e no BONCHUP constatei que a dotação segura de enfermeiros é cumprida e que em cada sala operatória estiveram presentes três enfermeiros, um em cada uma das funções do enfermeiro perioperatório: instrumentação, circulação e anestesia, havendo sempre uma coordenação entre os três para suprir as necessidades do cliente e equipa multidisciplinar. Na UCPA do BONCHUP e da UCA verifiquei que o rácio de um enfermeiro para cada dois clientes foi obedecido.

Também no BO onde trabalho diariamente estão alocados para cada sala operatória três enfermeiros. Já na UCPA, o rácio defendido no Regulamento n.º 743/2019, nem sempre é cumprido, estando presente por vezes um enfermeiro para cada três clientes em cirurgias convencionais, de urgência ou eletivas e tendo por vezes a necessidade de um enfermeiro ser alocado a serviços externos para apoio a procedimentos anestésicos urgentes. Este facto foi, por diversas vezes, alvo de debate em reunião de serviço e nos momentos de reflexão na passagem de turno, por afetar a qualidade dos cuidados prestados. Considero que uma gestão adequada dos recursos humanos em enfermagem promove a qualidade e segurança dos cuidados, a satisfação dos clientes e profissionais e a sustentabilidade da organização.

No que concerne à gestão dos meus cuidados, recorri ao Processo de Enfermagem (PE), de forma sistemática ao longo da minha atuação, amplamente reconhecido como fundamental, devido ao estabelecimento de critérios de prioridade. O PE pode ser definido como uma ferramenta metodológica com o objetivo de organizar a assistência de enfermagem ao cliente/família ou comunidade. É utilizado para favorecer o cuidado, no sentido de organização das condições para que o cuidado ocorra. Para Doenges et al. (2019), o PE proporciona uma abordagem de resolução de problemas ordenada e lógica para a gestão de cuidados de Enfermagem de forma a que as necessidades que os clientes têm desses cuidados sejam satisfeitas de maneira global e eficaz.

#### **2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Este domínio de competência defende que para o desenvolver é necessário fortalecer o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua práxis clínica na área de especialização com evidência científica (OE, 2019).

O Regulamento n.º 140/2019 reitera que, o enfermeiro especialista para a aquisição e desenvolvimento deste domínio de competência, deve evidenciar a “capacidade de autoconhecimento (...) reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” e de igual forma deve, “basear os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (p.4749).

Segundo Esteves (2012), desde Florence Nightingale, os cuidados de enfermagem evoluíram positivamente, fazendo com que os enfermeiros tenham a assertividade de conhecer a sua identidade profissional, pois apesar do progresso tecnológico, o papel do enfermeiro nunca poderá ser substituído, uma vez que só ele presta cuidados que abrangem todas as dimensões do ser humano, sendo este o foco da sua competência.

O enfermeiro é hoje um profissional com profundos conhecimentos na sua área científica e com formação ética e deontológica. É detentor de competências próprias, provenientes das ciências de Enfermagem e que “são entendidas na indissociável complementaridade e integridade dos cuidados de saúde” (Guerra, 2018, p.29).

Torna-se claro, através desta linha de pensamento, que a formação adquire extrema importância na formulação e definição da identidade profissional, assim como na construção de um corpo próprio de conhecimentos, de modo a obter e aprofundar competências para

promover e implementar melhores cuidados de saúde, que deem resposta às necessidades das pessoas alvo destes cuidados.

O REPE (2015), no que concerne à formação, deixa claro que o enfermeiro procura “em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p.86).

Neste sentido entende-se, que o enfermeiro especialista nunca atinge o seu máximo de competências completamente, na medida em que coexiste uma procura contínua pela excelência do seu exercício profissional.

Considero que a minha procura e escolha por este mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica e pelos cuidados especializados em Enfermagem, teve origem no meu interesse particular por esta área, nas minhas necessidades profissionais percebidas, mas também no meu percurso profissional. Escolha esta, que por si só é reveladora do desenvolvimento deste domínio de competência e do meu compromisso com a profissão. A área do perioperatório, levou a que, ao longo da minha prática profissional, tivesse que adquirir e atualizar os meus conhecimentos nesta área, através da frequência de formações formais e não formais, que serviram para a construção de uma base sólida de conhecimentos nesta área. A formação é reconhecida como um instrumento que visa a atualização científica e melhoria da qualidade de cuidados.

Porém, sou de opinião de que, para que ocorra a consolidação destas competências, é fundamental um treino destas habilidades de forma congruente e estruturada, resultando na importância da existência dos EC. Este facto vai ao encontro da teoria da aprendizagem experiencial, desenvolvida por David A. Kolb em 1984. Esta teoria defende que a essência da aprendizagem é dar sentido e significado às experiências. Assim, a aprendizagem é consolidada com a prática (Kolb, 2015).

Deste modo, o desenvolvimento deste domínio de competência foi também notório nos campos de estágio, onde fundamentei a minha prática em conhecimentos sólidos e válidos, alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento técnico, científico, ético e pessoal reconhecidos, atuais e pertinentes.

Também, na minha práxis profissional e em contexto dos ensinamentos clínicos, aquando de situações que assim o justificassem, por divergências de opinião, por dúvidas ou desconhecimento acerca de uma situação clínica ou pelo aparecimento de um novo

procedimento, presenciei e participei em momentos de formação formal e não formal e recorri a fontes de conhecimento em bases fidedignas, pautadas pelo rigor científico.

O Decreto-Lei n.º 396/2007, define vários conceitos que são necessários estarem bem contextualizados e que estão inseridos na formação profissional contínua. Refere que a aprendizagem formal é toda a aprendizagem intencional por parte do aprendente, que pode ocorrer numa entidade formadora ou no local de trabalho. É organizada e estruturada. Aprendizagem informal é definida como a aprendizagem não intencional por parte do aprendente, não organizada, nem estruturada, resultante das atividades da vida quotidiana e a aprendizagem não formal é o tipo de aprendizagem, intencional por parte do aprendente, integrada em atividades programadas que não são explicitamente designadas como atividades de aprendizagem. Este processo de formação contínua não se resumiu à simples passagem de informação, sendo um dos pontos mais importantes as discussões sobre as implicações na prática diária e a atualização dessa prática com base na evidência científica. Tal como defende Esteban-Sepúlveda et al. (2021), a procura da evidência para melhores práticas deve ser um processo contínuo e dinâmico.

Ainda na persecução deste domínio de competência, considero que foi de significativa importância, ao longo deste mestrado a realização do Projeto de Autoformação (PAF), de planeamentos de estágio, de forma a conduzir a minha formação e desenvolvimento pessoal, bem como a realização de relatórios e outros trabalhos que permitiram e orientaram o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, de forma refletida e crítica.

O PAF é um instrumento que visa o desenvolvimento pessoal e profissional e que demonstra uma intenção e um propósito tendo com finalidade alcançar os objetivos inicialmente propostos para uma determinada prática clínica. Para Ferrito et al. (2010), o PAF consiste num instrumento que possibilita trabalhar de forma organizada e sistematizada numa temática de interesse para aquisição de conhecimentos, de acordo com o planeamento das ações necessárias para alcançar objetivos pré-definidos. Trata-se de uma metodologia que incentiva a proatividade dos formandos, na construção do seu próprio conhecimento e no estabelecimento do trajeto a ser percorrido.

Os diferentes ensinamentos clínicos, o contacto com diferentes contextos da prática de enfermagem, e com os diferentes profissionais que lá trabalham, demonstraram ser uma excelente estratégia no meu percurso de construção de autoconhecimento e autoformação. Na realidade, o sair e abandonar o meu contexto profissional diário, tão seguro e estável para

mim, fez-me transpor barreiras e consciencializar-me dos meus recursos e limites pessoais e profissionais. O contacto com outras realidades fez emergir a minha capacidade de adaptação individual, em equipa e numa organização.

Considero que ao longo dos ensinamentos clínicos, demonstrei ser detentora de uma base de conhecimentos sólida, que nortearam uma prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

Encerro este domínio de competência segura de que a formação contínua constitui, não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, como também um dever para com a profissão. Analisando e refletindo no meu percurso desenvolvido, fico com a certeza que o aprofundamento de competências será uma prática constante na minha vida profissional.

### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICO NA ÁREA À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

A especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgico possui uma ampla esfera de ação, compreendendo um domínio de competência vasto. Por esta razão, e pela abrangência da população alvo destes cuidados, esta especialidade dividiu-se em quatro áreas emergentes dos cuidados de enfermagem especializados médico-cirúrgicos tendo por base o alvo dos cuidados. O cuidado à pessoa em situação perioperatória foi uma destas áreas, consoante explanado no Regulamento n.º 429/2018.

A OE (2019) defende que as competências específicas são as que resultam das “respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4745).

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciar uma experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados especializados nesta área são orientados para os projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a experienciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório. Visam a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença. Desenvolvem-se em cinco áreas complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos (OE, 2018).

Em 2013, a AESOP define enfermagem perioperatória como o “conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (...) o enfermeiro reconhece as necessidades do doente (...) executa-as (...) e avalia os resultados obtidos (...)” (p.107).

Mais recentemente a EORNA (2019) refere que o enfermeiro perioperatório é um profissional de enfermagem que se tornou especialista em uma, ou mais, áreas de cuidados no período perioperatório. Alude ainda, que a enfermagem perioperatória é uma área especializada complexa e diversificada, englobando múltiplas sub-especialidades.

A mesma associação define como áreas de atuação de enfermagem perioperatória os cuidados que são prestados no pré, intra e pós-operatórios referentes a uma intervenção anestésico e/ou cirúrgico, na cirurgia de ambulatório, no serviço de endoscopia, nos serviços

com intervenção radiológica, nos serviços de tratamento da dor e nas centrais de reprocessamento de dispositivos médicos.

Assim, para a EORNA (2019) o enfermeiro perioperatório tem como principal função advogar pelo cliente, estabelecendo uma parceria com o mesmo e com a equipa multidisciplinar, baseando a sua atuação em conhecimentos científicos atualizados. Já a OE em 2018, referiu que o enfermeiro especialista perioperatório “demonstra competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica” (p.19366). Preconiza que o enfermeiro perioperatório é aquele que cuida da pessoa em situação perioperatória, quando esta aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e consequentemente ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, com o intuito de melhorar o seu estado de saúde, ou melhorar a qualidade de vida.

Sobre esta área de especialização, o Regulamento nº 429/2018 contempla duas competências específicas, que incluem o cuidar à pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Este terceiro capítulo narra o percurso desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos, com vista à aquisição, desenvolvimento e aprimoramento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, através da descrição, análise e reflexão das experiências e vivências da prática clínica.

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

Sempre demonstrei grande interesse pelo cuidado diferenciado à pessoa em situação perioperatória, em grande parte influenciada pela minha experiência profissional no bloco operatório.

O meu atual contexto de trabalho é exigente, com elevado grau de diferenciação e complexidade, conduzindo inevitavelmente, a uma prestação de cuidados especializados. É deste conjugar de interesses e de vontades que culminaram os objetivos de prestar os melhores cuidados especializados, sempre na procura permanente da excelência no exercício profissional, indo deste modo ao encontro do Regulamento 429/2018, e da competência específica do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação perioperatória, o Cuidar,

como forma de capacitar a pessoa e a família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica, promovendo cuidados de excelência, tendo em vista a melhoria do seu estado de saúde, ou de qualidade de vida. Como explana o mesmo Regulamento, a especificidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória são de tal ordem 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 auto cuidado e reintegração familiar e social” (p.19366).

O enfermeiro perioperatório é o profissional, dentro da equipa pluriprofissional, capaz de reconhecer e atender às necessidades físicas, psicológicas, socioculturais e espirituais da pessoa e família/pessoa significativa, através da implementação de um plano individualizado de cuidados, com o objetivo de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar da pessoa antes, durante e após a cirurgia (EORNA, 2020).

Desta forma, os campos de estágio foram determinantes para aprimorar o meu desempenho no cuidado à pessoa em situação perioperatória e à sua família, sendo que assimilei, compreendi e mobilizei conhecimentos e habilidades no que diz respeito às diversas atividades e estratégias praticadas nos EC, que culminaram em experiências enriquecedoras de aprendizagem. Considero que atuei, quer em contexto profissional, quer nos ensinos clínicos como estudante, em congruência com os conhecimentos científicos que adquiri e atualizei durante este mestrado, nas diferentes fases do período perioperatório, mas com maior incidência no período intraoperatório e pós-operatório.

O período perioperatório compreende três fases, a fase pré-operatória, a fase intraoperatória e a fase pós-operatória. Ferrito (2014) e a OE, no Regulamento n.º 429/2018, referem que a fase do pré-operatório começa quando o cliente e o médico decidem pela cirurgia e termina quando o cliente é transferido para a marquesa operatória. A última autora defende que este período é de preparação física e psicológica da pessoa para a cirurgia. A fase intraoperatória tem início quando a pessoa é transferida para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a UCPA (OE, 2018; Ferrito, 2014). Ferrito (2014) realça que as áreas de intervenção do enfermeiro nesta fase centram-se essencialmente na segurança do cliente, na facilitação do procedimento, na prevenção da infeção e na satisfação das necessidades fisiológicas que derivam do procedimento anestésico e cirúrgico. O pós-operatório decorre a partir do momento que o cliente é admitido na UCPA e perdura até a recuperação da cirurgia (Ferrito, 2014; OE, 2018). Esta última fase está subdividida em três: imediato, mediato e tardio. O pós-operatório imediato ocorre com a saída da sala de

operações e a admissão na UCPA. Mediato e tardio quando o cliente tem alta da UCPA e é transferido para a enfermaria e posteriormente para o domicílio (Ferrito, 2014).

O enfermeiro perioperatório é, do ponto de vista de Rothrock (2022), o profissional que se encontra num contexto privilegiado para promover os cuidados centrados no cliente, uma vez que, devido à sua proximidade e acompanhamento contínuo, deve incentivar o envolvimento da pessoa no seu próprio cuidado, maximizando deste modo a segurança.

A minha experiência profissional, ao longo de 18 anos, incidiu em grande parte no período intraoperatório e pós-operatório imediato. No entanto, considero que nunca descurei os cuidados inerentes à fase pré-operatória. Exemplo disto é ter realizado inúmeras visitas pré-operatórias. Como alega Ferrito (2014) e, como mencionado anteriormente, é nesta fase que a pessoa prepara-se psicologicamente e fisicamente para o procedimento anestésico-cirúrgico que irá realizar. Ideia esta, corroborada por Gonçalves et al. (2017) que referem que a cirurgia constitui um evento que abala e provoca alterações profundas na vida de cada indivíduo, afetando a sua dimensão física, psicológica, familiar e social.

Importa fazer a distinção entre a consulta pré-operatória de enfermagem e a visita de enfermagem pré-operatória. Assim, segundo Pedro (2022) a visita pré-operatória consiste num momento privilegiado para se proceder à recolha de dados, estabelecer uma relação de ajuda, efetuar um plano de cuidados focado naquela pessoa, minimizar medos e anseios específicos sobre o procedimento anestésico-cirúrgico e sobre o BO. Esta visita é efetuada através da deslocação do enfermeiro do BO ao serviço de internamento onde o cliente se encontra. É considerada uma mais-valia, tanto pelo estabelecimento precoce duma relação com um enfermeiro do BO, como pela planificação antecipada dos cuidados. É através desta relação de ajuda que o enfermeiro irá auxiliar o cliente a ultrapassar os seus medos, resultando assim numa clara melhoria da qualidade dos cuidados prestados, como enunciam Rego & Pires em 2016.

A consulta de enfermagem pré-operatória pode ser entendida como uma intervenção complexa, devido à múltiplos fatores: por ser um momento de interação entre o enfermeiro e o cliente/família, com objetivos definidos, mas que está sujeito a uma variabilidade contínua que advém da subjetividade de cada cliente enquanto pessoa, de cada intervenção cirúrgica, do historial clínico do cliente e também das competências e experiência do enfermeiro que dinamiza a consulta (Mendes, 2020). Trata-se efetivamente de um momento em que interagem características, conhecimentos e competências de mais do que um interveniente, tornando-se um momento desafiante na prática de cuidados. A

consulta pode ser entendida como um momento privilegiado para a preparação do cliente para a cirurgia e para a alta, sendo que aspetos como a identificação de comorbilidades e a otimização pré-operatória dos clientes são habitualmente contemplados. É também uma oportunidade para o ensino ao cliente, com aspetos que vão desde a sua admissão até à recuperação e contribuem para a redução da ansiedade deste e da sua família, promovendo ainda uma gestão adequada das expectativas dos mesmos (Clifford, 2016).

Nas visitas pré-operatórias que realizei, o objetivo maior foi sempre o bem estar da pessoa. Para tal, tive sempre o cuidado de me apresentar, informar do meu objetivo com a visita e cumprir com a vontade expressa do cliente em receber ou não a visita. No tempo que decorreu nesta interação, realizei uma breve avaliação do estado psicológico e físico da pessoa, que necessidades tinha, elaborei mentalmente diagnósticos de enfermagem e intervim de modo a assegurar os melhores resultados. Tive o cuidado de, numa fase inicial do contacto, confirmar a identidade da pessoa, assegurar o uso da pulseira de identificação, confirmar o procedimento que iria realizar e a sua compreensão, o consentimento informado, realizei um breve história de antecedentes pessoais de saúde e doença. Aproveitei este tempo também, para fornecer informações basilares sobre os procedimentos de rotina do BO, entre os quais, informei sobre o circuito do BO, da importância do jejum e da preparação pré-operatória (banho e colocação de meias elásticas), da necessidade de retirar próteses (dentárias), adornos e adereços pessoais, adverti e ensinei sobre a dor pós-operatória e a sua gestão e que ferramentas teria ao seu dispor.

Mendes e Ferrito (2021), alertam que o tempo que antecede o internamento do cliente cirúrgico é, por norma, um período de pouca informação para ele. Assim, o profissional mais apto, disponível e preparado para informá-lo é o enfermeiro; é também este profissional que, através de uma linguagem acessível, pode dotar e esclarecer o cliente acerca dos cuidados de enfermagem perioperatórios. As mesmas autoras referem também que, uma adequada preparação pré-operatória torna o momento cirúrgico mais tranquilo, diminuído os níveis de ansiedade e stress pré-operatórios, facto este revelador da importância do papel do enfermeiro e da consulta e visita de enfermagem pré-operatória.

Neste sentido, a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis, permite compreender o papel que as intervenções terapêuticas de enfermagem desempenham para lidar com o processo e atingir uma transição saudável. A transição de saúde/ doença é vivenciada pela pessoa em situação perioperatória enquanto passagem de uma condição para outra, conduzindo a alterações que afetam a qualidade de vida, tanto do próprio cliente como da

sua família/ pessoa significativa. Meleis (2011) defende que a pessoa deve ser perspectivada como um indivíduo com necessidades próprias que se encontra em constante interação com o meio ambiente, detentora de capacidades inatas para se adaptar a alterações que venham a surgir, mas que devido a uma situação de vulnerabilidade, experimenta ou pode vir a experimentar um desequilíbrio. Deste modo, Meleis et al. (2000), sublinham a importância do enfermeiro na consideração dos padrões significativos de transição da vida da pessoa e da sua família/ pessoa significativa, desempenhando um papel importante na promoção e compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social.

Na prática, não raras vezes, constatei o facto anteriormente referido, através da comparação entre o comportamento da pessoa que chega ao BO quando teve uma visita pré-operatória pelo enfermeiro que lhe faz o acolhimento ao serviço e o de uma pessoa que não teve a visita. A atitude da pessoa que recebeu a visita é uma atitude e comportamento notoriamente diferente, mais tranquila, confiante e segura. O impacto da interação, do diálogo pré-operatório e da relação de ajuda que se estabeleceu, anterior a este momento de apreensão da chegada ao BO, é maioritariamente positivo para a pessoa, mas igualmente gratificante para mim. Esta perceção é corroborada por Rego e Pires (2016), quando enunciam que a visita pré-operatória dá visibilidade aos cuidados que o enfermeiro perioperatório presta e desmistifica a ideia que o BO é um local onde a técnica se sobrepõe ao cuidar holístico. Acrescentam, no entanto, que é necessário superar barreiras administrativas, hierárquicas, indisponibilidade de tempo e de falta de recursos para implementar e sistematizar esta prática,. Já em 2005, Phaneuf afirmava que “a presença simboliza ao mesmo tempo a força que suscita a confiança e que tranquiliza, e a doçura que supõe uma abordagem humana” (p.329).

Ainda relativamente à fase pré-operatória, enquadro o momento de acolhimento à pessoa, aquando da chegada ao BO. Posso considerar a fase final do período pré-operatório, uma vez que são os momentos que antecedem o início da fase intraoperatória.

A minha atuação nessa fase, caracterizou-se por realizar o acolhimento do cliente ao BO. Deste modo, no momento de acolhimento tirei a máscara, apresentei-me, confirmei a identidade do cliente e o procedimento que iria realizar, dei espaço para que a pessoa expressasse medos, angústias, receios e demonstrei disponibilidade para dar resposta a essas expressões, averigui, informei e reforcei o que foi dito na visita pré-operatória, alertei e expliquei para situações que pudessem ocorrer no pós-operatório, assegurei a privacidade

do cliente e proporcionei um ambiente calmo. Realizei também as verificações inerentes à cirurgia e anestesia e consequentes listas de verificação de segurança, que abordo com maior detalhe no subcapítulo seguinte. Após este momento, e depois de avaliadas as necessidades da pessoa, reúno o material necessário para a anestesia em questão, faço a planificação dos cuidados de enfermagem e reúno com a equipa para troca de informações e elaboração de um plano de intervenção.

A pessoa em situação perioperatória sempre foi o foco do meu cuidado e do meu desejo em ser melhor profissional, para poder prestar cuidados de maior qualidade. Fui verificando ao longo do tempo que o meu alvo de cuidados teria que passar a incluir não só a pessoa em situação perioperatória mas, de igual forma, a família ou pessoa significativa, pois a pessoa que se encontra nesta situação perde, mesmo que temporariamente, o apoio presencial da família/pessoa significativa e tem de se adaptar a uma nova realidade, que trará mudanças à sua vida. Esta situação vai ao encontro do explicitado pela OE (2017) nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, ao mencionar que a pessoa, na expectativa de ver melhorado o seu estado de saúde e qualidade de vida, aceita resignar-se a um estado de vulnerabilidade físico e emocional, bem como a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a todo o processo.

A compreensão do processo que a pessoa em situação perioperatória vivencia, bem como a sua família, enriquece o corpo de conhecimentos do enfermeiro, desenvolve e aprofunda as competências especializadas e permite intervir junto do cliente de forma consistente. Nestas circunstâncias, o BO consiste no espaço que, dentro da instituição hospitalar é mais restrito e por esta razão assume um papel ameaçador para os clientes e a população em geral, isto porque representa o desconhecido, estando associado à perda de consciência e aos procedimentos invasivos e dolorosos, transmitindo sentimentos de angústia e ansiedade (Rego e Pires, 2016).

Assim, na escolha dos ensinamentos clínicos, optei por realizar o meu primeiro EC na UCA do HNM. Esta escolha deveu-se em parte à possibilidade de poder prestar cuidados e um acompanhamento mais próximo à pessoa e à família/ pessoa significativa, uma vez que em contexto de ambulatório a família/ pessoa significativa após a alta da UCA, passa a deter um papel fundamental na colaboração aquando da prestação de cuidados no domicílio. O seguimento pós-operatório é um processo contínuo que visa a promoção das capacidades e competências com a finalidade de habilitar a pessoa submetida a uma experiência anestésico-

cirúrgica, em regime de ambulatório, e a família/pessoa significativa a responderem às diversas situações do período pós-operatório (Lima & Pinto, 2014).

Relembro novamente, a Teoria das Transições de Afaf Meleis, para a importância que a família/ pessoa significativa adquire nesta situação, como um fator condicionante de transição. A autora defende que a “transição” constitui um conceito principal em enfermagem, em que a saúde e o bem-estar resulta da intervenção da enfermagem no momento de transição. Assim, compete aos enfermeiros, identificar e entender os processos de transição e implementar terapêuticas que promovam o bem-estar e estabilidade do indivíduo. Os fatores condicionantes de transição são as circunstâncias que influenciam a forma como uma pessoa desenvolve este processo. Estes fatores contribuem para facilitar, dificultar ou até mesmo impedir o progresso para uma transição saudável (Meleis, 2011).

Por outro lado, a escolha deste EC deveu-se também, à possibilidade de um acompanhamento mais próximo da pessoa e família/pessoa significativa nas três fases do período perioperatório. Desta forma, tive a possibilidade de desenvolver conhecimentos e habilidades no cuidado à pessoa/família e expandir a minha área de conhecimentos, desenvolvendo competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória.

A cirurgia de ambulatório é, de acordo com o Serviço Nacional de Saúde, “um importante instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com múltiplas vantagens associadas, reconhecidas internacionalmente” (DRE, 2018, p.4511). A todos estes ganhos em saúde acresce ainda, de modo positivo na vivência perioperatório do cliente, o facto de, no intervalo de 24 horas, ser submetido a um procedimento médico-cirúrgico eletivo e poder recuperar num ambiente familiar, com maior conforto e ainda ser ele o principal gestor dos seus cuidados de saúde.

A atuação do enfermeiro perioperatório na UCA baseia-se numa abordagem individualizada, onde o planeamento deve ser feito de modo a respeitar todas os aspetos bio-psico-socio e espiritual do cliente (Lima & Pinto, 2014).

Atendendo ao que foi supramencionado, torna-se perceptível que a comunicação é uma ferramenta indispensável a todo o processo perioperatório, e que ainda se torna mais crucial em contexto de ambulatório por este cliente necessitar do apoio da família/pessoa significativa para o seguimento pós-operatório.

Na fase do pré-operatório, de modo a poder perceber de forma holística o circuito do cliente em situação perioperatória em cirurgia do ambulatório, realizei uma visita

ao serviço de Consulta Externa com o objetivo de observar e adquirir conhecimentos sobre os ensinamentos efetuados em consulta de Enfermagem pré-operatória.

Verifiquei que a equipa de enfermagem da consulta externa, após ser tomada a decisão da necessidade de cirurgia, aquando do ensino, providenciou um ambiente calmo e privado para a realização dos ensinamentos pré-operatórios, e sempre que possível integrou a família/pessoa significativa nestes ensinamentos. Na UCA, realizei a consulta de Enfermagem telefónica na véspera do dia da cirurgia, de modo a validar a preparação pré-operatória, validar as necessidades de cada pessoa e as condições do estado de saúde e esclarecimento de dúvidas. A OE, no Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021, sobre a Consulta de Enfermagem refere que, a teleconsulta de enfermagem é uma consulta autónoma, podendo ser programada ou não. É uma modalidade de consulta não presencial, síncrona ou assíncrona, onde o enfermeiro cumpre com os deveres deontológicos da profissão e do REPE. Esta consulta cumpre com o objetivo de responder às necessidades em cuidados de enfermagem, funcionando como um recurso de proximidade e acessibilidade. Deve seguir a metodologia do Processo de Enfermagem e fazer parte do processo individual do cliente.

Considereei este telefonema uma mais-valia para o cliente e equipa, ao contribuir para a redução de riscos e aumento da segurança. Observei e senti a satisfação do cliente quando, ao chegar à unidade, reconheceu a voz do enfermeiro que falou com ele na véspera. No dia do procedimento anestésico-cirúrgico, realizei a triagem, admissão e acolhimento do cliente, família/pessoa significativa na unidade, colaborei na preparação física pré-operatória, na colocação e manutenção dos sistemas de monitorização e cateterização, na avaliação dos parâmetros vitais, através de monitorização não invasiva e acompanhei e realizei a transferência da área de acolhimento para a sala operatória.

Na fase intraoperatória, uma vez que os cuidados de Enfermagem durante o procedimento cirúrgico em CA são sobreponíveis aos cuidados de enfermagem perioperatórios do BO central, e como desempenho funções de enfermeira de anestesia no intraoperatório, optei por observar participativamente, com maior enfoque na área de circulação/instrumentação. Realizei e colaborei no planeamento dos cuidados, preparei e confirmei a funcionalidade do material e equipamentos necessários para a cirurgia, verifiquei limpeza de superfícies e as condições de esterilização do material, assegurei a temperatura e ventilação da sala operatória, forneci os dispositivos médicos necessários, cumpro e fiz cumprir as regras da assepsia cirúrgica e colaborei no posicionamento adequado do cliente. Promovi um ambiente calmo para a pessoa e equipa cirúrgica, desenvolvendo assim a minha

intervenção numa perspetiva interprofissional na gestão de stress e conflitos fomentando um ambiente harmonioso, indo ao encontro do que defende o Regulamento 429/2018.

Na fase pós-operatória, prestei cuidados pós-operatórios imediatos, que são sobreponíveis aos prestados na UCPA de um BO central, onde a pessoa após ser submetida ao procedimento anestésico-cirúrgico, deve permanecer sob observação e cuidados constantes até que haja a recuperação da consciência, estabilidade dos sinais vitais e prevenção das intercorrências do período pós-anestésico. Implementei cuidados de enfermagem de pós-operatório mediatos e tardios, entre os quais destaco a preparação para a alta, que assume grande importância. Nesta fase, efetuei o contacto telefónico à família/pessoa significativa, com a intenção de capacitar a família nesta experiência. Além das informações prestadas aos mesmos aquando do acolhimento da pessoa, relativas ao procedimento que o familiar vai ser submetido, tive o cuidado de contactá-los no final do procedimento para poder dar informações de como correu o mesmo e para informar da hora da alta de modo a se deslocar à UCA para realização de ensinamentos e acompanhamento da pessoa em situação perioperatória.

A preparação da alta da UCPA em cirurgia do ambulatório é, de acordo com Lima e Pinto (2014), um ato fundamental pois o cliente deixa de poder contar com a observação direta dos profissionais de saúde e passa a exercer o autocuidado com o acompanhamento da família/pessoa significativa durante o mínimo de 24 horas. A avaliação final deve ser rigorosa e bem ponderada de forma a promover a ida para o domicílio em condições de segurança. Deve ser validado todo o ensino que foi efetuado anteriormente na consulta de enfermagem do pré-operatório. Para realização dos ensinamentos, recorri à transmissão de informação verbal e em suporte de papel. Após a alta da pessoa para o domicílio, colaborei na organização e preparação da unidade do recobro, da sala cirúrgica e do acolhimento no sentido de preparar o ambiente e fomentar a segurança e eficiência dos cuidados para os clientes seguintes.

O acompanhamento após a saída da unidade hospitalar – *follow up*, é de extrema importância e deve ser realizado nas primeiras 24 horas pós-operatórias para poder existir uma avaliação da evolução, a identificação de complicações, o reforço do ensino do autocuidado e a possibilidade do cliente/ família esclarecer dúvidas. Desta forma, tive a oportunidade de realizar a consulta de enfermagem pós-operatória por telefone 24 horas após a passagem da pessoa pela UCA, para avaliação da evolução do estado de saúde, do

progresso da recuperação, da avaliação e gestão da dor e de modo a dar oportunidade ao esclarecimento de dúvidas.

Durante o ensino clínico na UCA, focada na gestão da dor da pessoa em situação perioperatória, pude me aperceber e conhecer a estrutura e dinâmica organizacional e funcional da mesma, o que me deu ferramentas para promover os cuidados à pessoa ao longo das diversas fases da sua estadia na Unidade.

Segundo Neves (2019) um dos critérios clínicos de inclusão para ser admitido num programa de cirurgia de ambulatório é que a dor pós-operatória tem de ter um controlo eficaz por via oral. Assim, um procedimento cirúrgico que seja de previsibilidade de difícil controle da dor, torna-se uma contraindicação absoluta para cirurgia de ambulatório. Para o mesmo autor, a etapa do recobro na UCA deverá implicar a aplicação de protocolos clínicos, sendo um destes protocolos o da analgesia pós-operatória. Este protocolo, para garantir a sua objetividade, deve ser feito recorrendo a Escalas de Avaliação da Dor. Ainda relativamente à gestão da dor, outro protocolo que deverá existir em UCA é o protocolo de Alta, que define os critérios necessários para que a alta clínica de um cliente seja dada com segurança. Entre estes critérios, está o nível de dor. Os clientes devem ter mínima dor ou nenhuma antes da alta. O nível da dor que o cliente tem deve ser aceite pelo próprio e a dor deverá poder ser controlada por analgésicos orais (Neves, 2019).

Durante o EC constatei que na UCA não existem protocolos de analgesia nem de alta, sendo os mesmos estabelecidos pelos anestesistas que se encontram a prestar assistência à unidade nesse dia. De igual forma, observei que no período pós-operatório a avaliação da dor pós-operatória foi concretizada poucas vezes, e que quando foi realizada não foi efetuada com recurso às escalas de avaliação da dor, o que contraria as orientações da boa prática. A OE (2008), no Guia Orientador de Boa Prática sobre a Dor, defende que a intensidade da dor deve ser avaliada com recurso a instrumentos de autoavaliação, com a seguinte ordem de prioridade: Escala Visual Analógica; Escala Numérica; Escala de Faces; Escala Qualitativa.

Este fenómeno fez-me refletir e questionar a razão da dor ser poucas vezes alvo de avaliação. Após diálogo e reflexão com a equipa de Enfermagem e exposição da minha preocupação, esta situação foi fundamentada pelo facto de, quase a exclusividade de cirurgia de ambulatório a ser realizada aquando do EC (novembro 2021) ser do foro oftalmológico e pelo uso de medicação tópica anestésica que é administrada no pré e intraoperatório. Ainda assim, constatei que, frequentemente, o cliente após a cirurgia manifestava sinais de dor e

desconforto. Ao abordar estes clientes e pedir para avaliar a sua dor com recurso à escala verbal simples, uma vez que não existia outra escala na UCA disponível, a maioria avaliou-a como ligeira. Hernández et al. (2020) afirmam que a pessoa que é submetida a cirurgia oftalmológica desenvolve um alto nível de ansiedade, pois a visão é considerada um dos órgãos mais valiosos e indispensável à autonomia e segurança da pessoa. Consequentemente a maioria das cirurgias a este órgão são realizadas sob anestesia local, com a colaboração do cliente de modo a evitar movimentos repentinos. Evitar a dor e abolir movimentos oculares é um passo preliminar fundamental para o sucesso da cirurgia, que com o avanço tecnológico e científico fez surgir técnicas cirúrgicas menos invasivas que conduziram ao aparecimento de anestesia tópica e a outros tipos de analgesia e anestesia, como os bloqueios peribulbares, retrobulbares e subtenonianos. No entanto, a realização deste tipo de bloqueio não é efetuado por todos os cirurgiões ou anestesistas, quer pelo desconhecimento da técnica, quer pela falta de prática em realizá-la. Contudo, é de referir que os clientes que beneficiaram destes bloqueios, não referiram dor, quando avaliada a intensidade da dor através da aplicação de uma escala de autoavaliação.

A escolha do campo de estágio do EC II prendeu-se com o aprofundamento de competências na capacitação da pessoa e família/pessoa significativa na gestão da experiência cirúrgica. Na seleção do EC de opção, para além do objetivo anterior, pretendi desenvolver e aprofundar competências especializadas científicas, técnicas e relacionais na gestão da dor da pessoa e família/pessoa significativa com patologia do foro neurocirúrgico a vivenciarem a experiência cirúrgica, tendo para tal, realizado o EC no BONCHUP.

O BONCHUP está situado no piso dois do Hospital de Santo António que pertence ao Centro Hospitalar Universitário do Porto. É uma unidade multidisciplinar e pluriprofissional que tem como principal objetivo a prestação de cuidados perioperatórios eletivos à pessoa em situação perioperatória do foro neurocirúrgico. É constituído por duas salas operatórias, uma UCPA com capacidade de duas camas e todos os serviços de logística necessários e de apoio ao BO.

Como enfermeira de anestesia e de cuidados pós-anestésicos, no cuidar da pessoa a vivenciar uma experiência cirúrgica, a gestão da dor é um dos cuidados que está intrinsecamente ligado ao quotidiano da minha prática profissional; a dor é pois, naturalmente, um foco da minha especial atenção. A escolha por aprofundar estes conhecimentos nesta especialidade cirúrgica, foi o resultado de integrar a equipa de neurocirurgia do bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça desde 2017 e, da

necessidade de desenvolver conhecimentos e competências sobre a temática, apesar do estudo já desenvolvido na área.

Aos benefícios referidos anteriormente pela escolha do campo de estágio, acresceu, para mim em particular, a intencionalidade de poder comparar procedimentos e refletir nas práticas instituídas no bloco central do HNM.

No passado, a dor pós-operatória era vista pelos clientes como inevitável, ou algo que teria que ser suportado. De acordo com Morlion e Carr (2017), na segunda metade do século 20, quase metade dos clientes internados reportaram episódios de dor severa e intensa no pós-operatório. A DAPO surgiu como temática em foco num estudo sistemático há 27 anos, pelo esforço da IASP, o que conduziu a uma transformação no controlo e alívio da dor pós-operatória, para maior conforto dos clientes e ganhos em saúde da população e instituições de saúde, como a diminuição do tempo de internamento. As cirurgias cada vez menos invasivas também são um fator importante no controlo mais eficaz da dor. No entanto, o aumento da avaliação da dor no dia-a-dia tem revelado que a dor continua a persistir muito tempo após as cirurgias (Morlion & Carr 2017).

Em 2003, a DGS instituiu em Portugal a “Dor como o 5<sup>a</sup> sinal vital” através da circular normativa n.º 09, instituindo, assim, a avaliação da Dor como uma norma de boa prática. De igual forma em 2012, Ponce mencionou que a dor é hoje considerada como o quinto sinal vital, o mesmo é dizer que deve ser avaliada logo após a temperatura, o pulso, a tensão arterial e a respiração. Como tal, deve ser avaliada e registada de forma quantificada, com recurso a escalas de avaliação, para se poder monitorizar a eficácia do seu controlo. Reforçando a importância da utilização de escalas de avaliação, o autor refere que a dor tratando-se de um sintoma, é subjetiva e individual, influenciada por fatores emocionais, pelo que a forma mais correta da sua avaliação, sempre que possível, é a autoavaliação.

Este fenómeno é de tal forma significativo e impactante na qualidade de vida da população e na dinâmica e funcionamento das instituições de saúde, que desde 2001 a DGS instituiu programas para melhorar a sua abordagem. Atualmente o documento estratégico em vigor é o Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, que foi enunciado em 2017.

A DGS (2017) menciona que a dor aguda é importante enquanto sistema de aviso para uma lesão ou disfunção orgânica, traduzindo-se numa procura frequente de cuidados de saúde. No entanto, esta autoridade em saúde refere que, “cessada essa função, não é possível atribuir à dor qualquer vantagem biológica, podendo a mesma motivar alterações

em múltiplos sistemas orgânicos. Daí podem resultar comorbilidades, redução da qualidade de vida e perpetuação da dor” (DGS, 2017, p.4).

Alerta ainda que, a dor e as suas repercussões ao nível social e económico são elevadas, devido ao recurso frequente aos serviços de saúde e despesas com a terapêutica. Mas também pelos custos indiretos, igualmente elevados, devido à perda de produtividade pelo absentismo. Morlion e Carr (2017) são, também de opinião que o tratamento ineficaz da dor provoca experiências desfavoráveis com consequências físicas como, a limitação da mobilidade ou respiração e perda de autonomia, conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida durante a sua recuperação. Todas estas consequências podem levar ao aumento do tempo de hospitalização pelo atraso na cicatrização da ferida cirúrgica, aumento do risco de deiscência de anastomoses e aumento do risco de infeção respiratória.

A DAPO, é como referido anteriormente, a dor que ocorre por dano ou lesão tecidual decorrente de um procedimento cirúrgico e que deverá permanecer apenas até à recuperação da cirurgia, não ultrapassando os três meses (Small e Laycock, 2020). A partir daqui, é considerada como DCPO e é definida como a dor que persiste por mais de três meses após uma cirurgia ou a dor não presente antes da cirurgia ou que apresenta características diferentes ou que apresenta um aumento de intensidade da dor pré-operatória ou ainda como a dor localizada no sítio cirúrgico (Lavand’homme & Pogatzki-Zahn, 2017).

Morlion e Carr (2017) referem que a etiologia da DCPO não está totalmente clarificada, mas que fatores biológicos, psicológicos e sociais têm uma grande influência na sua origem. Os mesmos autores referem igualmente que a DCPO pode ser expressa como uma combinação de diferentes tipos de dor desde a dor neuropática, nociceptiva ou visceral. No entanto, a mais comum é a dor neuropática.

A prevenção precoce da DAPO é um desafio relevante para toda a equipa multidisciplinar perioperatória, visando a diminuição da incidência de DCPO nos clientes. Torna-se perceptível que, é fundamental definir estratégias de intervenção úteis e pertinentes para prevenir em cada cliente os fatores que interferem negativamente na sua experiência de dor, sejam estes prévios ou posteriores a um procedimento cirúrgico.

Entre as múltiplas estratégias sugeridas para a mitigação deste fenómeno, as mais simples de aplicação são, de acordo com Morlion e Carr (2017), a preparação pré-operatória do cliente, com informação detalhada sobre a sua cirurgia e procedimentos relacionados à mesma, incluindo a expectativa de intensidade e duração da dor, para a redução de necessidade de analgesia. Acrescentam ainda que, os clientes que confiam na equipe de

saúde, e perspetivam um desfecho com sucesso da cirurgia, sentem-se empoderados, desviando a atenção da dor.

Outras medidas para uma melhor gestão da DAPO e prevenção da sua evolução para a cronicidade passam por, no período pré-operatório, identificar clientes que possam necessitar de atenção especializada devido a ter dor crónica pré-operatória e ou, alteração de estados psicológicos e emocionais, como ansiedade e depressão (Morlion & Carr, 2017), identificar clientes em tratamentos com recurso a analgésicos opióides ou dependência destes de forma a ser providenciada analgesia eficaz, prevenido o síndrome de abstinência a opióides, e comunicando a toda a equipa multidisciplinar envolvida na prestação de cuidados para efetuar um planeamento adequado para a alta hospitalar (Shung et al., 2017). Ainda no período intraoperatório, e de igual forma no período pós-operatório, o uso de uma analgesia multimodal torna-se imprescindível, de modo a evitar os efeitos secundários dos opióides (náuseas e vómitos, obstipação, prurido, retenção urinária, delírio, depressão respiratória e a probabilidade de dependência crónica), uma vez que, a sua finalidade é combinar vários mecanismos farmacológicos e reduzir os efeitos secundários dos analgésicos, quando usados individualmente (Morrison et al., 2019).

No período intraoperatório e pós-operatório, as estratégias sugeridas incluem, como referido anteriormente, uma abordagem analgésica multimodal (Morlion & Carr, 2017., Walker, 2017), avaliar a intensidade da dor em repouso e em atividade (Morlion & Carr, 2017), valorizar a experiência da dor como subjetiva e valorizar a dor reportada pelos clientes (Walker, 2017), empoderar o cliente, apoiando as preferências de entre os tratamentos possíveis e a resposta ao tratamento (Walker, 2017), adotar modalidades não-farmacológicas, identificar e acompanhar os clientes que, no pós-operatório imediato e mediato apresentaram dor persistente e outras consequências indesejáveis do procedimento cirúrgico, com o objetivo de avaliar a evolução da dor (Walker, 2017) e ainda incentivar a reabilitação precoce depois da cirurgia (Schung et al., 2017).

Já em 2008, no documento DOR – Guia orientador de boa prática, a OE referia que, o controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou que a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem como dever agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa.

A DGS (2017) no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor estabelece que “a elevada prevalência da dor e a transversalidade da sua abordagem pelos

profissionais de saúde, com particular destaque para médicos e enfermeiros, deveriam obrigar a uma formação adequada” (DGS, 2017, p.4).

Deste modo e tendo em perspetiva tudo o que foi mencionado, considero que o EC desenvolvido no BONCHUP contribuiu fortemente para fomentar e desenvolver habilidades no cuidado à pessoa em situação perioperatória com maior enfoque na área da gestão da dor da pessoa em situação perioperatória em contexto neurocirúrgico, nas fases intra e pós-operatória e aprofundar conhecimentos para a prevenção da DCPO.

Ao longo deste EC consegui fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar dos clientes, otimizando as suas respostas. Além da gestão das medidas farmacológicas de combate à dor, procurei implementar medidas não farmacológicas, tais como, a identificação de posturas e movimentos que diminuem a sensação de dor, a massagem e a crioterapia local.

No período intraoperatório a dor foi igualmente avaliada, e é nesta fase que considero que consegui adquirir maiores conhecimentos e maiores habilidades. Este facto deveu-se a que, no BONCHUP, o controlo da dor é um foco que assume grande importância para toda a equipa. Existe uma grande preocupação por este fenómeno. No período intraoperatório são aplicados diferentes monitorizações avançadas de forma a que o cliente tenha a menor dor possível ao longo do período intraoperatório, potenciando um maior conforto, uma melhor recuperação e experiência no período pós-operatório.

O tipo de monitorização avançada escolhida é selecionada pelo anestesista, tendo sempre em consideração a pessoa que iria ser submetida ao procedimento cirúrgico, os seu nível de literacia em saúde, a intervenção cirúrgica e a abordagem da mesma. Entre as monitorizações avançadas que pude contactar ao longo deste EC, destaco o ANI - *Analgesia Nociception Index*.

O ANI é uma tecnologia que avalia o tónus parasimpático continuamente e traduz o nível de conforto do cliente perante um estímulo potencialmente doloroso. Baseia-se na variabilidade da frequência cardíaca e parte do princípio de que a variabilidade da frequência cardíaca é um fenómeno que ocorre devido à regulação do sistema cardiovascular através do sistema nervoso autónomo. Ao analisar as oscilações da variabilidade da frequência cardíaca, ela reflete a atividade do sistema nervoso simpático e parassimpático que se traduz num valor apresentado no monitor entre zero a 100 (De Jong et al., 2017; Yoshida et al., 2023).

A dor nociceptiva, segundo Janeiro (2017) consiste no equivalente à dor aguda em que a lesão tecidual estimula diretamente os recetores da dor. Surge devido a estímulos

específicos a recetores da dor. Esses recetores são sensíveis à temperatura, à vibração, à distensão e a substâncias químicas libertadas por células danificadas. A IASP (2010), diz-nos que este tipo de dor surge do dano real ou potencial ao tecido não neural e deve-se à ativação de nociceptores e que é o oposto do que acontece na dor neuropática.

Assim, a monitorização ANI é um índice que é calculado pela mensuração da alteração no equilíbrio nocicepção-antinocicepção que se reflete na frequência cardíaca simultaneamente. Um cliente sem dor apresentará um tónus parassimpático dominante (Celik et al., 2019). A escala de monitorização do ANI varia de zero a 100, mas quando a atividade parassimpática é dominante, o ANI mostra valores acima de 50 ou mais. Quando o estímulo doloroso é percebido, o sistema simpático será dominante e o valor do ANI cairá abaixo de 50. Sob anestesia geral, a variação do ANI entre 50-70 mostra o nível adequado de analgesia (Turán et al., 2017).

Considere-se que é um sistema de monitorização de analgesia que corresponde às exigências da prática clínica do dia a dia, uma vez que é fácil de usar através da aplicação de um sensor com dois elétrodos no tórax. No entanto, contém algumas limitações, pois a variabilidade da frequência cardíaca é uma resposta indireta ao stress, não sendo apenas a dor um dos motivos causadores de stress (Celik et al., 2019). Para Yoshida et al. (2023), fatores como a idade, obesidade, emoções, o uso de medicação vasopressora, patologia do foro cardíaco, e a ventilação mecânica afetam a interpretação do ANI.

Pude comprovar que a medicação analgésica utilizada foi adaptada aos dados obtidos pelo ANI, da mesma forma que, quando o ANI apresentou valores abaixo de 50, sendo indicador de desconforto do cliente, comuniquei ao anestesista para uma reavaliação deste valor de forma a serem efetuados ajustes de medicação de modo a elevar este valor.

Outro facto que não me passou despercebido foi que, em clientes em que foi utilizada a monitorização ANI, o pós-operatório foi mais confortável e com dor controlada. Este facto assume uma grande importância, uma vez que o tratamento ineficaz da dor provoca experiências desfavoráveis com consequências físicas como, a limitação da mobilidade ou respiração e perda de autonomia, conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida durante a sua recuperação. Todas estas consequências, como enunciadas anteriormente, podem levar ao aumento do tempo de hospitalização pelo atraso na cicatrização da ferida cirúrgica, aumento do risco de deiscência de anastomoses e aumento do risco de infeção respiratória (Morlion & Carr, 2017).

Pode parecer redundante a escolha do período intraoperatório para o desenvolvimento de um EC, por já ser este o período onde tenho vindo a desenvolver competências na área do cuidado à pessoa em situação perioperatória mas, como referi anteriormente, um dos objetivos ao escolher este campo de estágio, foi para além do aprofundamento de competências, a possibilidade de comparar procedimentos e refletir nas práticas instituídas no bloco central do HNM.

Especificamente em relação à gestão da dor, o meu interesse pela monitorização avançada e pelo ANI, deve-se ao facto de esta existir no BO do HNM. No entanto, a sua utilização é nula. Após este EC, com a minha aquisição de conhecimentos e habilidades científicas sinto que estou preparada para incentivar o uso deste equipamento aos anestesistas, expondo os seus benefícios e partilhando a minha experiência.

A gestão da dor da pessoa em situação perioperatória, não depende exclusivamente de medidas farmacológicas, devendo, esta gestão ser combinada com intervenções não farmacológicas. A OE, em 2008 no Caderno de Boa Prática sobre a temática da Dor, enuncia algumas intervenções não farmacológicas, como a terapia cognitiva, a reestruturação cognitiva, o treino de habilidades de coping, o relaxamento com imaginação, a distração, a aplicação de frio e calor, o exercício, a imobilização, a massagem, a estimulação elétrica transcutânea, o toque terapêutico e o próprio conforto.

No período pós-operatório imediato, na UCPA, promovi a vigilância e recuperação da pessoa na unidade previamente preparada para o efeito, observei imediata e rapidamente a respiração, a permeabilidade da via aérea, a coloração da pele, o nível de consciência, pensos, drenos, permeabilidade de soroterapia. Geri analgesia prescrita, apliquei, sempre que possível, intervenções não farmacológicas, mantive a monitorização dos sinais vitais continuamente, analisando os resultados e intervindo de acordo com o conhecimento especializado, a evidência científica e a minha experiência profissional. Zelei pela segurança e conforto da pessoa e sempre que se justificou informei o anestesista de alguma alteração ou intercorrência. As intervenções não farmacológicas que mais adotei para gerir a dor da pessoa foram o toque terapêutico e o conforto, com o intuito de promover o apoio e a segurança através do contacto e através do posicionamento, favorecer o relaxamento. A massagem, como forma de diminuir a tensão muscular, a aplicação de frio e calor, com a finalidade de diminuir a inflamação e ainda, a distração, como forma de diminuir a atenção prestada à dor.

Ainda na UCPA e focada na gestão da dor, avalei a dor na pessoa em situação perioperatória em repouso e em atividade. Para esta avaliação recorri ao uso de escalas de avaliação e efetuei o respetivo registo no momento que foi efetuada. Entre elas destaco a Escala Numérica que, de acordo com o protocolo instituído no CHUP, deverá ser a escala prioritária a ser utilizada. Na impossibilidade do uso desta, foi utilizada a Escala Qualitativa. Estas escalas foram aplicadas a todos os clientes conscientes e colaboradores aquando da chegada à UCPA e durante a permanência destes nesta unidade.

A DGS (2003) e a OE (2008), apontam que na avaliação da dor, devem ser priorizadas as seguintes escalas de autoavaliação: Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa e Escala de Faces.

A Escala Visual Analógica consiste numa linha com 10 centímetros, onde numa das extremidades está a classificação “Sem Dor” e na outra a classificação “Dor Máxima”. O cliente assinala com uma cruz a intensidade da sua dor. A escala numérica baseia-se na autoavaliação por parte do cliente, abrangendo desta forma a subjetividade da dor, onde a pessoa deverá classificar a intensidade da sua dor através de uma escala numérica de 10 pontos. Sendo que 0 corresponde à classificação de “sem dor” e 10 a classificação de “dor máxima”. A escala verbal simples ou escala Qualitativa é aquele que o cliente deverá classificar a intensidade da sua dor através dos adjetivos: ausente, ligeira, moderada, intensa ou muito intensa. A escala de Faces, consiste num pictograma de seis faces, expressando níveis progressivos de dor, desde a face sorridente: sem dor até à muito triste: dor muito intensa (DGS, 2003, OE, 2008).

Em clientes idosos ou que fossem incapazes de fazer uma autoavaliação da dor por alterações cognitivas, de acordo com o protocolo do CHUP, foi aplicada a Escala de Avaliação da Dor e Demência Avançada (PAIND) ou a escala de Faces. Refiro que apesar do protocolo existente no CHUP enunciar que a PAIND deveria ser a escala prioritária a ser aplicada a pessoas idosas ou com alterações cognitivas, foi pouco utilizada, tendo havido uma preferência pela utilização da escala de faces.

A PAIND avalia comportamentos de dor, uma vez que a autoavaliação da dor está comprometida. Compreende cinco itens de identificação comportamental comumente observados em clientes idosos com dor. Inclui a respiração, a vocalização negativa, a expressão facial, a linguagem corporal e a consolabilidade. Cada um destes cinco itens é avaliado de forma dicotómica de zero (0) a dois (2). A soma das classificações atribuída para

a totalidade dos itens representa uma pontuação máxima final de dez 10 pontos, indicativa da presença da maior intensidade da dor (OE, 2008).

Ao verificar a pouca adesão à aplicação da PAIND e à preferência pela aplicação da escala de Faces, discuti o assunto com a equipe de enfermagem do BONCHUP, constatei que este facto deve-se à pouca informação sobre esta escala mas também pelo facto de a sua aplicação ser mais complexa e demorada que a aplicação da escala de faces, devido à pouca prática existente entre os colegas.

Ainda de modo a aprofundar competências na área da gestão da dor e por forma a melhor compreender o fenómeno da DC, tive a oportunidade de efetuar um curto EC no Centro Multidisciplinar de Medicina da Dor (CMMDor).

Este interesse deveu-se ao facto de, cada vez mais, verificar que muitas das pessoas do foro neurocirúrgico em contexto perioperatório apresentam DC prévia à cirurgia, sendo a cirurgia, do ponto de vista do cliente, e do ponto de vista de cuidados de saúde, um recurso para o alívio desta, uma tentativa para reparar as causas subjacentes.

A DC é definida como o “tipo de dor persistente e que pode ser contínua ou recorrente e com duração ou intensidade suficiente para influenciar e afetar de modo adverso o bem-estar funcional e a qualidade de vida da pessoa” (Silva & Abelha, 2018). Outra definição para este tipo de dor é da IASP (2011), onde a dor crónica é conceptualizada como uma dor prolongada no tempo (duração igual ou superior a três a seis meses) ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem.

O CMMDor fica localizado no piso um da consulta externa do HDNM e iniciou atividade em 1991. Tem como atividades as consultas Médicas, de Enfermagem e de Psicologia; procedimentos invasivos e não invasivos, farmacológicos e não farmacológicos; apoio ao cliente internado, sempre que o Médico Assistente o referencie e apoio ao cliente com dor, no domicílio.

A avaliação da dor é realizada na primeira consulta de enfermagem com recurso à Escala Visual Analógica e à Escala Numérica. É solicitado ao cliente que sinalize numa imagem do corpo humano os locais onde sente dor, e qual desses locais sente a dor mais intensa. Recorrem a múltiplas escalas de autoavaliação para avaliar a influência da dor nas atividades de vida no geral, no humor e no sono.

Considero que este EC foi muito importante no caminho de construção e aquisição das minhas competências como enfermeira especialista e no meu enriquecimento pessoal, uma vez que me permitiu adquirir mais conhecimentos e obter uma maior abrangência dos

mesmos em relação à DC. Este facto conduziu a uma maior compreensão das pessoas em situação perioperatória que apresentem esta condição, assim como da variedade de tratamentos disponíveis e implementação de cuidados invasivos e não invasivos no cuidado à pessoa com DC.

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

Segundo o Regulamento 429/2018, o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória tem de ser capaz de prestar cuidados seguros e de qualidade, mobilizando conhecimentos e habilidades de modo a manter um ambiente seguro para a prestação dos mesmos, e de igual forma, garantir um ambiente seguro para a equipa pluridisciplinar, agindo de acordo com a ética profissional.

Na realidade, esta segunda competência poderia facilmente ser agregada à competência anteriormente abordada uma vez que, indiscutivelmente, está intrinsecamente ligada à área do cuidar da pessoa em situação perioperatória. No entanto, em BO devido à complexidade do ambiente e dos recursos, existe uma maior predisposição à ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, assumindo esta competência maior destaque e uma particular atenção do enfermeiro especialista.

Também a OE, nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem na Pessoa em Situação Perioperatória, salienta a complexidade do ambiente perioperatório. Refere que “a alta tecnologia, o elevado número de dispositivos médicos e necessidade de controlo ambiental constante e rigoroso, cria situações de elevado risco.” (2017, p.26). Acrescenta ainda que esta complexidade deve-se, de igual forma, à particularidade existente na comunicação da equipa pluridisciplinar, ao próprio circuito perioperatório, à vulnerabilidade da pessoa causada pela perda de consciência e consequentemente elevada dependência da pessoa sob anestesia. Tudo isto constituindo oportunidade de erros.

A demonstração da consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório, abarca várias dimensões, mas inicia-se com a preparação do ambiente. A minha experiência profissional tem-me demonstrado este mesmo facto. Tenho-me apercebido que a preparação e organização atempada das condições da sala operatória e do processo cirúrgico do cliente, otimizam a experiência da pessoa.

No BO onde exerço funções é, geralmente, o enfermeiro de anestesia o primeiro a contactar com o cliente, no momento do acolhimento. No entanto, por norma, antes deste contato, já efetuei algumas medidas de promoção do ambiente seguro e de gestão de dispositivos médicos. Destaco a verificação das condições da sala, a operacionalidade da marquesa operatória e a operacionalidade dos equipamentos necessários à anestesia, onde incluo a lista de verificação dos equipamentos e material de anestesia. Assim, no início de cada turno e, sempre que oportuno antes de cada cirurgia, efetuo o teste ao ventilador, verifico a funcionalidade e a capacidade dos vaporizadores anestésicos, as condições do absorvente de dióxido de carbono, a funcionalidade do sistema de exaustão de gases anestésicos, o sistema de aspiração e a disponibilidade de material para abordar a via aérea (máscaras faciais, tubos orofaríngeo, nasofaríngeos e endotraqueais, máscaras laríngeas, cabo e lâminas de laringoscopia), a disponibilidade de condutores para a via aérea difícil (clássico, bougie e FROVA), a disponibilidade de ressuscitação, como o ambu, a disponibilidade de fármacos de anestesia, urgência e emergência e a funcionalidade e disponibilidade da monitorização. Esta verificação é acompanhada do preenchimento de uma *checklist*, registo este que integra o processo informático do cliente. No BONCHUP, os cuidados de promoção do ambiente seguro são sobreponíveis aos do BO do HNM, mas a verificação da operacionalidade do ventilador é realizada por uma equipa de técnicos, que antes do início do turno realiza esta tarefa, competindo ao enfermeiro de anestesia a verificação da disponibilidade do material de anestesia.

Após esta verificação, sinto que estou apta e disponível para a fase do acolhimento à pessoa. O momento do acolhimento, apesar de ser um momento considerado curto, é imprescindível no estabelecimento de uma relação de interajuda e de promoção de ambiente seguro, com a aplicação da lista de verificação pré-operatória. Após a confirmação da identidade, do procedimento cirúrgico e da sua lateralidade quando aplicável, com a colaboração do cliente, realizo a lista de verificação pré-operatória.

Esta lista engloba vários aspetos de forma a maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória, como a hora da última refeição e o cumprimento do jejum, a preparação física para a cirurgia, que inclui o banho com clorexidina na véspera e no dia da cirurgia, a colocação de meias elásticas e as condições da pele, a disponibilidade de exames complementares de diagnóstico, a reserva de derivados de sangue, a existência de alergias conhecidas e a existência de objetos pessoais que ponham em causa a sua segurança, como próteses dentárias, adornos e lentes de contacto. Esta *checklist* assume tamanha importância

e relevância, sendo efetuada uma dupla verificação, já que é preenchida primeiramente no serviço emissor ou de internamento e a segunda vez no BO. A sua finalidade é diminuir o risco de complicações e de mortalidade e aumentar a segurança cirúrgica.

As *checklist* são uma medida de baixo custo que proporcionam uma avaliação pré-operatória rápida e segura da pessoa que irá ser submetida a cirurgia, minimizando a ocorrência de esquecimentos e de falhas na preparação cirúrgica (DGS, 2013). Assim como a *checklist* anterior, esta também integra o processo informático do cliente.

Outra *checklist* indispensável ao período perioperatório, que fomenta fortemente a segurança, sendo ela própria uma estratégia de segurança, é a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e o Índice de *Apgar* Cirúrgico, como prenunciador de morbilidade e mortalidade no pós-operatório. As *checklist* têm a sua importância na garantia da segurança, pois, permite ao profissional de saúde ter acesso às informações sobre todo o procedimento cirúrgico, o que promove a segurança das suas intervenções, sendo uma importante ferramenta na identificação de itens significativos ligados ao compromisso da segurança do cliente (Porto, 2014).

A DGS, na Norma 02/2013 refere que as duas ferramentas supracitadas, vão ao encontro do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” e que são obrigatórias em todos os BO. Justifica a sua necessidade pelo crescente volume de cirurgias anual a nível mundial e por ser primordial no fomento de uma cultura de segurança. Em 2008, a OMS lançou a campanha ‘Cirurgias Seguras Salvam Vidas’, com a finalidade de reduzir a ocorrência de danos à pessoa em situação perioperatória e definir padrões de segurança que passaram a ser aplicados a todos os países membros da OMS. A campanha tinha como principal alvo o uso de uma lista de verificação de segurança, a qual deveria ser realizada em três momentos distintos. Antes da indução anestésica – *Sign In*, antes da incisão da pele – *Time Out* e antes do cliente sair da sala de operações – *Sign Out* (OMS, 2009; DGS, 2013; EORNA, 2020).

Antes da indução anestésica – *Sign In*, e na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista, deve ser verificado se o cliente confirmou a sua identidade, o procedimento e o local cirúrgico e se deu o seu consentimento, se o equipamento de anestesia e medicação foram verificados, se o cliente possui alergias conhecidas, se possui risco de via aérea difícil ou risco de aspiração e ainda se existe risco de perda de sangue superior a 500 ml (OMS, 2009; DGS, 2013; EORNA, 2020). Desta etapa decorre a importância das *checklist* que realizei e mencionei anteriormente.

Antes da incisão da pele – *Time Out*, deve ser realizada na presença do enfermeiro, anestesista e cirurgião. É confirmada a identidade e função de todos os elementos na sala operatória, a identidade do cliente, o procedimento cirúrgico e o local de incisão. Confirma-se também a administração da profilaxia antibiótica e tromboembólica. Nesta fase é antecipado e verbalizado em voz alta, a existência e a probabilidade de ocorrência de eventos críticos por parte do cirurgião, anestesista e enfermeiro. O cirurgião enuncia o tempo planeado para o procedimento, quais os passos críticos ou fora da rotina e qual a perda de sangue prevista. O anestesista enuncia se existe alguma preocupação específica com o cliente decorrente dos seus antecedentes pessoais. Finalmente, o enfermeiro, representando a equipa de enfermagem da sala, enuncia a conformidade dos indicadores de esterilização, a operacionalidade dos equipamentos e disponibilidade dos dispositivos médicos e ainda se existe alguma preocupação por parte da equipa de enfermagem. Ainda nesta fase, é confirmada a visualização de exames imagiológicos essenciais ao procedimento (OMS, 2009; DGS, 2013, EORNA 2020).

Antes do cliente sair da sala de operações – *Sign Out*, e na presença do enfermeiro, cirurgião e anestesista, o enfermeiro confirma verbalmente o nome do procedimento realizado, a contagem de instrumentos, compressas e corto-perfurantes, a identificação de produtos biológicos e se existem problemas com os equipamentos por resolver. Por fim, a equipa pluridisciplinar indica a informação relevante e as principais preocupações, a serem transmitida à equipa da UCPA (OMS, 2009; DGS, 2013). A contagem cirúrgica, ou seja, a contagem manual de itens (compressas, instrumentos cirúrgicos e agulhas) utilizados ao longo do procedimento cirúrgico, é uma prática recorrente e preconizada pela DGS e OMS, de modo a prevenir que os mesmos não sejam esquecidos acidentalmente dentro do cliente ou descartados no lixo ou nos campos operatórios no final do procedimento, maximizando assim, a segurança do cliente e da equipa pluridisciplinar. O esquecimento e a retenção inadvertida de instrumentos cirúrgicos, compressas e agulhas, apesar de ser um acontecimento pouco usual, é um evento adverso com sérias complicações (Stawicki et al., 2013; Gomes et al., 2019; EORNA, 2020).

Para Galvão e Tostes (2019) a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica acarreta benefícios inequívocos para o cliente, com destaque para a promoção da segurança. A aplicação desta ferramenta promove a melhoria da comunicação, uma vez que a mesma fomenta o diálogo entre os profissionais. Os autores acrescentam também que, com a aplicação desta *checklist*, existe uma melhoria da qualidade dos cuidados. A qualidade

não é um conceito, como referido anteriormente, onde exista um consenso sobre a sua definição, mas sabe-se que está intrinsecamente ligada à segurança dos cuidados prestados aos clientes.

Para a OMS (2009), a segurança dos clientes pode ser entendida como a ausência de danos evitáveis ou a redução dos danos desnecessários a um mínimo aceitável, durante o processo de cuidados de saúde. Já, para a *Agency for Healthcare Research and Quality*, a segurança da pessoa define-se como a ausência de lesões acidentais ou evitáveis produzidas pelos cuidados médicos (AHRQ, 2019). Um estudo realizado mundialmente nos anos de 2007 e 2008, em mais de 3000 clientes, relativamente à implementação da *checklist* cirúrgica, revelou que as taxas de complicações reduziram de 11% para 7% após a introdução da *checklist* e verificou-se ainda uma redução da taxa de mortalidade de 1,5% para 0,8% dos clientes (Haynes et al., 2009).

Relativamente à lista de verificação acima mencionada, no BO onde exerço a minha prática profissional, desde a sua implementação, que esta sempre foi realizada com maior ou menor rigor, sendo na maioria das situações preenchida pelo enfermeiro circulante. A sua efetivação no BO do HNM, encontrou algumas barreiras, como a descrença de alguns profissionais de saúde nos benefícios da mesma e com a justificação de perda de tempo cirúrgico; no entanto, com a determinação da equipa de enfermagem, esta *checklist* foi ganhando espaço e hoje em dia é por norma aplicada. Galvão e Tostes (2019) no estudo que levaram a cabo sobre esta lista de verificação, os seus benefícios e as suas barreiras, apontaram que os principais motivos que impedem a sua implementação foram: a falta de apoio da administração, a falta de apoio das chefias de cirurgia, anestesia e enfermagem, a introdução abrupta desta lista em sala cirúrgica, sem planeamento prévio e ausência de formação neste tema.

Relembro uma situação de boa prática que se evidenciou no meu EC no BONCHUP e que considero de grande profissionalismo e prova do trabalho de equipa na demonstração de consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro, na prestação de cuidados de saúde à pessoa/família a vivenciarem experiência cirúrgica no contexto neurocirúrgico. Esta equipa realizou regularmente a etapa *Time Out*, da lista de verificação de segurança cirúrgica de forma exemplar. Observei que toda a equipa se apresentou com o nome e função. O cirurgião apresentou o cliente, a cirurgia que iria realizar e o local, verbalizou a possibilidade de eventos críticos, a sua durabilidade e se estavam previstas perdas sanguíneas. O anestesista fez um breve resumo dos antecedentes do cliente e verbalizou se tinha alguma

preocupação com o mesmo. O enfermeiro confirmou as condições de esterilização do material, se existia alguma preocupação com os equipamentos e se o antibiótico tinha sido administrado nos últimos 60 minutos.

O enfermeiro perioperatório é o responsável pelo planeamento e pela implementação de intervenções de enfermagem que previnam as complicações decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico, agindo desta forma segundo o princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, em seu benefício. É o enfermeiro em conjunto com a equipe pluridisciplinar, que pondera e decide o melhor posicionamento para o cliente, de modo à obtenção de uma exposição do campo anestésico-cirúrgico ideal. Cabe desta forma, ao enfermeiro identificar as alterações anatómicas e fisiológicas associadas ao tipo de anestesia, tempo cirúrgico e procedimento a que será submetido a pessoa, para que não apresente complicações decorrentes do posicionamento (Sousa et al., 2018).

Relembro o EC decorrido no BONCHUP, onde o cliente neurocirúrgico, devido aos diferentes posicionamentos subjacentes às abordagens das técnicas cirúrgicas, está sujeito a um maior risco de lesão por posicionamento, uma vez que, muitas vezes, o cliente é mobilizado na sua totalidade, mudando integralmente o decúbito após a indução anestésica. Sempre que constatei este facto, prestei cuidados na prevenção de lesões por posicionamento, monitorizando e implementando medidas de correção e prevenção e colaborei no posicionamento e manutenção dos sistemas de monitorização contínua. A importância deste cuidado é corroborado pela AESOP (2013), Lopes et al. (2016) e EORNA (2020), quando referem que a pessoa submetida a uma anestesia geral não consegue manifestar dor ou qualquer tipo de desconforto, assim, todos os posicionamentos apresentam riscos que podem estar exacerbados, visto o cliente estar impossibilitado de alertar a equipe sobre seu desconforto.

Constatarei que o BONCHUP tem à sua disposição diversos materiais de auxílio na prevenção de lesões por posicionamento, que a equipa de enfermagem usa de forma correta. Foi um facto que considero que me enriqueceu a nível profissional, uma vez que desconhecia alguns deles e outros, apesar de ter conhecimentos sobre a sua existência, nunca tinha contactado. Exemplo disto são os apoios de cabeça de formato ergonómico em espuma de poliuretano, que permite a estabilização da cabeça, reduzindo a pressão na cabeça e do pescoço do cliente, sendo facilmente monitorizados através do espelho do encosto da cabeça, que vem incluído neste dispositivo de uso único.

A segurança da pessoa em situação perioperatória pode ser ameaçada pela infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), desta forma é da competência do enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória gerir o processo de prevenção e controlo das mesmas.

As IACS consistem num dos eventos adversos mais comuns, constituindo um problema de saúde pública significativo com repercussões na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida (Duarte & Martins, 2019; Ferreira et al., 2022). É definida como uma infeção localizada ou sistémica “resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou da sua toxina. Pode ser detetada durante o internamento, quando excluídas as infeções presentes ou em período de incubação à data da admissão, ou após a alta hospitalar.” (Pereira, 2019). Segundo a DGS, as IACS são uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2017, p.10).

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos assumem-se como “problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade” (DGS, 2017, p.5).

Pina et al. (2019), são de opinião que os procedimentos cirúrgicos, a presença de dispositivos invasivos e infeções por microorganismos multirresistentes representam na atualidade uma grande preocupação devido ao impasse terapêutico que originam, levando à ocorrência destas infeções. Segundo o autor, as principais medidas para prevenir e controlar IACS, assentam no cumprimento das boas práticas, nomeadamente precauções básicas como a higiene das mãos, o uso de equipamento de proteção individual e no controlo ambiental (Pina et al., 2019).

Em Portugal a incidência de IACS, segundo o Relatório Anual do Programa Prioritário - Infeções e Resistências aos Antimicrobianos foi de cerca 7,8% em meio hospitalar e 4% nas unidades de cuidados integrados (DGS, 2018). Esta entidade alega que aumento da incidência destas infeções encontra-se associado a vários fatores, nomeadamente: o recurso crescente a tecnologias mais avançadas e invasivas, a utilização mais assídua de fármacos imunossuppressores e o aumento da esperança média de vida, refletindo o grande impacto das IACS na população. Não obstante, consoante Zingg et al. (2019), as infeções provocadas por microrganismos multirresistentes a vários fármacos têm

sofrido um aumento em todo o mundo, tornando-se crítico a prevenção da disseminação e controlo das IACS.

O Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) é criado em 2013 com a finalidade de minorar as consequências das IACS e das infeções multirresistentes. Estabeleceu como objetivos a redução da taxa de IACS, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a minimização da taxa de microrganismos resistentes aos antimicrobianos, conforme consta no Despacho n.º 10901/2022.

É do entendimento do PPCIRA que a prevenção da infeção é obtida pela adequação das estruturas das unidades de saúde e da orientação das práticas dos profissionais, reformulando-as. Espera-se do enfermeiro uma atuação eficaz na prevenção e no controlo da infeção pois, nos múltiplos contextos de atuação, o risco de infeção encontra-se presente, quer devido à complexidade das situações, quer devido à diferenciação dos cuidados, onde por vezes necessitam de recorrer a procedimentos invasivos, sendo estes facilitadores na aquisição de infeção.

Deste modo, enquanto EEMC, os EC foram fundamentais para edificar a perceção da minha responsabilidade acrescida para questionar, avaliar e investigar sobre a contínua atualização na área da prevenção e controlo da infeção. Norteei a minha prática conforme as orientações do PPCIRA e do programa STOP Infeção Hospitalar, nomeadamente no cumprimento das Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) e das bundles ou feixes de intervenção referentes à prevenção da infeção do cateter vesical, da infeção relacionada com o cateter venoso central e da infeção do local cirúrgico.

As PBCI são medidas universais que visam a segurança do cliente e dos profissionais de saúde. São práticas básicas na prestação de cuidados de saúde (Rosário, 2019). Incluem a alocação de pessoas, higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamentos de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, assim como a prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho, práticas estas que nortearam a minha prática clínica.

Rosário (2019) acrescenta que as PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão de todos os agentes infecciosos, estando, em situações particulares, indicadas medidas adicionais, baseadas essencialmente nas vias de transmissão (contacto, via aérea e

gotículas). Contudo, a mesma autora defende que a higienização das mãos continua a ser uma das medidas mais eficaz, mais simples e económica para a prevenção das IACS.

Especificamente no contexto perioperatório, a infeção do local cirúrgico (ILC) constitui a IACS mais relevante. O risco associado a este tipo de infeção varia entre fatores inerentes ao cliente até aos fatores inerentes ao próprio procedimento anestésico-cirúrgico (Viegas, 2019). A *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) em 2023, alerta que a ILC está entre as IACS mais comuns, e inevitavelmente, está associada a um maior tempo de internamento, a procedimentos cirúrgicos adicionais, a internamentos em unidades de cuidados intensivos e a uma maior mortalidade.

A ILC é definida como a infeção associada ao procedimento cirúrgico, na incisão ou no órgão/espaco onde foi realizado, que ocorram nos 30 dias subsequentes à cirurgia até a um ano (DGS, 2015). O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em 2019, define a ILC como, a infeção que ocorre após a cirurgia, na parte do corpo onde a cirurgia ocorreu, seja ela na incisão cirúrgica, no órgão ou na cavidade onde a mesma teve lugar. Distingue ainda, tipos específicos de eventos associados à ILC para cada procedimento cirúrgico.

A ILC afeta aproximadamente um terço dos clientes que são submetidos a um procedimento cirúrgico e a sua incidência varia entre 2-15%, dependendo de múltiplos fatores, sendo um deles o tipo de cirurgia (Stryja et al., 2020). No período compreendido entre 2018 e 2020, a ECDC em 2023 no Relatório Anual Epidemiológico, refere que nos países da União Europeia foram reportados 19 680 casos de ILC, de um total de 1 255 0958 de procedimentos cirúrgicos.

O programa nacional de vigilância epidemiológica da ILC, baseia a sua pesquisa nas seguintes cirurgias: colecistectomia, cirurgia colorretal, cesariana, laminectomia, artroplastia da anca e artroplastia do joelho. O último relatório conclui que entre 2015 e 2019 houve uma redução da taxa global de incidência de ILC, na taxa de ILC de colecistectomia, cesariana e artroplastia da anca e do joelho, no entanto, houve um aumento na taxa de ILC nas cirurgias de cirurgia colorretal e laminectomia (DGS, 2022).

As estratégias para prevenção da ILC abarcam todo o período perioperatório. Incluem o tempo de internamento, a profilaxia antibiótica, o controlo da glicémia, a preparação pré-operatória da pele: banho e tricotomia e a desinfeção cirúrgica das mãos, a desinfeção da pele, o controlo de temperatura, o nível de oxigenação, o vestuário dos profissionais, os campos operatórios, o movimento da sala operatória, as condições

ambientais, a duração e técnica da cirurgia, a técnica asséptica e a contaminação da ferida (Viegas, 2019; EORNA, 2020; CDC, 2023).

Desde a implementação dos feixes de intervenção de prevenção de ILC, guio a minha prática no BO do HNM e nos ensinamentos clínicos que realizei pela Norma 020/2015, atualizada a 17/11/2022 da DGS, de modo a incrementar uma maior segurança no período intraoperatório.

Estes feixes de intervenção incluem, a não realização de tricotomia por rotina, a realização de profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada e nos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, incluindo repicagem/readministração quando indicada, a realização antisséptica da pele do cliente imediatamente antes da incisão solução antisséptica de Clorohexidina a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado, a manutenção da normotermia e normoglicemia e a manutenção da saturação periférica de oxigénio igual ou superior a 95% (DGS, 2022).

No BO do HNM alguns destes feixes vieram mudar os protocolos que até então existiam, mudando a dinâmica dos cuidados. Tomo como exemplo a tricotomia, o feixe de intervenção remete para a não realização de tricotomia por rotina e que, quando absolutamente necessária, deve ser realizada imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único. No HNM, a tricotomia era sempre realizada no serviço de internamento e por lâmina de corte descartável. O intuito era, na altura, evitar a contaminação da sala operatória e do campo cirúrgico por pelos. Este feixe de intervenção veio mudar o modo de agir de toda a equipa. A atenção dispensada à profilaxia antibiótica aumentou substancialmente, e passou a ser uma preocupação de toda a equipa, cuidado este que antes incidia maioritariamente na equipa de anestesia.

Outro aspeto que contribui para a manutenção de um ambiente seguro, é a preocupação com a segurança na utilização da medicação; esta é transversal à minha prática profissional e aos dois contextos de ensino clínico. Os medicamentos utilizados em BO são, na sua maioria, medicamentos de alerta máximo, ou seja, possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao cliente em consequência de falhas no seu processo de utilização (Diniz et al., 2021). De modo a combater este fenómeno têm sido implementadas estratégias para assegurar o uso seguro dos medicamentos de alto risco e dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, denominados de *Look-alike e Sound-alike* ou LASA (DGS, 2014).

A DGS (2014), refere que os medicamentos LASA contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança, isto porque, muitas vezes, ocorre a conjugação de vulnerabilidades ou deficiências dos sistemas. Desta forma justifica-se a normalização de práticas seguras que possam contribuir para a redução destas ocorrências. Todos os erros de medicação são potencialmente evitáveis, através da adoção de medidas que melhorem os sistemas e práticas relacionadas com a medicação, incluindo a prescrição, preparação, dispensação, administração e monitorização (OMS, 2017).

Assim, a identificação correta das seringas com etiquetas próprias de cores diferentes de acordo com o grupo terapêutico, armazenamento padronizado com rotulagem das gavetas de medicação, uniformização das gavetas de medicação e diferenciação dos medicamentos LASA, a dupla verificação da medicação, têm surgido como exemplos de uma prática segura e de qualidade.

Por tudo isto, as práticas clínicas proporcionaram-me diversas oportunidades de consolidar conhecimentos e implementar medidas de prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos. Através desta exposição, reconheço a maximização da segurança congruente com a consciência cirúrgica, como um dos focos de atenção da minha prática, perante a complexidade da situação e a necessidade de resposta adequada em tempo útil.

## **4. EDIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Ao longo deste relatório, descrevi o meu percurso de obtenção e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Perioperatória. O presente capítulo irá demonstrar a aquisição das competências para a obtenção do grau de Mestre, apesar das mesmas estarem por vezes implícitas nos anteriores capítulos estreitamente ligadas às competências do enfermeiro especialista. Estas competências encontram-se referenciadas no Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

O documento acima mencionado, no capítulo III, artigo 15.º, indica que o grau de mestre pode ser adquirido no decurso de uma especialidade; para tal, o mestrando deve evidenciar conhecimentos adquiridos, desenvolvidos e aprofundados do 1.º ciclo de estudos.

As restantes competências evidenciadas pelo mestre devem demonstrar: a capacidade de aplicar os seus conhecimentos e compreender novos problemas em contextos alargados e pluridisciplinares na sua área de estudo; a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, orquestrar soluções e opinar fundamentadamente, indo ao encontro da responsabilidade ético-legal e social inerente a essas decisões; a capacidade de comunicar o seu raciocínio e as suas ilações aos seus pares especialistas e não especialistas, de forma clara, sucinta e assertiva e a capacidade de aprendizagem contínua e de autoformação.

O 2.º ciclo de estudos representa um aprofundamento de conhecimentos de forma mais especializada e direcionada à área de estudo escolhida, sendo exigido a um mestre, competências científicas mais avançadas e complexas. É pretendido que um mestre seja detentor de um perfil profissional que abarque um amplo espectro de competências, onde o saber fazer, não é suficiente. Aliado ao saber fazer, tem de estar o saber ser, o saber estar, e ainda o saber procurar, na medida que, a área da investigação é e será sempre a base da compreensão e resolução de dilemas e problemas mais complexos que possam surgir, ampliando e consolidando novos conhecimentos baseados na evidência científica mais recente.

A base de conhecimentos para este percurso académico foi indubitavelmente, o Curso de Licenciatura em Enfermagem, que me dotou de conhecimentos na área do cuidar.

As unidades curriculares do Mestrado em EMC, possibilitaram-me o desenvolvimento e aprofundamento destes conhecimentos, assim como a aplicação efetiva destes à realidade da prática clínica de enfermagem especializada, através dos ensinamentos clínicos efetuados. Acresce ainda a esta base de conhecimentos, as várias formações efetuadas ao longo da minha prática profissional, dentro da temática da pessoa em situação perioperatória.

Destaco também, o meu exercício profissional enquanto enfermeira de anestesia no BO, que permitiu de forma contínua o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Neste contexto destaco a importância em ser associada da AESOP, através da qual tenho acesso às práticas mais atuais e cientificamente fundamentadas para o bloco operatório. Os congressos promovidos pela referida associação, bem como as publicações periódicas, permitem uma atualização pertinente e indispensável, bem como a partilha de ideias e experiências.

Além desta importante base de conhecimentos, a frequência do mestrado, as diversas situações, os dilemas e dificuldades encontradas na prática clínica e a reflexão diária sobre os cuidados de enfermagem, despertaram-me para a importância da investigação e de uma prática sustentada na evidência científica mais recente, fundamental para o processo de tomada de decisão no cuidar da pessoa em situação perioperatória e da sua família/pessoa significativa.

A Prática Baseada na Evidência (PBE) consiste num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar” (ICN, 2012, p.10).

De modo a solidificar a PBE ao longo do Mestrado, na unidade curricular Investigação, foi realizada uma revisão integrativa de literatura sobre um tema de interesse da prática profissional. O tema selecionado foi “*Os cuidados de Enfermagem na prevenção da hipotermia do adulto no período perioperatório*”. A metodologia foi baseada nas etapas da PBE, com destaque nas três primeiras etapas: formulação questão de investigação, através do método PICO, recolha de um conjunto relevante de fontes de conhecimento e apreciação crítica e síntese do conhecimento. A colheita de dados foi realizada entre 12 de maio e 05 de junho de 2021, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, NURSING, SIELO e RCAAP. Após a análise e discussão de resultados, o grupo apresentou o trabalho à turma de mestrado e às docentes orientadoras, evidenciando a forte relação entre a evidência científica atual e a qualidade dos cuidados de enfermagem na temática trabalhada. Para a minha prática profissional, este trabalho resultou numa reflexão sobre o que de novo esta revisão de

literatura poderia introduzir aos cuidados de enfermagem, inovando-os e aumentando a excelência dos mesmos.

A capacidade de comunicar conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, foi desenvolvida através dos múltiplos trabalhos concebidos nas diferentes unidades curriculares ao longo do mestrado, através da mobilização de conhecimentos necessários à apresentação oral dos mesmos aos restantes colegas de mestrado e docentes orientadoras. Esta capacidade pôde também ser observada nas várias reflexões e discussões com as enfermeiras tutoras e equipa de enfermagem ou nas passagens de turno, momentos em que necessitei de transmitir informação acerca dos clientes utilizando linguagem clara e assertiva, uma vez que, precisei de mobilizar conhecimentos e de os comunicar aos colegas recorrendo a terminologia científica.

Também em relação à competência de mestre supracitada, gostaria de realçar a realização de dois pósteres, dos quais fui coautora, e que foram alvo de apresentação pública no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu entre os dias 25 a 27 de outubro de 2022, na Figueira da Foz. Cada um dos pósteres resultou de trabalhos desenvolvidos em unidades curriculares do curso de Mestrado, respetivamente Enquadramento Conceptual da Enfermagem Perioperatória e Cirurgia Geriátrica: Contextos e Desafios. Ambos foram resultado da pesquisa da evidência científica mais recente.

O póster decorrente da unidade curricular Enquadramento Conceptual da Enfermagem Perioperatória, intitulou-se “*O contexto da Enfermagem Perioperatória: O mapa concetual como estratégia de aprendizagem*”. Teve como objetivo identificar o contexto da prática de enfermagem perioperatória com recurso a um mapa concetual, de forma a permitir uma compreensão cognitiva dos conteúdos expostos.

Na unidade curricular Cirurgia Geriátrica: Contextos e Desafios, após a realização de um trabalho de grupo resultou a realização do póster, intitulado “*O Enfermeiro e a avaliação do Risco Cirúrgico do cliente idoso*”. A metodologia foi uma revisão narrativa da literatura. A pesquisa foi efetuada na plataforma EBSCO e teve como objetivo identificar fatores de risco do cliente idoso em situação perioperatório.

Considero que desenvolvi a competência referente à autoaprendizagem e autoformação, com a própria realização do Mestrado, uma vez que, contribuiu para um desenvolvimento ímpar do domínio das aprendizagens profissionais. Ao longo do percurso formativo desenvolvi um conjunto de atividades como: a frequência de formações, trabalhos

académicos, planeamentos prévios aos ensinamentos clínicos, definição de objetivos a alcançar, representativos das minhas necessidades de aprendizagem e ainda as respetivas estratégias para os concretizar, o projeto de auto formação e respetivos relatórios, que me levaram a desenvolver um conjunto de competências, que desencadearam e irão, futuramente, continuar a desencadear um desenvolvimento autónomo da autoformação e da autoaprendizagem.

Desta forma e após este percurso formativo, continuarei a minha constante procura por um nível de excelência da prática de cuidados, para isso pretendo manter o investimento pessoal e profissional na minha autoformação.

## **CONCLUSÃO**

“Desenvolvendo competências nos cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação perioperatória: gestão da dor no contexto neurocirúrgico”, é sem dúvida o título de um percurso formativo que culminou numa transformação e empoderamento profissional e pessoal no decorrer da aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas especializadas em enfermagem na área da pessoa em situação perioperatória.

A evolução para um contexto de enfermagem avançado foi inequívoco, onde a componente tecnicista passou a desempenhar um papel secundário e as componentes científicas e éticas enaltecidas. Foram atribuídos novos significados a conceitos, que embora já importantes, expandiram à luz do mais atual estado de arte da ciência de Enfermagem. Conceitos tão essenciais como competência, qualidade, desenvolvimento profissional e deontologia. Edificou-se a certeza que as competências comuns dos enfermeiros especialistas constituíram um objetivo primordial, concretamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais.

A realização dos ensinamentos clínicos, permitiu-me vivenciar experiências pessoais, profissionais e de aprendizagem que conduziram ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, na minha área de escolha, a pessoa em situação perioperatória.

Privilegiei aspetos tão importantes como a comunicação, a relação terapêutica, a gestão da dor, o cuidado da família e a promoção de um ambiente seguro, resignificando o sentido de cuidar numa vertente mais integral, onde o capacitar a pessoa e família para a experiência cirúrgica, a promoção de cuidados e a intervenção interprofissional, ganharam valor incalculável num permanente respeito pela dignidade e liberdade da pessoa. De igual forma, a maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, agindo de acordo com a consciência cirúrgica ganhou novos contornos, com a promoção de ambientes seguros para todos os intervenientes no período perioperatório, através da promoção, gestão e liderança do processo de prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados perioperatórios e de dispositivos médicos.

O curso de Mestrado proporcionou-me um conjunto de experiências, as quais analisei e refleti criticamente. Através desta análise, constatei que amadureci não só ao nível

profissional, mas também pessoal, empoderei-me com enfermeira e consciencializei-me do poder que transmite uma prática baseada na evidência científica.

Consciente dos conhecimentos, competências e atitudes condicentes com o 2º ciclo de estudos (Mestrado), demonstrei a atualização constante e a aplicação de conhecimentos científicos nos diferentes contextos da prática, para a avaliação, resolução de problemas até à tomada de decisão, passando pela comunicação e partilha dos mesmos. As competências de autoaprendizagem, subentendidas nos ensinamentos clínicos, foram consolidadas.

Desta forma, considero que os objetivos delineados para este relatório foram alcançados com sucesso, uma vez que, no meu entender, demonstrei o desenvolvimento de competências na análise crítico-reflexiva das diversas situações da minha área de especialização, assim como no desenvolvimento de competências de Mestre.

O percurso académico que está prestes a terminar, não foi isento de dificuldades, todavia, caracterizou-se pela superação de obstáculos. Considero que a maior adversidade foi a gestão de tempo. A conciliação da vida académica, profissional e pessoal, revelou-se um esforço maior que o esperado, agravado com a crise pandémica e o esforço que exigiu aos serviços de saúde e consequentemente aos profissionais de saúde. Saliento ainda, o fato de me deslocar para fora da Região, saindo da minha zona de conforto e deixando de contar com o apoio das pessoas mais próximas.

Por outro lado, saliento o acolhimento das diferentes equipas de Enfermagem e dos enfermeiros tutores, a empatia dos meus pares, e a oportunidade de vivenciar novos contextos da prática, como facilitadores de todo este processo.

Concluo este relatório com a certeza de que este processo não se encerra com a discussão pública deste relatório. Acredito, que esta é uma caminhada constante na construção e procura pela excelência dos cuidados de Enfermagem Especializados e na contribuição para uma profissão cada vez mais desenvolvida, sólida, autónoma, reconhecida e valorizada.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória; Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório* (3.<sup>a</sup> ed.). Author.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). Patient Safety Network: Glossary. <https://psnet.ahrq.gov/glossary-0>.
- Albuquerque, F. H. S., Cantante, A. P. S. R., Fernandes, H. I. V. M., Frota, M. A., Rolim, K. M, C. & Teixeira, M. J. (2019). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261-272. <https://scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n1/261-272/pt>.
- Anand, R. (2021). Back Pain - An Inevitable Part of Aging? The Facts. *Internacional Association for the Study of Pain*. 2021 Global Year about Back pain fact Sheet. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/back-pain-an-inevitable-part-of-aging-the-facts/>.
- Appleton, S. R. (2018). Dor Crónica Pós-Cirúrgica: Uma Realidade Crescente. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(2), 28-32. <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/13801/11095>.
- Balsanelli, A. P., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Moura, A. A. & Zanetti, A. C. B. (2017). Liderança e satisfação no trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 442-450. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700055>.
- Bernardino, M. (2017). *Gestão em Saúde, organização interna dos serviços*. Almedina.

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem*. (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trans.). Quarteto editora. (tradução do original inglês *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, 2001, New Jersey: Prentice Hall).
- Brennan, T. & Pogatzki-Zahn, E. (2017). Fisiopatologia da Dor Pós-Operatória. *Internacional Association for the Study of Pain. Ficha técnica (3)*, 1-5. [https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/3.\\_Fisiopatologia\\_da\\_Dor\\_Aguda.Brennan-Zahn-Pt.pdf](https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/3._Fisiopatologia_da_Dor_Aguda.Brennan-Zahn-Pt.pdf).
- Burgess, A., Diggele, C., Roberts, C. & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education* 20(suppl), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>.
- Bohomol, E., Cunha, I.C.K.O., Esteves, L. S. F. & Negri, E.C. (2018). O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de enfermagem*. 71(4), 1842-53. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>.
- Cambotas, C. (2014). *A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/7489>.
- Cardante, S. D. F. (2020). *Consulta de Enfermagem Pré-Operatória e de Follow-Up em Cirurgia de Ambulatório: A perspectiva dos Enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/34037>.
- Carneiro, A., Campos, P. & Saturno, L. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016, A Qualidade dos Serviços e dos Cuidados*. <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>.

Celik, B., Uludag, O. & Abdullayev, R. (2019). Analgesia Nociception Index: assessment of acute postoperative pain. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 69(4), 396-402. <http://10.1016/j.bjane.2019.03.002>.

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Surgical Site Infection Event (SSI)*. National Healthcare Safety network. <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscscscurrent.pdf>.

Clifford, T. (2016). Enhanced Recovery After Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(2), 182-183. <http://10.1016/j.jopan.2015.12.007>.

De Jong, A., Prades, A., Ride, A., Carr, J., Chanques, G., Jaber, S., Molinari, N. & Tarri, T. (2017). Analgesia nociception index for the assessment of pain in critically ill patients: a diagnostic accuracy study. *British Journal of Anaesthesia*, 119 (4), 812-820. <http://10.1093/bja/aex210>.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Resolução na Assembleia Geral das Nações Unidas 217A (III) (10/12/1948). **Diário da República**. I Série A. 57/78 (09-03-1978) [Consult. 20 mar. 2023]. Disponível em WWW:<<https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>.

Decreto do Presidente da República n.º 1/2001. **Diário da República**. I Série. 2 (03-01-2001) 14-36. [Consult. 19 abr.2023]. Disponível em WWW:<<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>>.

Decreto-Lei n.º 48/95. **Diário da República**. I série. 63 (15-03-1995) 1350-1416. [Consult. 1 abr. 2023]. Disponível em WWW:<<https://files.dre.pt/1s/1995/03/063a00/13501416.pdf>>.

Decreto-Lei n.º 396/2007. **Diário da República**. I Série. 251 (31-12-2007) 9165-9173. [Consult. 19 abr. 2023]. Disponível em WWW:<<https://dre.pt/application/file/a/627926>>.

Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República**. I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182.  
[Consult. 19 mai. 2023]. Disponível em WWW: < <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/62-2007-640339>>.

Deodato, S. (2015). Prefácio I. In *Ordem dos Enfermeiros: Deontologia profissional de enfermagem* (pp. 8-10). Ordem dos Enfermeiros.

Despacho n.º 14223/2009. **Diário da República**. Série II. 120 (24-06-2009) 24667-24669.  
[Consult. 18 abr. 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/14223-2009-3594950>>.

Despacho n.º 2902/2013. **Diário da República**. Série II. 38 (22-02-2013) 7179-7180.  
[Consult. 18 mai. 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://dre.pt/application/conteudo/1937340>>.

Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República**. Série II. 28 (10-02-2015) 3883-(2)-3882  
– (10). [Consult. 18 abr. 2023]. Disponível em WWW:  
<<http://dre.pt/application/conteudo/66463212>>.

Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República**. Série II. 102 (27-05-2015) 13550-13553.  
[Consult. 18 abr. 2023]. Disponível em WWW:  
<<http://dre.pt/application/conteudo/67324029>>.

Despacho n.º 1380/2018. **Diário da República**. Série II. 28 (08-02-2018) 4511-4511.  
[Consult. 09 mai. 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1380-2018-114654436>>.

Despacho n.º 9390/2021. **Diário da República**. Série II. 187 (24-09-2021) 13550-13553.  
[Consult. 18 abr. 2023]. Disponível em WWW: <  
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>>.

Despacho n.º 10901/2022. **Diário da República**. Série II. 174 (08-09-2022) 93-99. [Consult. 18 ago. 2023]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>>.

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

Diniz, A. M., Diniz, M. N., Marques, S. & Hingá, C. (2021). Segurança do medicamento nos carros de anestesia: um projeto de melhoria em cirurgia de ambulatório. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 7(2), 178-193. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).505.178-19](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).505.178-19).

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 09/DGCG, 2003: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 02/2013: Cirurgia Segura, Salva Vidas. 2013. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 020/2014: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante. 2014. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 020/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. 2015. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 01/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. 2017. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 017/2022: Notificação e gestão de Incidentes de Segurança do Doente. 2022. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Carta dos direitos do doente internado*. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>.

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-naciona-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf).
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário 2018*. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Infeções e Resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário da PPCIRA, 2021*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-dainfeccao/relatorios/infeco-es-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorioanual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2019). *Nursing care plans. Guidelines for individualizing Client Care Across the Life Span*. (10<sup>th</sup> Ed). F. A Davis Company.
- Duarte, A. & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel.
- Duarte, A. & Martins, O. (2019). *Controlo da Infeção Hospitalar*. Lidel.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Healthcare-associated infections: surgical site infections*. In Annual Epidemiological Report for 2018–2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Healthcare-associated%20infections%20-%20surgical%20site%20infections%202018-2020.pdf>.

European Operating Room Nurses Association. (2019). *EORNA Common Core Curriculum for perioperative Nursing* 2019 edition. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Best-Practice-for-Perioperative-Care-Edition-2020.pdf>.

European Operating Room Nurses Association. (2020). *EORNA Best Practice for perioperative care* (2<sup>nd</sup>) edition. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Best-Practice-for-Perioperative-Care-Edition-2020.pdf>.

Esteban-Sepúlveda, S., Sesé-Abad, A., Lacueva-Pérez, L., Domingo-Pozo, M., Alonso-Fernandez, S., Aquilue-Ballarín, M., Barcelo-Martinez, A. I., Critobal-Dominguez, E., Bujalance-Hoyos, J., Dossantos-Sanchez, C., Pascual-Pascual, M., Garcia-Arteaga, E., Galisteo-Gimenez, M., Mas-Dalmau, G., Heredia-Reina, M., Roca-Martí, S., Perez-Riart, M., Alnornos-Muñoz, L., Gonzalez-Maria, E. & Fernández-Domínguez, J. C. (2021). Impact of the implementation of best practice guidelines on nurse's evidence-based practice and on nurses' work environment: research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 77 (1), 448-460. <https://10.1111/jan.14598>.

Esteves, A. N. T. (2012). *A Construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório*. (Tese de mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos, Escola Superior de Ciências Empresariais). Instituto Politécnico de Setúbal. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4647/1/AnaEsteves\\_TeseMestrado\\_Constr%20Identidade%20Prof%20Enf%20BO.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4647/1/AnaEsteves_TeseMestrado_Constr%20Identidade%20Prof%20Enf%20BO.pdf).

Ferreira, M; Nogueira, A. & Ferreira, C. (2022). *Prevenção e Controlo de Infeção em Cuidados de Saúde*. Editora Quântica.

Ferrito, C. (2014). Conceitos Básicos da Enfermagem Perioperatória. In A, Duarte. & O, Martins (Coordenação). *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp 3-9). Lidel.

- Ferrito, C.; Nunes, L. & Ruivo, M. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15), 1 – 37. [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf).
- Fradique, M. J. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III(10), 45-53. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>.
- Freitas, M. J. B. S., Marôco, J. P. & Parreira, P. M. D. (2015). Dotação Segura em Enfermagem: Indicadores de Resultado. *Sinais Vitais* (120) 5-16. [https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/revista/RSV120\\_net.pdf](https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/revista/RSV120_net.pdf).
- Galvão, C. M. & Tostes, M. F. P. (2019). Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspetiva da enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 40(esp), 1-11. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180180>.
- Gan, T. J. (2017). Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *Journal of Pain Research* 10, 2287-2298. <http://doi.org/10.2147/JPR.S144066>.
- Gomes, E. T., Santos, M. L., Assunção, M. T., Araújo, S. S. & Püschel, V. A. (2019). Contagem Cirúrgica e Segurança do Paciente na Perspetiva do Circulante de Sala Operatória. *Revista SOBECC* 24(1), 37-42. <http://10.5327/Z1414-4425201900010008>.
- Guerra, N. E. H. (2018). *Dotações de Enfermagem, Impacto na Segurança dos Cuidados de Saúde*. (Tese de doutoramento em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/28053>.
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H. S., Dellinger, E. P. & Gawande, A. A. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and

Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491–499. <http://10.1056/nejmsa0810119>.

Hernández, H., Hernández, J., Qiang, F., Jiayue, W. & López, M. (2020). Desarrollo de la anestesia en oftalmología. *Revista Cubana de Oftalmología*, 33(3), 1-9. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=32f94f26-19aa-49f5-a0de-bdfe4a3bc201%40redis>.

Hou, Y-H., Lu, L-J., Lee, P-H. & Chang, I-C. (2019). Positive Impacts of Electronic hand-off systems designs on Nurses communication effectiveness. [Abstract]. *Journal Nursing Management*, 27(5), 1055-1063. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30963652/>.

International Association for the study of pain. (2010). *Global Year Against Acute Pain: What is the Problem Fact Sheet*. <https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/10/1-Problem.pdf>.

International Association for the study of pain. (2018). *Pain 2018: Refresher Courses*. [https://ebooks.iasp-pain.org/pain\\_2018\\_refresher\\_courses/](https://ebooks.iasp-pain.org/pain_2018_refresher_courses/).

International Council of Nurses. (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas: Instrumentos de Informação e Ação*. Genebra. (trad. por Ordem dos Enfermeiros) [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf).

International Council of Nurses. (2012). *Combater a Desigualdade: Da evidência à ação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs\\_vfinal\\_correto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf).

International Council of Nurses. (2022). *Nursing definitions*. <https://www.icn.ch/nursing-definitions>.

- Janeiro, I. M. I. (2017). *Fisiologia da Dor* (Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. <https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/8904/1/Fisiologia%20da%20dor%20-%20Vers%C3%A3o%20Final%20-%202017.pdf>.
- Jesus, E. J., Roque, S. M. & Amaral, A. F. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(13), 26–44. [https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE13\\_s2.pdf](https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE13_s2.pdf).
- Jesus, R. J. D. (2022). *Competências Especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Prevenção de Eventos Adversos na Pessoa em Situação Perioperatória* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny). Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/43645>.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential Learning, experience as the source of learning and development*. Google Livros. <https://books.google.com.br/books?id=jpbeBQAAQBAJ&printsec=frontcover&q=experien#v=onepage&q&f=false>.
- LeBoterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª ed.). Artmed.
- Lages, G. R. C., Magalhães, N. C. T., Oliveira, H. A., Quadros, I. A. A. O. & Sasso, Y. I. B. (2020). Definições e Classificações. In G, Lages & E, Soares *Guia Prático para o Manejo da Dor*. (p.17-23). <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2jefc>.
- Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M. & Chen, Y. (2019). A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. *Medical Care*, 57(5), 353–361. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001109>.
- Lavand´homme, P. & Zahn, E. P. (2017). Dor Crónica Pós-Operatória: Definição, Impacto e Prevenção. *Internacional Association for the Study of Pain. Ficha técnica* (4), 1-

5.

[https://www.apeddor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/4.\\_Dor\\_Cr%C3%B4nica\\_Pos-Operatoria.LavandHomme-Zahn-Pt.pdf](https://www.apeddor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/4._Dor_Cr%C3%B4nica_Pos-Operatoria.LavandHomme-Zahn-Pt.pdf).

Lei n.º 95/2019. **Diário da República I Série**. 169 (04-09-2019) 55 – 56. [Consult. 18 abr. 2023]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/124417108> >.

Lei n.º 156/2015. **Diário da República I Série**. 181 (16-09-2015) 8059 – 8105. [Consult. 13 jan. 2023]. Disponível em WWW: <<http://dre.pt/application/conteudo/10309896> >.

Lima, N. & Pinto, S. (2014). Cirurgia ambulatória. In A, Duarte. & O, Martins (Coordenação). *Enfermagem em Bloco Operatório*. (p 123-133). Lidel.

Lopes C. M. M., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., Oliveira, C., G. & Galvão, C., M. (2016). Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 24, 1-8. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>.

Lopes, A. (2020). *Avaliação da incidência da dor crônica pós-operatória em pacientes submetidos a cirurgias para o tratamento de doenças musculoesqueléticas*. (Tese de Pós-graduação em Anestesiologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Faculdade de Medicina. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/192406>.

Lopes, A., Menezes, M. & Barros, G. (2020). Dor crônica pós-operatória - frequente e pouco valorizada: revisão narrativa. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 71(6), 649-655. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2020.10.014>.

Meleis, A. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5<sup>th</sup> ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Mendes, D. I. A. (2020). *Consulta de enfermagem Pré-Operatória do Programa Enhanced recovery after surgery: Implementação e Avaliação* (Dissertação de

Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa).  
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/32257>.

Mendes, D. I. & Ferrito, C. R. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência* 5(8), 1-8.  
<https://doi.org/10.12707/RV20216>,

Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Parecer nº 01/2017: Atribuição de responsável de turno. 2017. Acessível em Ordem dos Enfermeiros.

Morlion, B. & Carr, D. B. (2017). Manejo do Paciente Apresentando pela Primeira Vez Dor Pós-Operatória Crônica. *Internacional Association for the Study of Pain. Ficha técnica* (13), 1-4.

Morrison, B., Jones, C., O'Rourke, K. & Sen, S. (2019). Analgesia for enhanced recovery after surgery in laparoscopic surgery. *Digestive Medicine Research*, 2(25), 1-8.  
<http://dx.doi.org/10.21037/dmr.2019>.

Müller, M., Jürgens, J., Redaèli, 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. *BM Journal* 23(8), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>.

Neves, J. P. C. (2019). Manual de Boas Práticas da Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar Lisboa Norte (3ª ed.) [http://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade\\_cirurgia\\_ambulatorio/12\\_Manual%202019.pdf](http://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual%202019.pdf)

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos. Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, L. M. N. (2015). *Tradução e validação da Nurse Competence Scale para a população portuguesa: Um estudo em hospitais portugueses*. (Tese de

Doutoramento). Universidade de Extremadura: Badajoz.  
[https://www.researchgate.net/publication/275714022\\_TRADUCAO\\_ADAPTACAO\\_CULTURAL\\_E\\_VALIDACAO\\_DA\\_NURSE\\_COMPETENCE\\_SCALE\\_NCS\\_PARA\\_A\\_POPULACAO\\_PORTUGUESA](https://www.researchgate.net/publication/275714022_TRADUCAO_ADAPTACAO_CULTURAL_E_VALIDACAO_DA_NURSE_COMPETENCE_SCALE_NCS_PARA_A_POPULACAO_PORTUGUESA).

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões e qualidade dos cuidados de enfermagem*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidadedoscuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Do caminho percorrido e das propostas: Análise do primeiro mandato 1999-2003*. Lisboa. Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR – Guia orientador de boa prática*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021: Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf).

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives)*.  
<https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>.

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e*

*Desenvolvendo competências nos cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação perioperatória: gestão da dor no contexto neurocirúrgico.*

*estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.*

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>.

Paiva, A. (2021). Capacitação do cidadão – Como está a Literacia em segurança cirúrgica? *Revista AESOP* Vol. XXI N°45, (34-36).

Pedro, P. M. R. (2022). *Consulta Pré-Operatória de Enfermagem: Constrangimentos à Operacionalização, na percepção dos Enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). [https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=140267&codigo=364](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=140267&codigo=364).

Peene, L., Le Cacheux, P., Sauter, A., Joshi, G. & Beloeil, H. (2021). Pain management after laminectomy: a systematic review and procedure-specific post-operative pain management (prospect) recommendations. *European Spine Journal*, 30, 2925-2935. <https://doi.org/10.1007/s00586-020-06661-8>.

Pereira, A. G. (2019). Conceito de Infeção Hospitalar. in A, Duarte. & O, Martins *Controlo da Infeção Hospitalar* (pp 15-19). Lidel.

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Educare Eletronic Journal*, 20(1), 1-23. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>.

Pina, E., Ferreira, E. e Sousa-Uva, M. (2019). Infeções associadas aos cuidados de saúde. In: Sousa, P. & Mendes, W. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (2ªed) (pp. 137-159). Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0010>.

Porto, K. (2014). A segurança do paciente na utilização do checklist. *Revista Enfermagem*, 17(2), 103-115. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12876>.

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K.A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN journal online*, 161, 1976-1982. <https://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.

Rego, A. & Pires, M. A. G. (2016). Visita Pré-Operatória de Enfermagem: importância da sua implementação. *Servir* 59(5-6), 54-59. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23467/17466>.

Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República**. 2ª série. 135 (16-07-18) 19359 – 19370. [Consult. 12 dez. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/115698617> >.

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República**. 2ª série. 26 (06-02-19) 4744 – 4750. [Consult. 12 dez. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>>.

Regulamento n.º 507/2019. **Diário da República** 2ª série. 112 (12-06-19) 17647 – 17648. [Consult. 8 ago. 2023]. Disponível em WWW: <<http://qualidade.esesjcluny.pt/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/67481903-0220-4c71-a42f-e6b84e226757/Regulamento%20de%20Credita%C3%A7%C3%A3o%20de%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20Experi%C3%Aancia%20Profissional%20da%20ESESJCluny%5d.pdf>>

Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** 2ª série. 184 (25-09-19) 128 – 155. [Consult. 12 abr. 2023]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>>.

Regulamento n.º 613/2022. **Diário da República** 2ª série. 131 (08-07-22) 179 – 182.  
[Consult. 12 ago. 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>>.

Rothrock, J. C. (2022). *Alexander's Care of the Patient in Surgery (17th ed.)*. Elsevier Health Sciences.

Rosário, E. M. O. C. (2019). Medidas de isolamento. in A, Duarte. & O, Martins *Controlo da Infecção Hospitalar* (pp 80-93). Lidel.

Sapeta, P. (2013). *Desenvolvimento de Competências: os saberes teóricos e os saberes práticos*. Artigo de opinião. 4-9.  
[https://www.researchgate.net/publication/311104560\\_Desenvolvimento\\_de\\_competencias\\_os\\_saberes\\_teoricos\\_e\\_os\\_saberes\\_praticos](https://www.researchgate.net/publication/311104560_Desenvolvimento_de_competencias_os_saberes_teoricos_e_os_saberes_praticos).

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e Relação de ajuda*. Lidel.

Silva, A. & Reis, A. (2014). Gestão do Risco. In A, Duarte. & O, Martins (Coordenação). *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp.195-205). Lidel.

Silva, A. & Abelha, F. (2018). Avaliação da Dor Crónica Pós-Operatória: Metodologia e Importância. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(1), 59-69.  
<https://doi.org/10.25751/rspa.14815>.

Silva, R. M. L. B. (2016). *Inovação Informática de Atendimento holístico do Idoso no Bloco Operatório* (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/83634/2/129801.pdf>.

Schung, S., Vijayan, R. & Tanra, A. H. (2017). Manejo da Dor Pós-Operatória em Adultos. *Internacional Association for the Study of Pain. Ficha técnica* (5), 1-5.  
<https://www.aped->

[dor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/5.\\_Manejo\\_da\\_Dor\\_Pos\\_Operatoria.Schug-Pt.pdf](http://dor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/5._Manejo_da_Dor_Pos_Operatoria.Schug-Pt.pdf).

- Small, C. & Laycock, H. (2020). Acute postoperative pain management. *British Journal Surgery* 107, e70-e80. <http://doi.org/10.1002/bjs.11477>.
- Sousa, C. S., Bispo, D. M. & Acunã, A. A. (2018). Criação de um manual para posicionamento cirúrgico: relato de experiência. *Revista SOBECC*, 23(3), 169-175. <http://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800030009>.
- Stawicki, S. P. A., Moffatt-Bruce, S. D., Ahmed, H. M., Anderson, H. L., Balija, T. M., Bernescu, I., Chan, L., Chowayou, L., Cipolla, J., Coyle, S. M., Gracias, V. H., Gunter, O. L., Marchigiani, R., Martin, N. D., Patel, J., Seamon, M. J., Vagedes, E., Ellison, C. E., Steinberg, S. M., & Cook, C. H. (2013). Retained Surgical Items: A Problem Yet to Be Solved. *Journal of the American College of Surgeons*, 216(1), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.08.026>.
- Stryja, J., Sandy-Hodgetts, K., Collier, M., Moser, C., Ousey, K., Probst, S., Wilson, J. & Xuereb, D. (2020). Prevention And Management Across Health-Care Sectors. *Journal of Wound Care*, 29(Sup2b), S1-S72. <http://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup2b.S1>.
- Thompson, I., Kath, M. & Boyd, K. (2004). *Ética em enfermagem* (4ª ed.). Lusociência.
- Whiteley, S., Macartney, I., Mark, J., Barrat, H. & Binks, R. (2011). *Guidelines for the transport of the critically ill adult. intensive care society standards*. <https://static1.squarespace.com/static/595276205016e1a5826a3dee/t/59cb93baf09ca4f1e7f8eb2f/1506513856050/Transport+of+Critically+Ill+Adults+2011.pdf>.
- Tiippana, E., Brinck, E. C. V., Heesen, M., Bell, R. F., Starube, S., Noore, R. A. & Kontinen, V. (2018). Perioperative intravenous ketamine for acute postoperative pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012033.pub4>.

- Turán, G., Ar, A. Y., Kuplay, Y.Y., Demiroglu, O., Gazi, M., Akgun, N. & Celikoglu, C. (2017). Índice de analgesia/nocicepção para monitorização da analgesia perioperatória na cirurgia da coluna vertebral. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 67(4), 370-375. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.03.004>.
- Viegas, C. (2019). O controlo de infeção no bloco operatório. In A, Duarte. & O, Martins *Controlo da Infeção Hospitalar* (pp 129-138). Lidel.
- Walker, C. (2017). Acupuntura para a Dor Aguda Pós-Operatória. *Internacional Association for the Study of Pain*. Ficha técnica (12), 1-3. [https://www.apeddor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/12.Acupuntura\\_para\\_dor\\_aguda.WalkerPt.pdf](https://www.apeddor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/12.Acupuntura_para_dor_aguda.WalkerPt.pdf).
- Watson, J. (2002). *Enfermagem Ciência Humana e Cuidar: uma teoria de enfermagem*. Lusociência.
- Williamson, O. D. & Cameron, P. (2021). The Global Burden of Low Back Pain. *Internacional Association for the Study of Pain*. 2021 Global Year about Back pain fact Sheet <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/the-global-burden-of-low-back-pain/>.
- World Health Organization. (2017). *Patient Safety Challenge: Medication Without Harm*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>.
- World Health Organization. (2020). *Why health literacy is important*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/health-literacy/why-healthliteracy-is-importante>.