



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM
À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

Ivan Eduardo de Pinho Teixeira

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
NÃO FARMACOLÓGICAS NA
GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM
SITUAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO
FARMACOLÓGICAS NA GESTÃO DA DOR NA
PESSOA EM SITUAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

Relatório Final de Estágio

Ivan Eduardo de Pinho Teixeira

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação da Professora Mestre Carla Regina Rodrigues da Silva

Oliveira de Azeméis | 2024

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

“A dor é inevitável. O sofrimento é opcional.”

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Ao longo do desenvolvimento deste relatório final houve pessoas que foram, sem dúvida, muito importantes e, por esse motivo, quero deixar algumas palavras de agradecimento a todos aqueles que me acompanharam durante este percurso.

À Professora Mestre e Orientadora, um muito obrigado, pela forma como me auxiliou e orientou durante todo este processo, pela sua dedicação e preocupação. Agradeço profundamente pelas contribuições fulcrais, tendo em vista o meu desenvolvimento pessoal e crescimento profissional e académico na área da investigação.

Não posso deixar de agradecer aos meus colegas de percurso académico pelo apoio que me deram no desenvolvimento deste relatório final e que tiveram sempre palavras de incentivo e de reforço positivo.

Aos docentes da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, que direta ou indiretamente contribuíram para o meu desenvolvimento, desde os docentes com quem tive o privilégio de desenvolver conhecimentos na área científica de enfermagem, até aos docentes com quem tive contactos fugazes em reuniões pontuais. Contribuíram claramente para o meu crescimento profissional.

A todos os meus colegas de equipa e companheiros com quem trabalho diariamente, um agradecimento profundo e sentido, pela compreensão e apoio ao colmatar alguns turnos que não pude assegurar, sobrecarregando-os, por vezes, e em algumas fases mais complexas.

Aos meus amigos, a todos sem exceção, o meu muito obrigado por nutrirem a minha vida de amor diariamente.

À minha família, a todos sem exceção, por todo o carinho e incentivo durante este processo de aprendizagem.

A todos o meu muito obrigado do fundo do coração.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AIA - *American Institute of Architects Academy of Architecture for Health*

AORN – American Association of Operating Room Nurses

BO – Bloco Operatório

DGS – Direção Geral da Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

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

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EORNA – *European Operating Room Nurses Association*

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

EVA – Escala Visual Analógica

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IASP - *International Association for the Study of Pain*

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSP – Pessoa em Situação Perioperatória

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SO – Sala de Operações

SPA – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UPP – Úlceras por Pressão

RESUMO

A Enfermagem, enquanto profissão, está intimamente ligada a constantes mudanças e evolução. Neste contexto, a procura pela excelência no exercício profissional em Enfermagem deve ser uma constante na vida dos profissionais, considerando a permanente evolução da sociedade onde vivemos.

A elaboração do presente relatório de estágio constitui a última etapa do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, e tem como objetivo de demonstrar a aquisição de competências avançadas de juízo crítico em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Para tanto, foi desenvolvido um estágio num Bloco Operatório Central, especificamente num Bloco Operatório Central de Urgência de um centro hospitalar do norte de Portugal.

Este relatório pretende dar a conhecer, ainda, o percurso de investigação desenvolvido durante o Mestrado em epígrafe, o qual se centrou no desenvolvimento de uma *Scoping Review* que teve como objetivo mapear a evidência científica sobre as intervenções não farmacológicas implementadas pelos enfermeiros na gestão da dor no pós-operatório, uma vez que devido à grande complexidade e variabilidade de procedimentos cirúrgicos, é frequente a pessoa apresentar dor na fase pós-operatória. Ficou evidente que os enfermeiros podem intervir de forma autónoma na gestão da dor no pós-operatório, prescrevendo intervenções de natureza cognitivo-comportamental, física e emocional.

Este relatório é composto por dois grandes capítulos: um relativo à componente de estágio e outro relativo à componente de investigação, numa dialética de aproximação entre a prática e a teoria, tendo-se suportado numa metodologia critico-reflexiva, baseada em evidência científica atual.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Dor; Intervenções Não Farmacológicas; Competências; Enfermagem Perioperatória

ABSTRACT

Nursing, as a profession, is closely linked to constant changes and evolution. In this context, the search for excellence in professional nursing practice must be a constant in the lives of professionals, considering the permanent evolution of the society in which we live.

This report constitutes the last step of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of specialization for Person in Perioperative Situation, from the Northern High School of Health of the Portuguese Red Cross and aims to demonstrate the acquisition advanced critical judgment skills in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing to Perioperative Patients. Therefore, an internship was carried out in a Central Operating Room, specifically in a Central Emergency Operating Room of a hospital center in the north of Portugal

This report also aims to publicize the research path developed during the above-mentioned Master's Degree, which focused on the development of a Scoping Review that aimed to map the scientific evidence on non-pharmacological interventions implemented by nurses in pain management in the postoperative period, since due to the great complexity and variability of surgical procedures, people often experience pain in the postoperative period. It was evident that nurses can intervene autonomously in postoperative pain management, prescribing interventions of a cognitive-behavioral, physical and emotional nature.

This report is made up of two major chapters: one relating to the internship component and the other relating to the research component, in a dialectic approach between practice and theory, supported by a critical-reflexive methodology, based on current scientific evidence.

Keywords: Specialist Nurse; Pain; Non-pharmacological Interventions; Skills; Perioperative Nursing

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Atributos que definem a qualidade.....	48
Quadro 2: Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos.....	103
Quadro 3: Pesquisa inicial na MEDLINE (Via PUBMED) realizada em Maio de 2023	104
Quadro 4: Intervenções de Enfermagem não Farmacológicas na Gestão da Dor no Pós-operatório	113

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Perioperative Patient Focused Model	30
Figura 2: Escala Visual Analógica, adaptado de DGS (2003)	96
Figura 3: Escala Numérica, adaptado de DGS (2003)	97
Figura 4: Escala Qualitativa, adaptado de DGS (2003)	97
Figura 5: Escala de Faces, adaptado de DGS (2003)	97
Figura 6: Fluxograma Prisma JBI (2020)	106

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	27
1. Enquadramento do contexto de estágio	29
1.1. Enfermagem Perioperatória	31
1.2. Estágio em contexto de bloco operatório central de urgência.....	33
2. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	39
2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	40
2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	47
2.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	52
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	57
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.....	63
3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	65
3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	76
4. Considerações finais.....	85
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	87
1. Resumo	89
2. Abstract.....	91
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	93
4. Finalidade e objetivos	99
5. Metodologia.....	101
5.1. Desenho do estudo	101

5.2. Critérios de elegibilidade e questão de investigação	102
5.3. Estratégia de pesquisa	103
5.4. Seleção dos estudos	105
5.5. Extração dos dados	107
5.6. Considerações éticas	107
6. Resultados	109
7. Discussão	117
8. Conclusão	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
ANEXOS	147
ANEXO I: CERTIFICADO DO PÓSTER “EFETIVIDADE E BARREIRAS SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NA GESTÃO DA DOR: <i>SCOPING REVIEW</i> ”	149
ANEXO II: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO LIVRE “5G E OS CUIDADOS DE SAÚDE NO BLOCO OPERATÓRIO: <i>SCOPING REVIEW</i> ”	153
ANEXO III: CERTIFICADO DO PÓSTER “EFETIVIDADE E BARREIRAS SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NA GESTÃO DA DOR: <i>SCOPING REVIEW</i> ”	157
ANEXO IV: CERTIFICADO DO PÓSTER “CUIDADOS DE SAÚDE NO BLOCO OPERATÓRIO E TECNOLOGIA 5G: <i>SCOPING REVIEW</i> ”	161
APÊNDICES	165
APÊNDICE I: PÓSTER “EFETIVIDADE E BARREIRAS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE BARREIRAS NÃO FARMACOLÓGICAS NA GESTÃO DA DOR: <i>SCOPING REVIEW</i> ”	167
APÊNDICE II: COMUNICAÇÃO LIVRE “5G E OS CUIDADOS DE SAÚDE NO BLOCO OPERATÓRIO: <i>SCOPING REVIEW</i> ”	171
APÊNDICE III: PÓSTER “EFETIVIDADE E BARREIRAS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE BARREIRAS NÃO FARMACOLÓGICAS NA GESTÃO DA DOR: <i>SCOPING REVIEW</i> ”	179

APÊNDICE IV: PÓSTER “CUIDADOS DE SAÚDE NO BLOCO OPERATÓRIO E TECNOLOGIA 5G: <i>SCOPING REVIEW</i> ”	183
APÊNDICE V: SESSÃO DE FORMAÇÃO “‘5 MOMENTOS’ DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS”	187
APÊNDICE VI: SESSÃO DE FORMAÇÃO “MONITORIZAÇÃO DA DOR: A SUA IMPORTÂNCIA”	199
APÊNDICE VII: TABELA EXTRAÇÃO DE DADOS”	211

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão de saúde formalmente reconhecida a partir da segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale introduziu novos atributos e conceitos, aprimorando as práticas de cuidado à saúde que, ao longo da história, já eram realizadas por diversos grupos ou pessoas com diferentes níveis de qualificação e em contextos variados. Assim, nos últimos anos, a Enfermagem tem-se destacado por uma notável evolução acadêmica e profissional, ampliando significativamente o seu *corpus* de conhecimentos enquanto disciplina científica. Como resultado, a profissão tem-se consolidado de maneira mais assertiva, reafirmando sua autonomia e independência no campo da saúde.

A prática da Enfermagem enquanto ciência implica a utilização de teoria, método e evidência científica. O processo de Enfermagem carece de uma abordagem sistemática e metodológica própria que permite cuidar da pessoa de forma holística. O cuidado de Enfermagem concilia a arte com ciência, uma vez que, reconhece o aspeto artístico na sua prática, ao mesmo tempo em que se apoia em fundamentos científicos que lhe dão sustentação (Costa & Gonçalves, 2021).

Para responder às necessidades de uma sociedade cada vez mais complexa e exigente, a Enfermagem tem vindo a evoluir por meio da investigação que se tem realizado nas diversas áreas em que o enfermeiro tem uma ação independente, desenvolvendo, assim, um percurso de autonomia e valorização, de modo a satisfazer as necessidades da população, baseando a sua prática em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2006).

O enfermeiro especialista é o profissional a quem se exige competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados especializados numa determinada área de especialidade de Enfermagem. Os cuidados de Enfermagem assumem, assim, uma maior exigência técnico-científica, sendo a diferenciação e a especialização, uma realidade gradualmente mais presente e premente nos profissionais de saúde (Regulamento nº 140/2019). Nesse sentido, as áreas de especialização são cada vez mais indispensáveis.

Uma das áreas de especialização abrangidas é a área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória (PSP) tendo como alvo de intervenção a pessoa e respetiva família a viverem uma experiência cirúrgica/anestésica (Regulamento n.º 429/2018). Em seguimento do mesmo regulamento, os cuidados de Enfermagem à PSP são cuidados altamente especializados, direcionados ao processo de saúde/doença da pessoa,

integrando a família, e têm como intuito a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença (Regulamento n.º 429/2018).

A PSP é submetida a um procedimento cirúrgico em ambiente perioperatório, daí o referencial teórico adaptado aos cuidados perioperatórios foi *Perioperative Patient Focused Model*, sendo a pessoa e família/pessoa significativa o foco dos cuidados de Enfermagem perioperatórios (Rothorck & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020). Neste ambiente perioperatório, as pessoas submetidas a cirurgia, geralmente devido a por processos patológicos, experienciam um processo de transição saúde/doença, o que fundamenta a escolha da Teoria das Transições de Afaf Meleis como referencial teórico que orientou o estágio. Essa teoria oferece uma base para compreender as mudanças e os desafios enfrentados pelas pessoas em momentos de transição relacionados à saúde. Ocorre, porém, que estas pessoas experimentam com frequência episódios de dor intensa, o que tornou relevante a utilização da Teoria do Conforto de Kolcaba para fundamentar o processo de conceção dos cuidados de Enfermagem. Essa teoria de Kolcaba forneceu um suporte importante para abordar as necessidades de conforto dos doentes¹ especialmente em momentos de dor e desconforto no contexto perioperatório. Durante a fase intraoperatória, em que o estado de consciência da pessoa está intencionalmente comprometido, recorreu-se à Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, recorrendo ao sistema de Enfermagem totalmente compensatório, em que substitui a pessoa naquilo que ela conseguiria fazer se estivesse consciente.

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas ([AESOP], 2006) define a Enfermagem perioperatória como um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos mobilizados pelo profissional de Enfermagem nas Salas de Operações (SO), com o objetivo de prestar cuidados diferenciados e especializados com destreza e segurança, avaliando os mesmos cuidados a partir dos resultados obtidos por meio da implementação das suas intervenções. A Enfermagem perioperatória deve ser planeada, implementada e orientada por objetivos tendo por base uma abordagem holística da pessoa (AESOP, 2006).

Com o avanço da Enfermagem perioperatória, também houve uma transformação no papel e missão do enfermeiro perioperatório. Atualmente, a missão do enfermeiro perioperatório na SO é garantir e disponibilizar cuidados de Enfermagem especializados e de alta qualidade ao doente cirúrgico e ao ambiente que o envolve, tanto no Bloco Operatório (BO) assim como em ambientes onde se realizem procedimentos invasivos (AESOP, 2012).

¹ No contexto deste relatório, o termo "doente" será utilizado para se referir à pessoa que recebe os cuidados de Enfermagem.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEMCPSP) coloca em prática todo o seu conhecimento e habilidades antes, durante e após a cirurgia.

A importância dos cuidados perioperatórios é inquestionável, desempenhando uma função fundamental na garantia da segurança, eficácia e recuperação bem-sucedida nos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos (Rego et al., 2023).

Uma das áreas mais desafiantes para os profissionais de saúde em contexto perioperatório é a monitorização e controlo da dor. Segundo a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia ([SPA], 2018), o tratamento eficaz da dor continua a ser um grave problema não solucionado, apesar dos avanços no conhecimento da fisiopatologia e farmacologia da dor. A mesma fonte esclarece que para além das intervenções farmacológicas, também as intervenções não farmacológicas são vistas como um complemento essencial e parte integrante na abordagem terapêutica da dor (SPA, 2018).

A relação da dor com o sofrimento merece uma atenção particular, pelo que a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha preocupante na excelência do exercício profissional (OE, 2008).

Com a necessidade de ampliar as boas práticas, a OE (2008), publicou um Guia Orientador de Boas Práticas no Controlo da Dor, tendo como foco de atenção a dor, apresentando recomendações transversais para os cuidados à pessoa e família/pessoa significativa, nas diversas fases do ciclo vital, qualquer que seja o ambiente em que estão inseridos.

O controlo da dor é um direito humano fundamental. O doente tem o direito de não sofrer com dor intensa, e os profissionais de saúde têm a responsabilidade de garantir que esse direito seja cumprido e respeitado, oferecendo tratamento e cuidados adequados para aliviar o sofrimento (OE, 2003). A avaliação correta e sistemática da dor constitui o trampolim para o planeamento e implementação de intervenções que visem o seu controlo. Portanto, cabe ao enfermeiro realizar uma correta monitorização da dor de forma contínua e regular, de modo a otimizar as intervenções implementadas de forma eficaz e, assim, melhorar a qualidade de vida da pessoa com dor (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2003). A avaliação da dor traz-nos, por isso, inúmeros desafios.

É no alinhamento do referido que releva desenvolver-se investigação que permita conhecer as intervenções de Enfermagem não farmacológicas na gestão da dor na pessoa submetida a um procedimento cirúrgico no pós-operatório. Esta área, dada a sua manifesta relevância no âmbito da intervenção do EEMCPSP, constituiu tema de investimento no que à componente de investigação diz respeito e que faz parte integrante deste relatório.

De acordo com o estabelecido no Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março de 2006, a realização de estágio no contexto de prestação de cuidados constitui um requisito do ciclo de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducente à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista (OE, 2021). Assim, de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, 2006 na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 agosto, 2018, o grau de Mestre concede-se aos que demonstrem capacidade de integrar conhecimentos e desenvolver soluções em situações complexas, de modo fundamentado através de investigação.

O presente documento é um relatório final de estágio, realizado no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Especialização à PSP, da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), integrado na Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, com vista à obtenção do grau de Mestre.

Para tal, o estágio, foi realizado no BO central, mais especificamente no BO central de urgência de um centro hospitalar do norte de Portugal continental.

Um relatório final de estágio constitui um elemento fundamental no processo de desenvolvimento de competências do estudante, pois permite, a partir da reflexão crítica, perceber se as atividades desenvolvidas e o desempenho foram de encontro aos objetivos preconizados e qual o seu contributo para o crescimento pessoal e profissional.

De modo a proporcionar uma melhor leitura e compreensão, este relatório baseia-se numa metodologia descritivo, analítica e reflexiva, concordante com um pensamento crítico, de forma a refletir todo o percurso de aprendizagem e do desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências comuns e específicas do EEEMCPSP e Mestre.

O presente relatório final de estágio assenta em duas grandes partes: componente de estágio e componente científica.

A parte I, referente à componente de estágio, inclui um enquadramento do contexto de estágio à PSP II, realizado num BO central de urgência, assim como os objetivos delineados para o mesmo. São exploradas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEEMCPSP, realizando assim uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas e dos momentos de aprendizagem apoiadas na evidência científica recente. No final desta primeira parte são realizadas as considerações finais relativamente ao desenvolvimento de competências, fundamentadas na perspetiva de uma Enfermagem avançada.

A Parte II, engloba a componente de investigação, no qual abrange o enquadramento teórico da temática do estudo de investigação, assim como as motivações ao tema, bem como a

finalidade e os objetivos do estudo. Quanto à metodologia, foi desenvolvida uma *Scoping review*, de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) sobre as intervenções de Enfermagem não farmacológicas na gestão da dor na pessoa em situação pós-operatória. Seguidamente apresentam-se os resultados e a discussão dos resultados do estudo, em comparação com evidência científica acerca do tema. Na conclusão são evidenciados os aspetos mais relevantes tendo em conta o objetivo definido, bem como as limitações e as implicações para a prática de Enfermagem.

O presente relatório final tem como objetivo: enquadrar o contexto de estágio clínico; refletir sobre o progresso e aquisição de competências avançadas; e, desenvolver uma investigação científica na área de especialização à PSP. Em suma, procura-se fazer um balanço da prestação e do crescimento/evolução do estudante, bem como do seu desenvolvimento enquanto futuro enfermeiro especialista/Mestre.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento do contexto de estágio

A Enfermagem é reconhecida mundialmente, como sendo uma profissão, que desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde.

Com a evolução da tecnologia e da ciência, a Enfermagem tem registado ao longo dos últimos anos um constante crescimento e desenvolvimento, quer ao nível da formação de base, quer ao nível da complexidade e diferenciação do seu exercício profissional. Neste sentido, é fundamental haver por parte dos enfermeiros uma procura constante por adquirir, atualizar e aprofundar os seus conhecimentos.

A prática reflexiva é uma ferramenta vital para o processo de aprendizagem. Ela tem proporcionado um profundo reconhecimento na prática de Enfermagem, com o objetivo de ampliar o *corpus* de conhecimento e a base teórica da profissão (Peixoto & Peixoto, 2016).

Segundo o Parecer n.º 07/2016 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica *“a formação em ensino clínico deve acontecer no respeito pelos referenciais de competências do Enfermeiro e do Enfermeiro Especialista, condição obrigatória para assegurar a segurança e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos cidadãos”* (OE, 2016, p.2). Assim, os estágios são momentos por excelência para aquisição e desenvolvimento de competências para enriquecimento pessoal e profissional.

Segundo o Regulamento nº 705/2021 de 27 Julho de 2021 faz parte integrante do mestrado em Enfermagem a realização de um estágio de carácter profissional, com relatório final, que demonstre as competências avançadas adquiridas bem como uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas com o intuito de alcançar os objetivos definidos (ESSNorteCVP, 2021).

Este percurso de formação especializada foi sustentado, essencialmente pelo *Perioperative Patient Focused Model* da *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN), referencial teórico adaptado aos cuidados de Enfermagem perioperatórios (AORN, 2021a; Benze et al., 2021; Rothorck & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020). O modelo conceptual é focado no doente visando alcançar resultados de alta qualidade. Secundariamente ser centrado no doente é orientado para os resultados (Van Wicklin, 2020), sendo este o foco dos cuidados do enfermeiro perioperatório, independentemente do contexto da prática, localização geográfica ou natureza da população (AORN, 2021a).

O *Perioperative Patient Focused Model* visa a prestação de cuidados de Enfermagem perioperatórios centrados no doente e abrange quatro domínios, conforme ilustrado na

Figura 1. Três desses domínios estão voltados para o doente, incluindo a segurança do doente, as respostas fisiológicas e as respostas comportamentais a procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos invasivos (Benze et al., 2021; Van Wicklin, 2020). O quarto domínio diz respeito ao “sistema de saúde” no qual os cuidados perioperatórios são prestados.

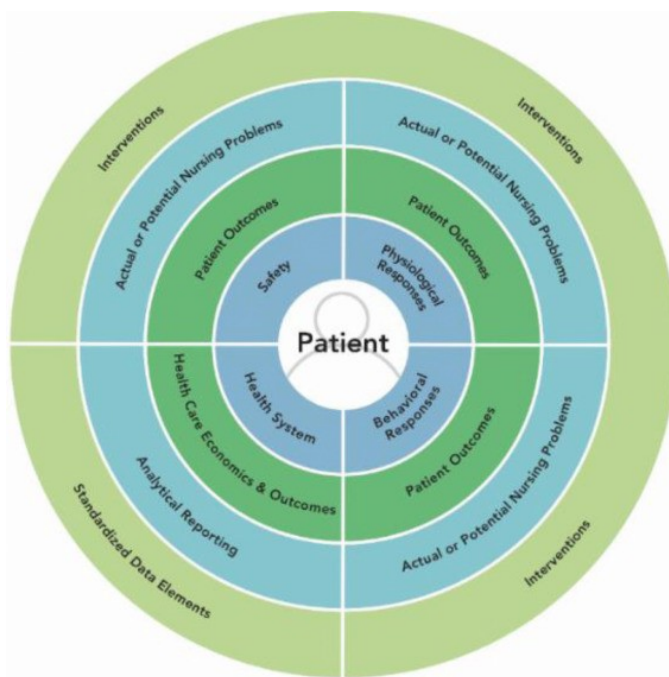


Figura 1: Perioperative Patient Focused Model

Fonte: Benze et al. (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice, p.7

Atualmente, os cuidados de Enfermagem ganham uma relevância crescente, com maiores exigências técnicas e científicas. A diferenciação e a especialização tornam-se, cada vez mais, uma realidade que envolve a maioria dos profissionais de saúde

Considerando a experiência profissional na área da pessoa em situação crítica e com o objetivo profissional de ingressar no BO, acreditou-se que aquele seria o momento oportuno para investir na formação e no desenvolvimento das competências. Ao exercer funções num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, onde são admitidos diversos doentes do foro cirúrgico, despertou-se o interesse por uma temática relevante, uma vez que, frequentemente, a prioridade era direcionada à execução de procedimentos, em detrimento de uma abordagem mais humanizada. Desta forma, e sendo a temática principal do relatório as “Intervenções de enfermagem não farmacológicas na gestão da dor na pessoa em situação pós-operatória”, tornou-se fundamental aprofundar conhecimentos sobre este tema e desenvolver competências técnicas e pessoais enquanto futuro EEMC na área de especialização da PSP.

Diante do exposto, surgiram as motivações para a realização desta etapa para enriquecimento pessoal e profissional, com a necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos, que proporcionasse o desenvolvimento e aprimoramento da *performance* profissional e, assim, contribuir para melhorar e aperfeiçoar o pensamento crítico-reflexivo, na prestação de cuidados de qualidade à PSP, sustentando as tomadas de decisão, com base na mais recente evidência científica.

De seguida, segue-se uma breve contextualização do conceito de Enfermagem perioperatória e, posteriormente, uma descrição sobre o local de estágio, realizado num BO central de urgência de um hospital da região norte de Portugal continental.

1.1. *Enfermagem Perioperatória*

A história dos BO esteve sempre ligada à história da cirurgia e da higiene hospitalar, às descobertas sobre a infeção microbiana com Pasteur e aos conceitos sobre a propagação da infeção, dando importância à necessidade do controlo da infeção e ao isolamento dos doentes infetados e cirúrgicos. As primeiras SO surgiram por volta de 1800. Eram salas contíguas às enfermarias, onde se realizavam as cirurgias. Foi após a I Guerra Mundial que os BO foram pensados como unidades próprias, no meio hospitalar, com acessos e circuitos específicos interligados a outros serviços (AESOP, 2012).

O conceito de Enfermagem na SO teve início em 1875. Segundo a AESOP (2006), em 1949, nos EUA, as enfermeiras chefes dos BO, durante a sua prática, mostraram-se preocupadas, uma vez que viram que só os enfermeiros tinham competências na prestação de cuidados humanizados, e desta forma, reuniram-se para assegurar a prestação de cuidados à pessoa durante procedimento cirúrgico, tendo fundado a *AORN*. Em 1878, é enunciado pela primeira vez o conceito de Enfermagem perioperatória.

A Enfermagem é o ato de cuidar. Segundo Queirós et al. (2016), o ato de cuidar é o conceito central em Enfermagem, ou seja, a essência de Enfermagem. O processo de cuidar em Enfermagem consiste na utilização de várias competências, entre elas, teóricas, técnicas e científicas (Cipriano da Silva et al., 2021). Tem como objetivo cuidar do ser humano de forma holística, respeitando as suas componentes física, psicológica, espiritual e social.

Segundo a AESOP (2012), a Enfermagem perioperatória representa um aglomerado de conhecimentos, habilidades e atitudes empregues pelo enfermeiro quando cuida da pessoa numa SO, sendo esses instrumentos do cuidar, o saber, o saber fazer e o saber estar. A mesma fonte, refere que o “saber ser” no BO implica “*consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de*

adaptação, espírito crítico, resposta rápida a emergências e controlo de stress” (p.8). Os cuidados de Enfermagem perioperatórios são, assim, um conjunto de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios com o intuito de responder às reais necessidades da pessoa submetida a procedimento cirúrgico (AESOP, 2012).

O enfermeiro perioperatório é, segundo a mesma fonte, o profissional capaz de prestar cuidados individualizados e de excelência à pessoa submetida a cirurgia e/ou procedimento invasivo, de forma a responder às necessidades de cada pessoa, assim como às suas convicções e experiências cirúrgicas anteriores.

Atualmente e, segundo a AESOP (2012), a missão do EEEMCPSP é cuidar da pessoa, demonstrando disponibilidade, responsabilidade e conhecimentos técnico-científicos e relacionais e compromisso profissional. Corroborando da mesma ideia, Ferrito (2014), o EEEMCPSP é *“responsável por todas as atividades e intervenções relacionadas com o cuidado ao doente”* (p.4).

A intervenção do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à PSP desenvolve-se em cinco ramos de atuação interligadas entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Este período abrange as fases pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório (OE, 2018).

A fase pré-operatória inicia-se aquando da decisão da intervenção cirúrgica e termina com a transferência da pessoa para a mesa operatória, sendo uma fase importante para os enfermeiros na preparação física e psicológica da pessoa para o ato cirúrgico (OE, 2018).

A fase intraoperatória inicia-se na transferência da pessoa para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para o recobro ou para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), onde durante o ato cirúrgico, o enfermeiro especialista se foca na segurança e prevenção de complicações da pessoa (OE, 2018).

A fase pós-operatória começa quando a pessoa é admitida no recobro ou na UCPA e termina quando se considera que esta está recuperada do processo cirúrgico/anestésico (OE, 2018).

No pós-operatório, o enfermeiro perioperatório centra o seu foco de atenção na manutenção do equilíbrio dos sistemas fisiológicos, alívio da dor e desconforto, prevenção de complicações e elaboração de um plano de alta (Ferrito, 2014).

Segundo a AESOP (2012), o EEEMCPSP *“deve ser responsável por otimizar os recursos disponíveis, avaliando, planeando, implementando e determinando os cuidados ao doente perioperatório, de forma independente e em conjunto com terceiros”* (p.186).

Segundo a *European Operating Room Nurses Association* (EORNA), o enfermeiro perioperatório tem como objetivo central atingir um nível de competência desejado, na prestação de cuidados de excelência enquanto enfermeiro circulante, anestesista,

instrumentista e enfermeiro de UCPA, à pessoa submetida a cirurgia e sua família/pessoa significativa.

1.2. *Estágio em contexto de bloco operatório central de urgência*

O BO constitui um ambiente de cuidados altamente complexo e tecnológico, que exige aos enfermeiros funções e competências bastante diferenciadas (Siirala, Suhonen, Salanterä, & Junttila, 2019).

A OE (2004) considera o BO uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí prestados, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e a segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desempenhadas pelos enfermeiros em contexto perioperatório.

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

Segundo o Regulamento nº 705/2021 de 27 Julho de 2021 faz parte integrante do Mestrado em Enfermagem a realização de um estágio de carácter profissional, com relatório final, que demonstre as competências avançadas desenvolvidas bem como uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas com o intuito de alcançar os objetivos previamente definidos (ESSNorteCVP, 2021).

O estágio em contexto de BO enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. O referido estágio realizou-se no BO central de urgência de um centro hospitalar do norte de Portugal continental e decorreu de 03 de outubro de 2022 a 08 de março de 2023, com a duração de 440 horas de estágio efetivas.

A realização deste estágio teve como finalidade proporcionar oportunidades de aquisição, desenvolvimento ou reforço de competências avançadas na área da PSP, de forma a permitir a prestação de cuidados de Enfermagem especializados, seguros e de qualidade à pessoa e família, a vivenciarem experiência cirúrgica.

O estágio de natureza profissional é uma experiência de formação e prática clínica orientada por objetivos gerais e específicos, visando a aquisição de competências avançadas, de juízo crítico, de planeamento e deliberação em situações complexas na área de especialização em EMC à PSP.

Para a concretização deste estágio, realizado em BO central de urgência, a partir dos objetivos gerais descritos no Guia de Orientação para o Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, e em parceria com a Enfermeira Tutora e a Professora Orientadora foram traçados alguns objetivos específicos para desenvolver em contexto de prática clínica.

Deste modo, os objetivos traçados foram:

- Desenvolver competências ao nível do processo diagnóstico e de intervenção de enfermagem no domínio da dor na pessoa submetida a cirurgia;
- Desenvolver conhecimento científico e disciplinar de enfermagem no domínio da cultura de segurança do doente no perioperatório;
- Desenvolver competências ao nível da intervenção de enfermagem face às práticas de segurança do doente no perioperatório no decorrer deste estágio;
- Desenvolver conhecimento científico sobre o risco de ocorrência de eventos adversos associadas às práticas de enfermagem na segurança do doente;
- Desenvolver, pelo menos, um projeto de melhoria mediante as necessidades do serviço.

Este estágio decorreu num dos principais complexos assistenciais do norte do país e é uma das poucas estruturas hospitalares a nível nacional com capacidade de resposta em toda a linha de cuidados de saúde, desde a pessoa num estado agudo, através do seu serviço de urgência polivalente, passando pelos cuidados médico-cirúrgicos e de ambulatório, até aos cuidados especializados de reabilitação.

O BO é um serviço de grande diferenciação e de utilização transversal pelas diversas especialidades cirúrgicas (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011).

O BO central de urgência é um serviço que tem o nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência/emergência, servindo, também, como centro primário de urgência para uma grande parte da população e concelhos limítrofes.

Segundo as Recomendações Técnicas para o BO, no documento n.º RT 05/2011, da ACSS (2011) no BO podem realizar-se intervenções cirúrgicas programadas ou urgentes, chegando os doentes através do serviço de urgência, do internamento ou de serviços de ambulatório. Podendo também realizar-se exames que requeiram um elevado nível de cuidados de assepsia e/ou anestesia.

O BO é dotado de oito SO e um recobro pós-operatório, onde estão presentes as especialidades de: Urologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Otorrino, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica. A outra SO é destinada ao BO de urgência. Para além do mencionado, o BO dispõe de áreas de apoio tais como: área de pausa e refeições para

profissionais, gabinete do enfermeiro gestor, armazém de material clínico, vestiário e instalações sanitárias para os dois sexos, sala de sujos, armazém de equipamentos e de material esterilizado. Possui, ainda, serviço de secretariado que dá apoio ao BO e recobro, a funcionar no gabinete da Direção de Serviço.

A cirurgia eletiva funciona nos cinco dias úteis da semana, com horário entre as 08h00 e as 20h00, nas sete SO. Por outro lado, a cirurgia de urgência/emergência é assegurada 24h por dia, nos sete dias da semana. O recobro é constituído por 12 camas. Destas camas, uma tem de ficar sempre vaga para a SO, do BO de urgência.

Segundo a ACSS (2011), as proximidades e relações do BO com outros serviços dependem de vários fatores, relacionados com o tipo de BO e o hospital em que se inserem.

No que concerne à central de esterilização, o BO é um dos principais consumidores de material esterilizado e claro, um dos serviços que maior quantidade de *itens* envia para esterilizar, logo é necessária uma forte proximidade, horizontal ou vertical entre o BO e a esterilização (ACSS, 2011).

No que reporta ao recobro e à UCPA, a ACSS (2011), recomenda uma relação que pode ser de continuidade, podendo esta unidade ser integrada no BO. Esta unidade hospitalar segue estas recomendações, sendo a central de esterilização uma proximidade vertical de um piso, ao par que o recobro integra o BO e a UCPA fica imediatamente adjacente ao BO.

A ligação entre o BO e os serviços de internamento deve ser analisada, considerando que o doente deve ser transportado com o menor transtorno possível, embora não precise ser necessariamente próxima (ACSS, 2011). Nesse contexto, a unidade hospitalar segue as diretrizes, oferecendo serviços de internamento nas proximidades e outros a uma distância ligeiramente maior.

Para o serviço de urgência, a ACSS (2011) recomenda que este serviço deve ter uma relação de forte proximidade, ao passo que a unidade de cuidados intensivos pode ser mais distante, mas ainda de proximidade. Esses serviços estão localizados a uma certa distância do BO, pois foram recentemente inaugurados nesta unidade hospitalar e ainda não seguem as recomendações da ACSS.

Independentemente da sua localização, é indispensável que o BO se encontre numa área isolada da circulação geral de forma a não ser atravessado nem devassado por qualquer tipo de circulação que lhe seja estranha (ACSS, 2011).

Quanto à nomenclatura, nomeadamente sobre a divisão das áreas do BO utiliza-se aquela definida pelas recomendações técnicas da ACSS, por se considerar que é aquela que deve servir como orientação técnica para o setor público, introduzindo os espaços definidos nas portarias naqueles constantes das recomendações técnicas da ACSS.

Segundo a *American Institute of Architects Academy of Architecture for Health* ([AIA], 2010), o BO deve ser planeado e organizado de modo a facilitar o fluxo interno e externo de doentes, pessoal e materiais nas diferentes áreas definidas, promovendo o controlo de infeção e a higiene ambiental.

Apesar de o BO se constituir como um serviço ou área funcional independente devem ser consideradas três áreas de acesso distinto, interiores ao BO, nomeadamente a área livre, a área semi-restrita e a área restrita, segundo as atividades específicas que se realizam em cada uma delas de forma a promover os fluxos de circulação ou controlo de tráfico de e para o BO (ACSS, 2011). As definições claras destes fluxos protegem os profissionais, doentes e materiais de potenciais fontes de contaminação cruzada (AORN,2012). A área livre é uma zona de receção e acolhimento do doente, pessoal e materiais, assim como os vestiários e podem ser usados fardamento externos ou roupa da rua e as circulações não estão limitadas. A área semi-restrita inclui as áreas de suporte periféricas às SO, armazéns de material limpo e estéril, salas para armazenamento e processamento de instrumental cirúrgico, gabinetes e corredores de acesso às áreas restritas. A circulação está imitada a doentes e profissionais, podendo estar salvaguardada a presença de visitantes, familiares/pessoa significativa. Os profissionais, visitantes e familiares devem usar a farda do BO, touca e calçado anti estático. A área restrita inclui as SO, a sala de indução anestésica e sala de desinfeção e armazém de apoio de material estéril anexo à SO. Nesta área é obrigatório o uso de máscara cirúrgica (AESOP, 2006; ACSS, 2011).

Relativamente aos recursos humanos, este BO é assegurado por uma equipa multidisciplinar, onde cada elemento desempenha um papel vital, nomeadamente a equipa de Enfermagem, constituída por 84 indivíduos. Dos 84 enfermeiros referidos anteriormente, 73 são enfermeiros de cuidados gerais, 11 especialistas, sendo que destes, três possuem o título de Mestre.

O BO central desta unidade é chefiado por um enfermeiro gestor e coadjuvado por uma enfermeira especialista. Segundo o Regulamento da OE n.º 101/2015, os enfermeiros gestores devem ser o gestor de recurso humanos, formação, garantia da segurança dos cuidados e construção de ambientes favoráveis, gerindo conflitos para assegurar uma prática clínica de qualidade (OE, 2015).

Diariamente, o enfermeiro gestor afixa o plano de trabalho, distribuindo os enfermeiros pelas respetivas SO e recobro. Esta distribuição é feita, de acordo com a experiência e preferência dos enfermeiros, devido à especificidade das várias especialidades, sendo uma mais-valia para proporcionar o bem-estar e a motivação na equipa. O plano de trabalho contempla a distribuição dos enfermeiros pelas várias SO (enfermeiro de anestesia,

enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante) e pelo recobro, seguindo as normas das dotações seguras de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019).

A adaptação ao ambiente de estágio foi um processo que ocorreu de maneira progressiva e contínua e sem grandes dificuldades ou obstáculos. O receio inicial devido à complexidade do ambiente e ao desconhecimento da estrutura e dinâmica do serviço foi sendo vencido com o tempo, à medida que a integração se consolidava.

Este estágio de BO proporcionou um desenvolvimento de competências na área da PSP, através de atividades realizadas no mesmo local, facilitando o seu desenvolvimento através de um ambiente acolhedor e motivador, que visam uma melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem.

Sendo sabido que no percurso formativo se pretendia desenvolver competências relacionais, técnicas e cognitivas, importa ter em atenção que a teoria e a prática não são dissociáveis. Para tornar este processo consistente é essencial desenvolver conhecimentos teóricos e práticos, adquirindo novo conhecimento e aprofundando aquele já adquirido anteriormente.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Este capítulo está relacionado com uma reflexão crítica acerca das aprendizagens e conhecimentos desenvolvidos ao longo deste estágio e que possibilitaram a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019, p. 4744), o enfermeiro especialista *“é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”*. No mesmo regulamento refere também na secção II, artigo 3.º que as competências comuns são *“(...) as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (p.4745).

A certificação das competências clínicas especializadas afirma que o enfermeiro especialista detém um vasto leque de conhecimentos, capacidades e habilidades, que quando mobilizadas, atuam nos variados contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019).

O enfermeiro especialista desenvolve a sua atividade com o objetivo de promover a melhoria dos cuidados de Enfermagem, utilizando uma abordagem crítica e reflexiva, fundamentada na melhor evidência científica (OE, 2017).

O enfermeiro é um profissional de saúde que faz parte de uma equipa multidisciplinar, trabalhando em colaboração com a demais equipa e executa intervenções autónomas com a finalidade de proporcionar o bem-estar da pessoa.

De acordo com o artigo 4.º do Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, independentemente da sua área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas devem ser detentores de quatro domínios de competências: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Baseado nestes fundamentos, será realizada uma reflexão sobre os objetivos de nível avançado delineados assim como as atividades desenvolvidas, com o intuito de adquirir competências em contexto de prática clínica, contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento profissional.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, espera-se que o enfermeiro especialista desenvolva a sua prática profissional em duas competências: desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na sua área de especialização, e a garantia de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais de Enfermagem (OE, 2019).

Um enfermeiro especialista, de acordo com este domínio de competência, deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, usando capacidades de tomada de decisão ética e deontológica (OE, 2019). Esta competência assenta num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, assim como na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa (OE, 2019).

O Estatuto da OE (2015) estabelece os princípios orientadores que devem nortear o exercício da profissão de Enfermagem. Numa perspetiva mais normativa, também o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) tem plasmado no seu artigo 8.º que os enfermeiros durante o seu exercício profissional devem assumir uma conduta responsável e ética e agir no respeito pelos direitos humanos e com a finalidade de promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro). Em seguimento e, de acordo com o artigo 97.º do Código Deontológico do Enfermeiro, é dever do enfermeiro exercer a profissão com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população (OE, 2015).

Ao longo do estágio e atendendo às vivências proporcionadas, foi possível perceber que a área de atuação do enfermeiro especialista tem em linha de conta e respeita diversos aspetos do domínio ético e legal. Assim, os enfermeiros especialistas orientam as suas decisões e o seu exercício profissional em vários princípios, como o da beneficência (fazer o bem), o da não maleficência (não fazer o mal), o da justiça (distribuição equitativa, justa e adequada) e o do respeito pela autonomia (poder de decisão sobre si mesmo), tal como explicam Rosenstock et al. (2011).

O princípio da beneficência está relacionado com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter benefício próprio, ou seja, determina que os profissionais de saúde devem agir em benefício da pessoa, apoiando-se em regras morais para proteger e defender os seus direitos, considerando o máximo de benefício e a prevenção de danos (Varkey, 2020).

O princípio da não maleficência apoia-se nas regras morais de não matar, não causar dano, dor ou sofrimento, determinando, assim, que os profissionais de saúde não devem prejudicar

as pessoas. Os benefícios e malefícios de todas as intervenções e tratamentos devem ser considerados, evitando aqueles que são prejudiciais (Varkey, 2020).

O princípio da justiça realça que em situações idênticas as pessoas devem ser tratadas de igual modo, e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças (Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015).

O princípio do respeito pela autonomia diz respeito ao direito à liberdade de ação com que cada pessoa escolhe, ou seja, o reconhecimento de que cada pessoa é livre e autónoma, capaz de se autogovernar, de decidir por si mesma. Este princípio encontra-se tanto no respeito pelas pessoas, como na proteção da privacidade e da intimidade, no consentimento informado (na aceitação ou recuso do tratamento) (Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015).

No caso concreto do estágio em análise, sendo este em BO, a pessoa tem a liberdade de escolher se deseja ser intervencionada ou não. Uma das funções do enfermeiro aquando da admissão da pessoa para um procedimento cirúrgico é a verificação da *check-list* pré-operatória. Nesta, consta o consentimento informado (anestésico e cirúrgico), e sem a sua assinatura o ato cirúrgico não pode ocorrer.

Segundo a DGS (2015), o consentimento informado deve ser:

“esclarecido e livre dado por escrito pode ser expresso de forma verbal, oral ou escrita e contém em si, duas noções indissociáveis, a de compreensão e autonomia. A informação deverá ser facultada numa linguagem clara e acessível, baseada no estado da arte e isenta de juízos de valor. Para além da comunicação verbal e, sempre que possível, a informação e o esclarecimento devem ser acompanhados de folheto explicativo da responsabilidade da unidade de saúde e/ou dos profissionais de saúde. A informação e o esclarecimento obrigam a um período de reflexão que emana da necessidade da pessoa avaliar qualitativamente a informação e o esclarecimento recebidos. (...) A revogação do consentimento informado, esclarecido e livre pode ocorrer a qualquer momento, sem exigência de qualquer formalidade, e não pode acarretar qualquer prejuízo para a pessoa nos seus correspondentes direitos assistenciais” (p.5).

Ainda segundo a OE (2007), o consentimento informado decorre do respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa. No âmbito da saúde destaca-se, a este nível, o princípio da autonomia, onde se reconhece a capacidade individual da pessoa assumir livremente as suas escolhas relacionadas com a sua condição de saúde.

Um dos direitos do ser humano é a sua liberdade de escolha. A OE (2015) declara que o enfermeiro deve respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro).

Durante o estágio, foram identificadas, situações onde a pessoa a ser submetida a intervenção cirúrgica não tinha assinado o consentimento anestésico ou cirúrgico. Nestas situações, a equipa médica foi devidamente informada e, quando a pessoa chegava ao BO, aguardava no recbro para resolução desta questão ética/legal. Uma situação prendeu-se com a ausência de consentimento anestésico assinado, tendo sido contactada a equipa anestésica, que acabou por se dirigir ao recbro e esclarecer a pessoa acerca do ato anestésico, a fim de obter a sua assinatura do consentimento anestésico livre e informado. Uma outra situação relacionou-se com a ausência do consentimento cirúrgico e, neste caso, a equipa cirúrgica dirigiu-se à admissão cirúrgica centralizada para o esclarecimento à pessoa, de forma a obter a assinatura do consentimento cirúrgico livre e informado. Após a assinatura, a pessoa foi encaminhada para a SO para se iniciar o procedimento cirúrgico, respeitando todos os protocolos instituídos pelo serviço. De realçar que a equipa cirúrgica deve esclarecer a pessoa e seu representante legal acerca do procedimento cirúrgico, inclusive aspetos relacionados com o pós-operatório.

Apesar das ações tomadas para a resolução do problema relativo aos consentimentos informados, situações como a descritas levantam interrogações sobre o verdadeiro significado e a essência do consentimento livre e informado. É questionável se a dimensão “livre” e “informada” do consentimento poderá ser considerada garantida, quando nos reportamos a situações em que este ocorre à porta da SO, minutos antes do início do ato cirúrgico. Será possível uma decisão inteiramente livre e informada quando a pessoa não reúne atempadamente toda a informação e, ademais, se encontra numa fase descrita comumente como altamente stressante?

De realçar que, para além do consentimento face aos procedimentos médicos, anestésicos ou cirúrgicos, o enfermeiro especialista deve obter, também, o consentimento em relação às intervenções de Enfermagem a realizar. Nesse sentido, houve no decorrer do estágio, um cuidado sempre presente de informar a pessoa acerca de qualquer procedimento a executar, esperando a sua aceitação.

A este respeito, Selak & Selak (2021) reforçam a ideia de que pode haver incompatibilidades entre a capacidade de obter o consentimento informado legalmente correto e apropriado face às necessidades da pessoa no dia ou imediatamente antes da cirurgia. Chrimes & Marshall (2018) acrescentam, ainda, que as informações devem ser fornecidas o mais cedo possível para permitir à pessoa tempo suficiente para discutir alternativas, uma vez que

discussões no dia ou imediatamente antes da cirurgia podem contribuir para o aumento da ansiedade. A DGS (2015) declara que no consentimento informado deve constar a declaração da pessoa sobre o acesso à informação oral e escrita, evidenciando que lhe foram facultadas todas as informações, assim como o tempo de reflexão de que precisa para a sua aceitação explícita e o dever de este documento ficar registado e fundamentado no processo clínico. Estas situações suscitaram interrogações sobre os motivos, pelos quais, o consentimento não estava assinado e/ou não estava digitalizado no processo clínico do doente. No entanto, permitiu verificar que a pessoa quando chegava ao BO informava que tinha assinado o consentimento informado na consulta pré-operatória (anestésica e cirúrgica) e tinha sido esclarecida acerca do procedimento cirúrgico. Ocorre, porém, que o consentimento não era digitalizado atempadamente ou, quando registado em papel, não acompanhava o processo clínico de forma adequada. Verificou-se, também, junto dos enfermeiros e da equipa médica que a cauda de tal fato não era conhecida. Perante o cenário descrito, conclui-se que o local e o momento para a assinatura do documento, não eram os mais adequados, uma vez que, no momento imediatamente antes do procedimento, a PSP já possui um certo nível de ansiedade pré-operatória. Podemos verificar no estudo de Eberhart et al. (2020) que a ansiedade pré-operatória está maioritariamente relacionada com a anestesia e cirurgia e é comum e descrita como o pior episódio do ato cirúrgico. Ainda noutro estudo, é possível verificar que pessoa sujeita a procedimento cirúrgico e na fase pré-operatória experimenta uma carga emocional elevada, com possibilidade de desenvolver angústia e ansiedade, aumentando a predisposição para complicações pós-operatórias, dificultando a sua recuperação (Costa et al., 2022). Para além do referido anteriormente, segundo Pritchard (2009), a ansiedade está relacionada com o medo do desconhecido, da morte e/ou de morrer, preocupações acerca da sua segurança e da dor no pós-operatório e com o ambiente novo de BO.

Fica claro, portanto, que qualquer ato cirúrgico cria sempre ansiedade nas pessoas e perante a necessidade de terem de assinar o consentimento uma segunda vez, a ansiedade era maior. Este deve ser um foco de atenção e cuidado por parte do enfermeiro especialista na área da PSP, com o intuito de combater o stress desencadeado pela resposta fisiológica à ansiedade e com potencial de afetar significativa e negativamente o período perioperatório.

A Teoria de Virgínia Anderson assenta em quatro pressupostos, sendo eles: Enfermagem, Saúde, Pessoa (doente) e Ambiente. A pessoa saudável consegue controlar o seu ambiente, mas num meio diferente, como o do BO, e num período de transição saúde/doença, a doença pode interferir na sua capacidade de controlar o seu redor (Tomey & Alligood, 2004). De igual modo, Meleis (2000) refere que todas as pessoas vivenciam processos de transição ao longo

da vida, pois estas transições são o resultado da mudança de vida, saúde, relacionamento e ambiente.

O enfermeiro perioperatório interage com a pessoa e a família numa situação de saúde/doença e cabe ao enfermeiro o dever de envolver-se de forma a providenciar conhecimento e suporte durante este período que é de grande vulnerabilidade, no qual as pessoas são confrontadas com dificuldades para o autocuidado e o cuidar (Meleis, 2000).

Para a OE (2018), o enfermeiro, no seu exercício profissional, assegura um cuidado baseado na pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica e religiosa, devendo abster-se de qualquer juízo de valor acerca de qualquer comportamento da pessoa, e ainda respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar ambientes para que possam exercer os seus direitos. Segundo o Código Deontológico da OE (2015), o enfermeiro durante o seu exercício deve salvaguardar sempre a privacidade e a intimidade da pessoa. Estes deveres de sigilo e respeito pela intimidade encontram-se mencionados no Código Deontológico nos artigos 85º e 86º (OE, 2015).

Uma das responsabilidades do enfermeiro é garantir a segurança, o direito à privacidade e a dignidade da pessoa. A dignidade é um valor da pessoa humana e deve ter por princípio garantir uma existência humana adequada, virtuosa, honrada em termos materiais e espirituais. De acordo com Costa et al. (2018), todo e qualquer ser humano tem o direito de receber tratamentos, respeito e proteção independentemente da raça, origem, credo ou qualquer outra situação social ou económica.

No BO, especialmente na SO, na maioria das vezes, a PSP está sedada e analgesiada e/ou anestesiada, ficando dependente dos profissionais para salvaguardar o seu bem-estar, a sua segurança e integridade (Silva & Freitas, 2007). Neste momento, onde a PSP se encontra mais dependente dos cuidados, podemos citar a Teoria de Virgínia Henderson, cujo foco principal é o cuidado para com a pessoa baseada nas 14 componentes de cuidados básicos de Enfermagem, ou seja, nas 14 necessidades humanas básicas. Henderson (2004, p.4) retrata o conceito de enfermeira *“como um substituto para o que falta ao doente para o tornar “completo”, “um todo” ou “independente”, pela falta de força física, vontade ou conhecimento”*. Para a mesma autora, o enfermeiro podia em certo modo, colocar-se no papel da pessoa para não só perceber o que necessita, mas, também, o que precisa para se manter em perfeita saúde (Henderson, 2004). É, portanto, função do enfermeiro responder às necessidades humanas básicas da pessoa na SO, uma vez que esta apresenta consciência comprometida, o que condiciona a sua força física, vontade e capacidade cognitiva.

Nesta situação em particular, procurou-se sempre garantir o dever ético de respeito pela pessoa, pela sua privacidade, pela sua confidencialidade e sigilo profissional, assim como

pelas suas crenças, valores e culturas. Durante a experiência profissional houve, sempre a procura de respeitar esses valores e integrá-los na prática diária. No entanto, com o avançar do estágio essa postura tornou-se ainda mais clara. Dado que a PSP se encontrava numa posição de total vulnerabilidade (já sedada e analgesiada), houve necessidade de prestar uma maior atenção e garantir que esses valores fossem seguidos de forma mais rigorosa. Neste contexto de BO, aem que a PSP está desprotegida e exposta, a preocupação em garantir a sua privacidade, tornou-se imediata (tapando-a). Essa prática foi sendo aprimorada ao longo do estágio, pois, no começo não era realizada de forma tão cautelosa, mas, no final, passou a executada de forma mais atenta.

De acordo com a OE (2015) é dever do enfermeiro no exercício das suas funções, respeitar e salvaguardar a privacidade e a intimidade da pessoa. Segundo Tan et al. (2023), os profissionais de saúde devem estar conscientes da sensibilidade das diferentes populações no que concerne ao direito à privacidade, assim como, serão aqueles capazes de identificar precocemente as principais preocupações com a privacidade e tomar medidas adequadas. No alinhamento do referido, umas das intervenções centrou-se na utilização de lençóis ou qualquer outro dispositivo que garantisse o respeito pela privacidade da pessoa durante a assistência, no sentido de respeitar o direito da pessoa à privacidade, tal como explicam Nunes et al. (2005), quando afirmam que o enfermeiro tem o dever de, no exercício das suas funções, salvaguardar e proteger a intimidade e privacidade da pessoa, certificando-se que esta está adequadamente coberta. Resulta claro, portanto, que o enfermeiro especialista deve ser um elemento chave no cumprimento e no fazer cumprir destas medidas de salvaguarda da intimidade e privacidade da pessoa.

No que se reporta ao direito à confidencialidade e segurança na informação, o recobro é um espaço aberto, em que as macas apenas são separadas por cortinas. As características deste contexto exigiram a criação de estratégias para garantir a privacidade/intimidade de cada pessoa, através da constante certificação do encerramento completo das cortinas e utilização de um tom de voz mais baixo, tanto na prestação de cuidados, quanto na comunicação de informações sobre o seu estado clínico, inclusive, na passagem de turno, garantindo assim, a proteção de dados e de informações clínicas de cada doente.

Como é da responsabilidade de todo enfermeiro garantir a aplicação desses valores, e tendo em vista a futura atuação como enfermeiro especialista, passou-se a valorizar ainda mais o cumprimento dessas práticas. Com base nisso, espera-se, enquanto futuro enfermeiro especialista, manter essa atenção contínua e transmitir essa valorização aos pares. Ao longo de todo o percurso académico e profissional, como mencionado, manteve-se uma atenção

especial no que concerne ao respeito e dignidade das pessoas, sempre alinhado aos princípios éticos.

Ao longo do estágio, procurou-se sempre adotar uma prática que respeitasse os direitos das pessoas, conforme estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos, bem como os princípios éticos considerados fundamentais em saúde.

Em contexto de estágio foi possível aplicar alguns destes princípios. Uma situação específica envolveu a receção de pessoa politraumatizada que era uma figura pública conhecida. Enquanto profissional, houve a obrigação ética de tratá-la, de forma correta e adequada, com imparcialidade, promovendo o princípio da justiça e garantindo que fosse tratada de forma equitativa e justa. O princípio de autonomia refere-se, quer à pessoa, quer ao estudante (Costa et al., 2018). Num outro contexto, o facto de o consentimento informado ser um ato de livre vontade da pessoa em consentir ou não ser submetida a procedimento cirúrgico. Por outro lado, é necessário que o estudante passe por experiências que facilitem a sua aprendizagem. Este princípio da autonomia determina que os profissionais de saúde o considerem como princípio primordial da conduta ética, através do respeito pelas decisões da pessoa, reconhecendo que esta possui faculdade moral e o direito a deliberar sobre as questões de tratamento e procedimentos clínicos que lhe diz respeito (Campos & Oliveira, 2017). Perante os dois exemplos mencionados, fica evidente ser fundamental que o enfermeiro especialista promova e respeite os princípios éticos na sua prática especializada. A Enfermagem é, na sua conceção, uma profissão com bases éticas e morais muito enraizadas, tendo por base o respeito pela vida, dignidade e direitos humanos. O EEEMC deve basear a sua práxis clínica, ou seja, deve fundamentar a sua prática clínica nas necessidades reais da pessoa, assumindo a responsabilidade pelo seu cuidado e assegurando o conforto, a integridade, a privacidade e o cumprimento da sua vontade expressa.

O enfermeiro especialista é o responsável por promover segurança à restante equipa de Enfermagem (Carvalho et al., 2018). Ao longo de toda a prática supervisionada, todas as atividades desenvolvidas foram pautadas pelo respeito aos princípios éticos, especialmente no que diz respeito à privacidade, ao respeito pelos valores e crenças, mantendo o sigilo profissional e a segurança de qualquer informação clínica. Dessa forma, considerou-se que foi realizado um exercício seguro, profissional e ético.

Indo de encontro ao mencionado por Carvalho et al. (2018), enquanto futuro enfermeiro especialista, espero evidenciar e corresponder ao mencionado pelos autores. Desta forma, considero pelo apresentado neste ponto, ter adquirido as competências referentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

2.2. *Domínio da melhoria contínua da qualidade*

A qualidade em saúde está intimamente ligada à segurança dos cuidados e é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde. A qualidade em saúde surge, cada vez mais, como primazia a nível das organizações de saúde e dos seus profissionais. Neste domínio da melhoria contínua da qualidade espera-se que o enfermeiro especialista desenvolva três competências: o desenvolvimento de práticas de qualidade em colaboração com práticas de melhoria contínua, promoção de um ambiente terapêutico e seguro e assegure um papel dinamizador de iniciativas institucionais na área da governação clínica (OE, 2019).

No seguimento do mencionado, espera-se a colaboração do enfermeiro especialista na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participação na disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional, ou seja, espera-se que o enfermeiro especialista seja um participante ativo no desenvolvimento de práticas e na melhoria contínua do serviço, através de ações de formações e verificando lacunas de formação.

Os cuidados de Enfermagem são orientados por documentos fundamentais para a sua prática, sendo um deles os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Os Padrões de Qualidade são enunciados importantes, quer pelo impacto na melhoria da qualidade dos cuidados, quer pela necessidade, vantajosa e intrínseca, de promover a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2012b).

São enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e autocuidado; a readaptação funcional; e, a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012b).

Segundo a Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2020) a qualidade é definida como os serviços prestados aos seres humanos e comunidade, com a finalidade de se obter resultados desejados na saúde e serem consistentes com as atuais aprendizagens profissionais. A OMS

(2020) descreve, ainda, os cuidados de saúde alta qualidade como sendo eficazes², seguros³, centrados nas pessoas⁴, oportunos⁵, equitativos⁶, integrados⁷ e eficientes⁸.

A qualidade em saúde, inerente à segurança do doente, tem vindo, igualmente, a ser foco de estudo, estando em constante desenvolvimento. Segundo a DGS (2020), a qualidade em saúde, é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional de excelência, tendo em conta os recursos disponíveis e que consiga a adesão e satisfação da pessoa.

O conceito de qualidade aplicado a cuidados de saúde é, na prática, abordado em termos de um conjunto de atributos desejáveis. Donabedian (1990) propõe sete atributos, por ele chamados de pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Os sete pilares da qualidade de Donabedian (1990) contribuem, e muito, para alcançar a excelência na saúde, pois, por meio deles, é possível refletir acerca de fatores importantes para as instituições de saúde, como o próprio cuidado para com a pessoa submetida a cuidados de saúde.

Quadro 1: Atributos que definem a qualidade

Atributos que definem a qualidade	
Eficácia	Capacidade de melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde.
Efetividade	Nível de alcance de metas de melhoria de saúde quando propostas inicialmente.
Eficiência	Obtenção de cuidados de saúde de qualidade ao menor custo.
Otimização	Relação vantajosa entre custos e benefícios dos cuidados de saúde.
Aceitabilidade	Cuidados de saúde à pessoa e família, respeitando seus valores, desejos e expectativas.
Legitimidade	Aceitabilidade dos cuidados de saúde pelas pessoas, de acordo com as preferências sociais e os itens acima descritos.
Equidade	Nível de equidade na prestação de cuidados assim como dos benefícios que daí advêm.

Fonte: Adaptado de Donabedian, 1990

² **Eficazes:** Prestação de cuidados de saúde baseados em evidência científica a todos aqueles que necessitam (OMS, 2020).

³ **Seguros:** Evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam (OMS, 2020).

⁴ **Centrados nas pessoas:** Prestação de cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores das pessoas (OMS, 2020).

⁵ Para que os benefícios dos cuidados de saúde de qualidade sejam reais, os serviços de saúde terão de ser:

Oportunos: Redução dos tempos de espera e, demoras prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam os cuidados (OMS, 2020).

⁶ **Equitativos:** Prestação de cuidados que não variem de qualidade em virtude da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política (OMS, 2020).

⁷ **Integrados:** Prestação de cuidados que sejam coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores e disponibilizem toda a gama de serviços de saúde ao longo da vida (OMS, 2020).

⁸ **Eficientes:** Maximização do benefício de recursos disponíveis e evitando o desperdício (OMS, 2020).

A qualidade em saúde está intimamente ligada à segurança dos cuidados e é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde. A qualidade em saúde surge, cada vez mais, como primazia a nível das organizações de saúde e dos seus profissionais. Neste domínio da melhoria contínua da qualidade espera-se que o enfermeiro especialista desenvolva três competências: o desenvolvimento de práticas de qualidade em colaboração com práticas de melhoria contínua, promoção de um ambiente terapêutico e seguro e assegure um papel dinamizador de iniciativas institucionais na área da governação clínica (OE, 2019).

No contexto do BO, a qualidade dos cuidados de saúde é uma peça vital. Neste contexto, a AESOP (2012) realça o papel do enfermeiro perioperatório, nomeadamente do EEEMSPSP em garantir a segurança do doente, assim como as situações ideais do ambiente cirúrgico. Nesta linha, as práticas recomendadas são, por si só, recomendações baseadas em evidência de eficácia, literatura publicada, investigação e opiniões de peritos em perioperatório (AESOP, 2012).

No contexto de estágio foi possível observar o rigor na conduta quanto ao uso da indumentária nas áreas restritas e semi-restritas do BO. O vestuário deve ser próprio e engloba toucas, fardas próprias, máscaras, calçado apropriado, entre outras, assim como os profissionais aquando da entrada no BO com roupa do exterior eram obrigados a retirar todos os adornos (pulseiras, anéis, brincos) que são grande fonte de contaminação. Para além do referido, o respeito pelas regras de higiene, como a higienização das mãos e a lavagem cirúrgica dos enfermeiros instrumentistas e equipa cirúrgica, são regras básicas para evitar a contaminação e o risco de ocorrência de efeitos adversos.

Ainda neste contexto, o papel do enfermeiro perioperatório é de extrema importância, uma vez que é ele que assegura as condições da SO, desde a temperatura da sala, a validade dos fármacos presentes do carro de apoio ao enfermeiro de anestesia e o respetivo material necessário ao procedimento cirúrgico. Deve, ainda, verificar as várias *checklist* existentes e testar a operacionalidade de todo o equipamento que irá ser usado no ato cirúrgico.

Segundo Ferreira (2015), a atualização e o nível de formação dos profissionais de saúde são uma condição fulcral para que, no âmbito das suas funções, seja atingida a qualidade dos serviços. Os momentos de formação em serviço são propícios ao desenvolvimento desta competência, na medida em que o enfermeiro especialista, de modo a concretizar a formação, terá de identificar oportunidades de melhoria (levantamento de necessidades de formação). Assim, o enfermeiro especialista deve agir em contexto de formador em contexto de trabalho, atuando na realização de ações de formação em serviço.

Na fase inicial do estágio, após reunião com o enfermeiro gestor e a enfermeira tutora, abordou-se as necessidades de formação do serviço. Uma vez que seria abordada a temática “Dor”, discutiu-se em reunião a melhor forma de abordar esse tema. A temática foi discutida, uma vez que, o enfermeiro gestor por meio do colega responsável pelos sistemas de informação tinha conhecimento da existência de lacunas no processo de registo da dor. Outro tema que foi apresentado pelo enfermeiro gestor foi a higienização das mãos, uma vez que, apesar do BO ser um ambiente rigoroso no que reporta ao controlo de infeção, as auditorias efetuadas necessitavam de melhoria. Desta forma e, perante o que foi exposto durante a reunião, concluiu-se que os registos e monitorização da dor, assim como, a higienização das mãos eram umas das lacunas observadas entre os enfermeiros do serviço, sendo necessário reforçar a importância dessas temáticas. Deste modo e, reconhecendo as necessidades do serviço, foram elaboradas duas sessões de formação para melhoria contínua da prática clínica: uma ação de formação acerca das auditorias da higienização das mãos (Apêndice V) e outra acerca da monitorização da dor em contexto perioperatório (Apêndice VI).

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, a DGS (2022) informa que a promoção da segurança do doente exige um empenho coordenado e persistente de todas as partes envolvidas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, alicerçada numa lógica não punitiva e de melhoria contínua. O PNSD assenta em cinco pilares fundamentais, sendo eles, a cultura de segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e as práticas seguras em ambientes seguros.

A DGS (2011b) informa que as falhas associadas à identificação de doentes são causa de erros com medicação, transfusões, realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade para os mesmos. Assim, durante o estágio houve a preocupação de identificar a pessoa pelo nome, confirmando a pulseira e data de nascimento. Aquando dessa impossibilidade, pelo facto da PSP já se encontrar sedada e analgesiada, e assim impedida de comunicar, procedeu-se à verificação dos dados, comparando-os com as informações no processo clínico. Em determinadas ocasiões, foi realizada uma dupla verificação, para garantir que a pessoa em questão estava correta. Este procedimento de verificação, permitiu identificar um erro durante o estágio, relacionado à transfusão errada de um componente hemoderivado. Constatou-se que um dos números de verificação nas folhas que acompanhavam o hemoderivado não correspondia ao número presente no componente. Procedeu-se à

devolução da unidade ao banco de sangue. Esta medida levou à discussão com a enfermeira tutora a notificação do incidente em plataforma própria.

Uma das medidas a adotar para redução de erros é a utilização de plataformas de notificação de erros ou “quase falhas” (Health Quality Ontario, 2017). O respetivo hospital tem uma plataforma de notificação de incidentes, denominada HER⁺, disponível na intranet e acessível a todos os profissionais. Qualquer profissional pode notificar a ocorrência de quaisquer tipos de incidentes, quer sejam de risco clínico ou não clínico. De realçar o carácter não punitivo da notificação e o mesmo *software* permite a notificação em anónimo. Apesar de estar em estágio, essa notificação foi bem aceite pela tutora e procedeu-se à respetiva notificação. Esta participação dos incidentes é o que se espera de um futuro enfermeiro especialista, ou seja, envolver os seus pares na gestão de risco, assim como, proceder à sua notificação, no sentido de promover a melhoria dos cuidados prestados. Esta ideia, e segundo a OE, no seu Regulamento n.º 140/2019 das competências comuns do enfermeiro especialista, corrobora que o enfermeiro especialista deve zelar os seus pares à participação de incidentes, sem cariz punitivo.

A melhoria da qualidade também passa pela comunicação. A comunicação é essencial para o bom ambiente e harmonia entre os profissionais de saúde. Deve ser clara, completa, oportuna e compreendida por todos.

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é uma parte imprescindível na segurança do doente, estando relacionada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, a uma redução de eventos adversos e, conseqüentemente à diminuição da mortalidade (DGS, 2017a). Assim, é recomendado que a transição de cuidados assente numa comunicação eficaz na transferência de informação entre profissionais, para segurança do doente, devendo ser normalizada e utilizada a técnica ISBAR [ISBAR é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações)], na prestação de cuidados (DGS, 2017a). No local de estágio, esta mnemónica ISBAR está para aprovação, logo ainda não está a ser implementada. No entanto, em estágio, a transmissão de informação foi orientada com base nesta técnica, a qual, do ponto de vista profissional, se mostrou uma ferramenta eficaz para uma comunicação efetiva e clara sobre a PSP entre os pares. Como referido, este momento de transferência é crucial para a segurança do doente. No estudo de Kaltoft et al. (2022), a utilização estruturada da técnica ISBAR pode melhorar a qualidade da transferência e, assim, melhorar a segurança do doente. É esperado que o enfermeiro especialista tenha competências na arte de comunicar, quer com os pares, quer com a diferente equipa interdisciplinar, de forma a possibilitar uma melhoria na qualidade e segurança do doente.

A melhoria da qualidade é conseguida através dos conhecimentos baseados na evidência e dos guias orientadores de boas práticas. Assim, prevenir os riscos, detetar atempadamente problemas potenciais e resolver ou minorar os problemas reais, são medidas promotoras da qualidade em saúde, pelo que a tentativa de adequar a conduta tem estado presente ao longo do tempo, para que os cuidados de saúde sejam prestados de forma segura e de qualidade.

Tratando-se de um contexto de estágio clínico bastante específico, existiram momentos em que surgiram dificuldades, exigindo um esforço acrescido de pesquisa e estudo. Realizou-se pesquisa em diferentes bases de dados, procurando artigos com evidências recentes, além da participação em eventos científicos para aquisição e aprofundamento de conhecimentos válidos. O projeto de investigação, desenvolvido no decurso do estágio, no âmbito das intervenções não farmacológicas na gestão da dor vai de encontro ao que a OE estabelece para o enfermeiro especialista, ou seja, conceção e realização de projetos institucionais na área da qualidade, participando e promovendo a sua disseminação (OE, 2019).

Desde o início, foi adotada uma postura humilde, reconhecendo as limitações, mas também manifestando opiniões, sempre que oportuno. Assim, ao longo do estágio, e conforme exposto neste ponto, considerou-se que as competências relacionadas com o domínio da melhoria contínua da qualidade foram adquiridas, promovendo a prestação de cuidados em um ambiente terapêutico e seguro.

2.3. *Domínio da gestão dos cuidados*

No que se refere a este domínio da gestão dos cuidados, espera-se que o enfermeiro especialista desenvolva duas competências: gerir cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da restante equipa de saúde e liderar e gerir recursos com vista à garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Segundo Guerriero e Guido (2011), o BO é considerado um dos mais críticos e dispendiosos recursos hospitalares, dado às intervenções cirúrgicas consistirem na maioria dos motivos de internamento. Assim, gerir os recursos existentes neste contexto, para que a cirurgia seja realizada no momento certo, sem intercorrências com custos adicionais, é uma responsabilidade desafiante.

No decorrer deste estágio, foi possível perceber a gestão de recursos humanos e materiais existentes no BO, principalmente, através do contacto com o enfermeiro gestor. Num sistema de *roulement*, o horário saía mensalmente, elaborado pelo enfermeiro gestor, sendo uma das competências enquanto chefe e enfermeiro de apoio à gestão. Também realizado

pelo enfermeiro gestor, no turno da tarde, saía o plano de trabalho para a manhã seguinte, distribuindo os enfermeiros pelas respetivas SO e recobro. Neste plano, foi possível observar que, para além do enfermeiro gestor e de um outro de apoio à gestão, existia um enfermeiro coordenador de turno, um enfermeiro do serviço de reprocessamento de dispositivos, três enfermeiros por sala e três enfermeiros no recobro. Esta distribuição era feita, principalmente, atendendo à experiência dos enfermeiros nas especialidades cirúrgicas específicas.

Dessa forma, foi realizada uma reflexão com o enfermeiro gestor sobre a alocação dos enfermeiros, procurando compreender os aspetos a serem considerados nesta distribuição. Assim, foi possível compreender que, em conjunto com a experiência de cada profissional, o enfermeiro gestor tinha em conta também a preferência e as áreas de eleição de cada enfermeiro. Dessa forma, compreendeu-se que, ao considerar os aspetos individuais de cada profissional, o enfermeiro gestor contribuía para o bem-estar e motivação da equipa. Esta reflexão corroborada, pelo Regulamento da OE n.º 101/2015, os enfermeiros gestores devem ser o impulsionador do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da equipa de Enfermagem, gestor de recurso humanos, ter um papel chave na construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado à pessoa, da segurança dos cuidados, da formação, gerindo conflitos e promovendo o empenho e a motivação no seio da equipa de Enfermagem (OE, 2015).

Segundo Reis (2019), competirá ao gestor, a orientação e motivação das equipas, a fim de ser possível o sucesso e desenvolvimento dos serviços de saúde. Desta forma, os gestores devem adotar estratégias de liderança, de forma a influenciar as equipas, a fim de alcançar ganhos em saúde, melhorando os cuidados prestados. Ainda segundo o mesmo autor, independentemente da área de atuação do gestor em saúde, é crucial que este seja capaz de identificar os problemas, compreender a estrutura, simplificar as situações e decidir com qualidade e rapidez (Reis, 2019).

A gestão de cuidados, embora seja uma competência relevante para o enfermeiro generalista, torna-se essencial quando abordada no contexto do papel do enfermeiro especialista. A fim de garantir a qualidade dos cuidados prestados, é imperativo que exista uma articulação entre a equipa multidisciplinar e a adaptação da liderança, de forma a gerir os recursos para dar resposta ao próprio contexto (Regulamento nº140/2019).

Por outro lado, é interessante refletir sobre os rácios existentes no BO, e conjugar os mesmos com as orientações atuais. Segundo a OE (2019), no seu regulamento n.º 743/2019, o cálculo de dotações seguras de enfermeiros no contexto do BO deve ter em conta a complexidade, capacidade e organização dos cuidados. Segundo o mesmo documento, os enfermeiros que

devem assumir os postos de trabalho no BO devem ser EEEMC na área da PSP. Contudo, perante a inexistência de número suficiente destes profissionais, compreende-se a integração de enfermeiros especialistas noutras áreas, dando preferência a EEEMC.

Assim, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da OE, é recomendado que nas unidades de recobro devam existir, pelo menos, dois enfermeiros, considerando o rácio de um enfermeiro por cada dois doentes, no contexto de cirurgia convencional; e um enfermeiro, por cada três doentes, em contexto de cirurgia ambulatória, podendo ser ajustadas mediante a complexidade dos cuidados e às necessidades específicas de cada pessoa. No contexto do BO, a recomendação centra-se em três enfermeiros por SO (um anestesista, um instrumentista e um circulante) (OE, 2019). Desta forma, observou-se que o enfermeiro gestor tinha em conta as recomendações atuais. De acordo com a AESOP (2012), para a dotação segura de enfermeiros deve-se ter em conta o tipo de pessoa que a unidade vai receber. Assim, refletiu-se que perante a complexidade dos cuidados e as necessidades existentes, pode ser necessário ajustar esses rácios, de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Em seguimento do mesmo regulamento, a dotação segura é um fator de extrema importância na área de Enfermagem, uma vez que é fundamental adaptar/ajustar os recursos de Enfermagem existentes às necessidades de cada doente. Os recursos humanos necessários, quer em quantidade, quer em competências técnico-científicas, são fundamentais para alcançar níveis de segurança e garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados (OE, 2019).

Por outro lado, foi possível verificar que o enfermeiro coordenador de turno era, maioritariamente, EEEMC. No papel de futuro EEEMCPSP foi possível acompanhar o coordenador de turno, tendo verificado que este era responsável pela gestão de materiais e equipamentos para as diversas cirurgias. A gestão de alguma avaria em equipamentos cirúrgicos era feita, também, pelo enfermeiro coordenador de turno. Por ser, por vezes, o elemento mais diferenciado do serviço do BO, caso fosse necessário, auxiliava nalguma cirurgia mais complexa. Era também este enfermeiro coordenador que confirmava o cumprimento da distribuição de Enfermagem pelo BO, fazia a verificação e procedia aos pedidos de material para reposição de *stock*, fazia a receção de estupefacientes e outros fármacos para reposição de *stock* e fazia a reposição dos estupefacientes em cada SO e recobro, bem como procedia à receção e verificação de material cirúrgico.

Perante o parecer conjunto nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e a Mesa do Colégio da Especialidade de EMC (OE, 2017), é considerado que o enfermeiro especialista é o profissional de Enfermagem com melhor formação para cumprir a responsabilidade de

coordenador de turno. Ao possuir um combinado de conhecimentos e capacidades que o possibilitam detetar precocemente necessidades e prever respostas adequadas às mesmas, o enfermeiro especialista desenvolve intervenções de forma adequada e segura, possibilitando adequar a organização da equipa, para contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. Caso não exista nenhum EEEMC para cumprir a função de coordenador do turno, esta pode ser delegada a um enfermeiro de cuidados gerais que possua competências para tal. Desta forma, refletiu-se que é imperativo investir na formação qualificada dos enfermeiros para capacitá-los de competências que possibilitem melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Acrescenta-se que ao ter competências de liderança e gestão dos cuidados, o enfermeiro coordenador é capaz de desempenhar com qualidade as funções descritas anteriormente.

Durante a realização do estágio, foi perceptível que, de segunda a sexta, o enfermeiro gestor fazia um *briefing* matinal, de cerca de dez a quinze minutos, onde abordava aspetos relevantes sobre o decorrer dos turnos prévios, nomeadamente, o turno noturno. Neste, o enfermeiro gestor refletia junto da equipa sobre as práticas efetuadas, com o intuito de identificar aspetos a melhorar e, conseqüentemente, prevenir complicações e garantir a segurança dos cuidados. Assim, refletiu-se que, ao realizar este momento, o enfermeiro gestor consciencializava a equipa sobre diferentes pontos a refletir e fomentava o crescimento de uma cultura de segurança, e em última linha, uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Os enfermeiros constituem a maior força de trabalho das organizações de saúde, sendo cruciais para oferecer cuidados seguros e de qualidade. Os enfermeiros têm um impacto fundamental sobre a segurança do doente e, desde modo, a ação dos líderes também se observa nesse domínio (OMS, 2020).

Durante o estágio, o foco foi a PSP, proporcionando-lhe o melhor ambiente cirúrgico possível. Ao receber a pessoa na SO, foi feita a apresentação e esclarecimento sobre a função na sala. Manteve-se sempre uma postura calma e humilde na execução dos procedimentos anestésicos, reconhecendo que, por vezes, o estabelecimento de prioridades era desafiador devido à natureza emergente da situação e à presença de vários membros da equipa prescrevendo oralmente determinados procedimentos. As dificuldades percebidas durante a realização do estágio, principalmente a complexidade de estabelecer prioridades, contribuíram para enriquecer o caminho para a aquisição de competências no desenvolvimento do futuro papel de EEEMCPSP. Para isso, foram adotadas diferentes estratégias para ultrapassar os obstáculos existentes, como a reflexão crítica com a enfermeira tutora, com o objetivo de compreender os aspetos a serem melhorados em situações vivenciadas.

Por outro lado, foi realizado um planeamento prévio de cada intervenção cirúrgica, definindo as intervenções a serem executadas e refletindo com os pares, a necessidade de individualizar cada prescrição oral, permitindo o decorrer do planeamento sem intercorrências. Compreendeu-se que devido à complexidade e às necessidades emergentes existentes na cirurgia, facilmente existe a conjugação de várias indicações em simultâneo, o que destabiliza a equipa e promove o erro. Após essa reflexão com a equipa, foi percebido uma adoção de um comportamento mais organizado, possibilitando a gestão do stresse emergente a uma SO, prevenindo a existência de erros, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Um ponto bastante positivo a valorizar neste percurso foi a interdisciplinaridade presente na equipa durante o estágio. Ao existir um pensamento crítico, proveniente de diferentes áreas, enriquece-se o parecer comum da equipa. Desta forma, compreendeu-se que o respeito e valorização de cada perspetiva existente dentro do contexto de BO possibilita o crescimento conjunto dos profissionais, o que irá contribuir para a prestação de cuidados mais significativos e adequados às necessidades de cada pessoa. Corroborando com esta perspetiva, a OE (2020) considera que o enfermeiro especialista ao otimizar a resposta da equipa de Enfermagem, possibilitando a articulação com a restante equipa multiprofissional e adaptando os recursos às necessidades e ao contexto existentes, utilizando estratégias de liderança e gestão, possibilita a otimização da qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para uma cultura de melhoria contínua.

Com o decorrer do estágio, refletiu-se que a gestão é um processo inerente a todos os serviços e instituições. Compreendeu-se que a gestão em saúde é um processo complexo, procurando de forma continua a excelência na prestação de cuidados e a constante adaptabilidade dos cuidados prestados. Acrescenta-se ainda que um enfermeiro gestor, assim como outro enfermeiro, deve possuir competências de liderança, tendo em conta os relacionamentos interpessoais inerentes à profissão. Contudo, também foi possível perceber a complexidade da função, pois quando se lida com pessoas, lida-se com emoções, sentimentos e padrões diferentes de comportamento organizacional. Assim, percebe-se que é essencial que o enfermeiro gestor consiga a união da equipa, de forma a atingirem a excelência dos cuidados prestados.

Em suma, pelo apresentado neste ponto, e perante as atividades desenvolvidas e as situações vivenciadas, considera-se que foram adquiridas as competências referentes ao domínio da gestão dos cuidados.

2.4. *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais é a quarta e última competência comum do enfermeiro especialista. De acordo com o REPE (2015), artigo 9.º, os enfermeiros colaboram durante o seu exercício em diferentes áreas, tais como: a gestão, investigação, docência, formação e assessoria, a melhoria de conhecimentos, técnicas/práticas e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem.

No seguimento desta linha de pensamento e, de acordo com o Estatuto da OE, Lei n.º 156/2015, artigo 100.º, relacionado com os deveres deontológicos em geral, os enfermeiros têm o dever de garantir uma atualização permanente dos seus conhecimentos, através de formação profissional qualificada, onde se reafirma no artigo 97.º, que os enfermeiros devem desempenhar as suas funções com conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população em geral, adotando ações que visem melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados.

No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade baseando a sua prática clínica especializada em evidência científica (OE, 2019). Assim, o enfermeiro especialista deve demonstrar uma capacitação de autoconhecimento que é fulcral à prática de Enfermagem, reconhecendo que intervém no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2019).

O percurso de um Mestre em EMC engloba várias fases desde o começo do curso, sendo que, todas as unidades curriculares contribuem para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do conhecimento e para o avivar de um espírito crítico-reflexivo. Contudo, é na prática clínica na realização dos estágios, que há um desenvolvimento considerável de conhecimentos e competências acerca das experiências vivenciadas.

Do meu ponto profissional, entende-se que apenas por meio da transmissão de informação e estabelecendo relações terapêuticas com a PSP, família/pessoa significativa, bem como com a restante equipa multidisciplinar, é que se torna plausível entender a abordagem especializada desta área, enriquecendo as aprendizagens profissionais adquiridas.

Tendo em conta que o ambiente do BO é um contexto com elevada complexidade técnica e científica, é necessário existir uma resposta eficaz e interdisciplinar de abordagem à PSP. Assim, inicialmente existiu a necessidade de refletir sobre os recursos e barreiras pessoais e profissionais, de forma a compreender fatores que poderiam influenciar a relação PSP e/ou equipa multidisciplinar.

Desta forma, para dar resposta a esta complexidade devemos saber que “*O autoconhecimento é fundamental... tanto para a vida pessoal como para a vida profissional...*” (Bermejo, 2005, p. 37). Tornar-se autoconsciente ajuda na relação terapêutica enfermeiro/doente, assim como melhorar as habilidades de pensamento crítico, fazer uma definição de objetivos acertada, tomada de decisão clínica e ainda melhoria na gestão do stresse (Han & Kim, 2016; Rasheed, 2015).

Segundo a OE (2009), os enfermeiros, com vista à excelência do seu exercício, têm o dever de garantir uma atualização contínua dos seus conhecimentos. Assim, a pessoa tem o direito a cuidados de qualidade, pelo que cabe ao enfermeiro o dever de uma atualização de conhecimentos, de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios (OE, 2009).

Desta forma, numa fase inicial, foi necessário compreender as necessidades da PSP no contexto do BO, sendo que surgiram muitas questões e dúvidas, o que permitiu identificar temáticas com carência de esclarecimento. Posteriormente foi necessário realizar pesquisas sobre essas temáticas, como a dor no período perioperatório, intervenções não farmacológicas no contexto de BO, existência de unidades de dor aguda no BO, práticas seguras no BO e *check-lists* perioperatórias.

Assim, o enfermeiro deve manter uma atualização contínua dos seus conhecimentos, incorporar as novas tecnologias e promover formações internas e externas. A conduta profissional foi orientada na procura da melhoria e aperfeiçoamento para a qual são fundamentais o autoconhecimento e a assertividade, assim como, basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Com os avanços de novas tecnologias são exigidas novas atitudes, normas, métodos e maneiras de pensar e de ser. Segundo Pedrolo et al. (2009), a prática baseada na evidência (PBE) é essencial e fundamental, sendo vista como uma ferramenta na prática de Enfermagem, com a finalidade de melhorar e promover os cuidados prestados, ou seja, na prática de Enfermagem, a PBE é pilar de sustentação que permite aplicar os resultados da pesquisa na prática profissional diária. Já em 2006, a OE reforçava a ideia que a PBE é um quesito essencial para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização dos resultados de Enfermagem (OE, 2006).

Nos dias de hoje, devido a diversas inovações na área da saúde, a tomada de decisão dos enfermeiros precisa ser pautada em princípios científicos, com a finalidade de encontrar a intervenção mais apropriada para uma determinada situação específica (Pedrolo et al. 2009; Horntvedt et al. 2018).

Desta forma, o enfermeiro Mestre em EMC deve ser capaz de basear a sua tomada de decisão em conhecimento útil, atual e fiável, tornando-se, assim, um elo facilitador de metodologias de aprendizagem, assim como um elemento ativo na investigação.

No contexto de estágio existiu um estímulo e uma incitação à investigação, à formação em serviço e ao suporte da prática clínica em evidência científica fiável, fidedigna e atual. Estas características permitiram a aquisição de conhecimentos e competências enquanto Mestre, particularmente, integrar novos conhecimentos e suportar questões complexas, dando resposta e expressar-se através de reflexões críticas. O enfermeiro Mestre assume um papel dinamizador e formador de novo conhecimento, em contexto de práxis clínica, identificando oportunidades de investigação, contribuindo ativamente para o desenvolvimento da prática clínica. Como já referido anteriormente, ao longo do estágio, foram detetadas necessidades e oportunidades pertinentes de investigação, levando desta forma, à pesquisa bibliográfica, contribuindo para o desenvolvimento de conhecimentos e competências enquanto elemento ativo no âmbito da investigação.

Ao longo do percurso profissional enquanto estudante, foi-se adquirindo uma maior consciência sobre o conhecimento e as limitações, o que permitiu identificar as áreas que necessitavam de um maior investimento. Assim, considera-se assertivo e conhecedor dos meus pontos fortes e fracos. Para superar as limitações, procurou-se melhorar o conhecimento, tendo sido essencial a documentação e material de apoio fornecido nas unidades curriculares específicas sobre a PSP. Foi importante, também, a consulta de evidência científica e referências bibliográficas atuais nesta área em particular. Foi possível, ainda, participar em ações de formação organizadas pelo serviço, onde era visível a motivação dos profissionais na partilha de conhecimentos e na promoção de uma prática de Enfermagem baseada em evidência científica, contribuindo para a consolidação de conhecimentos numa área tão complexa como a do BO. Para além destas ações de formação, realizaram-se ações de formação em serviço, de acordo com as necessidades do mesmo. Os trabalhos realizados de análise reflexiva foram partilhados com a enfermeira tutora e restante elementos da equipa, com o intuito de promover a partilha, discussão e reflexão conjuntas. Sendo temas bastantes sensíveis aos cuidados de Enfermagem em contexto de BO, foi possível verificar o envolvimento da equipa, resultando num feedback positivo, onde realçaram a pertinência das temáticas e conteúdos abordados, mostrando-se atentos e colocando dúvidas. Uma vez que as formações foram realizadas nos últimos dias de estágio, não foi possível avaliar se trouxe alguma mudança no dia-a-dia dos profissionais. No entanto, espera-se ter sensibilizado a equipa para uma atualização das suas práticas diárias e reflexão acerca das mesmas.

Outra forma de procura de novas aprendizagens é a participação em eventos científicos, nomeadamente seminários, congressos e conferências de forma a aprofundar conhecimentos, onde a partilha de conhecimentos é intensa e promove a melhoria dos cuidados prestados, permitindo também a atualização de conhecimentos em diversas áreas. Segundo Lacerda et al. (2008), os eventos científicos representam uma fonte essencial na procura e aquisição de novos conhecimentos, permitindo o enriquecimento profissional, através da partilha e divulgação de informações, construindo a sua formação académica e profissional. Na mesma linha de pensamento, os eventos científicos trazem vantagens devido à partilha de experiências entre os presentes, o acesso a informações atualizadas e recentes e o planeamento de metas para o futuro (Lacerda et al. 2008). Reconhecendo que da diferença emerge a melhoria e que só reunindo diferentes opiniões e pontos de vista, passíveis de conhecer em eventos científicos, desenvolvemos respostas mais ricas e eficientes.

Para além, das ações de formações referidas, e, para dar cumprimento e pôr em prática um dos objetivos de estágio, foram realizadas publicações em eventos científicos sob a forma de pósteres e comunicações orais:

- Teixeira, Ivan., Silva, Carla. (2023, Março 3-4). Efetividade e Barreiras sobre a Implementação de Intervenções não Farmacológicas na Gestão da Dor: *Scoping Review*. [Póster]. Congresso de Enfermagem Intensiva, 2023, Coimbra (Apêndice I).
- Teixeira, Ivan., Costa, Carla., Forte, Luciana. (2023, Abril 20-21). 5G e os Cuidados de Saúde no Bloco Operatório. [Comunicação Oral]. VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde, 2023, Oliveira de Azeméis (Apêndice II).
- Teixeira, Ivan., Silva, Carla. (2023, Abril 28-29). Efetividade e Barreiras sobre a Implementação de Intervenções Não Farmacológicas na Gestão da Dor: *Scoping Review*. [Póster]. I Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPO Porto – Humanização dos Cuidados em Oncologia, 2023, Porto (Apêndice III).
- Teixeira, Ivan., Costa, Carla., Forte, Luciana. (2023, Junho 15-17). Cuidados de Saúde no Bloco Operatório e Tecnologia 5G: *Scoping Review*. [Poster]. XIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória, 2023, Santo Tirso (Apêndice IV).

Relativamente aos eventos científicos em que foi possível participar, considera-se que estes foram fundamentais para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. Nos três primeiros congressos mencionados, houve um papel ativo na sua participação, desde a sua elaboração até à sua apresentação oral no evento. No caso do último congresso, a participação baseou-se na coautoria na construção de um póster. Estas atividades permitiram fazer uma atualização profissional baseada em evidência recente, como,

também, perceber outras realidades existentes, servindo de veículo relevante à formação contínua. Segundo Ellery et al. (2013), a participação em eventos científicos é um desafio constante para a saúde e para os profissionais de saúde e a sua importância é fulcral, na medida que faz parte integrante na construção para o conhecimento individual, atualização e desenvolvimento profissional. Considera-se que a participação em eventos científicos permitiu o contacto com novos pares, criando, assim, uma rede de contactos que proporciona uma partilha de conhecimentos, promovendo cooperações ou a criação de grupos académico-científicos, com vista à atualização de conhecimentos com base em evidência recente.

Neste sentido, a construção do conhecimento é fundamental ao exercício da profissão de Enfermagem, para que assim se possa solucionar de uma forma eficiente os obstáculos e limitações que possamos encontrar na prestação de cuidados de saúde.

O estágio realizado, assim como a participação em eventos de cariz científico contribuíram para um acréscimo considerável deste conhecimento, para uma melhoria na análise crítica sobre a prática profissional e conseqüente aumento da segurança na prestação de cuidados de saúde, almejando uma tomada de decisão responsável. Em suma, ao longo deste estágio, foram vários os momentos de incentivo ao estudo, pensamento crítico-reflexivo, partilha de saberes e conhecimentos e perante as atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas, considera-se que foram adquiridas competências neste domínio.

Assim, no decorrer do estágio, foi possível observar, colaborar e refletir criticamente sobre os cuidados prestados, podendo-se afirmar que foram prestados cuidados complexos e específicos que levaram à aquisição e aplicação de novos conhecimentos e ao desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva, a fim de desenvolver competências enquanto enfermeiro especialista e Mestre.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória

A Enfermagem é a profissão no contexto da saúde com a finalidade de prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo de vida, e nos vários contextos em que está inserido, de forma a que mantenha, melhore e recupere a saúde, ajudando a pessoa a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível (Regulamento n.º 429/2018).

O Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da ESSNorteCVP visa demonstrar a aquisição de competências avançadas de juízo crítico em EMC na área de especialização de Enfermagem à PSP (Guia de Orientação, 2022).

Ao longo deste capítulo serão abordadas de forma mais detalhada e reflexiva as competências específicas do EEEMCPSP desenvolvidas ao longo do estágio.

Em Portugal, de acordo com o Regulamento n.º 613/2022 da OE, os enfermeiros constituem, na maioria dos sistemas de saúde, o maior número de profissionais, assumindo a Enfermagem uma gradual diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina (OE, 2022). No seguimento do mesmo Regulamento, a Enfermagem enquanto disciplina, apresenta uma evolução crescente e diversificada de áreas de investigação, contribuindo para que os enfermeiros possuam um elevado grau de especificação, a que corresponde uma organização científica própria e autónoma que contribui para que tenham um maior reconhecimento e assumam novas e uma maior complexidade de responsabilidades pelos serviços de saúde (OE, 2022).

De acordo com a OE (2022), a Enfermagem enquanto profissão tem evoluído no sentido de dar resposta às progressivas necessidades de cuidados nos diferentes contextos, assumindo uma complexificação de conhecimentos, práticas e locais de trabalho. Desta forma, potencia novos campos de atuação, em que o enfermeiro especialista se destaca enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde (Regulamento n.º 613/2022). O desenvolvimento de competências torna-se, deste modo, primordial com o decorrer do tempo, baseado num processo de aprendizagem contínua, através da aquisição e aprofundamento de conhecimentos. Assim, o desenvolvimento de competências ao longo do estágio, bem como a vertente de investigação desenvolvida na parte II deste relatório vão de encontro às competências de Mestre.

No que se refere às competências específicas em concreto, é fundamental defini-las como aquelas que *“(...) que decorrem 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”* (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

No âmbito do perioperatório, a AESOP (2006), define competência como um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades práticas necessárias para o desempenho global do EEEMCPSP em função de uma finalidade e numa determinada situação. Neste sentido, no contexto do perioperatório, foi desenvolvido um conjunto de competências específicas, tendo como alvo de intervenção a pessoa e família a passarem por uma experiência cirúrgica/anestésica. O foco dos cuidados de Enfermagem, neste contexto, é a pessoa submetida a procedimento cirúrgico, sendo exigido que os cuidados visem a pessoa e família a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, com o intuito de levarem à promoção da saúde, à prevenção de efeitos adversos e ao tratamento da doença (Regulamento n.º 429/2018).

Em Portugal, a AESOP (2012) formulou, também, um domínio de competências que envolve as áreas da prestação de cuidados, da comunicação, da educação/formação, da defesa da pessoa, da investigação, da gestão, do desenvolvimento profissional e da liderança.

O Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho (2018, p. 19366) refere que:

“A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença”.

A intervenção do EEEMCPSP engloba cinco áreas de intervenção interligadas entre si: consulta perioperatória, anestesia, instrumentação, circulação e cuidados pós-anestésicos (Regulamento n.º 429/2018). Os cuidados de Enfermagem perioperatórios otimizam-se através de um processo padronizado de boas práticas que constituem cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa, antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico. Destinam-se a proporcionar à pessoa segurança na situação particular de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia, consciência crítica e comportamentos adequados ao seu projeto de saúde (OE, 2017).

Nesta mesma linha de raciocínio, a OE diz-nos que os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgico assenta em cinco pilares: o reconhecimento do outro e a capacitação⁹, a vulnerabilidade¹⁰, a responsabilidade de cuidado¹¹, a prudência e gestão de risco¹² e a consciência cirúrgica¹³ (OE, 2017). Foram definidas pela OE (Regulamento nº 429/2018), as competências específicas do EEEMCPSP e nos subcapítulos seguintes será realizada uma análise reflexiva, relacionando as experiências vivenciadas com as referidas competências.

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

O objetivo desta competência passa pelo EEEMCPSP mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar da pessoa e família, promovendo, assim, a compreensão de todo o processo cirúrgico e anestésico vivenciado e a vivenciar, preparando a pessoa e família para o autocuidado, assim como para a reintegração familiar e social (Regulamento nº 429/2018).

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

A intervenção do enfermeiro inicia com admissão da PSP no BO, onde o enfermeiro se deve apresentar de forma cordial e afável, apresentando-se pelo nome e função a desempenhar. Aqui, deve explicar o procedimento e esclarecer dúvidas, utilizando uma linguagem simples e de contato direto com a pessoa, podendo fomentar o toque como sinal de segurança e confiança para a pessoa, de forma a minimizar o nível de ansiedade que podem apresentar e, deste modo, estabelecer uma empatia enfermeiro/doente (AORN, 2020).

⁹ **Reconhecimento do Outro e a Capacitação:** base da intervenção e do processo de enfermagem. O enfermeiro perioperatório, estabelece uma relação interpessoal e reconhece a pessoa como ser único, complexo e aprendente, capaz de desenvolver o conhecimento e a autoconsciência. Faz um plano conjunto do projeto de cuidados, reconhecendo a liberdade de escolha da pessoa, fomentando a sua autonomia e comportamentos ajustados à situação, atua promovendo, assim, a sua capacitação (OE, 2017, p.27).

¹⁰ **Vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória:** expressa como a impossibilidade de a pessoa responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a procedimentos cirúrgicos e anestésicos. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e a impossibilidade de defesa, que requerendo que seja assegurada por outra pessoa em sua substituição (OE, 2017, p.27).

¹¹ **Responsabilidade de cuidado:** responsabilidade de promover resultados positivos e ajudar a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar. Assegura um padrão de excelência no cuidar antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos e anestésicos de acordo com as necessidades da pessoa, atua com prudência face aos riscos e incertezas, respondendo pelas suas decisões, atos e consequências e influenciando positivamente a equipa, em benefício da pessoa em situação perioperatória (OE, 2017, p.27).

¹² **Prudência e a gestão de risco:** competências na gestão dos riscos e das consequências possíveis e prováveis de cada decisão ou ato. Atua com consciência cirúrgica, prudência e precaução, atento ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões ajustadas à natureza, gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos, com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa ou equipa (OE, 2017, p.27).

¹³ **Consciência cirúrgica:** princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado (OE, 2017, p.27).

Neste local de estágio, o enfermeiro responsável pela admissão da pessoa no BO é aquele que se encontra no recobro. Assim, houve a oportunidade de realizar várias admissões de doentes, seguindo a *check-list* pré-operatória, desde o jejum pré-operatório, à própria identificação da pessoa com a sua respetiva pulseira, aos consentimentos informados (cirúrgicos e anestésico) até confirmação de próteses e veia puncionada e o seu acompanhamento até à SO.

Nesse momento, utilizou-se uma linguagem simples e calma, de forma a que a pessoa compreendesse toda a informação fornecida. Durante o acompanhamento da pessoa até à SO, era possível estabelecer uma breve conversa com a mesma e perceber o seu nível de ansiedade e medos sobre a intervenção cirúrgica. A ansiedade é uma reação humana a qualquer situação desconhecida que pode ser considerada uma resposta expectável da experiência cirúrgica (Bailey, 2010). Enquanto futuro enfermeiro especialista foi demonstrado, naquele momento um conjunto de competências que vão além das atribuídas ao enfermeiro generalista, ao não focar unicamente na tarefa de encaminhar a pessoa à SO. A verificação da *check-list* era realizada de forma calma e clara, com uma abordagem sempre serena e um sorriso direcionada à pessoa. Num estudo de Louro e Sousa (2014), a prática de Enfermagem abrange uma relação interpessoal enfermeiro/doente, destacando a importância da comunicação. Esta, pode ser, verbal ou não verbal, onde destacamos como não verbal, o exemplo do sorriso. Ainda segundo estes autores, o sorriso nos cuidados de Enfermagem pode ser um meio facilitador de confiança, de alento, transmitindo conforto e segurança (Louro & Sousa, 2014). Outros autores relevam a importância do sorriso nesta fase tão sensível para a pessoa, como neste estudo de Thakur e Sharma (2021), que demonstra que o sorriso genuíno pode fazer maravilhas, transmitindo aceitação, levando à construção de uma relação de confiança enfermeiro/doente e contribuindo para amenizar um estado de ansiedade.

No encaminhamento para a SO, era sempre verificado o estado da pessoa, e caso houvesse abertura por parte da mesma, eram feitas questões sobre a sua vida, mostrando interesse no seu cuidado, perspetivando-a como pessoa e não meramente como doente. Dessa forma, a preocupação maior estava centrada na pessoa em si, e não apenas na execução da tarefa. São vários os autores que destacam a componente relacional na prática de Enfermagem em detrimento da técnica, como esclarece Moniz (2003), referindo que o foco relacionamento enfermeiro/doente seja o cuidar. Outros estudos mostraram que os enfermeiros passaram a ter os seus cuidados centrados na pessoa e família, em vez das técnicas anestésicas e cirúrgicas, contribuindo para a melhoria dos cuidados de Enfermagem perioperatória. Um enfermeiro especialista, para além do cuidar da PSP, quer-se que tenha uma escuta ativa do

outro, demonstre empatia com o outro e seja congruente, ou seja, seja ele próprio. Saraiva (2008) acrescenta, a este respeito, que o apoio do enfermeiro deve basear-se em três pontos-chave, sendo elas a verdadeira escuta, a empatia e a congruência.

Este tipo de estratégias de abordagem vai de encontro ao que nos informa a AEORN que explica que quando questionamos a pessoa sobre o seu estado e assuntos da vida pessoal, potenciamos uma relação de confiança enfermeiro/doente, porque o foco é o doente enquanto pessoa (AEORN, 2020). Dentro dos limites do que era possível e do tempo disponível, foi possível tranquilizar e prestar o devido acompanhamento da pessoa da melhor forma possível, atendendo à intensidade de trabalho, caracterizado por momentos em que era necessário encaminhar uma pessoa à SO e, quase em simultâneo, realizar a admissão ou alta de outra no recobro.

Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória

O EEEMCPSP deve ser responsável por assegurar o direito à privacidade, à sua segurança e ter respeito pela dignidade da pessoa. Aquando da transferência para a mesa operatória, a pessoa ficava, muitas vezes, exposta. Durante a prática, e mesmo antes da transferência, foi possível imprimir maior atenção aos detalhes no que toca ao respeito pela privacidade da pessoa.

Uma das estratégias adotadas foi mesmo antes da transferência para a mesa operatória providenciar lençol quente e tapando-a na sua totalidade, de modo a que durante a transferência, esta se sentisse mais confortável. Assim, não só foi promovido o conforto, como também a privacidade da pessoa, o que vai de encontro ao papel de um futuro enfermeiro especialista no âmbito da humanização. No estudo de Ramirez e Contreras (2021), a privacidade é fundamental para o cuidado, pois a sua ausência pode ser entendida como falta de humanização, devendo os enfermeiros estarem despertos e consciencializados para esta realidade. Um enfermeiro especialista não só deve fazer a diferença no cumprimento, como também orientar e supervisionar os seus pares a zelarem pelo direito à intimidade e privacidade da pessoa no decorrer do seu exercício profissional.

No que concerne à gestão da prestação de cuidados, por forma a aumentar a segurança cirúrgica, este hospital da região norte de Portugal tem implementado o programa “Cirurgia Segura”. A OMS (2021), no Plano de Ação Global para a Segurança do Doente (2021-2030), criou em 2009 o programa “Cirurgia Segura Salvam Vidas”, de forma a que todos os BO do Serviço Nacional de Saúde tivessem a chamada “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” (LVSC), fazendo um esforço sustentado na melhoria e segurança da pessoa no período

perioperatório, de forma a prevenir danos às mesmas causados pelos próprios processos de cuidados de saúde, evitando situações indesejadas e/ou desagradáveis.

A este respeito, houve a oportunidade de preencher todas as etapas desta norma (antes da indução anestésica, antes da incisão na pele e antes da pessoa sair da SO), ou seja, o preenchimento da lista de LVSC no *software* SClínico® e a transmissão de informação. Foi possível verificar que o preenchimento deste procedimento é feito por enfermeiros, sendo a classe de Enfermagem, onde existia uma maior motivação e adesão a tal prática. Inicialmente, surgiram dificuldades no seu preenchimento, devido à falta de familiaridade com a norma no sistema informático. No decorrer do estágio, e através de empenho e motivação constantes para a sua realização, essa dificuldade foi sendo transposta, pelo constante preenchimento da norma e pela preocupação da sua realização nos momentos oportunos, tais como: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica/pele e antes da pessoa sair da SO. Observou-se que a sua utilização é uma mais-valia, uma vez que, quando corretamente preenchida e nos momentos exatos, promove a prevenção de eventos adversos. Esta afirmação é constatada pelo Manual de Implementação da LSVC da OMS, sendo uma ferramenta prática e fácil de usar, desenvolvida para ajudar as equipas multidisciplinares a seguir etapas críticas de segurança, de modo a reduzir a ocorrência de danos para a pessoa. Enquanto futuro enfermeiro especialista, considera-se que deve ser o elo principal e responsável por manter alerta no que concerne à segurança e ao correto preenchimento em tempo útil.

Ainda no intraoperatório houve a oportunidade de realizar registos de Enfermagem no programa *Patient Care*, o qual até então não se estava familiarizado. Segundo Marques (2022), os registos clínicos permitem favorecer a continuidade da prestação de cuidados de saúde, a sua documentação e a comunicação entre os profissionais de saúde. Os registos são uma prova essencial do processo de Enfermagem, sendo uma peça chave para justificar e comprovar os cuidados prestados à pessoa. Segundo a AESOP (2012), a qualidade dos cuidados prestados reproduz-se no tipo de registos de Enfermagem efetivados. Assim, com a experiência profissional baseada em documentação clínica de Enfermagem sempre presente, houve uma atenção redobrada à sua implementação. Espera-se que um futuro enfermeiro especialista, seja um elemento de referência para garantir a qualidade de registos servindo de exemplo para os pares.

Durante o estágio verificou-se que nem todos os enfermeiros faziam registos de forma completa. Isto vai contra a um dos pilares importantes para o desenvolvimento profissional que tem por base, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a existência de um procedimento de registos de Enfermagem que englobe as necessidades de

cuidados de Enfermagem, as intervenções realizadas e os resultados obtidos dessas mesmas intervenções para com a pessoa submetida aos nossos cuidados (OE, 2017).

Um dos casos verificados, foi um registo incompleto ou quase nulo, no que reporta à monitorização da dor. As escalas disponíveis para utilização no contexto de estágio eram a Escala Numérica, Escala de Faces, Escala Visual Analógica (EVA) e Escala Qualitativa, sendo as mais utilizadas as duas primeiras.

Considerando o tema de investigação as intervenções não farmacológicas na gestão da dor na pessoa em situação pós-operatória e verificando, por vezes, a ausência de registos relacionados com este foco de atenção, foi proposta uma ação de formação acerca da monitorização da dor (Apêndice VI), a qual foi prontamente aceite. Foi possível observar que essa ausência, na maior parte das vezes, era aparentemente por excesso de trabalho. Na verdade, vários estudos o referem, quando explicam que a ausência de registos de Enfermagem no que respeita à dor deve-se à falta de tempo e/ou excesso de trabalho (Kidanimariam et al., 2020).

Em suma, enquanto futuro enfermeiro especialista desempenhou-se um papel ativo no planeamento de ações de formação à equipa multidisciplinar, assumindo o papel de facilitador nos processos de aprendizagem. Espera-se que um enfermeiro especialista seja um elemento de referência para a equipa multidisciplinar na representatividade dos registos de Enfermagem, ou seja, o enfermeiro especialista deve ser fundamental no processo de registos de informação do doente e um elemento de influência na equipa, transmitindo aos seus pares a importância para a realização dos registos de Enfermagem e ser o supervisor da sua realização no processo clínico do doente.

No estágio, foram desempenhadas funções de enfermeiro de anestesia. Este, juntamente com o enfermeiro circulante, fazem a transferência da pessoa para a mesa operatória.

O enfermeiro de anestesia em colaboração com o anestesista é responsável pela pessoa e é-lhe exigido uma observação e vigilância intensivas e capacidade para despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir assim como estar apto em situações de urgência e emergência (AESOP, 2012). Durante o estágio, houve a oportunidade de colaborar na indução anestésica, uma prática já familiar, devido à experiência profissional diária. Com o tempo foi possível atingir um nível de autonomia adequado para colaborar com o médico anestesista no procedimento, que se quer calmo e sereno. Após a pessoa estar sedada, esta perde a total capacidade de autonomia, necessitando de suporte ventilatório e /ou cardiovascular, e assim, estar completamente dependente dos nossos cuidados sendo considerada pessoa crítica. Corroborando desta ideia, e segundo a Ordem dos Médicos

(2008), a pessoa crítica é aquela que, por disfunção ou falência multiorgânica, vê a sua sobrevivência dependente de recursos avançados de monitorização e terapêutica.

Segundo a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), as pessoas em situação crítica são transportadas para BO ou para outras unidades, nomeadamente unidades de cuidados intensivos. Corroborando esta ideia e fruto da experiência profissional enquanto enfermeiro de cuidados intensivos, foi possível identificar alguma complicação/deterioração na pessoa, que muitas vezes, poderiam passar despercebidas. Esta deteção precoce de qualquer deterioração, baseou-se não só, no *know-how*, mas também, em pesquisa bibliográfica e participação em eventos científicos relacionados com a pessoa em situação crítica (Apêndice VIII).

Passada a fase de indução anestésica, prossegue-se uma etapa fundamental para a segurança do doente: o posicionamento do doente.

O posicionamento do doente, segundo a AESOP (2012) é tão importante para a segurança do doente como qualquer outro cuidado perioperatório. Na mesma linha de pensamento, o posicionamento é um procedimento multidisciplinar que envolve diversos intervenientes, sendo a responsabilidade da escolha do posicionamento do cirurgião, enquanto a responsabilidade do posicionamento em si é da responsabilidade do médico anestesista e do enfermeiro de anestesia, de modo a prevenir lesões (AESOP, 2012). Ainda outros autores asseguram que o posicionamento cirúrgico é um momento-chave e crucial no desempenho de procedimentos operatórios seguros e eficientes (Nascimento & Rodrigues, 2020).

No período intraoperatório foi possível colaborar no posicionamento do doente, sendo este um dos principais focos de atenção durante a prestação de cuidados intraoperatórios, com o objetivo da prevenção de Úlceras por Pressão (UPP). A OE (2007) apresenta um conjunto de indicadores para a prática de Enfermagem para todas as unidades e serviços de saúde, onde ambiciona que estes fossem *“concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população”* (p.2). Dos vários indicadores, 22 na sua totalidade, consta o da *“Úlcera por Pressão”* para avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados.

A importância dada a esta temática vai de encontro a uma medida importante integrada no PNSD 2021-2026. As UPP provocam sofrimento à pessoa, aumentam a preponderância a infeções, diminuindo a sua qualidade de vida e dos seus cuidadores, podendo levar, em situações extremas, à sua morte (Despacho n.º 9390/2021, de 24 Setembro).

No posicionamento, a PSP, na sua maioria das vezes, já se encontra anestesiado e incapaz de referir qualquer dor ou desconforto. Neste âmbito, o foco de intervenção foi proporcionar

conforto à PSP e, acima de tudo, prevenir UPP, uma competência essencial para um futuro enfermeiro especialista. Enquanto enfermeiro, com base nos conhecimentos adquiridos nas áreas de anatomia e fisiologia, houve sempre uma preocupação constante com o posicionamento do doente, de modo, a prevenir qualquer tipo de lesão e /ou UPP.

Segundo Burlingame (2017), todas as intervenções cirúrgicas exigem o posicionamento do doente e todas as posições cirúrgicas são suscetíveis de causar dano e/ou lesão. Ainda segundo o mesmo autor, o posicionamento correto é importante, principalmente em intervenções cirúrgicas longas ou que exigem múltiplos posicionamentos, onde o risco de lesão é maior, cabendo ao enfermeiro perioperatório estar atento à colocação de precauções básicas de posicionamento.

Houve, numa fase inicial, uma dificuldade acrescida face aos inúmeros posicionamentos associados a cada intervenção cirúrgica, no entanto, com empenho, dedicação e apoio da restante equipa, assim como pesquisa bibliográfica acerca dos posicionamentos, esta dificuldade foi sendo colmatada, estando, agora, mais ciente das medidas de proteção básicas face a posições cirúrgicas e, conseqüentemente, na prevenção de qualquer lesão e/ou dano possível de ser causado.

Durante a prestação de cuidados, e sempre na tentativa de promover a manutenção de um ambiente seguro, como foco na atuação preventiva dos potenciais riscos para a segurança do doente, foi necessário efetuar registos que visassem uma ação preventiva. Desta forma, os registos intraoperatórios devem passar pela aplicação da Escala de *Braden*, para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP ou da Escala de *Morse* (Morse, 2009), que avalia o risco de queda. Estes são exemplos de uma prática com foco preventivo nos cuidados de Enfermagem perioperatórios, onde o enfermeiro especialista deve ter um papel importante nos registos de Enfermagem e na prevenção de quaisquer complicações, assim como ser supervisor e impulsor da implementação destas medidas.

Desempenhando funções de enfermeiro de anestesia, para além do descrito anteriormente, foi possível colaborar juntamente com o médico anestesista na manutenção anestésica. Aqui o enfermeiro de anestesia tem também um papel essencial, desde a manutenção do posicionamento (recorrendo a almofadas, colchões de espuma ou gel, etc), a manutenção da temperatura corporal e a monitorização constante dos sinais vitais.

A temperatura corporal é um sinal vital. A Sociedade Americana de Anestesiologistas (2010) recomenda que, além da avaliação contínua da oxigenação, ventilação e circulação, a monitorização da temperatura corporal seja considerada uma prática básica em qualquer procedimento anestésico. Já a AESOP (2017) destaca a importância da monitorização da temperatura corporal, enquanto intervenção de Enfermagem no período perioperatório,

uma vez que a manutenção da normotermia durante o período perioperatório é um dos indicadores previstos na norma 024/2013 da DGS (2013). A AESOP (2017) descreve as “Práticas Recomendadas para Bloco Operatório: Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida”, que contribuiu para a implementação dessa prática no ambiente de estágio

O BO é um local frio e propício à PSP desenvolver desconforto. Segundo a AESOP (2012), a temperatura no BO deve ser mantida entre os 19º e os 24º, de modo a prevenir o que a AESOP denomina de hipotermia perioperatória inadvertida (<36º). A hipotermia perioperatória inadvertida é um fenómeno complexo e uma complicação frequente, com grande impacto que ocorre, de forma inadvertida, em cerca de 60% a 90% das pessoas submetidas a cirurgias com duração superior a 60 minutos (AESOP, 2017). Embora seja capaz de ser prevenida está associada a piores *outcomes*. Desta forma, é crucial a implementação de medidas preventivas da hipotermia no período perioperatório o mais precocemente possível (Azenha et al., 2017). Assim, é responsabilidade do enfermeiro, durante este período, atuar de forma a garantir a segurança do doente e assegurar as condições ideais do ambiente cirúrgico, cuidando da pessoa, atendendo à sua individualidade e vulnerabilidade antes, durante e após a cirurgia (AESOP, 2017). Também a OE (2017), com os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade, reforça a ideia de boas práticas ao dizer que o enfermeiro na procura pela excelência dos seus cuidados maximiza a prevenção de complicações.

Assim, é fundamental que o enfermeiro no perioperatório, possua conhecimentos sobre as manifestações clínicas e as complicações decorrentes do processo anestésico e cirúrgico, e assim, desempenhar um papel relevante na prevenção e tratamento da hipotermia, por meio da implementação de intervenções eficazes (Funganti, et al., 2018; Akers, et al., 2019). Portanto, monitorizar, controlar e avaliar a temperatura da PSP na SO é fundamental para a prevenção da hipotermia e de seus efeitos prejudiciais (Bindu, et al., 2017).

No início, foi notada alguma dificuldade em estar desperto à monitorização da temperatura, uma vez que, na experiência profissional diária em cuidados intensivos, geralmente estão disponíveis dispositivos que permitem a monitorização contínua da temperatura. No entanto, com o decorrer do estágio e a experiência adquirida, foi possível adotar um controlo mais rigoroso da temperatura. Passou a haver uma maior consciência sobre a necessidade de otimizar a temperatura, utilizando recursos de aquecimento como lençóis aquecidos, mantas térmicas, colocação de dispositivos de aquecimento de ar e outros dispositivos, como o aquecimento de fluídos, para prevenir os riscos associados à hipotermia. Desta forma, foi

possível promover a implementação deste tipo de intervenção, fundamentando-a com a melhor evidência científica atual (DGS, 2022b).

Segundo Rauch et al. (2021), a hipotermia pode acarretar riscos para a PSP, nomeadamente riscos associados à coagulação, perda sanguínea com necessidade de transfusão de sangue, eventos cardíacos (taquicardia, hipertensão), infeções do local cirúrgico (ILC), assim como, tempo prolongado de internamento. Ainda segundo os mesmos autores, os enfermeiros perioperatórios devem estar cientes destes riscos, e assim, realizar um controlo ativo da temperatura assim como, providenciar medidas de aquecimento, desde colchões e cobertores a infusão de fluídos aquecidos através de dispositivos próprios.

Consciente dos riscos associados à hipotermia, durante o estágio, foi adquirida maior habilidade e confiança na monitorização da temperatura, realizando uma avaliação constante de 15/15 minutos, conforme orientações encontradas na pesquisa bibliográfica efetuada, onde se pode verificar, através do Manual de Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório da AESOP (2013), que “a temperatura deve ser avaliada de forma contínua na fase intraoperatória...deve ser avaliada pelo menos de 15/15 minutos” (p.8). Considera-se que esta condição é de extrema importância para a PSP, sendo que esta competência foi sendo aprimorada ao longo do tempo e faz parte da deteção precoce e prevenção da hipotermia, enquanto futuro enfermeiro especialista.

Durante este estágio, o estudante foi inserido como um elemento da equipa, apesar da sua condição enquanto estudante de especialidade. Um futuro enfermeiro especialista deve fomentar e contribuir para o trabalho em equipa, promovendo, assim, um trabalho eficaz, mantendo sempre uma relação de colaboração com a restante equipa.

Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional

A comunicação, tal como já referido anteriormente, representa um requisito de extrema importância que deve estar sempre presente em todas as fases, desde a admissão da pessoa até à alta da mesma, assim como na relação profissional com os pares e equipa interdisciplinar, de forma a contribuir para um bom trabalho em equipa.

Durante o período perioperatório (pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório), o trabalho em equipa é fundamental, assim como a comunicação e a cumplicidade entre a equipa multidisciplinar. Laccort & Oliveira (2017) reforçam a ideia de que o trabalho em equipa é uma ferramenta essencial na atuação dos profissionais de saúde, levando à obtenção de melhores resultados, proporcionando um ambiente mais harmonioso, além de elevar a satisfação da equipa multidisciplinar.

A comunicação é um pilar essencial no processo de cuidar, ou seja, a comunicação em saúde é uma das peças centrais da área da saúde, sendo fundamental a uma prática com qualidade. Na prática de Enfermagem, é importante que o enfermeiro demonstre conhecimento técnico, consiga fortalecer uma relação de comunicação com a equipa multidisciplinar, pessoa e família (Cielo, Camponogara & Pillon, 2013). Corroborando desta importância, Brás & Ferreira (2016) mencionam que a comunicação é um instrumento singular de atuação na prática de cuidados de Enfermagem, sendo considerada uma função vital, pelo qual as pessoas e organizações se relacionam uns com os outros e com o meio ambiente.

Phaneuf (2005) refere que a comunicação, na relação terapêutica, é um processo que engloba dois polos: o dos profissionais de saúde e o da pessoa/família sujeita a cuidados. Assim, a comunicação (verbal e não verbal) é uma aptidão que, ao ser adquirida e empregue, potenciará cuidados de enfermagem de excelência (Louro & Sousa, 2014).

Quer em contexto de estágio, quer no dia-a-dia, enquanto profissional, procura-se fazer uso destes tipos de comunicação, de forma a ter uma relação enfermeiro/doente saudável, contribuindo para que este se sinta seguro e confortável. Aktas et al. (2017) referem-se à importância da comunicação verbal e não verbal terapêutica, como estratégia para que as pessoas se sintam calmas e seguras. No seguimento destes autores, é essencial que a comunicação seja prioritária na intervenção do enfermeiro, sendo considerada uma das ferramentas de trabalho mais notáveis e fundamentais para o tratamento e satisfação das pessoas (Aktas et al., 2017).

Segundo a norma n.º 001/2017 de 08 de Fevereiro (DGS, 2017), a transição dos cuidados deve seguir uma comunicação eficaz da transferência de informação entre as equipas multidisciplinares. Ainda de acordo com o PNSD 2021-2026, a comunicação efetiva é indispensável ao longo de todo o processo de cuidados, com particular relevo para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade e/ou passagem de informação entre todos os profissionais implicados na prestação de cuidados de saúde.

Esta competência tão importante enquanto profissional de saúde suscitou um esforço acrescido, uma vez que, apesar de um acolhimento eficaz, houve algumas dificuldades. Enquanto pessoa íntegra, naturalmente reservada e num contexto tão específico e complexo como o BO, que futuramente, poderá vir a ser um local de trabalho diário, a reserva foi ainda mais acentuada, por se tratar de um contexto novo e extramente complexo.

Enquanto estudante de especialidade, a autonomia foi gradualmente crescendo. No entanto, numa situação de emergência em contexto de estágio, houve dificuldades em ser assertivo na comunicação com a equipa médica de anestesia, devido ao facto de ser um local novo, complexo e multifacetado. Deste ponto de vista, faltou ser assertivo e fazer jus a uma tomada

de decisão correta, ao não conseguir liderar um processo tão complicado, no seio da equipa interdisciplinar em que vários saberes se cruzam e a intervenção do enfermeiro é, frequentemente, interdependente. Enquanto profissional de cuidados intensivos, com alguns anos de experiência, houve momentos no local de trabalho diário, em que possível evidenciar uma comunicação assertiva, talvez pela familiaridade com o ambiente e ao reconhecimento da equipa multidisciplinar das competências para a tomada de decisão. Contudo, naquele contexto, pelo facto de ser estudante, não houve uma comunicação assertiva. Embora tenha sido uma situação pontual, debateu-se com a enfermeira tutora o que não correu tão bem naquele momento, para caso acontecesse novamente fosse capaz de dar uma resposta assertiva e atempada. Esta situação permitiu aumentar a consciência sobre essa questão, fazendo uma autoanálise tendo, doravante, conseguido demonstrar maior capacidade de interligação com a equipa, o que proporcionou uma melhoria significativa no desempenho.

À exceção desta situação em particular, foi estabelecida uma relação empática com a restante equipa multidisciplinar e uma relação de proximidade com a PSP. Esta comunicação permitiu durante o “*despertar anestésico*” manter um ambiente calmo, chamar a pessoa pelo nome, explicando que estava a acordar da anestesia e que já tinha terminado a cirurgia. Após esta fase e a pessoa estabilizada do ponto de vista ventilatório e hemodinâmico, procedia-se à transferência da mesma para o recobro.

Pela AORN (2019a), esta transição de cuidados é encarada como um momento crítico, e a comunicação deve eficaz, clara e concisa. Como já referido anteriormente, este BO não seguia a mnemónica ISBAR, uma vez que estava a aguardar aprovação para a sua implementação. De qualquer forma, e tendo patente esta mnemónica na prática diária, seguiu-se linhas de orientação para tornar mais fácil a transmissão de informação, garantindo que a receção da informação pelos pares fosse mais eficaz.

Foi evidente durante a prática com a PSP que a comunicação é um elemento essencial para a manutenção da qualidade e continuidade dos cuidados prestados pela equipa de Enfermagem e a sua relação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Fica claro que um enfermeiro especialista deve ser capaz de possuir esta competência bastante desenvolvida, quer da comunicação verbal quer não verbal para se distinguir dos restantes enfermeiros generalistas.

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

Em consequência do elevado risco dos cuidados perioperatórios, principalmente os eventos adversos decorrentes da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos cirúrgicos e da complexidade do ambiente e dos recursos, cabe ao EEEMCPSP fomentar conhecimentos e habilidades para assegurar a segurança da pessoa, da equipa e do ambiente, de acordo com a ética profissional (Regulamento n.º 429/2018).

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

Os cuidados perioperatórios são de risco elevado, uma vez que a pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos se encontra vulnerável, tendo o enfermeiro especialista um papel importante na garantia da segurança do doente (Regulamento n.º 429/2018).

O EEEMCPSP tem como missão garantir à pessoa e ao ambiente circundante, cuidados de Enfermagem específicos tanto no BO como em outros locais de realização de procedimentos invasivos (AESOP, 2012). Na mesma linha de pensamento, estes conhecimentos específicos implicam uma consciência cirúrgica, destreza, adaptação e espírito crítico, resposta rápida em situações de emergência e um controlo de stresse (AESOP, 2012).

A Consciência cirúrgica é:

“um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável” (OE, 2018, p.19366).

No seu estudo, Paula (2019) defende que no BO, é exigido ao enfermeiro um cuidado peculiar baseado em conhecimentos e habilidades de natureza distinta, gestos precisos, procedimentos exímios, consciência do risco, respeitando as normas de segurança e um elevado nível de responsabilidade no cumprimento do seu exercício profissional. De acordo com Karam (2020), presidente da EORNA, os cuidados perioperatórios requerem e exigem conhecimentos especializados aos enfermeiros que atuam nessa área. Especializar-se em Enfermagem significa desenvolver conhecimentos e competências de forma a executar cuidados de excelência nesse campo.

Ao longo do estágio, e sendo um ambiente novo e específico, com a ajuda da enfermeira tutora, as habilidades foram desenvolvidas com uma prática consciente. A segurança cirúrgica foi um aspeto que mereceu uma atenção especial devido à condição de vulnerabilidade em que a pessoa se encontra. Acrescentando mais, a prática foi orientada de acordo com os valores éticos e morais da profissão, e claro, como futuro enfermeiro especialista, a abordagem foi fundamentada na mais recente evidência científica.

O enfermeiro perioperatório necessita mobilizar conhecimento e habilidades que garantam a segurança do doente, da equipa e do ambiente, uma vez que a pessoa submetida a um procedimento cirúrgico tem a sua segurança em risco (AESOP, 2013, 2006). Assim, deve existir um EEEMSPSP, de forma a proteger a pessoa durante este percurso cirúrgico agressivo e altamente vulnerável.

Neste contexto urge a necessidade de uma Enfermagem perioperatória que assuma responsabilidades na manutenção de um ambiente seguro e eficaz para a pessoa e equipa multidisciplinar (AESOP, 2012). Neste seguimento, a área perioperatória é uma das áreas onde a gestão do risco é mais crítica, uma vez que o BO é um local onde, pelos fatores ambientes e técnicas utilizadas que necessitam de numerosos dispositivos médicos, existem riscos elevados para a pessoa e equipa multidisciplinar (AESOP, 2012).

Foi neste aspeto que houve necessidade de fazer pesquisa bibliográfica acerca da segurança do doente, com o objetivo de demonstrar conhecimentos com a mais recente evidência, levando a tomar conhecimento do novo PNSD 2021-2026 e ainda do Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

Esta cultura de segurança no BO permitiu atingir um dos objetivos propostos para estágio acerca da cultura de segurança do doente. Como já mencionado anteriormente, houve a oportunidade de detetar um erro, e em consonância com a enfermeira tutora, realizar a respetiva notificação, que vai de encontro ao PNSD 2021-2026, que tem como objetivo promover a segurança na prestação de cuidados de saúde com implementação de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos, assim como a promoção da segurança do doente seja assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua. Nesse contexto, o enfermeiro especialista deve ser um elemento chave na deteção de erro e proceder à sua notificação em local próprio, levando assim, os pares a seguirem o elemento diferenciado.

Em suma, o EEEMCPSP deve ser capaz de identificar e promover práticas seguras e caso haja, algum erro, seja o elemento principal para passar aos seus pares, a notificação do mesmo erro, não o vendo numa lógica punitiva, mas sim como prática de melhoria contínua. O enfermeiro especialista é o profissional habilitado capaz de promover melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sendo promotor de um ambiente coletivo de consciência cirúrgica.

Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios

Esta competência específica do EEEMCPSP está relacionada com a prevenção e controlo de infeção em contexto perioperatório. Esta competência é um dos pilares inseridos no PNSD 2021-2026 que remonta a prática seguras em ambientes seguros, com um papel importante na redução de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e na resistência aos antimicrobianos.

As IACS são infeções adquiridas no decurso de procedimentos de saúde e assumem um papel crucial nas políticas de controlo de infeção, apresentando impacto significativo na morbilidade, tempo de internamento, mortalidade e resistência a antibióticos (Ferreira et al., 2022).

Hoje em dia, o contexto perioperatório caracteriza-se por garantir nos mínimos absolutos os agentes microbianos (AESOP 2006). Desta forma, nos últimos anos tem havido uma preocupação aumentada com o controlo de infeção. Neste sentido, segundo a DGS (2016), o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), foi criado em 2013, através da fusão de dois programas existentes anteriormente, como intuito de dar resposta face ao aumento do número de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade assim como da resistência aos antimicrobianos.

O BO está estruturado segundo um conceito de gradientes de limpeza, que vai desde áreas livres, passando por áreas semi-restritas até às áreas restritas. O acesso às áreas restritas e o Princípio da Assepsia Progressiva envolvem uma importância crucial para a prevenção da infeção, ou seja, a circulação de pessoas e materiais é feita das zonas menos limpas para as mais limpas, ao passo que a circulação de ar é feita das zonas mais limpas para as menos limpas (AESOP, 2006).

Nesta mesma linha, os princípios da técnica assética englobam desde a desinfeção das mãos, à colocação de vestuário esterilizado, aos cuidados com a movimentação na SO, entre outros, constituindo, assim, um conjunto de barreiras à contaminação do campo operatório e à ferida cirúrgica. Fundamentando esta ideia, a DGS (2013), diz-nos que a técnica assética cirúrgica é um conjunto de procedimentos executados pela equipa cirúrgica com o objetivo de gerar um ambiente assético ou estéril, de modo a promover uma maior eliminação de microrganismos vivos e prevenir e reduzir o risco de ILC.

O BO é um local propício à ocorrência de riscos potencialmente elevados para a pessoa e profissionais, quer pelos fatores ambientais, quer pelas técnicas utilizadas, devido a um elevado número de dispositivos médicos, sendo que prestar cuidados perioperatórios é uma atividade de risco (AESOP, 2006). Um dos riscos mais comuns, a que pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas estão sujeitas é o risco de infeção.

Segundo a DGS (2022), a ILC é definida como uma infeção que surge no local da incisão cirúrgica ou na sua proximidade (incisional, profunda ou no órgão/espaco) até 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias após a cirurgia em doentes que recebem material implantável (próteses).

A ILC perante o *European Center for Disease Control and Prevention* (2019), apesar de antiga, é consensual na literatura, e consiste numa infeção que surge no local da incisão cirúrgica nos primeiros 30 dias de pós-operatório ou até três meses, no caso de colocação de próteses. Ainda de acordo com o *European Center for Disease Control and Prevention* (2019), publicado pela DGS, as ILC estão entre as IACS mais comuns e, nomeadamente em Portugal, associadas a internamentos hospitalares prolongados e procedimentos cirúrgicos adicionais.

Segundo a DGS (2013), a ILC continua a ser uma das infeções nosocomiais mais frequentemente associada a complicações cirúrgicas graves. Segundo a OMS (2018), as ILC podem ser provocadas por fatores endógenos (relacionados com a pessoa) e exógenos (relacionados com o ambiente e procedimento cirúrgico).

Desta forma, a ILC pode ser influenciada por uma série de fatores, como idade, sexo, raça, comorbilidades, estado nutricional do doente (obesidade ou desnutrição), hábitos tabágicos e a avaliação do risco anestésico do doente através do índice ASA (Bashaw & Keister, 2019; Martins & Fernandes, 2019; WHO, 2018).

Para Gebrim et al (2013), os fatores que contribuem para a ILC podem ser passíveis de modificação (administração do antimicrobiano se e quando indicado, monitorização e manutenção da glicemia e normotermia; tricotomia sem abrasão, oxigenação dos tecidos, entre outros) e podem ser tratados ou controlados para diminuir o risco de ILC.

As ILC constituem um desafio importante para a segurança do doente, podendo resultar em internamentos hospitalares prolongados, incapacidade a longo prazo, altos custos para pessoas e suas famílias, acarretando encargos financeiros adicionais para o sistema de saúde (*World Health Organization*, 2011).

A prevenção da ILC é complexa e multifatorial, requerendo um conjunto de medidas que englobem os períodos pré, intra e pós-operatório, de forma padronizada, abrangendo a duração de profilaxia antibiótica cirúrgica e o cumprimento dos feixes de intervenção de prevenção de ILC (DGS, 2022).

Os enfermeiros assumem um papel decisivo, uma vez que são eles os elementos na equipa multidisciplinar com atuação mais próxima das pessoas no decorrer da prestação de cuidados. Os EEEMCPSP assumem uma conduta vital no seio da equipa de enfermagem, uma vez que face às suas competências enquanto enfermeiro especialista, devem cooperar no cumprimento dos princípios da gestão adequada e oportuna da profilaxia antibiótica, gerir a implementação de medidas protetoras perante a pessoa com infeção, passando também pela manutenção da normotermia, com vista à prevenção e controlo de infeção, sendo um líder e uma referência para a equipa de Enfermagem neste âmbito (Regulamento nº 429/2018).

Segundo Santos (2018) o empoderamento e consciencialização dos enfermeiros e, em particular dos enfermeiros especialistas, para o cumprimento das normas de boas práticas na prevenção da ILC, irá contribuir para a otimização dos cuidados prestados, de forma a padronizar práticas geradoras de um ambiente terapêutico e seguro para todos, promovendo uma prestação de cuidados baseados na mais recente evidência científica, como forma de garantir a excelência dos cuidados de Enfermagem, promovendo uma diminuição da incidência de infeção.

Durante o estágio, procurou-se respeitar sempre as normas instituídas na prestação de cuidados aquando da suspeita e/ou confirmação de infeção documentada, através de equipamento de proteção individual. Foi realizado o preenchimento da lista de LVSC, estando sempre desperto para a fase antes da incisão da pele, quando ocorre o momento do questionamento acerca da administração de profilaxia antibiótica e/ou tromboembólica, uma vez que, segundo a DGS (2022), a profilaxia antibiótica é recomendada com a administração de antibiótico cerca de 60 minutos antes da incisão cirúrgica. Ao colaborar como enfermeiro de anestesia, houve a oportunidade de realizar a profilaxia antibiótica, prestando atenção acerca dos *timings* de repicagem/readministração antibiótica quando indicada, assim como seguir as normas recentes da DGS acerca da sua administração antes da incisão, baseada na recente evidência.

Durante o período intraoperatório, e aquando da manutenção anestésica, foi mantido um nível elevado de rigor, com grande concentração e atenção na monitorização de sinais vitais, na manutenção da glicemia $\leq 180\text{mg/dl}$ durante a cirurgia, na manutenção da normotermia perioperatória $\geq 36^\circ$ e prevenindo a hipotermia perioperatória inadvertida. Esta intervenção foi realizada em conformidade com a norma 020/2015, atualizada a 17 de Novembro de 2022, intitulada de “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico” da DGS (2022). Esta norma orienta as nossas práticas, e todos os enfermeiros desempenham um papel fundamental na sua implementação e cumprimento.

No local de estágio existiam elementos responsáveis pelo controlo de infeção que faziam auditorias e se articulavam com a equipa PPCIRA, para promoverem e supervisionarem as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e o uso de antimicrobianos, assim como extraírem os resultados obtidos, em caso de implementação de novas medidas epidemiológicas.

Desta forma, e após conhecer os resultados de auditorias, foi efetuada uma formação em serviço acerca da higienização das mãos (Apêndice V), onde para além de consciencializar a restante equipa acerca dos resultados, foi possível consciencializar enquanto futuro enfermeiro especialista sobre o papel de elemento de referência no cumprimento de medidas de prevenção de infeção e transmitir aos pares a obrigatoriedade do cumprimento dessas medidas no BO, num ambiente que se quer o mais controlado e limpo possível.

Os cuidados perioperatórios são uma atividade de risco e a segurança do doente e dos profissionais é fundamental num ambiente de alta tecnologia, de grande especialização, com o objetivo de prestação de cuidados de qualidade (AESOP, 2006). Ao longo estágio procurou-se sempre manter uma conduta que se coadunasse com a prevenção e controlo de infeção, realizando as atividades descritas anteriormente e que se direcionaram para a prevenção e controlo de infeção.

Assim, é crucial que o enfermeiro especialista na PSP cultive uma consciência cirúrgica e exerça o seu exercício profissional com os princípios da técnica asséptica, devidamente validados pela investigação (AESOP, 2006).

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

Os BO são um dos serviços mais dispendiosos dentro de uma unidade hospitalar, quer a nível de recursos físicos como humanos, tendo um papel essencial na produção e resultados dos mesmos (Ferreira, 2017). Neste ponto em particular, não se teve uma atuação de maior relevo, uma vez que este ponto exige uma perícia maior e muitas vezes associado a quem tem uma maior experiência em BO. De qualquer forma, e apesar de colaborar enquanto enfermeiro de anestesia, foi possível cooperar em outros parâmetros deste item.

Durante o estágio, houve a necessidade de acompanhar o enfermeiro gestor na área de gestão. Aqui, observou-se a forma de atuação na gestão dos dispositivos médicos. Esta gestão e controlo de dispositivos médicos, passava por equipamentos pertencentes ao serviço e por aqueles, denominados à consignação. Este material consignado, era preenchido em folha própria pelo enfermeiro circulante e entregue no final da cirurgia ao enfermeiro gestor. A gestão era feita pelo enfermeiro gestor, semanalmente, após conhecimento do

agendamento cirúrgico e diariamente em contextos de cirurgias de urgência. O enfermeiro gestor, após conhecimento do plano cirúrgico para a semana seguinte, e depois de providenciar o material consignado, este era colocado no final de cada dia em local próximo onde este material seria utilizado na respetiva cirurgia.

Durante o estágio, e enquanto enfermeiro de anestesia, houve colaboração com o enfermeiro circulante em diversas tarefas. O enfermeiro circulante tem de possuir, por isso, um conhecimento profundo e uma atenção constante do ambiente cirúrgico, cumprindo e fazendo cumprir a técnica asséptica (AESOP, 2006). Ainda em seguimento desta associação, o enfermeiro circulante atua como líder da equipa na SO, coordena todas as atividades de Enfermagem, assegurando a qualidade dos cuidados durante o período intraoperatório.

Seguindo a linha de pensamento da AESOP (2006, p.128), o enfermeiro circulante cuida da pessoa numa visão holística, assegura o seu acolhimento e responde às necessidades de comunicação, conforto e segurança. É responsável por dar resposta às necessidades da equipa multidisciplinar, competindo-lhe organizar, gerir e controlar o trabalho da SO para que o procedimento cirúrgico se realize nas melhores condições de segurança para a pessoa e equipa cirúrgica (AESOP, 2006).

Conforme mencionado anteriormente, não se desempenhou funções de enfermeiro circulante, por ser de extrema exigência e ser um local específico que requer *know-how* para desempenho dessas funções. No entanto, foi possível colaborar, de forma mais superficial, na quantificação de itens no local cirúrgico e na gestão de material para anatomia patológica. Nessa parceria, realizava-se a contagem de compressas, no momento antes do encerramento cirúrgico para certificação da não retenção de itens no local cirúrgico e fazer o seu registo no *software* SClínico®.

A literatura evidencia que é da responsabilidade da equipa de Enfermagem a contagem cirúrgica, devendo ser executada por dois profissionais. Durante o procedimento intraoperatório, o enfermeiro circulante e o instrumentista são os elementos responsáveis por realizar a contagem dos itens cirúrgicos. Essa contagem é efetuada no início da cirurgia, durante a mesma (caso sejam inseridos novos itens no campo operatório ou suceda a substituição dos enfermeiros da equipa), antes do encerramento inicial (primeiro plano de encerramento) e no momento imediatamente antes do encerramento da pele (AESOP, 2006).

Durante o estágio, ao encaminhar material para anatomia patológica, surgiu a oportunidade de colaborar e entender melhor essa prática corrente, assim como aprender como era realizado o registo tanto de forma manual quanto informaticamente.

Pode-se concluir que este aspeto necessita de maior atenção, uma vez que não houve oportunidade de atuar nas áreas de circulação e instrumentação. Contudo, dentro das atividades permitidas, e com a supervisão adequada, as competências foram desenvolvidas da melhor maneira possível.

Em suma, a integração no BO foi gradual, em razão das particularidades do serviço, do elevado número de profissionais de saúde, da diversidade de procedimentos cirúrgicos e, naturalmente, pela falta de familiaridade com o ambiente cirúrgico e de BO.

Foi necessário adotar uma postura humilde, proativa na busca de informação, quer ao nível de pesquisa bibliográfica (normas, procedimentos, etc), quer na partilha de informação em eventos científicos. Após este período demorado e superadas estas limitações, o estágio revelou-se bastante benéfico e vantajoso, permitindo o desenvolvimento de competências que inicialmente se propôs atingir.

Por fim, o desenvolvimento de competências pressupõe que o enfermeiro especialista aplique todas as competências e saberes teóricos, permitindo-lhe ultrapassar limitações e constrangimentos na área da Enfermagem perioperatória, para assim poder prever e tomar decisões com segurança em situações de risco, contribuindo para o acréscimo de eficácia e eficiência na prestação de cuidados de qualidade.

Importa evidenciar que todo o processo fundamentado até aqui se baseou, fundamentalmente, em quatro teorias ou referenciais teóricos de enfermagem. De salientar o referencial teórico *Perioperative Patient Focused Model*, centrado na PSP e família/pessoa significativa, sendo estes o foco dos cuidados perioperatórios (AORN, 2021a; Rothorck & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020;). De referir a Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma vez que a pessoa submetida a cirurgia vivencia, grande parte das vezes, um processo de transição saúde/doença. Trata-se de uma teoria de médio alcance, menos abstrata, que tem como foco os processos transacionais a que pessoa está sujeita ao longo do seu processo de vida. No contexto de BO, as transições saúde/doença vivenciadas pelas pessoas submetidas a cirurgia resultam das mudanças impostas pela passagem de uma situação de um estado de saúde saudável para uma situação de doença aguda (Meleis, 2010). Uma outra teoria que suportou o processo de conceção de cuidados de enfermagem foi a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, também uma teoria de médio alcance, centrada no conforto da pessoa e família. No contexto de BO, promover o conforto é assegurar a satisfação de alívio, tranquilidade, sensação de paz ou serenidade, face à vivência de um incómodo, visto como desconfortável (Kolcaba, 2003). Por último, e não menos importante, faz-se referência à Teoria do Défice de Autocuidado de Orem. A ideia central desta teoria é a necessidade de intervenção de Enfermagem quando as exigências de autocuidado são maiores do que as necessidades das

para o desenvolver. Esta teoria afirma que a pessoa pode oscilar nas carências de autocuidado, nas suas capacidades autónomas em que esta não se consegue adaptar, necessitando de ajuda de terceiros (Orem, 2001). Esta situação, verifica-se em contexto de BO, quando a pessoa perde as suas capacidades autónomas na sequência da alteração do seu estado de consciência, necessitando de ajuda de terceiros para garantir o autocuidado.

4. Considerações finais

A prática reflexiva é, atualmente, vista como uma habilidade indispensável no contexto clínico da Enfermagem, pois permite que os enfermeiros se tornem autoconscientes e prestem cuidados de qualidade e excelência.

A aposta na formação e na reflexão sustentada tem como objetivo promover a mudança para atingir a melhoria contínua, dotando os EEEMCPSP com ferramentas necessárias para um desenvolvimento pessoal e profissional de excelência.

O enfermeiro especialista deve ser detentor de competência ao nível da conceção, gestão, supervisão, assessoria, formação e investigação, de modo a tornar-se uma pessoa de referência na equipa, que se destaca com um desempenho diferenciado.

Este estágio revelou-se fundamental para o crescimento e desenvolvimento profissional nesta área de especialização à PSP, pois até à data, a experiência era predominantemente focada na prestação de cuidados. No decorrer do estágio, houve a possibilidade de aprender e conhecer mais sobre a gestão operacional do serviço e na qual os enfermeiros especialistas têm um papel fundamental.

A observação e a reflexão contínuas realizadas ao longo do estágio permitiu nortear decisões na prática clínica no cuidado à PSP, tendo por base uma enfermagem avançada e especializada.

Os estágios constituem momentos privilegiados no percurso profissional de um enfermeiro especialista pois permitem desenvolver competências para prestar cuidados especializados e de qualidade, pela mobilização de conhecimentos, capacidades e habilidades para o contexto da prática clínica e pela ponderação das necessidades de saúde da PSP.

Com o presente estágio pretendia-se a aquisição de competências na área da prestação de cuidados à PSP e família, bem como na área da gestão dos recursos humanos e formação em serviço. Considera-se assim, que o local de estágio escolhido foi adequado para a realização dos objetivos propostos, destacando, para tal, a disponibilidade dos enfermeiros especialistas do serviço, em particular à enfermeira tutora, pela riqueza e diversidade de oportunidades de aprendizagem que foram proporcionadas e pela possibilidade de aprofundar conhecimentos até à data desconhecidos ou menos explorados.

As aprendizagens vivenciadas foram enriquecedoras, contribuindo para o desenvolvimento de competências avançadas pretendidas inicialmente e importantes para a prestação de cuidados de excelência à PSP.

De realçar, como aspetos positivos, o trabalho em equipa, a humanização de cuidados, a prevenção e controlo de infeção e o foco na segurança do doente.

Como limitações, destaca-se o fato de o estágio em BO ocorrer num ambiente altamente especializado, o que dificultou a aplicação de conhecimentos teóricos na prática.

De salientar, ainda, toda a gestão que um processo de mestrado acarreta, como o cansaço, a sobrecarga de horas de trabalho e de estágio, o desenvolvimento de trabalhos na procura de melhoria contínua interligados com a participação em eventos científicos.

A elaboração deste relatório reflete todo o percurso, assente num pensamento crítico-reflexivo sobre o desenvolvimento ao longo do estágio. Mostrou-se um desafio relevante e enriquecedor, pois serviu como fonte de aprendizagem e progresso, tornando-se mais consciente do processo de aprendizagem, incluindo as dificuldades e conquistas envolvidas, assim como o contributo para a prática de Enfermagem.

Desta forma, acredita-se que o estágio permitiu alcançar os objetivos inicialmente propostos bem como desenvolver competências pessoais, técnicas, científicas e reflexivas inerentes às competências comuns e específicas explanadas nos respetivos regulamentos da Ordem dos Enfermeiros, no âmbito da prestação de cuidados à PSP.

A assimilação e consolidação de conteúdos teórico-práticos e a cimentação de competências técnicas, organizacionais, científicas, assim como as relacionais e comunicacionais, permitiram desenvolver, também, a capacidade de compreender a pessoa na sua totalidade. Ao concluir esta etapa formativa, e tendo despertado um interesse crescente pela área da gestão, houve a necessidade de ingressar numa pós-graduação nesta área para aprofundar conhecimentos e competências nesta área da gestão.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Intervenções de Enfermagem não Farmacológicas na Gestão da Dor na Pessoa em Situação Pós-Operatória: *Scoping Review*

1. Resumo

Enquadramento: A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, interferindo no bem-estar físico e psicossocial. Devido à grande complexidade e variabilidade de procedimentos cirúrgicos, é frequente a pessoa apresentar dor na fase pós-operatória. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na implementação de intervenções não farmacológicas para o controlo da dor, reduzindo o sofrimento associado à dor não controlada.

Objetivo: Mapear as intervenções não farmacológicas implementadas pelos enfermeiros na gestão da dor na pessoa adulta, no pós-operatório.

Metodologia: *Scoping review* com base nos princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: CINAHL Complete (via EBSCOHOST) e MEDLINE (via PUBMED), COCHRANE, Scielo, LILACS e MedicLatina Databases. A literatura cinzenta foi pesquisada no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), DART-Europe e Open Gray. Foram considerados estudos que abordavam as intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros na gestão da dor pós-operatória, em português, inglês ou espanhol, sem limite temporal.

Resultados: Identificaram-se 1027 artigos, sendo o *corpus* de análise da *Scoping Review* constituído por 14 artigos, os quais cumpriram os critérios de elegibilidade propostos. Foram mapeadas intervenções não farmacológicas de natureza cognitivo-comportamental (a musicoterapia e a imaginação guiada), de natureza física (a massagem e o relaxamento) e de natureza emocional (o toque terapêutico ou toque de cura, o silêncio e o diálogo). Destas, a mais mapeada foi a musicoterapia.

Conclusão: As intervenções não farmacológicas podem agrupar-se em três vertentes: as de natureza cognitivo-comportamental, física e emocional. As intervenções não farmacológicas implementadas pelos enfermeiros são consideradas eficazes, simples e de baixo custo na redução da dor pós-operatória. No entanto, apesar de parecerem trazer benefícios quando aplicadas à pessoa no período pós-operatório, continuam a existir barreiras à sua implementação, nomeadamente a falta de formação e/ou conhecimento, escassez e falta de tempo dos enfermeiros.

Palavras-Chave: Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; Gestão da dor; Dor Pós-operatória; Intervenções não Farmacológicas

2. Abstract

Background: Pain is one of the main causes of human suffering, interfering with physical and psychosocial well-being. Due to the great complexity and variability of surgical procedures, it is common for the person to present pain in the postoperative phase. Nurses play a key role in implementing non-pharmacological interventions for pain management, reducing the suffering associated with uncontrolled pain.

Objective: To map non-pharmacological interventions implemented by nurses in adults in the management of postoperative pain.

Methodology: Scoping review based on the principles advocated by the Joanna Briggs Institute. The research was carried out in the following databases: CINAHL Complete (via EBSCOHOST) and MEDLINE (via PUBMED), COCHRANE, Scielo, LILACS and MedicLatina Databases. The grey literature was searched in the Open Access Scientific Repository of Portugal (RCAAP), DART-Europe and Open Gray. Studies that addressed non-pharmacological interventions implemented by nurses in the management of postoperative pain in Portuguese, English or Spanish, without time limit.

Results: 1027 articles were identified, with the corpus of analysis of the Scoping Review consisted of 14 articles, which met the proposed eligibility criteria. Non-pharmacological interventions of a cognitive-behavioral (music therapy and guided imagination), of a physical nature (massage and relaxation) and an emotional nature (therapeutic touch or healing touch, silence and dialogue) were identified. Of these, the most mapped was music therapy.

Conclusion: The non-pharmacological interventions can be grouped into three aspects: those of a cognitive-behavioral, physical and emotional nature. The non-pharmacological interventions implemented by nurses are considered effective, simple and low-cost for reducing postoperative pain. However, despite appearing to bring benefits when applied to people in the postoperative period, there continue to be barriers to their implementation, namely lack of training and/or knowledge, shortage and lack of time among nurses.

Key words: Nursing; Perioperative Nursing; Pain Management; Postoperative Pain; Non-pharmacological Intervention

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Historicamente, as primeiras teorias científicas sobre dor descrevem-na como sendo um fenómeno unidimensional, diretamente resultante de lesão ou doença física e proporcional à sua extensão ou natureza (Melzack & Wall, 1996). Considerava-se que fatores cognitivos ou emocionais não influenciavam a perceção da dor, sendo interpretados como sua consequência. Contudo, a investigação nesta área veio alterar esta perspetiva, reconhecendo o papel de outros fatores na perceção da dor.

A dor é uma das problemáticas mais cativantes em Medicina e Biologia. É uma adversidade para a pessoa que tem que aprender a suportá-la e para os profissionais de saúde que tentam descobrir recursos para mitigar o sofrimento da pessoa. É considerado também, um obstáculo para a sociedade em geral, que deve encontrar mecanismos médico-científicos e financeiros para controlar ou prevenir, da melhor maneira, a dor e o sofrimento (Melzack e Wall, 1987).

A International Association for the Study of Pain ([IASP], 2020) define a dor, dando-lhe enfoque enquanto experiência e define-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial. Para outros autores, como Larner (2014), a dor é, fundamentalmente, um processo complexo e multidimensional, uma experiência que envolve fatores físicos, psicológicos, emocionais e sociais. Para Batalha (2016), a dor é uma experiência subjetiva, uma vez que cada pessoa tem um significado próprio de dor, marcado pela particularidade e unicidade do seu ser, que requerem aprendizagem desde muito cedo na vida das pessoas.

Corroborando esta ideia, para a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, pelo que engloba uma componente sensorial e, também, uma componente emocional, que se relaciona a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou seja, a dor não se refere apenas a aspetos sensoriais, mas também a um fenómeno complexo que envolve emoções, devendo a pessoa com dor ser encarada num modelo biopsicossocial.

A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física da pessoa (DGS, 2008). Ainda segundo a mesma fonte, a importância da dor, particularmente no que se refere à dor aguda, radica no facto de ela constituir a principal razão na procura de cuidados de saúde por parte da população em geral.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, pelo que a intervenção de Enfermagem é crucial para alívio de sintomas, de forma a promover conforto e reduzir as complicações derivadas da sua presença, nomeadamente o acréscimo de instabilidade, maior sofrimento e probabilidade de transformação da dor aguda em dor crónica, aumentando desta forma, os custos em saúde (IASP, 2018).

Controlar a dor e promover o conforto são dois objetivos importantes nos cuidados de Enfermagem à pessoa com dor. Assim sendo, compete aos profissionais de saúde desenvolver estratégias de prevenção e controlo da dor, potenciando o bem-estar da pessoa, numa vertente holística (DGS, 2018). Cuidar da pessoa com dor pode ser uma experiência desafiadora e compensadora quando o enfermeiro tem capacidades e conhecimentos sobre várias opções terapêuticas.

O conhecimento científico apela ao cuidado para os efeitos nefastos da dor aguda pós-operatória e a sua ação negativa na recuperação da pessoa doente. Desta forma, a Sociedade Americana de Enfermagem para a Gestão da Dor defende que é necessário o seu controlo antes e durante os procedimentos dolorosos. Esse controlo engloba estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Sahiner & Bal, 2016).

Os enfermeiros são responsáveis por implementar intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor. As intervenções farmacológicas, também denominadas de interdependentes, dependem da prescrição de um outro profissional, que não o enfermeiro. As não farmacológicas são consideradas autónomas e são da competência do enfermeiro (OE, 2008).

As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante meio para o alívio da dor, de forma separada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas. As intervenções não farmacológicas são definidas como os métodos ou técnicas para prevenção e/ou tratamento da dor que não envolva a administração de fármacos. As intervenções não farmacológicas no controlo da dor são entendidas como as terapias complementares para o alívio da dor. Quanto à sua tipologia podem ser de natureza comportamental, cognitiva, cognitivo-comportamental, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais (OE, 2008). Nas instituições e unidades hospitalares, a principal causa de dor aguda é a dor pós-operatória (DGS, 2012). Considera-se dor aguda pós-operatória, a dor referida pela pessoa após ser submetida a um procedimento cirúrgico.

Segundo Hamlin et al. (2017), o tratamento da dor aguda e crónica envolve a combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Ainda segundo os mesmos autores, há pessoas que não desejam um tratamento farmacológico porque os analgésicos são ineficazes

no controlo da sua dor e/ou porque apresentam inúmeros efeitos adversos ou dependência e, neste sentido, solicitam um tratamento alternativo, optando por intervenções não farmacológicas. Outros autores como Silva, Martins e Jardim (2016), no seu estudo, comprovam que medidas farmacológicas e não farmacológicas se complementam no alívio da dor.

Cabe aos enfermeiros, no alinhamento do explorado acima, adquirirem competências no domínio das intervenções não farmacológicas e da sua implementação no dia-a-dia, de forma a diminuírem a experiência de dor e melhorarem a qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, surge a importância de se identificarem aquelas que são as intervenções de Enfermagem não farmacológicas capazes de controlar a dor, de forma a melhorar a qualidade da assistência em Enfermagem.

Corroborando desta ideia, também, Tekletsadik et al. (2021), referem no seu estudo que a gestão não farmacológica da dor se refere a intervenções onde não é utilizado tratamento farmacológico, ou seja, uso de medicamentos. A gestão da dor é uma atividade crucial para os enfermeiros e requerem destes, um conhecimento adequado sobre a dor (Tekletsadik et al., 2021).

A Enfermagem tem vindo a evoluir devido à investigação que se tem realizado nas diversas áreas em que o enfermeiro tem uma ação independente, desenvolvendo, assim, um percurso de autonomia e valorização (Martins 2008). Uma dessas áreas é a que se reporta aos cuidados à PSP.

O período perioperatório compreende três fases distintas: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório (Goodman, & Spry, 2017).

Nos cuidados à PSP, o enfermeiro no seu dia-a-dia, depara-se com situações de stresse, pressão e exigências exteriores particularmente difíceis para as quais deve estar capacitado para lidar eficazmente. A OE (2018) define a PSP como “a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica” (p.19366).

No tratamento diário da pessoa no pós-operatório, a dor é a queixa mais prevalente (Rondinelli et al., 2016). A dor aguda pós-operatória é, ainda, um evento previsível, pelo que o seu controlo é fundamental (Garcia et al., 2017). Neste sentido, a DGS (2003), tendo em consideração a necessidade de controlar a dor, publicou a Circular Normativa n.º 9/DGCG de 14 de Junho de 2003, que institui a dor como o quinto sinal vital, determinando como norma de boa prática clínica: o registo sistemático da intensidade da dor, a utilização para mensuração da intensidade da dor, de escalas validadas internacionalmente e a inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, espaço próprio para registo da intensidade da Dor.

De acordo com o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2012), a dor não deve ser causa de sofrimento desnecessário, devendo, segundo a Circular Normativa n.º 9, ser avaliada e registada, ou seja, a presença de dor e a sua intensidade devem ser sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas

O enfermeiro é o profissional de saúde que contacta e permanece mais tempo junto da pessoa com dor e, por isso, tem a oportunidade de contribuir para o conforto e alívio da mesma, através da implementação de intervenções autónomas e/ou interdependentes que promovam o conforto e alívio da dor. O enfermeiro tem de efetuar uma correta avaliação da dor e implementar intervenções em conformidade. Um controlo adequado da dor é uma responsabilidade profissional que proporciona uma oportunidade ímpar de assinalar o impacto dos enfermeiros nos resultados clínicos desejáveis, organizacionais e financeiros, assim como a sua importância nas políticas de custo-eficácia e no sistema de saúde (OE, 2017).

A literatura científica na área da dor recomenda a utilização de instrumentos de avaliação multidimensionais. Assim sendo, a DGS (2003), faz referência à utilização de escalas a pessoas conscientes e colaborantes e que deve ser usada sempre a mesma na respetiva pessoa. Para isto, é necessário que haja uma linguagem comum entre o profissional de saúde e a pessoa, assegurando que esta última, compreenda corretamente o significado e utilização da escala utilizada. Identifica várias escalas, nomeadamente a escala visual analógica, a escala numérica, a escala qualitativa e a escala de faces.

A EVA representada na Figura 2, consiste numa linha horizontal ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. A pessoa realiza uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, correspondente a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo (DGS, 2003).

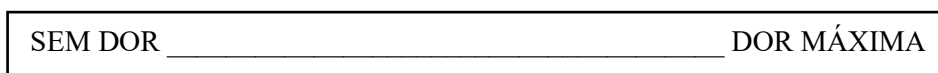


Figura 2: Escala Visual Analógica, adaptado de DGS (2003)

A Escala Numérica, representada na Figura 3, consiste numa régua dividida em onze partes iguais (Figura 2), numeradas sucessivamente de 0 a 10. Pode apresentar-se à pessoa na horizontal ou na vertical. Pretende-se que a pessoa faça a equivalência entre a intensidade

da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pela pessoa será assinalada na folha de registo (DGS, 2003).

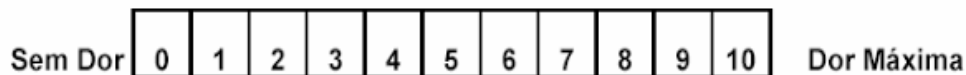


Figura 3: Escala Numérica, adaptado de DGS (2003)

Na Escala Qualitativa, representada na Figura 4, solicita-se à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo (DGS, 2003).



Figura 4: Escala Qualitativa, adaptado de DGS (2003)

Na Escala de Faces (Figura 5), é requerido à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pela pessoa (DGS, 2003).

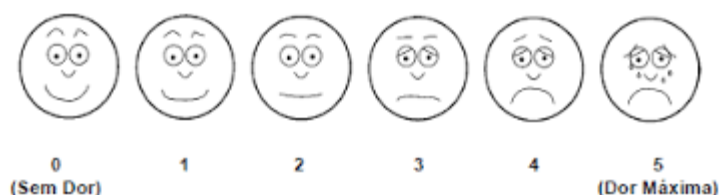


Figura 5: Escala de Faces, adaptado de DGS (2003)

Para além destas escalas, existem outros tipos de escalas, nomeadamente as comportamentais, para pessoas que não podem comunicar, como a Behavioral Pain Scale, conhecida como BPS ou a Escala de Comportamentos Indicadores de Dor, mais conhecida por ESCID.

Neste contexto, cabe ao enfermeiro fazer uma avaliação adequada da dor. Deverá avaliar o efeito das intervenções de tratamento da dor implementadas (farmacológicas e não farmacológicas), garantir a continuidade das atitudes terapêuticas, fazer registos de vigilância relacionados com as intervenções terapêuticas implementadas e promover o ensino acerca da dor.

A DGS (2003) sugere normas comuns de aplicação nas variadas escalas de avaliação da dor: a intensidade da dor é sempre a referida pela pessoa e o registo da intensidade da dor refere-se ao momento da colheita.

É um dever do profissional de saúde, o controlo eficaz da dor de forma continua e regular, com recurso a diversas técnicas de controlo, otimizando o sucesso da estratégia terapêutica como um direito da pessoa doente (DGS, 2003). Neste seguimento, refere a importância dos registos de Enfermagem na avaliação da dor, como regra de boa prática e rotineira, altamente humanizante, na abordagem das pessoas.

No documento referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem é visível a importância de um sistema de registos de Enfermagem que contemple as intervenções realizadas e os resultados obtidos, sensíveis a essas intervenções (OE, 2018).

As intervenções de Enfermagem junto da pessoa com dor devem incidir na avaliação, no controlo e no ensino, necessitando que todas as intervenções sejam devidamente documentadas (OE, 2008).

Sendo o controlo eficaz da dor um dever dos profissionais de saúde, um direito da pessoa e um passo essencial para a humanização dos cuidados de saúde, é fundamental alertar para este problema e também investir muito mais nesta área. Perante o mencionado, e apesar de a literatura referir-se a intervenções de Enfermagem não farmacológicas na gestão da dor nas várias vertentes, a literatura é limitada no período pós-operatório. É neste contexto que surge o presente estudo, intitulado de: “Intervenções de enfermagem não farmacológicas na gestão da dor na pessoa em situação pós-operatória: *Scoping review*”.

Perante o referido anteriormente, com esta *scoping review* pretende-se dar visibilidade às intervenções autónomas de enfermagem no controlo da dor na pessoa submetida a procedimento cirúrgico, sendo este um contributo para uma prática profissional baseada em evidências científicas, o que se traduzirá em ganhos de competências ao nível da Enfermagem à PSP.

4. Finalidade e objetivos

Apesar de avanços consideráveis ao longo dos anos no âmbito do controlo da dor, esta continua a ter uma importância fundamental na prestação de cuidados de saúde. O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde e neste contexto, os profissionais de saúde devem adquirir e atualizar conhecimentos sobre a dor. É precisamente este enquadramento que suporta o estudo de investigação desenvolvido, que se centra na problemática da dor na fase pós-operatória, especificamente naquelas que são as intervenções de Enfermagem não farmacológicas capazes de a gerir/controlar.

O objetivo de um estudo de investigação indica o porquê do mesmo. É um enunciado declarativo que determina a orientação da investigação conforme o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Define as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo (Fortin, 2009). Os objetivos de um estudo de investigação devem “*indicar de forma clara e límpida qual o fim que o investigador persegue*” (Fortin, Côté, & Filion, 2009, p. 160).

Assim sendo, o objetivo geral que norteou o estudo de investigação desenvolvido foi:

- Mapear a evidência científica sobre as intervenções não farmacológicas implementadas pelos enfermeiros na gestão da dor no pós-operatório.

Este estudo de investigação tem como finalidade contribuir para o aumento do conhecimento neste domínio e constituir um ponto de partida para o desenvolvimento de estudos futuros centrados na comparação de diferentes intervenções não farmacológicas, versando questões como a da preferência da pessoa, da eficiência e dos custos associados à sua implementação.

5. Metodologia

A investigação é uma competência comum do enfermeiro especialista, valorizada pela OE, na medida em que permite a melhoria da prática de Enfermagem e promove o desenvolvimento da disciplina.

Após o enquadramento teórico sobre a problemática em estudo, serão abordadas neste capítulo as diferentes etapas do processo de investigação. Esta fase, denominada de metodologia, reporta-se à operacionalização do estudo, de forma a possibilitar que se analise as diferentes opções do mesmo, orientando os procedimentos para obter com maior facilidade um determinado fim: atingir os objetivos e responder de forma válida à questão orientadora. A metodologia define-se como “*a explicação minuciosa, pormenorizada, rigorosa e exata de toda a ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa*” (Vilelas, 2020, p. 95)

Tal como referido por Fortin (2009), o investigador determina os métodos que vai utilizar para obter as respostas às questões de investigação formuladas, define a população e seleciona os instrumentos mais apropriados para efetuar a recolha de dados.

5.1. Desenho do estudo

Segundo Fortin (2009), o desenho de estudo é o ponto de partida para que o investigador possa obter respostas válidas face à problemática em análise e controlar as potenciais fontes de enviesamento que possam interferir nos resultados da investigação. Deste modo, a problemática em estudo gravita em torno daquelas que são as intervenções de Enfermagem não farmacológicas utilizadas na gestão da dor na PSP.

Foi desenvolvido um estudo de revisão, nomeadamente uma *scoping review*, com o objetivo de reunir a evidência científica disponível acerca da problemática, que fundamente a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor na fase pós-operatória. Esta *scoping review* seguiu as recomendações metodológicas do *Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual* (Peters et al., 2020).

A *scoping review* ou revisão de mapeamento tem como principal objetivo mapear os principais conceitos que apoiam determinada área de conhecimento (Peters et al., 2020). De acordo com o JBI, a *scoping review* é realizada com o objetivo de fornecer um mapa da gama

de evidências disponíveis, podendo ser realizada como um exercício preliminar, antes da realização de uma revisão sistemática (Peters et al., 2020). De acordo com Vilelas (2020), a *scoping review* permite mapear evidências disponíveis na literatura e identificar lacunas de conhecimento, assim como sintetizar e divulgar os resultados da investigação.

5.2. Critérios de elegibilidade e questão de investigação

A *scoping review*, à semelhança das restantes revisões da literatura, tem por objetivo responder a uma questão de revisão. Para tal, e uma vez que se adotou a metodologia do JBI, recorreu-se à mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) na construção da questão de investigação (Aromataris & Munn, 2020).

No sentido de responder claramente ao objetivo definido para esta revisão, foi utilizada a mnemónica PCC, proposta pelo JBI (Aromataris & Munn, 2020):

P – População: Estudos centrados na pessoa adulta em situação pós-operatória.

C – Conceito: Estudos focados nas intervenções de Enfermagem não farmacológicas para gerir a dor na fase pós-operatória.

C – Contexto: Estudos desenvolvidos em contextos clínicos que se reportem ao período pós-operatório, independentemente do país de origem ou enquadramento sociocultural.

Partindo da referida mnemónica PCC, emergiu a questão de investigação:

“Quais as intervenções não farmacológicas implementadas pelos enfermeiros na gestão da dor na pessoa adulta no pós-operatório?”

Para se poderem orientar e selecionar os estudos para responderem à questão elaborada acima referida, foram definidos os critérios de inclusão e de exclusão, que se apresentam no quadro 1.

Quadro 2: Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Estudos qualitativos, quantitativos e mistos, primários e secundários, que se foquem nas intervenções de enfermagem não farmacológicas na gestão da dor pós-operatória na pessoa adulta com idade igual ou superior a 18 anos	Estudos que abordem a implementação de intervenções de enfermagem não farmacológicas em pessoas submetidas a cirurgia oftalmológica, cirurgia cardíaca e/ou cardiotorácica.
Estudos nas línguas: Português, Inglês, Espanhol	Estudos que abordem a implementação de intervenções de enfermagem não farmacológicas em pessoas com déficit cognitivo ou em grávidas
Estudos com ausência de restrição temporal	

A seleção dos artigos realizou-se no período temporal de maio a Junho de 2023, em concordância com as recomendações da JBI para a elaboração de *Scoping Reviews* (Peters et al., 2020).

Para a seleção dos critérios foi tido em conta o contexto de estágio. O BO central de urgência do respetivo centro hospitalar não engloba cirurgias oftalmológicas, cirurgias cardíacas e/ou cardiotorácicas e cirurgias ginecológicas/obstetras. Estas cirurgias são efetuadas em BO próprios da sua especialidade. Sendo assim, decidi excluir estas especialidades, uma vez que tentei aproximar os resultados que pretendia obter com esta *scoping* à minha prática clínica em contexto de estágio, na expectativa de integrar os resultados na mesma.

5.3. Estratégia de pesquisa

À seleção dos critérios de inclusão e exclusão seguiu-se a seleção dos termos de pesquisa. A estratégia de pesquisa, de acordo com as recomendações do JBI, foi efetuada em três etapas. Inicialmente foi efetuada uma pesquisa limitada na base de dados MEDLINE (via PUBMED), de forma determinar as palavras mais utilizadas nos títulos, termos do assunto e resumos das publicações relativas ao conceito em estudo, bem como termos de indexação (Quadro 2).

Quadro 3: Pesquisa inicial na MEDLINE (Via PUBMED) realizada em Maio de 2023

Pesquisa	Estratégia	Número de resultados encontrados
# 1	((nurs* [MeSH Terms]) OR (nurs* [Title/Abstract]))	777,452
# 2	((pain management [MeSH Terms]) OR (pain management [Title/Abstract]) OR (pain managements [MeSH Terms]) OR (pain managements [Title/Abstract]) OR (pain [MeSH Terms]) OR (pain [Title/Abstract]) OR (pain relief [MeSH Terms]) OR (pain relief [Title/Abstract]) OR (pain measurement [MeSH Terms]) OR (pain measurement [Title/Abstract]))	941,224
# 3	((intervention*[MeSH Terms]) OR (intervention*[Title/Abstract]) OR (non-pharmacological*[MeSH Terms]) OR (non-pharmacological*[Title/Abstract]) OR (nonpharmacological*[MeSH Terms]) OR (nonpharmacological*[Title/Abstract]))	1.315,782
# 4	((postoperative [MeSH Terms]) OR (postoperative [Title/Abstract]) OR (postoperative period [MeSH Terms]) OR (postoperative period [Title/Abstract]) OR (postoperative care [MeSH Terms])) OR (postoperative care [Title/Abstract]))	696,585
# 5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	824
# 6	Filtro: Línguas – Português, Inglês, Espanhol	824

Procedeu-se à identificação dos descritores utilizados com recurso à pesquisa de termos MeSH, termos da CINAHL Headings, Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e ainda, a termos de linguagem natural de relevo para a área em estudo.

Posteriormente, utilizou-se a truncatura “*”, de forma a abranger mais estudos e múltiplas variações da mesma palavra. Por fim, procedeu-se à junção dos descritores, com recurso aos operadores booleanos “AND” e “OR”, surgindo a seguinte frase booleana: (Nurs*) AND (“Pain Management” OR “Pain” OR “Pain Relief” OR “Pain Measurement”) AND (“Intervention*” OR “Nonpharmacological*” OR “Non-pharmacological*”) AND (“Postoperative” OR

“Postoperative Period” OR “Postoperative Care”). Estes descritores foram validados, utilizando os termos controlados como é o caso do MeSH, para dar uniformidade, consistência e precisão a esta revisão (Donato & Donato, 2019).

Desta pesquisa, concluiu-se que as palavras “Nurse”, “Pain Management”, “Pain”, “Pain Measurement”, “Postoperative Period” e “Postoperative Care” foram utilizadas como descritores DeCS/MeSH, enquanto as palavras “Relief”, “Intervention”, “Nonpharmacological” e “Non-pharmacological” não são termos DeCS/MeSH, mas são muito usadas em vários estudos, pelo que se optou por usá-las como palavras-chave, de forma a direcionar a pesquisa para a temática principal e incluir-se um maior número de estudos possíveis.

Numa segunda etapa, partindo da análise das palavras-chave e termos de indexação, foi realizada uma pesquisa avançada nas seguintes bases de dados: MEDLINE (via PUBMED), CINAHL Complete (via EBSCOhost), COCHRANE, Scielo, LILACS e MedicLatina Databases. A literatura cinzenta foi pesquisada no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), DART-Europe e Open Gray.

Por último, na última etapa, foram analisadas as referências bibliográficas da evidência selecionada e feita uma triagem de eventuais fontes que podiam, também, ser pertinentes para esta *scoping review*, com o intuito de incluir novos estudos na pesquisa.

5.4. Seleção dos estudos

A seleção dos artigos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e com a mnemónica PCC previamente definida. Assim, foram incluídos estudos nos idiomas de português, espanhol e inglês, sem qualquer limite temporal.

A relevância dos artigos foi analisada por dois revisores independentes com base na informação do título e resumo, de forma a determinar se cumpriam os critérios de inclusão. As discordâncias foram resolvidas por consenso ou por um terceiro revisor. Nos casos de dúvida, o material avançou para a leitura do texto integral, o que forneceu mais elementos para a decisão quanto à pertinência de incluir o estudo na revisão. Neste caso, não houve discordâncias, pelo que não foi necessário incluir um terceiro revisor.

Estes resultados são apresentados através de um diagrama de fluxo, adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Aromataris & Munn, 2020), Figura 6, desde a fase da pesquisa até à seleção dos artigos incluídos na revisão.

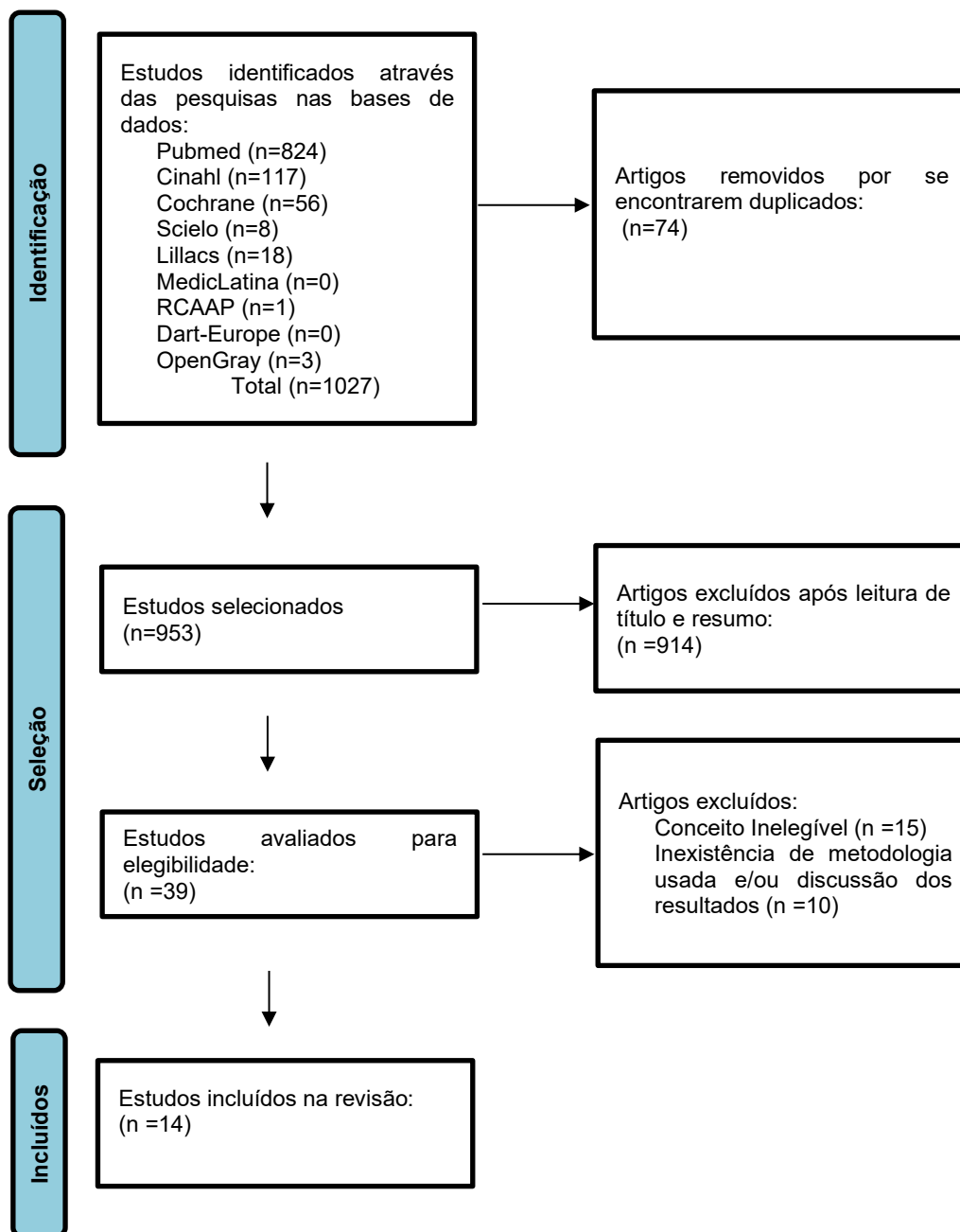


Figura 6: Fluxograma Prisma JBI (2020)

Fonte: Adaptado de Page, M. J., et al. (2021). The PRISMA 2020 Statement: an Updated Guideline for Reporting Systematic reviews. *BMJ*; 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

5.5. *Extração dos dados*

Os dados foram extraídos para um quadro alinhado ao objetivo e pergunta de pesquisa. Os dados são apresentados em forma esquemática, através de quadro, de forma alinhada com o objetivo e questão desta revisão. Esse quadro (quadro 3) contém a análise contida em cada artigo (título, autor(es), ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologia (tipo de estudo e população/amostra) e os resultados).

5.6. *Considerações éticas*

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são próprias. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade.

A investigação em Enfermagem não foge a estas exigências e requisitos, devendo obedecer aos princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos (Martins, 2018).

Segundo Fortin (2009, p.114), a ética “*é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta*”.

Deste modo, existem normas que servem de guia e limites que não devem ser ultrapassados como o respeito pela pessoa e o direito de esta viver dignamente enquanto ser humano. Quando uma investigação viola o direito supracitado ou é suscetível de causar dano aos indivíduos que participam na investigação, concluímos que o estudo é moralmente inaceitável (Fortin, 2009).

Os princípios gerais da conduta ética neste estudo de investigação foram respeitados, nomeadamente a **responsabilidade** relativa ao impacte da investigação na sociedade, privilegiando uma investigação com potencial de relevância social e científica; a **honestidade** em relação ao processo de investigação, assegurando a transparência e veracidade em todas as etapas da mesma, não utilizando nem ocultando más práticas de investigação; a **fiabilidade** e rigor, ao realizar atividade de investigação, agindo de forma meticulosa, correta, integral e imparcial; a **objetividade** nas interpretações e conclusões e a **integridade** na identificação e manifestação de conflitos de interesse e no cumprimento de todos os requisitos éticos e legais em relação à respetiva área de investigação (Martins, 2008).

O tipo de revisão que se pretende apresentar utiliza estudos já publicados, sendo necessário rigor e clareza em todas as etapas, de forma a minimizar os erros e evitar enviesamentos (Nunes, 2020).

Dado se tratar de um estudo que utilizará informações bibliográficas disponíveis publicamente, não será necessária aprovação ética prévia por comissão de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Em suma, perante todo o processo de investigação foi respeitado os princípios éticos. Não existiram conflitos de interesse na seleção e revisão dos artigos.

6. Resultados

Desta revisão, foram extraídos 1027 artigos, dos quais foram excluídos 74 por estarem duplicados, restando 953 artigos. Após o processo de identificação dos artigos, passou-se à sua seleção e após leitura do título, tendo em conta os critérios de elegibilidade e os critérios de inclusão e exclusão, excluíram-se 680 artigos, totalizando 273 artigos restantes. Excluíram-se, posteriormente, mais 234 artigos, após análise do resumo, com base nos mesmos critérios.

Foram considerados elegíveis para leitura integral 39 artigos. Após leitura desses artigos na íntegra, excluíram-se quinze artigos por conceito inelegível, ou seja, por se referirem a intervenções de outras classes profissionais (fisioterapeutas, acupuntores) que não enfermeiros, restando 24 artigos. Destes, foram excluídos dez por não apresentarem claramente a metodologia usada e/ou discussão dos resultados. Deste modo, foram incluídos 14 artigos, que constitui o *corpus* de análise desta revisão e que respondem claramente à questão de investigação.

Os artigos selecionados cumprem os critérios de inclusão, com vista a responder à questão de investigação.

Desta forma, passo a mencioná-los:

- E1: Perception of music and its cultural elements on acute post-mastectomy pain management among Nigerian women: an exploratory qualitative study (Tola et al., 2022);
- E2: Nursing intervention using healing touch in total knee replacement: A randomized controlled study protocol (Liu et al., 2021);
- E3: The Effects of Progressive Relaxation Exercises following Lumbar Surgery: A Randomized Controlled Trial (Bahçeli & Karabulut, 2021);
- E4: Utilization of non-pharmacological methods and the perceived barriers for adult postoperative pain management by the nurses at selected National Hospitals in Asmara, Eritrea (Kidanemariam et al., 2020);
- E5: Music as a Postoperative Pain Management Intervention (Poulsen et al., 2019);
- E6: The Effect of Foot Massage on Postoperative Pain and Anxiety Levels in Laparoscopic Cholecystectomy Surgery: A Randomized Controlled Experimental Study (Koraş & Karabulut, 2019);

- E7: The Effect of Listening to Music on Postoperative Pain in Adult Orthopedic Patients (Schneider, 2018);
- E8: Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention (Vaajoki et al., 2012);
- E9: Supplementing Relaxation and Music for Pain After Surgery (Good et al., 2010);
- E10: The Impact of Music on the PACU Patient's Perception of Discomfort (Easter et al., 2010);
- E11: Therapeutic Touch, Quiet Time, and Dialogue: Perceptions of Women With Breast Cancer (Kelly et al., 2004)
- E12: Foot and Hand Massage as an Intervention for Postoperative Pain (Wang & Keck, 2004);
- E13: The Use of Guided Imagery to Manage Pain in an Elderly Orthopaedic Population (Antall & Kresevic, 2004);
- E14: Massage as Adjuvant Therapy in the Management of Acute Postoperative Pain: A Preliminary Study in Men (Piotrowski et al., 2003).

Os dados extraídos de cada estudo acima mencionado foram apresentados de forma esquemática, através de quadro, para mais fácil compreensão e sintetizar as evidências encontradas, podendo ser visualizadas no Apêndice VII e resumidamente no quadro 3.

Dos 14 artigos selecionados, verifica-se que o período temporal varia entre 2003 e 2022. Da análise, podemos verificar, que um foi publicado em 2003 (Piotrowski et al.), três em 2004 (Antall & Kresevic, Wang & Keck e Kelly et al.), dois em 2010 (Easter et al. e Good et al.), um em 2012 (Vaajoki et al.), um em 2018 (Schneider), dois em 2019 (Poulsen et al. e Koraş & Karabulut), um em 2020 (Kidanimariam et al.), dois do ano de 2021 (Liu et al. e Bahçeli & Karabulut) e para finalizar um em 2022 (Tola et al.).

Relativamente aos países de origem, nove dos estudos são oriundos dos Estados Unidos da América (Piotrowski et al., 2003; Antall & Kresevic, 2004; Wang & Keck, 2004; Kelly et al., 2004; Easter et al., 2010; Good et al., 2010; Schneider, 2018; Poulsen et al., 2019 e Liu et al., 2021), dois da Turquia (Koraş & Karabulut, 2019 e Bahçeli & Karabulut, 2021), um da Finlândia (Vaajoki et al., 2012), um da Eritreia (Kidanimariam et al., 2020) e um da Nigéria (Tola et al., 2022).

Relativamente à metodologia utilizada nos estudos considerados, um estudo é qualitativo exploratório (Tola et al., 2022), dois estudos experimentais (Kelly et al., 2004; Antall & Kresevic, 2004), cinco são estudos randomizados controlados (Easter et al., 2010; Good et al., 2010; Koraş & Karabulut, 2019; Bahçeli & Karabulut, 2021; Liu et al., 2021), um é estudo quantitativo descritivo, comparativo quase-experimental (Schneider, 2018) e um outro é

quantitativo descritivo transversal (Kidanemariam et al., 2020), dois ensaios clínicos (Piotrowski et al., 2003; Vaajoki et al., 2010), um estudo de caso/controle (Wang & Keck, 2004) e uma revisão da literatura (Poulsen et al., 2019), este estudo englobou quatro revisões sistemáticas e uma revisão da literatura.

Os dados extraídos dos estudos selecionados para dar resposta à questão de investigação desta revisão encontram-se no quadro 3, por ordem cronológica decrescente, ou seja, do mais recente para o mais antigo.

Quadro 4: Intervenções de Enfermagem não Farmacológicas na Gestão da Dor no Pós-operatório

Estudo	Autor(es)	Ano/País	Objetivo	Tipo de Estudo	Resultados
1	Tola et al.	2022/ Nigéria	Explorar os elementos culturais da música em relação ao controlo da dor entre mulheres submetidas a mastectomia.	Estudo Qualitativo Exploratório	A musicoterapia é uma terapia mente-corpo, utilizada para vários fins, incluindo no controlo da dor no pós-operatório. Baixo custo e cuidado centrado no doente.
2	Liu et al.	2021/ Baltimore	Avaliar se o toque de cura reduz a dor e promove a cicatrização de feridas em doentes submetidos a artroplastia total do joelho.	Estudo Randomizado Controlado	O toque de cura parece reduzir a dor pós-operatória e melhorar a satisfação do doente após a artroplastia total do joelho.
3	Bahçeli & Karabulut	2021/ Turquia	Perceber o efeito de exercícios de relaxamento progressivo na dor, ansiedade e qualidade do sono em doentes submetidos a cirurgia de hérnia lombar	Estudo Randomizado controlado	Os exercícios de relaxamento reduziram a dor e a ansiedade e aumentaram a qualidade do sono nestes doentes.
4	Kidanemariam et al.	2020/Eritreia	Avaliar a utilização de métodos não farmacológicos na dor pós-operatória e barreiras à sua implementação em hospitais nacionais por enfermeiros	E. Quantitativo ou Descritivo	As utilizações de intervenções não farmacológicas são eficazes no controlo da dor pós-operatória, contudo variam muito devido ao conhecimento e experiência dos enfermeiros nestes hospitais.

Intervenções de Enfermagem não Farmacológicas na Gestão da Dor na Pessoa em Situação Pós-operatória

5	Poulsen et al.	2019/ New York	Verificar se o uso de música na prática de enfermagem perioperatória e seu efeito na dor pós-operatória	Revisão Sistemática da Literatura	A musicoterapia desempenha um papel decisivo e eficaz no contexto perioperatório. É eficaz na redução da dor e da ansiedade, levando a uma redução de opioides e melhorará a satisfação dos doentes.
6	Koraş & Karabulut	2019/ Turquia	Determinar o efeito da massagem nos pés na dor pós-operatória e os níveis de ansiedade em doentes submetidos a colecistectomia.	Estudo Randomizado Controlado	A massagem nos pés diminuiu a dor pós-operatória e os níveis de ansiedade em doentes submetidos a colecistectomia, via laparoscópica.
7	Schneider	2018/ York	Determinar se a música tem um efeito positivo na dor e satisfação pós-operatória em doentes submetidos a cirurgia ortopédica.	Estudo Quantitativo Descritivo	A musicoterapia é terapia complementar viável no controlo da dor. Estes doentes encontraram benefícios nesta terapia.
8	Vaajoki et al.	2010/ Finlândia	Avaliar os efeitos da musicoterapia sobre a intensidade da dor e desconforto doloroso no primeiro e segundo dias de pós-operatório em doentes submetidos a cirurgia abdominal	Estudo Clínico	Musicoterapia alivia a intensidade e o desconforto da dor no repouso no leito e na mudança de decúbito. É fácil e barata e promovem um ambiente de cura a estes doentes.
9	Good et al.	2010 / Cleveland	Testar intervenções como relaxamento e musicoterapia para efeitos imediatos e gerais na dor pós-operatória	Estudo Randomizado Controlado	Relaxamento e Musicoterapia são intervenções autónomas de enfermagem agradáveis, seguras e não-invasivas que proporcionam um alívio físico e emocional.

Intervenções de Enfermagem não Farmacológicas na Gestão da Dor na Pessoa em Situação Pós-operatória

10	Easter et al.	2010/ USA	Avaliar os efeitos da música em doentes na UCPA	Estudo Randomizado Controlado	Musicoterapia é um meio viável, baixo custo e terapia alternativa para os enfermeiros da UCPA poderem utilizar nos doentes com dor pós-operatória.
11	Kelly et al.	2004/ Boston	Perceber as percepções de mulheres com carcinoma da mama a um toque terapêutico, efeitos do diálogo e o silêncio	Estudo Experimental	As mulheres consideraram qualquer destas intervenções de enfermagem uma experiência positiva. Referem sentimento de calma e relaxamento.
12	Wang & Keck	2004/ Indiana	Verificar se a massagem nos pés e mãos reduzia a percepção da dor nos doentes no pós-operatório	Estudo de caso/ controle	A massagem nos pés e mãos parece ser uma intervenção eficaz, barata, de baixo risco, fácil aplicabilidade no controlo da dor pós-operatória, quando a dor não está adequadamente controlada por medidas farmacológicas.
13	Antall & Kresevic	2004/ Cleveland	Testar os efeitos da imaginação guiada em doentes idosos submetidos a cirurgia ortopédica	Estudo Experimental	A imaginação guiada apresentou resultados positivos e eficácia no alívio da dor, na diminuição da ansiedade e redução do tempo de internamento
14	Piotrowski et al	2003/ Michigan	Comparar o alívio da dor pós-operatória em doentes submetidos a cirurgia major.	Estudo Clínico Randomizado	A massagem como um meio para diminuir o desconforto e a intensidade da dor pós-operatória. A atenção focada por si só não explica os efeitos observados.

Neste quadro foram apresentados os resultados de forma sucinta e de fácil compreensão, no entanto, informação completada no Apêndice VII.

7. Discussão

Nesta fase expõe-se a análise dos resultados dos estudos que integram a *scoping review*, considerando que todos contribuem para o conhecimento em Enfermagem, mais concretamente, a respeito da implementação de intervenções de Enfermagem não farmacológicas para gerir a dor na PSP.

Numa *scoping review*, de acordo com o JBI, a discussão dos resultados deve incluir todas as limitações das fontes incluídas na revisão e os resultados obtidos desta revisão devem ser apreciados à luz do contexto teórico-prático atual.

Nesta *scoping review*, podemos constatar uma variedade de estudos encontrados, desde estudos randomizados controlados, de maior evidência, até estudos secundários, como uma revisão sistemática da literatura.

Nesta *scoping* podemos agrupar as intervenções não farmacológicas quanto à sua tipologia, e desta forma, seguir as orientações da OE (2008) que as classifica de natureza cognitivo-comportamental, de natureza física e na vertente de suporte emocional.

No campo da natureza cognitivo-comportamental, encontramos nesta revisão, em seis artigos, a musicoterapia, como técnica de distração, para desviar o foco da dor (Tola et al., 2022; Poulsen et al., 2019; Schneider, 2018; Vaajoki et al., 2012; Easter et al., 2010; Good et al., 2010), enquanto terapia no alívio da dor e sofrimento, a imaginação guiada num artigo (Antall & Kresevic, 2004), sendo eficaz no alívio da dor e no tempo de internamento das pessoas e a atenção focada num artigo (Piotrowski et al., 2003), sendo eficaz no alívio da dor e ansiedade, assim como na redução da utilização de opioides.

Na vertente física, temos o exemplo da massagem, encontrada em três artigos (Koraş & Karabulut, 2019; Wang & Keck, 2004; Piotrowski et al., 2003), tendo como objetivo facilitar o relaxamento, reduzir as sensações dolorosas e diminuir a tensão muscular. O relaxamento (exercícios de relaxamento muscular) foi encontrado em dois artigos (Bahçeli & Karabulut, 2021; Good et al., 2010), enquanto terapia no alívio físico e emocional.

Quanto às intervenções de suporte emocional, temos o exemplo do toque terapêutico ou toque de cura, o tempo de silêncio e o diálogo. Foram, assim, encontrados dois artigos (Liu et al., 2021; Kelly et al., 2004), enfatizando a calma e promovendo o apoio e a segurança através do contacto pele a pele para reduzir a dor no pós-operatório.

Perante o acima descrito, podemos verificar inúmeras intervenções autónomas de Enfermagem na gestão da dor no pós-operatório, sendo que a mais frequentemente mencionada nos artigos foi a musicoterapia.

A musicoterapia é uma intervenção não farmacológica de alívio da dor e do sofrimento, que tem despertado, cada vez mais, o interesse dos profissionais de saúde. A música tem efeitos favoráveis no corpo humano, como diminuir a tensão arterial e frequência cardíaca, relaxar os músculos e a respiração (Valencia, Moreno et al., 2019). Tola et al. (2022), explicam que a musicoterapia é uma terapia mente-corpo, tendo sido utilizada para vários fins, incluindo o controlo da dor no pós-cirurgia. Ainda segundo os mesmos autores, acredita-se que a musicoterapia forneça distração mental que modifique o estímulo doloroso na medula espinhal, bem como compete com a transmissão da dor para o cérebro via medula espinhal. Para uma outra autora, Schneider (2018), a musicoterapia é benéfica como adjuvante de medidas farmacológicas no controlo da dor e assim, contribuí para a satisfação da pessoa. Dale (2021), afirma que a utilização da musicoterapia na pessoa submetida a cirurgia abdominal é um complemento de baixo custo no apoio farmacológico no tratamento da dor. Schneider (2018), no seu estudo, defende que ouvir música é um complemento viável no controlo da dor, sendo que a maioria dos participantes no seu estudo encontrou benefício na utilização da música. Segundo Vaajoki et al. (2012), a musicoterapia alivia a intensidade e o desconforto da dor no repouso no leito e na mudança de decúbitos em cirurgias abdominais. Considera assim, que esta terapia é segura, barata e facilmente usada na melhoria do ambiente de cura da pessoa submetida a cirurgia. Por seu turno, para Easter et al. (2010), a musicoterapia é um meio viável, tem um custo mínimo e é uma terapia alternativa para os enfermeiros da UCPA poderem utilizar, de forma, a colaborar na redução da dor pós-operatória.

Segundo outros autores, como Poulsen et al. (2019), a musicoterapia pode desempenhar um papel fundamental em todo o contexto perioperatório. Consideram que esta terapia é eficaz na redução da dor neste contexto e assim, capaz de trazer resultados positivos como a melhoria da satisfação da pessoa e a redução do uso de intervenções farmacológicas, como o uso de opióides. Num estudo de Bojorquez et al. (2020) sobre o uso de opióides, veio demonstrar que a musicoterapia, com foco centrado na pessoa, contribui para a cura e conforto da mesma, melhorando o controlo da dor pós-operatória, reduzindo assim o uso de opióides.

No seguimento de autores como Poulsen et al. (2019), a musicoterapia proporciona calma e conforto, cria oportunidades para os enfermeiros criarem uma relação de maior proximidade com a pessoa, uma vez que as preferências musicais se tornam pontos em comum. Esta

relação pode levar a um diálogo sobre preferências musicais e/ou escuta ativa por parte dos enfermeiros, levando assim, a pessoa a focar-se num estímulo diferente da dor.

No artigo de Antall e Kresevic (2004), a imaginação guiada é um método cognitivo que atua como uma distração, reduzindo assim, a sensação dolorosa. É necessário tempo e um ambiente tranquilo para a sua realização, assim como para a obtenção de resultados desejados (redução da dor e do tempo de internamento das pessoas). Partindo da mesma opinião, num estudo de Cole (2021), a imaginação guiada não só reduz a ansiedade como a dor, levando a uma utilização mínima de opioides.

Segundo outros autores, como Good et al. (2010), a musicoterapia, assim como o relaxamento, são intervenções autónomas de Enfermagem agradáveis, seguras e não invasivas, proporcionando um alívio físico e emocional.

Desta forma, na vertente física, encontramos a massagem e o relaxamento (técnicas de relaxamento).

Nesta vertente, e segundo Bahçeli e Karabulut (2021), os exercícios de relaxamento progressivo levaram a uma redução da dor pós-operatória e, desta forma, a uma melhoria na qualidade de sono das pessoas. O relaxamento é uma terapia que consiste numa associação de processos físicos e comportamentais (Kazanowski & Lacetti, 2005). O relaxamento promove a diminuição da tensão muscular, melhorando o quadro doloroso. Esta terapia promove o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inatividade (OE, 2008).

A massagem é definida como “ato de massajar e pressionar partes do corpo” (OE, 2008), que tem como objetivos: facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular. É uma terapia antiga e holística que promove sensação de bem-estar psicológico e, dessa forma, o alívio da dor. Em vários artigos podemos verificar a sua utilização e a sua eficácia. No estudo de Piotrowski et al (2003), pessoas que receberam massagem relataram uma satisfação maior no controlo da dor. Ainda outros autores, como Wang e Keck (2004), referem que a massagem nas mãos e pés é uma estratégia benéfica e eficaz não invasiva, de baixo risco e fácil aplicação para o controlo da dor pós-operatória, cuja dor não é adequadamente controlada por medicamentos. A massagem nos pés, para Koraş e Karabulut (2019), diminuiu a dor pós-operatória e, também, os níveis de ansiedade.

A massagem pode ser definida como uma arte antiga e o conhecimento da técnica não é suficiente para ter resultados. É preciso ter conhecimentos da técnica em si e aplicá-la corretamente. A massagem poderá ser mais eficaz se combinada com a imaginação guiada, exercícios de respiração ou música suave (Girassol, 1999). Por outro lado, segundo Dilaveri et al. (2020), a massagem isolada em pessoas submetidas a reconstrução mamária traz

benefícios na redução da ansiedade, do stresse e dor pós-operatória do que em combinação com outra terapia, nomeadamente a acupuntura. Perante as intervenções não farmacológicas evidenciadas nestas duas vertentes, foi realizada uma pesquisa que evidencia que o relaxamento, a massagem, a imaginação guiada e a musicoterapia trouxeram benefícios na redução da dor à pessoa no pós-operatório (Hansen, 2015).

Numa outra tipologia de intervenções não farmacológicas, encontramos as de suporte emocional, como o toque terapêutico ou toque de cura, o tempo de silêncio e o diálogo.

O toque terapêutico é definido como o *“processo intencional de repadronização do campo energético, durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos”* (OE, 2008, p. 50), que tem como objetivos: promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele, ou seja, promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.

No estudo de Kelly et al. (2004), as pessoas consideraram qualquer destes atos de suporte emocional uma experiência positiva e calma, com resultados satisfatórios no controlo da dor pós-operatória. Anderson e colaboradores (2015) afirmam que o toque de cura é viável e aceitável, diminuindo a ansiedade e a dor pós-operatória na pessoa submetida a cirurgia bariátrica. Um estudo mais recente de Liu et al. (2021), reitera que o toque de cura leva a uma redução da dor pós-operatória e assim uma maior satisfação na pessoa submetida a intervenção cirúrgica.

Os estudos incluídos, na sua maioria, referem que as intervenções não farmacológicas são eficazes e de baixo custo no controlo da dor pós-operatória. Araújo (2014) afirma que as intervenções não farmacológicas são de baixo custo e de fácil aplicabilidade, acrescentando que podem ser ensinadas a cuidadores para o domicílio, uma vez que as complicações são mínimas e incentiva a participação nos cuidados. Wang e Keck (2004) explicam que a massagem não requer treinamento especial e que pode ser ensinada a familiares/cuidadores e/ou pessoal não licenciado para estimular o envolvimento nos cuidados à pessoa. Apesar de estes autores (Wang & Keck, 2004), referirem que a massagem não requer uma perícia excecional, Girassol (1999) refuta-o, dizendo que é necessário conhecimento para aplicá-la convenientemente de forma a se obter resultados positivos. Fica evidente, assim, que a experiência requerida para a realização da massagem é um aspeto que não reúne acordo na literatura.

O enfermeiro tem um papel fundamental na gestão da dor pós-operatória. Vários estudos (Evans & McCahon, 2019; Patil et al. 2022), demonstraram que estas intervenções podem ser um auxiliar importante em cooperação com intervenções farmacológicas no controlo da dor no contexto perioperatório. Os mesmos estudos demonstraram que apesar da sua

eficácia, os enfermeiros deviam desenvolver competências e serem sensibilizados para a utilização de intervenções não farmacológicas.

Assim, segundo a OE (2008), a aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, pelas instituições de prestação de cuidados e pelos enfermeiros de forma individual.

Embora a literatura refira que as intervenções não farmacológicas diminuem a dor e melhoram a qualidade de vida no geral, estas nem sempre são implementadas consistentemente (Hamlin et al., 2017). Em determinados estudos, as causas para o tratamento inadequado da dor não são totalmente claras, contudo, estão identificadas algumas barreiras na implementação de intervenções não farmacológicas. O estudo de Sweity et al. (2022) diz-nos que a principal barreira à sua implementação é a falta de conhecimento dos enfermeiros. Por outro lado, Yaban (2019) acrescenta como barreiras o número insuficiente de enfermeiros, a sua falta de tempo e a relutância da pessoa ao controlo da dor. Num terceiro estudo de Kidanemariam et al. (2020) são apontados motivos como a carga de trabalho, a falta de tempo, recursos limitados, deficit nas orientações para o controlo da dor e a falta de conhecimentos e experiência dos enfermeiros como barreiras à sua implementação.

Como nos diz a OE (2008), a formação contínua para aquisição e atualização de conhecimentos sobre as intervenções não farmacológicas é uma estratégia para ultrapassar essas barreiras, e assim, certificar a sua implementação na prática dos enfermeiros. A avaliação e a monitorização da dor são cruciais para a implementação de intervenções interdependentes e autónomas de enfermagem (intervenções farmacológicas e não farmacológicas, respetivamente).

Atendendo à complexidade e subjetividade do ser humano é necessária uma intervenção multidisciplinar, numa vertente holística para tratar a dor na pessoa no pós-operatório. A pessoa é um ser global e a sua abordagem, no que respeita ao controlo da dor, não será, por si só, meramente farmacológica.

Cicely Saunders (1967) introduziu o conceito de dor total, a primeira vez, em 1964. A autora atribui à dor uma visão multidimensional, sendo que este conceito de dor total se refere, não somente, à sua dimensão física, mas, também, às dimensões emocionais, sociais e espirituais que influenciam a génese da dor e do sofrimento. A dor física reporta-se a uma lesão real ou potencial dos tecidos, associada a cirurgias ou procedimentos não invasivos, facilmente exteriorizada pela comunicação de desconforto. A dor emocional refere-se ao medo de sofrimento, de morte, tristeza, raiva e depressão. Por seu turno, a dor social refere-se à rejeição, inutilidade e perdas de papéis ocupacionais. Por último, a dor espiritual relaciona-

se com a falta de sentido na vida e na morte (Saunders, 1990). Este conceito de dor total de Saunders está correlacionado com a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), onde na prática de Enfermagem, promover conforto é garantir a satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade (estado de calma e bem-estar) e transcendência (estado de superação das dificuldades e sofrimento), de acordo, também, com os contextos físico, espiritual, sociocultural e ambiental.

Para Batalha (2016), a dor engloba duas componentes, a sensorial e a emocional. A sensorial refere-se à sua vertente neurofisiológica, enquanto que a emocional baseia-se no seu estado afetivo, experiências passadas, e inúmeros outros fatores de ordem pessoal, cultural, espiritual, que requerem aprendizagens desde muito cedo nas suas vidas.

A pessoa submetida a cirurgia vivencia, frequentemente, um processo de transição do tipo saúde/doença devido à doença ou condição que motiva a intervenção cirúrgica. A cirurgia, em si, poderá melhorar a consciencialização da pessoa sobre as mudanças impostas pela doença, podendo constituir-se um evento crítico neste processo ou até a própria situação que induz a transição. Para Meleis (2010), as transições aparecem quando há mudança na condição de saúde perante o surgimento de eventos críticos. Neste sentido, o período perioperatório, poderá ser responsável, como referido, pelo início do processo de transição porque confronta a pessoa com múltiplas mudanças, mas poderá, também, constituir-se um evento crítico que poderá facilitar ou inibir o processo, caso ele já esteja em curso. A teoria das transições proporciona ao enfermeiro perioperatório uma possibilidade de ajudar as pessoas a atingirem resultados saudáveis após o período de mudança experienciado (Costa, 2016).

Segundo Meleis (2010), nas transições de saúde/doença, a pessoa e/ou família passam de um estado saudável para um estado de doença aguda ou crónica, ou vice-versa, ou seja, estado de doença crónica para um estado de bem-estar. Assim sendo, o objetivo dos cuidados de Enfermagem centra-se numa assistência eficiente, melhorando os resultados e evitando transições insalubres (Costa, 2016). Ainda, segundo esta autora, a transição é motivo de apreensão e de interesse para a Enfermagem, uma vez que o enfermeiro perioperatório deve identificar acontecimentos críticos de vulnerabilidade durante as transições. Perante isto, são indispensáveis as intervenções autónomas de Enfermagem com o intuito de impedir consequências negativas e favorecer resultados positivos à saúde (Costa, 2016).

A experiência de dor, enquanto vivência única, individual e determinada pelas experiências pessoais anteriores, pelo significado da situação particular, ao ser padronizada por modelos e valores culturais (Batalha, 2016), poderá assumir o papel de evento crítico durante o

processo de transição experienciado pela pessoa no período perioperatório. Importa, por isso, que o enfermeiro imprima acurácia ao processo de diagnóstico no âmbito da dor e seja capaz de implementar intervenções de Enfermagem que não dependam da administração de fármacos, tomando por certo que a dor que estas pessoas sentem é, não raras vezes, uma dor dita total, atestando a relevância e aplicabilidade de intervenções de Enfermagem autónomas que não se centram no processo corporal, mas sim na pessoa como um todo. Saunders (1990), refere-se à dor total como uma dor que transcende os sintomas físicos, e que radica no sofrimento mental, social e às dificuldades emocionais, sempre com real importância na escuta e compreensão da experiência do sofrimento da pessoa a partir de uma abordagem holística. Ainda em continuação desta autora, a compreensão da dor total é maior que as perceções físicas associadas ao sofrimento, permitindo compreender as outras vertentes implicadas, levando assim, a um controlo e um cuidado que visa a integridade da pessoa, promovendo dignidade e conforto, aspetos estes passíveis de serem atendidos por via da implementação de intervenções de Enfermagem não farmacológicas.

8. Conclusão

A dor tem, nos últimos anos, vindo, através cada vez mais da investigação científica, a contribuir para uma mudança de paradigma nos profissionais de saúde. Controlar e aliviar a dor é um direito básico do ser humano. Devido à multiplicidade de experiências dolorosas, a singularidade da dor e os inúmeros fatores que a podem influenciar, tem sido difícil a tarefa de a definir de forma satisfatória. Como diz Serrão (2008), a dor é uma vivência da autoconsciência. A dor evidencia seis dimensões, tais como: fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural. Esta conceção multidimensional da dor tem implicações diretas na sua avaliação e monitorização ao exigir uma intervenção interdisciplinar, multimodal e individualizada (Batalha, 2016).

Com a realização deste trabalho de investigação, pode-se considerar que os objetivos inicialmente delineados foram, na sua maioria, atingidos, uma vez que foi conseguido mapear as intervenções não farmacológicas implementadas pelos enfermeiros na gestão da dor no pós-operatório.

Neste estudo de investigação foram encontradas evidências no que reporta às intervenções não farmacológicas, sendo classificadas nas suas várias vertentes, sendo de natureza cognitivo-comportamental, de natureza física e na vertente de suporte emocional.

No campo da natureza cognitivo-comportamental, encontramos nesta revisão a musicoterapia e a imaginação guiada. Na vertente física, temos o exemplo da massagem e o relaxamento (exercício de relaxamento muscular). Quanto às intervenções de suporte emocional, temos o exemplo do toque terapêutico ou toque de cura, o tempo de silêncio e o diálogo. De destacar que as intervenções mapeadas em maior número foram a musicoterapia em seis artigos, seguido da massagem em três artigos e o toque terapêutico ou de cura em dois artigos.

Verificou-se também neste estudo que as intervenções não farmacológicas implementadas pelos enfermeiros são eficazes na redução da dor na pessoa no pós-operatório. Os resultados desta revisão referem igualmente, que as intervenções não farmacológicas são consideradas eficazes, simples e de baixo custo, não requerem uma situação específica para utilizar ou equipamento caro e sofisticado. Estas intervenções não requerem a utilização de equipamentos topo de gama nem grandes gastos, no entanto, o seu potencial continua a não ser explorado na prática clínica por falta de conhecimento dos enfermeiros.

Relativamente às barreiras encontradas, no controlo eficaz da dor deve-se ao conhecimento lacunar e ausência de competências diferenciadas nos profissionais de saúde. A falta de conhecimento, a falta de treino e a falta de tempo configuram-se da mesma forma como algumas das barreiras atribuídas pelos enfermeiros à sua utilização. Neste sentido, os resultados evidenciaram a formação contínua para atualizar conhecimentos sobre as intervenções não farmacológicas uma estratégia para ultrapassar essas barreiras, visando a sua implementação na prática dos enfermeiros.

Foi identificado nos diversos estudos, que a aquisição e atualização de conhecimentos acerca da dor é uma responsabilidade que necessita ser partilhada pelas organizações de ensino e pelos enfermeiros, recomendando assim, a inclusão de temáticas relacionadas com o controlo da dor na formação base e, do mesmo modo, em formação pós-graduada em Enfermagem para a formação dos enfermeiros e a incorporação de novas práticas, na melhoria contínua dos cuidados.

Foi possível, identificar em vários estudos que alguns enfermeiros promovem intervenções não farmacológicas como uma oportunidade de personalizar o cuidado, porém, a sua formação neste domínio é muito limitada. Assim, a introdução destas medidas não farmacológicas na prática da Enfermagem leva à melhoria dos cuidados e também a uma maior satisfação dos enfermeiros.

Em suma, e de acordo com a literatura consultada, o recurso à aplicação de intervenções não farmacológica pode ser bastante útil na gestão da dor, no âmbito das intervenções autónomas dos enfermeiros, mas é necessário um maior investimento no desenvolvimento de competências nesta área, tão importante, como é a dor.

Perante o apresentado anteriormente, as intervenções não farmacológicas são um auxílio importante e de grande eficácia na gestão da dor, contribuindo assim para uma melhoria na qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados.

Uma vez que a dor não se resume à dimensão física, importa equacionar as intervenções não farmacológicas para a gestão da dor na pessoa no pós-operatório no processo de conceção de cuidados de Enfermagem, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e o conforto do doente.

Desta forma, as intervenções não farmacológicas na gestão da dor têm um papel importante, sendo algumas delas acima mencionadas e explanadas neste estudo de investigação. Constatou-se também, que as intervenções não farmacológicas podem ser utilizadas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e devem ser escolhidas de acordo com as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.

Em qualquer processo de investigação, existem sempre limitações, e neste estudo, pode-se destacar como limitações o número reduzido de idiomas incluídos, estudos com amostras díspares e o reduzido número de intervenções em estudo (Cognitivo-Comportamentais, Físicas e Emocionais).

Como implicações para a prática, este estudo é uma mais valia para reforçar a importância da implementação de intervenções não farmacológicas no controlo da dor nos cuidados diários à PSP, e assim, levar a um incentivo à implementação das diversas intervenções na prática diária, dando relevo à dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do controlo da dor na PSP.

Como implicação para a investigação e para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, este estudo contribuiu, ainda, para formalizar o conhecimento de Enfermagem neste domínio, podendo servir de trampolim para o desenvolvimento de futuras investigações sobre a eficácia dessas intervenções.

O estudo aqui apresentado permitiu concluir que os EEEMCPSP dispõem de intervenções não farmacológicas capazes de gerir a dor na pessoa no pós-operatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem carece de produção e atualização contínua do seu corpo de conhecimentos o que apenas poderá ser garantida pela investigação. A investigação é essencial para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, através de uma prática baseada em evidência, contribuindo para uma prestação de cuidados de excelência. Cabe aos enfermeiros, uma atualização permanente ao longo da sua vida profissional.

Neste sentido, o estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II foi uma oportunidade que contribuiu para o desenvolvimento pessoal, profissional e futuro enfermeiro especialista.

O enfermeiro especialista em EMC deve basear a sua práxis clínica nas reais necessidades das pessoas, responsabilizando-se pela pessoa e tomando a cargo o conforto, a integridade, a privacidade e o cumprimento da sua vontade expressa.

O conhecimento limitado na área da Enfermagem perioperatória, apesar de alguma formação em aulas prévias, tornou a realização deste estágio clínico um desafio. Sendo um contexto bastante específico, houve momentos de dificuldades que exigiram um esforço acrescido de pesquisa e estudo sistematizado. Desde o início, foi adotada uma postura humilde, assumindo as limitações, mas também não deixando de manifestar opiniões.

Para a elaboração deste relatório assim como para a conclusão do Mestrado em EMC foi essencial um empenho constante, uma procura contínua por conhecimento, de trabalho árduo, gestão de tempo e esforço dedicados ao desenvolvimento e aquisição de competências específicas de EEEMCPSP e de Mestre em Enfermagem.

Todo este esforço e dedicação tornaram-se evidentes, o que proporcionou um crescimento enriquecedor para o desenvolvimento profissional enquanto enfermeiro e futuro enfermeiro especialista na área de especialização, o que irá potenciar uma prática mais responsável e fundamentada em evidência científica.

A pesquisa bibliográfica, as aulas presenciadas e os trabalhos realizados em contexto académico e científico foram fundamentais para desenvolver conhecimento de Enfermagem perioperatória e assim promover o crescimento pessoal e profissional.

A pesquisa bibliográfica ficou patente no projeto de investigação deste relatório acerca da temática “Intervenções não farmacológicas na gestão da dor no pós-operatório”, através de uma *scoping review*, onde se concluiu que as intervenções não farmacológicas são um elo eficaz na gestão da dor por parte do enfermeiro, apesar de existirem barreiras à sua

implementação, assim como a necessidade de se desenvolverem mais estudos científicos nesta matéria.

Importa ainda referir que através do mapeamento das intervenções não farmacológicas implementadas pelos enfermeiros no pós-operatório, espera-se apresentar os resultados junto de enfermeiros, não só ao nível institucional como também ao nível da comunidade científica, e assim, levantar novas hipóteses de investigação que nos conduzam a uma compreensão mais ampla sobre as condicionantes que limitam a aplicabilidade das intervenções não farmacológicas ao contexto específico.

Desenvolveram-se competências e conhecimentos no que respeita à tomada de decisão aquando da prestação de cuidados, tendo com isto, aprofundado conhecimentos especializados na área de Enfermagem à PSP, das relações interpessoais, na promoção de um ambiente seguro, no desenvolvimento de processos de formação contínua e, ainda, no domínio responsabilidade profissional, ética e legal.

Ao longo do estágio, a conduta foi pautada por uma prática de cuidados responsável e no respeito pelos direitos humanos da pessoa e família/pessoa significativa, fundamentadas no Código Deontológico de Enfermagem e no REPE.

Este relatório final de estágio, através de todos os aspetos que contribuíram para a sua realização, permitiu a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências especializadas em Enfermagem perioperatória. Esta etapa final foi bastante exigente e gratificante do ponto de vista pessoal e profissional, ao mesmo tempo que se revelou enriquecedora, proporcionando a saída da zona de conforto.

Este percurso que culmina com a elaboração deste relatório final e a sua conclusão e respetiva defesa em prova pública com a obtenção do título de EEEMCPSP e o grau de Mestre, foi concretizado à custa de um enorme esforço pessoal, familiar e profissional.

Assim sendo, de uma maneira geral, e perante toda a fundamentação exposta neste relatório, pode-se considerar que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados e reconhecidos como essenciais para basear a tomada de decisão e prática clínica numa enfermagem avançada.

No final deste percurso formativo, foi possível contribuir para o caminho de excelência e qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados no período perioperatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS (2011). *Recomendações Técnicas para Bloco Operatório*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- AIA - American Institute of Architects Academy of Architecture for Health (2010) - Guidelines for design and construction of hospitals and outpatient facilities. Washington, D.C.
- Akers, J. L., Dupnick, A. C., Hillman, E. L., Bauer, A. G., Kinker, L. M., & Hagedorn Wonder, A. (2019). Inadvertent Perioperative Hypothermia Risks and Postoperative Complications: A Retrospective Study. *AORN Journal*, 109(6), 741–747. <https://doi.org/10.1002/aorn.12696>
- Aktas, Y. Y., Nagórska, M., & Karabulut, N. (2017). Problems in critical care nurse-patient communication: Examples of Poland and Turkey. *Acta Clínica Croatica*, 56(3), 437–445. <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.03.10>
- Anderson, J. G., Suchicital, L., Lang, M., Kukic, A., Mangione, L., Swengros, D., Fabian, J., & Friesen, M. A. (2015). The effects of healing touch on pain, nausea, and anxiety following bariatric surgery: A pilot study. *Explore (New York, N.Y.)*, 11(3), 208–216. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.02.006>
- Antall, G. F., & Kresevic, D. (2004). The use of guided imagery to manage pain in an elderly orthopaedic population. *Orthopedic Nursing*, 23(5), 335–340. <https://doi.org/10.1097/00006416-200409000-00012>
- Armstrong, R., Hall, B. J., Doyle, J., & Waters, E. (2011). Cochrane Update. “Scoping the scope” of a cochrane review. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 33(1), 147–150. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr015>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JB I manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute
- American Society of Anesthesiologists (ASA) (2010). Standard for basic anesthetic monitoring. Committee of Origin: Standards and Practice Parameters. Approved by the ASA House of Delegates on October 21, 1986, last amended on October 20, 2010, and last affirmed on October 28, 2015.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) (2006). *Enfermagem perioperatória. Da Filosofia à prática dos cuidados*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 978-972-8930-16-5
- Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas (AESOP) (2012). *Enfermagem Perioperatória*. Loures: Lusodidacta.

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2017). Práticas recomendadas para bloco operatório: prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida. Retirado de: <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>
- Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, L., Cruz, L., Carvalho, P.C., Macedo, A.L., & Gomes, M. (2017). Proposta de consensos de manutenção da Normotermia no período perioperatório. *Revista Sociedade da Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), 27-37. Retirado de: <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/articlo/view/10884/8940>
- Bahçeli, A., & Karabulut, N. (2021). The Effects of Progressive Relaxation Exercises following Lumbar Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Complementary Medicine Research*, 28(2), 114–122. <https://doi.org/10.1159/000509055>
- Bashaw, M.A., Keister, K.J. (2019). Perioperative Strategies for Surgical Site Infection Prevention. *AORN Journal*, 109(1), 68-78. <https://doi.org/10.1002/aorn.12451>
- Batalha, L. M. (2016). Avaliação da dor. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Quarteto Editora.
- Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice. <https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf>
- Bindu, B., Bindra, A., & Rath, G. (2017). Temperature management under general anesthesia: Compulsion or option. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*, 33(3), 306–316. https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_334_16
- Bogdan, R., & Biklen. S. (1994). Investigação Qualitativa em Educação. Porto: Porto Editora.
- Bojorquez, G. R., Jackson, K. E., & Andrews, A. K. (2020). Music Therapy for Surgical Patients: Approach for Managing Pain and Anxiety. *Critical Care Nursing Quarterly*, 43(1), 81–85. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000294>
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, pp. 572-577
- Burlingame, B. L. (2017). Guideline Implementation: Positioning the Patient. *AORN Journal*, 106(3), 227–237. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.010>
- Campos, A., Oliveira, D. R. (2017). The relationship between the principle of autonomy and the principle of charity (non-maleficence) bioethics medical/A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética

- medica. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 115, 13-15. <https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2017V115P13>
- Carvalho, A. M., Carvalho, P. M., Souza, G., Resende, M. A., Pereira, S. S., & Carvalho, S. A. (2018). A conduta ética dos profissionais de enfermagem: uma revisão. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11, 1709-1716. <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS174.pdf>
- Carvalho, A. S., Martins Pereira, S., Jácomo, A., Magalhães, S., Araújo, J., Hernández-Marrero, P., Costa Gomes, C., Schatman, M. E. (2018). Ethical decision making in pain management: A conceptual framework. *Journal of Pain Research*, 11, 967–976. <https://doi.org/10.2147/JPR.S162926>
- Chien, W.-T. (2010). A survey of nurses' perceived barriers to research utilisation in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23–24), 3584–3586. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03461.x>
- Chrimes, N., & Marshall, S. D. (2018). The illusion of informed consent. *Anaesthesia*, 73(1), 9–14. <https://doi.org/10.1111/anae.14002>
- Cipriano da Silva, R. A., Rodrigues de Sales Fontes, A., Rolim de Oliveira, C. E., Rodrigues de Santana Domingos, O., & Santos Maia, L. F. dos. (2021). Processo de cuidar em saúde e enfermagem: revisando a literatura. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar De Estudos Científicos Em Saúde*, 10. Recuperado de <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/662>
- Cole, L. (2021). The Impact of Guided Imagery on Pain and Anxiety in Hospitalized Adults. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 22(4), 465–469. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.02.007>
- Costa, L. (2016). Visitando a Teoria das Transições de Afaf Meleis como Suporte Teórico para o Cuidado de Enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>.
- Costa, M., & Gonçalves, D. C. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusíadas Scientific Journal*, 2(2), 62-64. <http://hdl.handle.net/10400.26/49338>
- Costa, R. R. O., Medeiros, S. M., Martins, J. C. A., & Coutinho, V. R. D. (2018). A simulação no ensino de enfermagem: reflexões e justificativas a luz da bioética e dos direitos humanos. *Acta Bioethica* 24(1), 31-38. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v24n1/1726-569X-abioeth-24-01-00031.pdf>

- Dale, V. H. (2021). The impact of perioperative music on abdominal surgery patients' experience of postoperative pain: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Perioperative Practice*, 31(1–2), 31–43. <https://doi.org/10.1177/1750458920943375>
- Davies, J. N., Sharpe, L., Day, M. A., & Colagiuri, B. (2022). How do placebo effects contribute to mindfulness-based analgesia? Probing acute pain effects and interactions using a randomized balanced placebo design. *Pain*, 163(10), 1967-1977. [https://doi: 10.1097/j.pain.0000000000002593](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002593)
- Decreto-Lei n.º 161/1996 do Ministério da Saúde: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1991). Diário da República n.º 205, Série I-A de 04-09-2021. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República Série -A, Nº 60 de 2006-03-24 (2242 – 2257). <https://dre.tretas.org/dre/196333/decreto-lei-74-2006-de-24-de-marco>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República Série I, N.º 157 de 2018-08-16 (4147 – 4182). <https://dre.tretas.org/dre/3435133/decreto-lei-65-2018-de-16-de-agosto>
- Dilaveri, C. A., Croghan, I. T., Mallory, M. J., Dion, L. J., Fischer, K. M., Schroeder, D. R., Martinez-Jorge, J., Nguyen, M.-D. T., Fokken, S. C., Bauer, B. A., & Wahner-Roedler, D. L. (2020). Massage Compared with Massage Plus Acupuncture for Breast Cancer Patients Undergoing Reconstructive Surgery. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 26(7), 602–609. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0479>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2011b). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2013). Norma nº 002/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013. Cirurgia Segura Salva Vidas. www.dgs.pt.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2013). Norma n.º 024/2013. Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico.

- Direção Geral da Saúde (DGS) (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2015b). Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Norma 15/2013 de 03/10/2013 atualizada a 4/11/2015. <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/consentimento-informado-esclarecido-e-livredado-por-escrito.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normase-circularesnormativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma 007/2019. <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2022). Norma clínica: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. www.dgs.pt
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2022). De 22/09/2017 atualizada a 08/09/2022. Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).
- Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114, 1115-1119, Northfield.
- Duarte, A. & Martins O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório* (1ª ed). Lidel.
- Easter, B., DeBoer, L., Settlemeyre, G., Starnes, C., Marlowe, V., & Tart, R. C. (2010). The impact of music on the PACU patient's perception of discomfort. *Journal of PeriAnesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 25(2), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2010.01.017>
- Eberhart, L., Aust, H., Schuster, M., Sturm, T., Gehling, M., Euteneuer, F., & Rüscher, D. (2020). Preoperative anxiety in adults - a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry*, 20(1), 140. <https://doi:10.1186/s12888-020-02552-w>
- Ellery, A. E. L.; Bosi, M. L. M.; Loiola, F. A. (2013). Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 187-198. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100017>
- Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa do Norte. (2022). Guia de Orientação de Estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Operatória - Guia Orientador de Estágios. ESSCVP.

- Evans, S. W., & McCahon, R. A. (2019). Management of postoperative pain in maxillofacial surgery. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 57(1), 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2018.11.010>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação (1ª Edição). Loures: Lusociência
- Felix, M. M. D. S., Ferreira, M. B. G., da Cruz, L. F., & Barbosa, M. H. (2019). Relaxation Therapy with Guided Imagery for Postoperative Pain Management: An Integrative Review. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 20(1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.014>
- Ferreira, A. (2017). Otimização dos serviços de cuidados de saúde: planeamento de cirurgias eletivas em hospitais públicos. (Dissertação de Mestrado em Estatística e Investigação Operacional). Faculdade de Ciências – Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/30374/1/ulfc120800_tm_Ana_Rita_Ferreira.pdf
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J. & Furtado, K. (2007). Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden. Lusodidacta.
- Ferrito, C. (2014). Enfermagem em Bloco Operatório. In A. Duarte & O. Martins (Coord.). *Conceitos Básicos da Enfermagem Perioperatória*, 3-9. Lisboa: Edição Lidel.
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Lusodidacta.
- Fuentes-Ramirez, A., & Laverde-Contreras, O. L. (2021). Intervenção de enfermagem para satisfazer as necessidades dos familiares durante a espera no centro cirúrgico. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 29, e3483. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5028.3483>
- Fuganti, C. C. T., Martinez, E. Z., & Galvão, C. M. (2018). Efeito do pré-aquecimento na manutenção da temperatura corporal do paciente cirúrgico: ensaio clínico randomizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3057. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2559.3057>
- Gebrim, C. F. L., dos Santos, J. C. C., Barreto, R. A. S. S., Barbosa, M. A., & do Prado, M. A. (2016). Indicadores de procedimiento para la prevención de la infección del sitio quirúrgico desde la perspectiva de la seguridad del paciente. *Enfermería Global*, 15(4), 264–287. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.4.223751>
- Good, M., Albert, J. M., Anderson, G. C., Wotman, S., Cong, X., Lane, D., & Ahn, S. (2010). Supplementing relaxation and music for pain after surgery. *Nursing Research*, 59(4), 259–269. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181dbb2b3>

- Goodman, T., & Spry, C. (2017). *Essentials of Perioperative Nursing* (sixth edition.). Jones & Bartlett Learning.
- Guerriero, F., & Guido, R. (2011). Operational research in the management of the operating theatre: a survey. *Health Care Management Science*, *14*, 89-114. <https://doi:10.1007/s10729-010-9143-6>.
- Hall, H., Leach, M., Brosnan, C., & Collins, M. (2017). Nurses' attitudes towards complementary therapies: A systematic review and meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, *69*, 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.008>
- Hamlin, A. S., & Robertson, T. M. (2017). Pain and Complementary Therapies. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, *29*(4), 449–460. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.005>
- Han, S., & Kim, S. (2016). An Integrative Literature Review on Self-awareness Education/Training Programs in the Nursing Area. *Perspectives in Nursing Science*, *13*, 59. <https://doi.org/10.16952/pns.2016.13.2.59>
- Hansen, M. M. (2015). A feasibility pilot study on the use of complementary therapies delivered via mobile technologies on Icelandic surgical patients' reports of anxiety, pain, and self-efficacy in healing. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *15*, 92. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0613-8>
- Henderson, V. (2004). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Hornthvedt, M.-E. T., Nordsteien, A., Fermann, T., & Severinsson, E. (2018). Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: A thematic literature review. *BMC Medical Education*, *18*(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1278-z>
- International Association for the Study of Pain. (2019). IASP Terminology. Recuperado de: <https://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- International Council of Nurses ICN) (2019). Browser CIPE. Disponível em: https://neuronsong.com//_/_sites/icnp-browser/#/
- Larner, D. (2014). Chronic pain transition: A concept analysis. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, *15*(3), 707–717. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.04.003>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas

- profissionais. Diário da República Série I, n.º 181 de 16-09-2015 (8059-8105).
<https://www.dre.pt>
- Louro, A. L., & Sousa, P. P. (2014). O sorriso como estratégia de comunicação de enfermagem: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18-25.
- Jaimes Valencia, M. L., Pereira Moreno, D., Pedraza Acosta, A. J., Carvajal Cárdenas, K. X., Mejía Rondón, F. J., Aparicio Díaz, L. A., & Robles Carreño, M. I. (2019). Manejo no farmacológico del dolor en la atención del parto: experiência desde las prácticas formativas. *Revista Cuidarte*, 10(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.667>
- Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M., & Jensen, H. I. (2022). ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 37(1), 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>
- Karam. M. (2020). A word from the president. EORNA News. <https://us16.campaignarchive.com/?u=53a85c37f858d05c9b6cd429a&id=06e8773fbd>
- Kelly, A. E., Sullivan, P., Fawcett, J., & Samarel, N. (2004). Therapeutic touch, quiet time, and dialogue: Perceptions of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), 625–631. <https://doi.org/10.1188/04.onf.625-631>
- Kidanemariam, B. Y., Elsholz, T., Simel, L. L., Tesfamariam, E. H., & Andemeskel, Y. M. (2020). Utilization of non-pharmacological methods and the perceived barriers for adult postoperative pain management by the nurses at selected National Hospitals in Asmara, Eritrea. *BMC Nursing*, 19, 100. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00492-0>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Koraş, K., & Karabulut, N. (2019). The Effect of Foot Massage on Postoperative Pain and Anxiety Levels in Laparoscopic Cholecystectomy Surgery: A Randomized Controlled Experimental Study. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(3), 551–558. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.07.006>
- Kozlowski, L. J., Kost-Byerly, S., Colantuoni, E., Thompson, C. B., Vasquenza, K. J., Rothman, S. K., Billett, C., White, E. D., Yaster, M., & Monitto, C. L. (2014). Pain prevalence, intensity, assessment and management in a hospitalized pediatric population. *Pain*

Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses, 15(1), 22–35. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.04.003>

- Lacerda, A. L. de, Weber, C., Porto, M. P., & Silva, R. A. da. (2008). A importância dos eventos científicos na formação acadêmica: estudantes de biblioteconomia. *Importance of scientific meetings at the academic formation: library science students. Revista ACB*, 13(1), 130–144. Recuperado de <https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/553>
- Lin, C. L., Hwang, S. L., Jiang, P., & Hsiung, N. H. (2020). Effect of Music Therapy on Pain After Orthopedic Surgery-A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 20(4), 422–436. <https://doi.org/10.1111/papr.12864>
- Liu, P., Yao, J., & Qiu, C. (2021). Nursing intervention using healing touch in total knee replacement: A randomized controlled study protocol. *Medicine*, 100(3), e23735. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023735>
- Louro, A. L., & Sousa, P. P. (2014). O sorriso como estratégia de comunicação de enfermagem: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18-25.
- Mackey, A., & Bassendowski, S. (2017). The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 33(1), 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009>
- Marques, P. (2022). Manual de Boas Práticas – Registos Clínicos. USF Cartaxo Terra Viva.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 12(2), 62-66. <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>
- Martins, M. D., & Fernandes, A. C. (2019). Implementação de bundles na prevenção da infeção após prótese total da anca. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(21), 101-110. <https://doi.org/10.12707/RIV18051>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and situation specific theories in nursing and practice*. Springer Publishing Company. ISBN: 9780826105349.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1996). *The challenge of pain*. (updated second Editions). London. Penguin books.

- Mohamed Bayoumi, M. M., Khonji, L. M. A., & Gabr, W. F. M. (2021). Are nurses utilizing the non-pharmacological pain management techniques in surgical wards? *PloS one*, 16(10), e0258668. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258668>
- Moniz, J.M. (2003). A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência
- Morais, C. (2013). Investigação: Do problema aos resultados. <http://www.ipb.pt/~cmmm/conteudos/DaInvProblema.pdf>
- Morse, J. (2009). Preventing patients falls: Establishing a fall intervention program (2.^a ed.). Springer Publishing Company.
- Nascimento, F., & Rodrigues, M. (2020). Risco para lesão no posicionamento cirúrgico: validação de escala em um hospital de reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2912.3261>.
- Nunes, L. (2020). Aspetos éticos na investigação de Enfermagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>
- Oliveira, G. P., Durães, B. A., Fernandes, P. K. L., Soares, C. M., Pereira, D. de F., Almeida, M. A. de., & Maia, L. F. dos S. (2020). Humanização da assistência de enfermagem no perioperatório e o avanço tecnológico. *Revista Científica De Enfermagem*, 10(31), 165–173. <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.31.165-173>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Consentimento Informado. <https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Sistemas de Informação de Enfermagem – Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor - Guia orientador de boa prática. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosodord.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroesdequalidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Alterado e republicado pela lei nº 156/2015 de 16 de setembro., 1-112. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_RE PE_29102015_VF_site.pdf1)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroesqualidade-emc_rev.pdf
- Ordem Dos Enfermeiros (2017). Parecer Conjunto n.º 01/2017. Atribuição de Responsável de Turno. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho. 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdfM>.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, 1(6), 1-75. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcricao.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento número 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Médicos & SPCI. (2008). Transporte de Doentes Críticos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Patil, J. D., Sefen, J. A. N., & Fredericks, S. (2022). Exploring Non-pharmacological Methods for Pre-operative Pain Management. *Frontiers in Surgery*, 9, 801742. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.801742>

- Paula, M. C. P. (2019). O processo de integração do enfermeiro circulante em contexto perioperatório (Relatório de Projeto/Estágio do Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28827/1/DEPOIS%20DA%20DEFESA%20-%20TESE.pdf>
- Paz, J. R. L. da, Santos, M. V. P. dos, Silva, W. P., Moreira, A. L. da C., & Santana, C. C. (2014). A importância da organização de eventos acadêmicos na formação do biólogo: a iniciativa do biovertentes. *Revista Em Extensão*, 13(1), 51–60.
https://doi.org/10.14393/REE-v13n12014_rel04
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista De Enfermagem Referência, IV Série (11)*, 121–132.
<https://doi.org/10.12707/riv16030>
- Pereira, R. (2016). Enfermagem baseada na evidência: atitudes, barreiras e práticas. (Tese Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto. <http://hdl.handle.net/10216/84324>.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*.
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência. ISBN: 9789728383848.
- Piotrowski, M. M., Paterson, C., Mitchinson, A., Kim, H. M., Kirsh, M., & Hinshaw, D. B. (2003). Massage as adjuvant therapy in the management of acute postoperative pain: A preliminary study in men. *Journal of the American College of Surgeons*, 197(6), 1037–1046. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2003.07.020>
- Poulsen, M. J., Coto, J., & Cooney, M. F. (2019). Music as a Postoperative Pain Management Intervention. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(3), 662–666.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.01.003>
- Postic, M. (1990). Observação e Formação de Professores. Coimbra: Almedina
- Pritchard, M. J. (2009). Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nursing Standard*, 23(51), 35–40. <https://doi.org/10.7748/ns2009.08.23.51.35.c7222>
- Queirós, P. J. P., Fonseca, E. P. A. M., Mariz, M. A. D., Chaves, M. C. R. F., & Cantarino, S. G. (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem de Referência*, 85-94. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>

- Randmaa, M., Engström, M., Swenne, C. L., & Mårtensson, G. (2017). The postoperative handover: A focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses. *BMJ Open*, 7(8), e015038. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015038>
- Ramirez, A., & Contreras, O. (2021). Intervenção de enfermagem para satisfazer as necessidades dos familiares durante a espera no centro cirúrgico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 29, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5028.3483>.
- Rasheed, S. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 211-16. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24-%20ReviewParveen.pdf>
- Rêgo, H. M. A., Rocha, M. E. de S. B., Albuquerque, N. J. A. de, Azevedo, D. A. de, Neto, O. M. de O., Faria, M. R. de, Mendes, A. G. de O., Pérez, I. de A. B., Moreira, C. C. R., Alves, M. B. de B., Lima, K. C. J. de, Filho, W. L. R. da S., Arrieta, J. C. D. R., Lima, F. de A. R., Novais, M. F. S., Silva, F. D. da, & Nascimento, J. P. S. do. (2023). Cuidados Perioperatórios: Estratégias para melhorar os resultados em cirurgia geral. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 5115–5139. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p5115-5139>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Crítica, na Área à Pessoa em Situação Paliativa, na Área à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República II*, N.º 135 (16-07-2018) (19359-19370). <https://www.dre.pt>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). *Diário da República n.º 26, Série II de 06-02-2019*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Reis, F. (2019). *Manual de Gestão das Organizações Teoria e Prática*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-972-612-955-8.
- Reis, V. (2004). *Gestão em Saúde. Gestão de Serviços de Saúde*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Ribeiro, J.L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3.ª Edição. Legis Editora.
- Romão, J., & Santos, R. V. (2013). Dor. In H. Machado (Coord.). *Manual de anesthesiologia* (pp. 668 - 691). Lisboa: Lidel.

- Rothorck, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN Journal*, 71(5), 1030-1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)
- Sahiner, N. C., & Bal, M. D. (2016). The effects of three different distraction methods on pain and anxiety in children. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 20(3), 277–285. <https://doi.org/10.1177/1367493515587062>
- Santos, C.B., Marçal, R.G., Voltarelli, A., Silva, R.P.M., & Sakman, R. (2020). Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal. *Global Academic Nursing Journal*, 1(1), e2. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200002>
- Santos, S. C. C. dos S. (2018). Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico na Pessoa Idosa Intervenção de Enfermagem. (Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%2015-3-2018%20-%20Final%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%2015-3-2018%20-%20Final%20(2).pdf)
- Saraiva, D.M.R.F. (2008). Refletir o Cuidar em Enfermagem. *Nursing*, 230, 14-20.
- Schneider, M. A. (2018). The Effect of Listening to Music on Postoperative Pain in Adult Orthopedic Patients. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 36(1), 23–32. <https://doi.org/10.1177/0898010116677383>
- Selak, T., & Selak, V. (2021). Communicating risks of obesity before anaesthesia from the patient's perspective: Informed consent or fat-shaming? *Anaesthesia*, 76(2), 170–173. <https://doi.org/10.1111/anae.15126>
- Siirala, E., Suhonen, H., Salanterä, S., & Junttila, K. (2019). The nurse manager's role in perioperative settings: An integrative literature review. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 918–929. <https://doi.org/10.1111/jonm.12770>
- Sousa, M. de F. (2023). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação. Imprensa da Universidade de Coimbra. http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0968-3_7
- Stannard, D. (2019). A Practical Definition of Evidence-Based Practice for Nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(5), 1080–1084. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.07.002>
- Tan, M., Li, H., & Wang, X. (2023). Analysis of patients' privacy and associated factors in the perioperative period. *Frontiers in Medicine*, 10, 1242149. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1242149>

- Thakur, K., & Sharma, S. K. (2021). Nurse with smile: Does it make difference in patients' healing? *Industrial Psychiatry Journal*, 30(1), 6–10. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_165_20
- Tola, Y. O., Iloba, N. G., & Chow, K. M. (2022). Perception of music and its cultural elements on acute post-mastectomy pain management among Nigerian women: An exploratory qualitative study. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(3), 2527–2535. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06426-z>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem (pp. 111-125). Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-74-6
- Vaajoki, A., Pietilä, A.-M., Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: An intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5–6), 708–717. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03829.x>
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- Varkey, B. (2020). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. [https://doi:10.1159/000509119](https://doi.org/10.1159/000509119)
- Vilelas, J. (2020). Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento. (3ª edição) Edições Sílabo. ISBN: 9789895610976.
- Wang, H.-L., & Keck, J. F. (2004). Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 5(2), 59–65. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2004.01.002>
- Yaban, Z. S. (2019). Usage of Non-Pharmacologic Methods on Postoperative Pain Management by Nurses: Sample of Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 529–541. CINAHL Complete.

ANEXOS

**ANEXO I: CERTIFICADO DO PÓSTER “EFETIVIDADE E BARREIRAS SOBRE
IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NA
GESTÃO DA DOR: *SCOPING REVIEW*”**

CEMI
23

Congresso de Enfermagem Intensiva

Serviço Medicina Intensiva | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

- Compromisso com a Pessoa em Situação Crítica -

CERTIFICADO

Certifica-se que

Ivan Eduardo de Pinho Teixeira

com o cartão de cidadão nº 13046770, apresentou uma Comunicação Livre na modalidade de **E-Poster**, com o título: **"Efetividade e barreiras sobre implementação de intervenções não farmacológicas na gestão da dor: Scoping Review"**, integrado no **Congresso de Enfermagem Intensiva**, que se realizou na Coimbra Business School, nos dias **23 e 24 de março de 2023**.

Foi coautor(a) deste trabalho: Carla Regina Rodrigues da Silva.

Coimbra, 24 de março de 2023

Áurea Andrade

Enf^a Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

Emília Torres

Enf^a Emília Torres
Presidente Comissão Científica

Rosa Meneses

Enf^a Rosa Meneses
Presidente Comissão Executiva

Entidade Promotora



Patrocinadores Científicos



**ANEXO II: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO LIVRE “5G E OS CUIDADOS
DE SAÚDE NO BLOCO OPERATÓRIO: *SCOPING REVIEW*”**



Certificado

Certifica-se que a **Comunicação Oral “5G e os Cuidados de Saúde no Bloco Operatório: Scoping Review”** da autoria de Carla Alexandra Gonçalves da Costa, Ivan Eduardo de Pinho Teixeira e Luciana Raquel Gomes Forte foi apresentada por Ivan Eduardo de Pinho Teixeira na “VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: *investigação em saúde global e redes de colaboração*” realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 21 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID


Prof. Doutora Liliana Moita

Organização:



**ANEXO III: CERTIFICADO DO PÓSTER “EFETIVIDADE E BARREIRAS
SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS
NA GESTÃO DA DOR: *SCOPING REVIEW*”**



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o poster com o tema "Efetividade e Barreiras sobre Implementação de Intervenções Não Farmacológicas na Gestão da Dor: Scoping Review", da autoria de Carla Silva; Ivan Teixeira; participou no evento "I Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPO Porto - Humanização dos Cuidados em Oncologia", realizado no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2023-04-28 e 2023-04-29.

Pela Comissão Organizadora


Enf.ª Paula Fernandes


Enf.ª Bárbara Lamas

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto


Prof.ª Doutora Maria José Bento

Nº 1/JEMC/34/2023

**ANEXO IV: CERTIFICADO DO PÓSTER “CUIDADOS DE SAÚDE NO BLOCO
OPERATÓRIO E TECNOLOGIA 5G: *SCOPING REVIEW*”**



APÊNDICES

**APÊNDICE I: PÓSTER “EFETIVIDADE E BARREIRAS SOBRE A
IMPLEMENTAÇÃO DE BARREIRAS NÃO FARMACOLÓGICAS NA
GESTÃO DA DOR: *SCOPING REVIEW*”**

INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo (Direção Geral da Saúde (DGS), 2018). Em 2003, a DGS instituiu a dor como 5.º sinal vital. Os enfermeiros são responsáveis por implementar intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor. As não farmacológicas são consideradas como autónomas e são da competência do enfermeiro (OE, 2018). Assim, surge a pergunta de investigação: Qual a efetividade e as barreiras na implementação de intervenções não farmacológicas na gestão da dor?

OBJETIVO

Mapear a melhor evidência científica disponível acerca da efetividade e das barreiras existentes na implementação de intervenções não farmacológicas na gestão da dor

METODOLOGIA:

Scoping Review, segundo o método do JBI.
 Base de dados: EBSCOHost
 Palavras-Chave:
 (Nurs*) AND (Pain Management) AND (Barriers) AND (Non-pharmacological Interventions)

Carla Costa¹; Ivan Teixeira²; Luciana Forte³
 1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE; 3. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Nome do estudo	Knowledge, attitude, practice and perceived barriers of nurses working in intensive care unit on pain management of critically ill patient: a cross-sectional study (2022)	Effectiveness of flipped teaching on the knowledge and self-efficacy of nursing personnel in non-pharmacological pain management-aromatherapy: a quasi-experimente. (2022).
Tipo de estudo	Estudo transversal	Estudo quase experimental
Resultados	Lacuna de conhecimento, atitude e prática entre os enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Revela também, que ensinar os doentes e cuidadores sobre o controlo da dor é essencial, uma vez que este estudo, revelou que uma falta de conhecimento sobre o controlo da dor foi o maior obstáculo relacionado ao cuidado do doente.	Revelou que a maior barreira foi o facto de instituições de enfermagem não terem cursos de aromaterapia e serem os próprios enfermeiros a frequentar workshops de aromaterapia por decisão pessoal. Esses fatores limitaram a capacidade dos enfermeiros de aplicar a aromaterapia no controlo da dor.
Nome do estudo	Are nurses utilizing the non-pharmacological pain management techniques in surgical wards? (2021).	Usage of Non-Pharmacologic Methods on Postoperative Pain Management by Nurses. (2019).
Tipo de estudo	Estudo transversal descritivo	Revisão da literatura
Resultados	As terapias não farmacológicas de controlo da dor têm um efeito valioso na gestão da dor de intensidade moderada a leve. Os resultados do estudo indicaram que a perceção dos enfermeiros em relação à aplicação dos métodos cognitivo-comportamentais como distração e técnicas de reforço positivo foi mais comum. A maioria utilizou suporte emocional (93,6%). Outros, preferiram demonstrar métodos físicos. Enquanto isso, os enfermeiros abordaram as barreiras para aplicar o controlo não farmacológico da dor como falta de tempo, falta de vontade e crenças de saúde do doente.	Os motivos pelos quais os métodos não farmacológicos foram menos praticados pelos enfermeiros foram: o número insuficiente de enfermeiros, relutância dos doentes quanto ao controlo da dor, falta de tempo e falta de informações sobre o controlo da dor.
Nome do estudo	Effectiveness of nonpharmacological therapeutic interventions on pain and physical function in adults with rib fractures during acute care: A systematic review and meta-analysis (2022).	
Tipo de estudo	Revisão sistemática e meta-análise	
Resultados	As intervenções terapêuticas não farmacológicas usadas em combinação com o controlo farmacológico são opções de tratamento viáveis para reduzir a dor, melhorar a função e reduzir a incidência de complicações respiratórias após fraturas agudas de costela.	

Bibliografia

- Arreola-Risquez, E., & Moore, J. (2020). *Effectiveness of flipped teaching on the knowledge and self-efficacy of nursing personnel in non-pharmacological pain management-aromatherapy: a quasi-experimente*. *BMC Nursing*, 21, 257. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05288-8>
- Chen, C.H., Liu, C.H. (2022). *Effectiveness of flipped teaching on the knowledge and self-efficacy of nursing personnel in non-pharmacological pain management-aromatherapy: a quasi-experimente*. *BMC Nursing*, 21, 257. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05288-8>
- Diogo, C. (2021). *Qualidade de vida em cuidados intensivos: barreiras e facilitadores para o controlo da dor*. *Revista de Enfermagem da Universidade de Coimbra*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.24364/2184-2503.2021.12.1.1-11>
- Ministerio de Saúde. (2018). *Guia de boas práticas de cuidados intensivos: dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Norris, E., Siddall, A., Sault, A., Arnold, A., Zales, L., Payne, S. (2022). *Knowledge, attitude, practice and perceived barriers of nurses working in intensive care unit on pain management of critically ill patients: a cross-sectional study*. *BMC Nursing*, 21, 257. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05288-8>
- Yokoyama, M., Nishi, R., Van Nguyen, H. (2022). *Effectiveness of nonpharmacological therapeutic interventions on pain and physical function in adults with rib fractures during acute care: A systematic review and meta-analysis*. *South African Journal of Physiotherapy*, 78(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/20107179.2022.2081210>

FOCO DE ENFERMAGEM: DOR

TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

CONCLUSÃO

As estratégias não farmacológicas são consideradas eficazes, simples e de baixo risco; não requerem uma situação específica para utilizar ou equipamento caro e sofisticado (OE, 2018). A utilização de intervenções não farmacológicas, estas constituem um auxílio importante e de grande eficácia na gestão da dor contribuindo assim para uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, uma vez que não necessitam da utilização de equipamentos topo de gama. Desta forma, e através de alguns estudos, podemos constatar que as intervenções não farmacológicas são eficazes na gestão da dor, apesar de requererem mais investigação.

**APÊNDICE II: COMUNICAÇÃO LIVRE “5G E OS CUIDADOS DE
SAÚDE NO BLOCO OPERATÓRIO: *SCOPING REVIEW*”**



5G E OS CUIDADOS DE SAÚDE NO BLOCO OPERATÓRIO: SCOPING REVIEW

Carla Alexandra Gonçalves da Costa
Ivan Eduardo de Pinho Teixeira
Luciana Raquel Gomes Forte



VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde
VI International Conference of Health Research
VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde

Introdução

- O desenvolvimento do 5G poderá ajudar a enfrentar alguns dos desafios mais urgentes do serviço de saúde que incluem: a universalidade, a equitatividade e a sustentabilidade.
- A tecnologia 5G, com sua baixa latência, alta velocidade, largura de banda aprimorada de alta resolução, está destinada a transformar a telemedicina e o setor de saúde como um todo (Dananjayan et Raj, 2021).



2

VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde
VI International Conference of Health Research
VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde

5G

- **Velocidade Incrível** (pode atingir os 10Gbps);
- **Instantaneidade** (reduz latência, "tempo de resposta da rede entre um comando e uma ação – Cirurgias à distância");
- **Ligação de vários dispositivos ao mesmo tempo** - até 1.000.000 dispositivos por Km² e maior capacidade de processamento de dados);
- **Rede Inteligente e Fiável** (garante a conectividade de serviços críticos como a Saúde, Indústria e Segurança Pública, com uma robustez que não falha);
- **Revolução das aplicações** que farão parte da Internet das Coisas (IoT);
- **Possibilidade de repartir a rede em partes**, usando a mesma rede para fins distintos
- **Causa menos impacto no meio ambiente.**

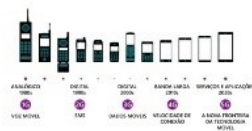


Fig. 1 – A Evolução do 5G



3

Objetivos

- Identificar a melhor evidência sobre a aplicação do 5G na saúde e no bloco operatório;
- Refletir sobre as implicações do 5G nos cuidados especializados de enfermagem.

Metodologia

PCC	
População	Equipa de Saúde
Conceito	5G
Contexto	Bloco Operatório

Quadro 1 PCC

FRASE BOOLEANA DO ESTUDO
(Healthcare) AND (5G) AND (Operating Room) OR (Operating Theatre) OR (Surgery).

Quadro 2 Frase booleana

Questão de investigação

Qual a importância do 5G na prestação de cuidados de Saúde no Bloco Operatório?



Pesquisa

- Realizada entre Março e Abril de 2022 na CINAHL Complete, eBook Nursing Collection e MEDLINE Complete (efetuada via EBSCOhost)

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Estudos duplicados
Não referentes ao 5G
Estudos em idiomas que não português, inglês e espanhol.
Artigos sem texto integral de acesso não gratuito

Quadro 3 – Critérios de exclusão

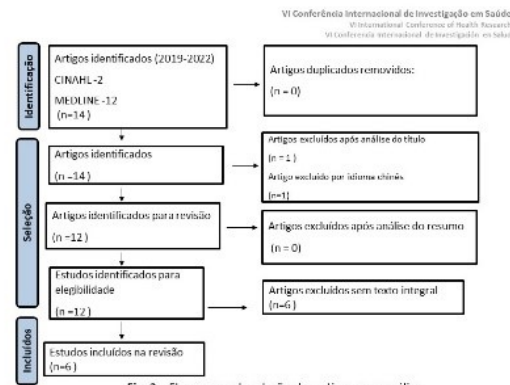


Fig. 2 Fluxograma da seleção dos artigos para análise



Autor/Ano/ Idioma	Objetivo	Tipo de estudo/ Análise	Resultados	Nível de Evidência
Chen, H., Pan, X., Wang, J., Tan, L., Qi, M., Sun, H., Liu, Z., Li, N., Tang, D. S. W., & Chen, Y. (2021). Inglês	Avaliar a viabilidade da realização de fotocoagulação a laser recorrente de tecnologia 5G na retinopatia diabética (RD).	Estudo prospetivo não randomizado. Sem participantes com retinopatia diabética (tratamento bilateral em 3 foram tratados)	Este estudo mostrou um novo paradigma de terapia a laser/fotocoagulação para tratar a RD a diabetes. O acesso ao 5G permite que doentes com retinopatia mesmo em locais remotos possam ter acesso a este tratamento essencial.	2
Loftus, J. K. (2021). Inglês	Realizar uma análise exploratória de dados para fazer o melhor uso da tecnologia 5G.	Estudo de opinião	Enfatiza a importância da utilização do 5G na saúde por empresas para: - Utilização da realidade virtual para redução da dor cirúrgica e a ansiedade de doentes em cuidados paliativos (VITAS HealthCare) - Uso da tecnologia em cirurgia vascular usando sistemas robóticos controlados remotamente (Spectrum Health)	5
Georgiou, K. E., & Sakas, G. M. (2021). Inglês	Avaliar estudos publicados sobre aplicações clínicas do 5G	Revisão sistemática Base de dados: PubMed (Medline) Scopus	São várias as vantagens proporcionadas pela tecnologia 5G. É importante analisar as realidades clínicas atuais para identificar futuras na transformação dos cuidados de saúde. Ao reconhecermos todas as oportunidades e vantagens do recurso ao 5G, será possível diminuir o tempo prolongado de aceitação e implementação de alterações na área da saúde.	3

Quadro 4 – Artigos selecionados (1-3)



VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde
VI International Conference of Health Research

Autor/Nota/Idioma	Objetivo	Tipo de estudo/Amostra	Resultados	Nível de Evidência
Eshaniyazh, S., & Raj, S. M. (2021) Inglês	Descobrir as possibilidades do 5G na saúde.	Artigo opinativo	A tecnologia de rede 5G permite na área da saúde: cirurgias virtuais; cirurgias simuladas baseadas em realidade aumentada (AR) e realidade virtual (VR); cirurgias robóticas com inteligência artificial (AI); manutenção em tempo real de ambulâncias e outros dispositivos médicos e um enorme repertório de dados.	5
Zhang, S., Li, F., Zhao, Y., Wang, R., Wang, L., Gao, Z., Xu, X., Wang, D., Zhang, H., Zhang, L., & Chen, X. (2022) Inglês	Avaliar a viabilidade clínica de utilização de um novo sistema de telecirurgia interativa de realidade mista baseado na Internet Móvel (MIMT).	Estudo experimental Vinte cirurgias de Neuroendoscopia. Estudo financiado pelo Programa Nacional de Desenvolvimento da China (Número: 81571133, 81571134).	O sistema MIMT permite que dois cirurgiões realizem comunicação visual e verbal complexa durante a operação. Ele permite que especialistas remotos implementem interação intraoperatória de longa distância em tempo real para orientar cirurgiões locais independentes. Integrando assim os melhores recursos médicos e possivelmente permitindo diagnósticos e tratamentos, inspeções de telecirurgia/teleortopedia.	3
Contreras, C. M., Murguía, C. A., Boiano, J. D., Dedera, P. H., Eyal, A., & Pfeiffer, T. M. (2020) Inglês	Descrever as experiências, mensagens e necessidades da telemedicina em centros cirúrgicos provinciais. Antes da pandemia, a utilização da telemedicina era fraca em todas as especialidades cirúrgicas.	Artigo de revisão	O número de consultas de telemedicina aumentou drasticamente poucos dias após o início da pandemia, a utilização da telemedicina era fraca em todas as especialidades cirúrgicas.	5

Quadro 5 – Artigos selecionados (4 – 6)

Resultados

- Para a maioria dos profissionais de saúde são desconhecidas as extraordinárias oportunidades que a rede 5G possibilita na área da saúde (Georgiou, et al. 2021).
- É já possível com o 5G recorrer a sistemas de telecolaboração interativa, de realidade mista, que permite que dois cirurgiões utilizem a comunicação visual e verbal complexa durante uma cirurgia em tempo real, distanciados espacialmente (Zhang et al. 2022).
- Num futuro próximo espera-se que a telemedicina e a telecirurgia se desenvolvam devido à proliferação de dispositivos médicos com conectividade de alta velocidade 5G (Contreras et al, 2020).



VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde
VI International Conference of Health Research
VI Conferencia Internacional de Investigación en Salud

Desafios nas Competências Específicas...

Teleconsulta pré-operatória e o de follow-up que permite a presença dos profissionais mais habilitados e a presença familiares significativos da pessoa.

Lider processos de controlo de infeção: O progresso científico e tecnológico da era 5G traz novas soluções para o problema da contaminação iatrogénica (Zhao et al, 2021).

Possibilidade de abordagens cirúrgicas realizadas à distância. Consentimento livre e esclarecido.

Pioneiro na aquisição de conhecimentos relativos ao novos dispositivos médicos e é o profissional indicado para realizar formação aos pares.

Comunicação eficaz e assertiva com a equipa multidisciplinar (elementos presentes e elementos distantes, em diferentes localizações geográficas).

Desperto para eventos adversos na sala operatória e cuidar da pessoa aprendo em seu benefício independentemente do controlo externo.



ESS+ UJ RIJS CINTESIS
Health Research

VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde
VI International Conference of Health Research
VI Conferencia Internacional de Investigación en Salud

Conclusão

- O 5G demonstrou na pandemia de COVID-19 a sua inegável mais-valia na transmissão rápida de exames com imagens de grandes dimensões e maior confiabilidade na monitorização remota de doentes em tempo real.
- No bloco operatório são evidentes as inúmeras potencialidades do 5G: na promoção do desenvolvimento da inteligência artificial, cirurgia robótica, evolução da utilização da AR (realidade aumentada), VR (realidade virtual), evolução de tratamentos inovadores e menos invasivos e inclusivamente na impressão 3D de órgãos, com vantagens não só para a realização de procedimentos cirúrgicos, mas também para o ensino (Dananjayan, & Raj, 2021).

ESS+ UJ RIJS CINTESIS
Health Research

14

VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde
VI International Conference of Health Research
VI Conferencia Internacional de Investigación en Salud

Conclusão

- Os profissionais de saúde que exercem funções em contexto de bloco operatório, e em especial, os enfermeiros especialistas devem estar atentos a uma realidade cada vez mais mutável.
- É importante que se mantenham informados face às novas evidências e aos novos recursos, promovendo a segurança do doente e a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

ESS+ UJ RIJS CINTESIS
Health Research

15

VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde
VI International Conference of Health Research
VI Conferência Internacional de Investigación en Salud

Referências Bibliográficas

Scan me...



16

VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde
VI International Conference of Health Research
VI Conferência Internacional de Investigación en Salud

Muito Obrigada!

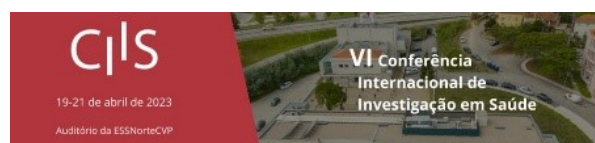
***“Changes brings growth, and growth
brings change!”***

Mona Guckian-Kicher, 2021

Presidente da Federação Internacional de Enfermagem Perioperatória IFPN
27th ORNAC National Conference: Charting The Future of Perioperative Practice



17



5G E OS CUIDADOS DE SAÚDE NO BLOCO OPERATÓRIO: SCOPING REVIEW

Carla Alexandra Gonçalves da Costa
Ivan Eduardo de Pinho Teixeira
Luciana Raquel Gomes Forte



**APÊNDICE III: PÓSTER “EFETIVIDADE E BARREIRAS SOBRE A
IMPLEMENTAÇÃO DE BARREIRAS NÃO FARMACOLÓGICAS NA
GESTÃO DA DOR: *SCOPING REVIEW*”**



EFETIVIDADE E BARREIRAS SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NA GESTÃO DA DOR: SCOPING REVIEW

Carla Silva¹; Ivan Teixeira²

1. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE; 2. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia Espinho, EPE

INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo (Direção Geral da Saúde (DGS), 2018). Em 2003, a DGS instituiu a dor como 5.º sinal vital. Os enfermeiros são responsáveis por implementar intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor. As não farmacológicas são consideradas como autónomas e são da competência do enfermeiro (OE, 2018).

OBJETIVO

Mapear a melhor evidência científica disponível acerca da efetividade e das barreiras existentes na implementação de intervenções não farmacológicas na gestão da dor

METODOLOGIA:

Scoping Review, segundo o método do JBI.

Base da dados: Medline (via Pubmed)

Palavras-Chave:

Nursing; Pain Management; Non-pharmacological Interventions.

Questões de Investigação:

- Qual a efetividade das intervenções não farmacológicas na gestão da dor?
- Quais as barreiras encontradas para a implementação de intervenções não farmacológicas na gestão da dor?

A pesquisa foi realizada em Fevereiro de 2023, tendo sido identificados 693 artigos. Foram incluídos 5 artigos no estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Scan me!

Autores	Efetividade e Barreiras
Sweity, E., Salahat, A., Sada, A., Aswad, A., Zabin, L., Zyoud, S. (2022)	Lacuna de conhecimento, atitude e prática entre os enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Revela também, que ensinar os doentes e cuidadores sobre o controlo da dor é essencial, uma vez que este estudo, revelou que uma falta de conhecimento sobre o controlo da dor foi o maior obstáculo relacionado ao cuidado do doente.
Mohamed, M., Khonji, L., Gabr WFM (2021).	As terapias não farmacológicas de controlo da dor têm um efeito valioso na gestão da dor de intensidade moderada a leve. Os resultados do estudo indicaram que a perceção dos enfermeiros em relação à aplicação dos métodos cognitivo-comportamentais como distração e técnicas de reforço positivo foi mais comum. A maioria utilizou suporte emocional. Os enfermeiros abordaram as barreiras para aplicar o controlo não farmacológico da dor como falta de tempo, falta de vontade e crenças de saúde do doente.
Yaban Z.. (2019).	Barreiras para a não implementação foram o número insuficiente de enfermeiros, relutância dos doentes quanto ao controlo da dor, falta de tempo e falta de informações sobre o controlo da dor.
Kidanemariam BY, Elsholz T, Simel LL, Tesfamariam EH, Andemeskel YM. (2020)	Carga de trabalho, falta de tempo, recursos limitados, deficit nas orientações para o controlo da dor, não cooperação do doente e também a falta de conhecimento e experiência dos enfermeiros como barreiras à implementação de intervenções
Weinberg, B., Roos, R., Van Aswegen, H. (2022).	As intervenções terapêuticas não farmacológicas usadas em combinação com o controle farmacológico são opções de tratamento viáveis para reduzir a dor, melhorar a função e reduzir a incidência de complicações respiratórias após fraturas agudas de costela.

CONCLUSÃO

As intervenções não-farmacológicas são consideradas eficazes, simples e de baixo risco; não requerem uma situação específica para utilizar ou equipamento caro e sofisticado (OE, 2018).

A utilização de intervenções não farmacológicas, estas constituem um auxílio importante e de grande eficácia na gestão da dor contribuindo assim para uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, uma vez que não necessitam da utilização de equipamentos topo de gama.

Podemos constatar que as intervenções não farmacológicas são eficazes na gestão da dor, apesar de requererem mais investigação.



**APÊNDICE IV: PÓSTER “CUIDADOS DE SAÚDE NO BLOCO
OPERATÓRIO E TECNOLOGIA 5G: *SCOPING REVIEW*”**

"Cuidados de saúde no bloco operatório e Tecnologia 5G: Scoping review"

Nomes dos autores: Carla Alexandra Gonçalves da Costa*; Ivan Eduardo de Pinho Teixeira**; Luciana Raquel Gomes Forte***
 Instituto/Organização: CHUC e Estudante de Mestrado da ESSNorteCVP*; CHVNGE e Estudante de Mestrado da ESSNorteCVP**;
 CHUC e Estudante de Mestrado da ESSNorteCVP***



INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do 5G poderá ajudar a enfrentar alguns dos desafios mais urgentes do serviço de saúde que incluem serviços de saúde: **Universais, Equitativos e Sustentáveis**. A tecnologia 5G, com sua **baixa latência, alta velocidade, largura de banda aprimorada de alta resolução** está destinada a transformar a telemedicina e o setor de saúde como um todo (Dananjayan et Raji, 2021).

OBJETIVOS

- Mapear a melhor evidência científica sobre a aplicação do 5G na saúde e no bloco operatório;
- Refletir sobre as implicações do 5G nos cuidados especializados de enfermagem.

METODOLOGIA

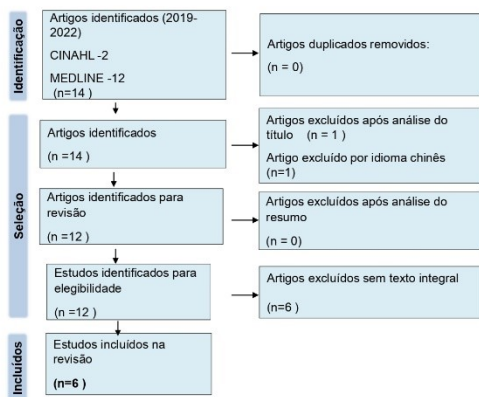
Scoping Review (ScR), tendo por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI), e a pesquisa realizada entre Março e Abril de 2022, em base de dados eletrônicas, designadamente na CINAHL Complete, eBook Nursing Collection e MEDLINE Complete (efetuada via EBSCOhost). Limitador temporal 2019-2022, com texto integral e acesso livre, referentes ao 5G e nos idiomas de português, inglês e espanhol.

FRASE BOOLEANA: (Healthcare) AND (5G) AND (Operating Room) OR (Operating Theatre) OR (Surgery).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO (PCC)	"Qual a importância do 5G na prestação de cuidados de Saúde no Bloco Operatório?"
P (População)	Equipa de Saúde
C (Conceito)	5G
C (Contexto)	Bloco Operatório

RESULTADOS

Fluxograma PRISMA ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews.) segundo recomendações da JBI.



Autor/Ano/Título	Objetivo	Tipo de estudo/Anonima	Resultados	Nível de Evidência
Chen, H., Pan, X., Yang, J., Fan, J., Qin, M., Sun, H., Liu, J., Li, W., Tang, D., Wu, W., & Chen, Y. (2021) Inglês	Avaliar a viabilidade da realização de fotocoagulação a laser recorrente à tecnologia 5G na retinopatia diabética (RD).	Estudo prospectivo não randomizado. Seis participantes com retinopatia diabética (tratamento bilateral em 3, o que significa que 9 olhos foram tratados).	Este estudo introduz um novo paradigma de recurso à teleoftalmologia para tratar a RD à distância. O recurso ao 5G permite que doentes com retinopatia mesmo em locais remotos possam ter acesso a este tratamento essencial.	Nível 2
Cohen, J. K. (2021) Inglês	Refletir como as organizações de saúde podem fazer o melhor uso da tecnologia 5G.	Estudo de opinião	Efeitos a importância da utilização do 5G na saúde por empresas para: - Utilização da realidade virtual para redução da dor crônica e a ansiedade de doentes em cuidados paliativos (Vita Healthcare); - Uso de tecnologia em cirurgia vascular usando sistemas robóticos controlados remotamente (Spectrum Health).	Nível 5
Georgiou, K. E., Georgiou, I., & Satawa, N. M. (2021) Inglês	Analisar estudos publicados sobre aplicações clínicas do 5G.	Revisão sistemática	São várias as vantagens comprovadas pela tecnologia 5G. É importante analisar as evidências científicas atuais para tendências futuras na transformação dos cuidados de saúde. Ao considerar sobre as oportunidades e vantagens do recurso ao 5G, será possível diminuir o tempo prolongado de adoção e implementação de alterações na área da saúde.	Nível 3
Dastjerzayin, S., & Reisi, G. M. (2021) Inglês	Descobrir as potencialidades do 5G na saúde.	Artigo opinião	A tecnologia de rede sem fio 5G permite na área da saúde: consultas virtuais, cirurgias assistidas, baseadas em realidade aumentada (AR) e realidade virtual (VR), cirurgias robóticas com inteligência artificial (IA), manutenção em tempo real de ambulâncias e outros dispositivos médicos e um enorme repertório diagnóstico de dados.	Nível 5
Zhang, S., Li, F., Zhao, Y., Xiong, R., Wang, J., Guo, Z., Xu, X., Wang, Q., Zhang, W., Zhong, J., & Chen, X. (2022) Inglês	Avaliar a viabilidade clínica de utilização de um novo sistema de telecolaboração de realidade mista baseado no Internet Medical Monitoring (IMMT).	Estudo experimental Vinte cirurgias Neuro endoscópicas. Estudo financiado pelo Programa Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento da China (concedido nº 2018YFC1312602)	O sistema IMMT permite que dois cirurgiões realizem comunicação visual e verbal complexa durante a operação. Este permite que especialistas remotos implementem interação interoperativa de longa distância em tempo real para orientar cirurgias locais independentemente, integrando assim os melhores recursos médicos e possivelmente promovendo diagnóstico e tratamento importantes da telecolaboração nas cirurgias.	Nível 3
Contreras, G. M., Metzger, G. A., Beane, J. D., Dietrich, P. H., Egar, A. A., Pawell, T. M. (2020) Inglês	Discutir as importantes mudanças na telemedicina desencadeadas pela pandemia do coronavírus.	Artigo de revisão	O número de consultas de telemedicina aumentou drasticamente pouco dias após restrições impostas pela pandemia e utilização da telemedicina era alta em todos os especialidades cirúrgicas.	Nível 5

- Para a maioria dos profissionais de saúde são desconhecidas as extraordinárias oportunidades que a rede 5G possibilita na área da saúde (Georgiou, et al. 2021).
- É já possível com o 5G recorrer a sistemas de **telecolaboração interativa**, de realidade mista, que permite que dois cirurgiões utilizem a comunicação visual e verbal complexa durante uma **cirurgia em tempo real, distanciados espacialmente**. (Zhang et al. 2022).
- Num futuro próximo espera-se que a telemedicina e a telecirurgia se desenvolvam devido à proliferação de dispositivos médicos com conectividade de alta velocidade 5G (Contreras et al, 2020).

Enfermeiro Especialista em Perioperatório e o 5G - Desafios nas Competências Específicas...

Teleconsulta pré-operatória e a de follow-up que permite a presença dos profissionais mais habilitados e a presença familiares significativas da pessoa.	Possibilidade de abordagens cirúrgicas realizadas a distância. Consentimento livre e esclarecido	Desperto para eventos adversos na sala operatória e cuidar da pessoa agindo em seu benefício independentemente do controlo externo	Lider processos de controlo de infeção. O progresso científico e tecnológico da era 5G traz novas soluções para o problema da contaminação iatrogénica (Zhao et al, 2021).
Pioneiro na aquisição de conhecimentos relativos ao novos dispositivos médicos e é o profissional indicado para realizar formação aos pares.	Comunicação eficaz e assertiva com a equipa multidisciplinar (elementos presentes e elementos distantes, em diferentes localizações geográficas.		

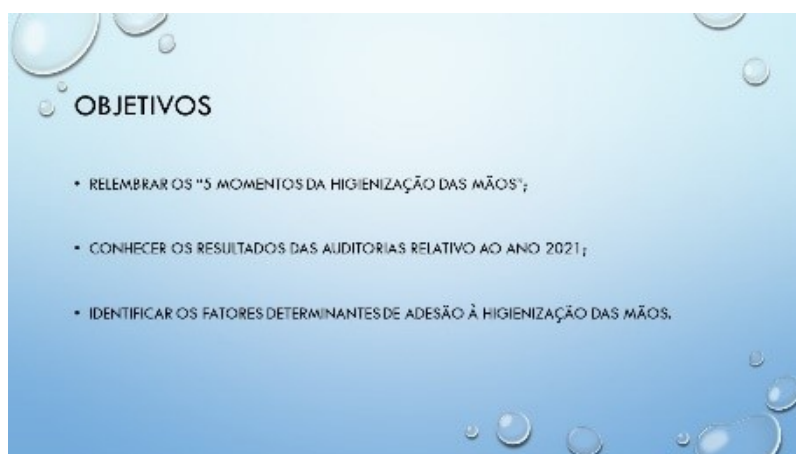
CONCLUSÃO

- O 5G demonstrou na pandemia de COVID-19 a sua inegável mais-valia na **transmissão rápida de exames de grandes dimensões e maior confiabilidade na monitorização remota de doentes em tempo real**.
- No bloco operatório são evidentes as inúmeras potencialidades do 5G: na promoção do desenvolvimento da inteligência artificial, cirurgia robótica, evolução da utilização da AR (realidade aumentada), VR (realidade virtual), **evolução de tratamentos inovadores e menos invasivos** e inclusivamente na impressão 3D de órgãos, com vantagens não só para a realização de procedimentos cirúrgicos, mas também para o **ensino** (Dananjayan, & Raj, 2021).
- Os profissionais de saúde que exercem funções em contexto de bloco operatório, e em especial, os enfermeiros especialistas devem estar atentos a uma **realidade cada vez mais mutável**.
- É importante que se mantenham informados face às novas evidências e aos novos recursos, promovendo a segurança do doente e a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



APÊNDICE V: SESSÃO DE FORMAÇÃO “5 MOMENTOS’ DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS”





AUDITORIA – HIGIENE DAS MÃOS

GCL-PPCIRA - Formulário de Observação - Higiene das mãos

Op	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes Contacto Doente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA
	<input type="checkbox"/> Antes Proced. Assépticos	<input type="checkbox"/> Lavagem
	<input type="checkbox"/> Após Exposição Fluidos Orgân.	
	<input type="checkbox"/> Após Contacto Doente	<input type="checkbox"/> N/ Realizado
	<input type="checkbox"/> Após Contacto Ambiente Doente	<input type="checkbox"/> Luvas

xxx observações
 xxx Observações na Categoria de Enfermeiro

5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS

1 ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE

Tabela de correspondência entre os "Cinco Momentos" e as recomendações da OMS	
"Cinco Momentos"	Recomendações para a Higiene das Mãos - OMS
Antes do contacto com o doente	a) Antes e após contacto directo com doentes. (1B)

AUDITORIA – HIGIENE DAS MÃOS

GCL-PPCIRA - Formulário de Observação - Higiene das mãos

Op	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes Contacto Doente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA
		<input type="checkbox"/> Lavagem
		<input type="checkbox"/> N/ Realizado
		<input type="checkbox"/> Luvas

xx Observações

XX

Apenas xx,xx% dos Enfermeiros cumpriram esta recomendação

- OBSERVAMOS QUE:
 - NÃO É PRÁTICA FREQUENTE** OS ENFERMEIROS HIGIENIZAR AS MÃOS ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE.
- **COM MUITA FREQUÊNCIA**, OS ENFERMEIROS OPTAM POR USAR LUVAS...

• DEVEMOS USAR LUVAS SEMPRE QUE PRECISAMOS DE "TOCAR" NUM PACIENTE?

• QUAIS SÃO AS INDICAÇÕES PARA O USO DE LUVAS?

- Prevê contaminação com sangue ou outros fluidos orgânicos ou em contacto de medidas de barreira, isolamento de contacto;

- Usados dois pares de luvas com sistema de indicação de perfuração, em situação de risco particularmente elevado (procedimentos cirúrgicos ortopédicos, urológicos, ginecológicos);

- Luvas de punho alto para cobrir o antebraço, em determinadas situações em que a exposição a fluidos corporais ou sangue (partos).




NORMA
da Direção-Geral da Saúde

NUMERO: 863/2014
DATA: 25/07/14
TITULO: NORMAS
ASSUNTO: Uso de luvas de proteção individual
NUNCIANTE: Direcção-Geral da Saúde, Direcção de Saúde Pública
PAR: Profissionais de saúde da área de saúde pública
OBJETIVO: Registo de Saúde em Saúde Pública

5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS

ANTES DE CONTACTOS LIMPOS OU ASÉPTICOS






Tabela de correspondência entre os "Cinco Momentos" e as recomendações da OMS

"Cinco Momentos"	Recomendações para a Higiene das Mãos - OMS
Antes de procedimentos assépticos ou limpos	a) Antes de manipular um dispositivo estéril ou de uma superfície estéril do caso de luvas (TL) b) Na mudança de um local do corpo contaminado, para outro que esteja limpo durante a prestação de cuidados (TL)

AUDITORIA – HIGIENE DAS MÃOS

GCL-PPCIRA - Formulário de Observação - Higiene das mãos

Op	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes Proced. Assépticos	<input type="checkbox"/> Fricção SABA
		<input type="checkbox"/> Lavagem
		<input type="checkbox"/> N/ Realizado
		<input type="checkbox"/> Luvas

xx Observações

XX

XXX% dos Enfermeiros cumpriram esta recomendação

3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS

5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS

Tabela de correspondência entre os "Cinco Momentos" e as recomendações da OMS

"Cinco Momentos"	Recomendações para a Higiene das Mãos - OMS
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	a) Após contacto com fluidos ou excreções corporais, mucosas, pele com lesão de coarctação, perfuro de ferida. (A) e) Na realização de actividades com local do corpo susceptível para outro que esteja longo durante a prestação de cuidados. (B) b) Após remover as luvas. (E)

AUDITORIA – HIGIENE DAS MÃOS

GCL-PPCIRA - Formulário de Observação - Higiene das mãos

Op	Indicações	Ação	xx Observações
1	<input type="checkbox"/> Após Exposição Fluidos Orgân.	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> N/ Realizado <input type="checkbox"/> Luvas	XX

xx% dos Enfermeiros cumpriam esta recomendação

4 APÓS CONTACTO COM O DOENTE

5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS

Tabela de correspondência entre os "Cinco Momentos" e as recomendações da OMS

"Cinco Momentos"	Recomendações para a Higiene das Mãos - OMS
Após contacto com o doente	a) Antes e após contacto directo com doentes. (B) b) Após remover as luvas. (E)

AUDITORIA – HIGIENE DAS MÃOS

GCL-PPCIRA - Formulário de Observação - Higiene das mãos

Op	Indicações	Ação
1		<input type="checkbox"/> Fricção SABA
		<input type="checkbox"/> Lavagem
	<input type="checkbox"/> Após Contacto Doente	<input type="checkbox"/> N/ Realizado
		<input type="checkbox"/> Luvas


xx Observações

XX

Apenas xx,x% dos Enfermeiros cumpriram esta recomendação



- **NÃO É PRÁTICA FREQUENTE** OS ENFERMEIROS HIGIENIZAR AS MÃOS APÓS CONTACTO COM O DOENTE.



5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS






Tabela de correspondência entre os "Cinco Momentos" e as recomendações da OMS	
"Cinco Momentos"	Recomendações para a Higiene das Mãos - OMS
Após contacto com o ambiente envolvente do doente	f) Após contacto com objectos situados (incluindo equipamento médico) pertencente à unidade do doente (13) h) Após eliminar os lixos (13)

AUDITORIA – HIGIENE DAS MÃOS

GCL-PPCIRA - Formulário de Observação - Higiene das mãos

Op	Indicações	Ação
1		<input type="checkbox"/> Fricção SABA
		<input type="checkbox"/> Lavagem
		<input type="checkbox"/> N/ Realizado
	<input type="checkbox"/> Após Contacto Ambiente Doente	<input type="checkbox"/> Luvas

xx Observações

XX

Apenas xx,xx% dos Enfermeiros cumpriram esta recomendação



- **NÃO É PRÁTICA FREQUENTE**. OS ENFERMEIROS HIGIENIZAR AS MÃOS QUANDO SAEM DO AMBIENTE DO DOENTE.

AUDITORIA – HIGIENE DAS MÃOS

GCL-PPCIRA - Formulário de Observação - Higiene das mãos

Categoria Profissional: Enfermeiro

Indicações	Observações	Ações	Adesão
Antes Contacto Doente	Xx	Xx	Xx,xx%
Antes Procedimentos Assépticos	Xx	Xx	xx%
Após Exposição Fluidos Orgânicos	Xx	Xx	xx,xx%
Após Contacto Doente	Xx	Xx	xx,xx%
Após Contacto Ambiente Doente	xx	xx	xx,xx%

AUDITORIA – HIGIENE DAS MÃOS

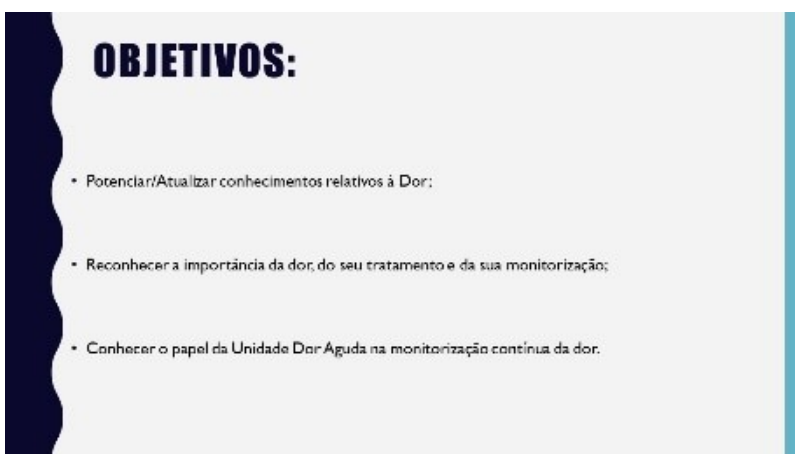
GCL-PPCIRA - Formulário de Observação - Higiene das mãos

Profissionais do Bloco Central

Indicações	Observações	Ações	Adesão
Antes Contacto Doente	Xx	Xx	xx,xx%
Antes Procedimentos Assépticos	Xx	Xx	xx%
Após Exposição Fluidos Orgânicos	Xx	Xx	xx,xx%
Após Contacto Doente	Xx	Xx	xx,xx%
Após Contacto Ambiente Doente	Xx	Xx	xx%



**APÊNDICE VI: SESSÃO DE FORMAÇÃO “MONITORIZAÇÃO DA
DOR: A SUA IMPORTÂNCIA”**



SUMÁRIO:

- Enquadramento Teórico
- Tipos de Dor
- Tipos de Escalas de Avaliação da Dor
- Tipos de Analgesia
- Registo Perioperatória da Dor
- Unidade de Dor Aguda
- Considerações Finais

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- A dor é definida como uma "experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais nos tecidos" (International Association for the Study of Pain, 2020)
- Em 2003, a DGS intitulou a dor como **5º sinal vital**
- Em 2008, a Ordem dos Enfermeiros (OE) publica o "**Guia Orientador de Boa Prática – DOR**" reforçando a importância do controlo da dor na qualidade dos cuidados.

TIPOS DE DOR

- A Dor é classificada consoante a sua tipologia, a topografia da sua localização, a sua duração, e ainda, da sua condição fisiopatológica associada.

Plano Nacional de Cuidado à Dor (2016, 2018)

- Patogénese:
 - Nociceiva
 - Neuropática
- Origem:
 - Somática
 - Visceral
- Duração:
 - Aguda
 - Crónica



AVALIAÇÃO DA DOR

- Poderá ser utilizada a sigla mnemónica ILIADI (Início, Localização, Irradiação, Aspeto, Duração e Intensidade)

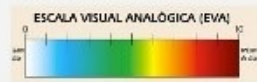


Fig. 1 – Aspectos a serem avaliados na dor

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- A avaliação da intensidade da Dor pode ser efetuada com recurso a várias escalas validadas.

- Escala Visual Analógica (EVA)



- Escala Qualitativa (EQ)

Escala Qualitativa				
Sem Dor	Dor Leve	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- Escala de Faces (EF)



- ESCALA AVALIAÇÃO NUMÉRICA (EAN)

Escala Numérica												
Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima

Director Geral da Saúde (2001)

TIPOS DE ANALGESIA

- A analgesia pós-operatória pode-se considerar convencional ou não convencional (Caseiro, 2004).
 - Analgesia Convencional
 - Incluem-se todas as vias de administração comuns, assim como analgesia de primeira linha.
 - Analgesia não convencional
 - aplicam técnicas analgésicas loco-regionais, como a via epidural e as que implicam a preparação e programação de dispositivos infusores tais como os Drug Infusion Pumps (DIP) e os dispositivos de Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA) (PNLCO, DGS, 2001).

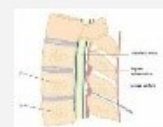
ANALGESIA MULTIMODAL PERIOPERATÓRIA

- Termo utilizado para definir o alívio da dor e/ou da noçãoção, de forma multimodal, do paciente cirúrgico, tendo em vista que o estímulo cirúrgico é a fonte mais comum e previsível da dor aguda.
- Consiste em:
 - Vários analgésicos concomitantes
 - Diferentes mecanismos de ação
 - Diversas vias de administração
 - Diminui a dose de cada um deles
 - Minimiza os efeitos adversos
 - Combinação de intervenções não farmacológicas

Saúde CML no 2020

ANALGESIA LOCO-REGIONAL

- Anestesia onde é bloqueada a sensibilidade à dor numa região do corpo, sendo os medicamentos anestésicos locais injetados junto aos nervos responsáveis pela perceção de dor nessa região.
- **Anestesia do neuroeixo (epidural ou subaracnoideia)**, que consiste na administração de anestésico local no espaço epidural ou subaracnoideu, junto da medula espinal, permitindo o bloqueio da sensibilidade no tórax, abdómen e/ou membros inferiores.



REGISTO PERIOPERATÓRIO DA DOR

- Os registos devem ser periódicos, de execução simples e conter informação relevante e objetiva (SPA, 2018).
- Os registos clínicos têm um papel decisivo na qualidade da prestação de cuidados de saúde com grande impacto na segurança do doente devendo estar integrados no processo clínico (SPA, 2018).
- A avaliação adequada da dor, usando ferramentas validadas e apropriadas para a população ou indivíduo, é um pré-requisito essencial para o tratamento bem sucedido da dor (OE, 2021).

UNIDADE DE DOR AGUDA

- Com a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, estão a desenvolver-se e a criar-se, por todo o País, Unidades de Tratamento de Dor, Unidades de Dor Aguda (UDA) (DGS, 2003).
- Segundo a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2016):
 - Todos os doentes com dor aguda não controlada devem ser referenciados para a UDA;
 - Considera-se dor não controlada sempre que, de acordo com as escala validadas, se verifiquem, no mínimo, 2 registos consecutivos de dor superior a ligeira, >3;
 - Recomenda-se analgesia loco-regional como componente eficaz da analgesia multimodal, indicada na abordagem da dor moderada a intensa, através de dispositivos devidamente programados e protocolados;

UNIDADE DE DOR AGUDA

- O tratamento eficaz da dor aguda reduz o risco de complicações, facilita a recuperação/reabilitação, permite reduzir o tempo de internamento hospitalar, aumenta a satisfação e melhora a qualidade de vida dos doentes;
- A dor aguda pós-operatória não controlada pode contribuir para o desenvolvimento de dor crónica;
- A criação de Unidades de Dor Aguda (UDA) aumenta a consciência entre os profissionais de saúde de que uma abordagem adequada da dor é importante para melhorar o outcome final do doente;
- Considera-se que o doente pode ter alta da UDA sempre que tem dor controlada e ausência de efeitos laterais/complicações da analgesia (SPA, 2018).

UNIDADE DE DOR AGUDA/RECOBRO

- As UDA devem ter equipamentos e quantidades apropriadas para garantir uma abordagem segura e eficaz da dor, incluindo dispositivos com sistema de perfusão contínua e de analgesia controlada pelo doente (SPA, 2018).
- O recobro é o local principal, onde os enfermeiros responsáveis da UDA em colaboração com todos os elementos do recobro devem registar eficazmente qualquer equipamento cedido/rececionado em impresso próprio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A dor é uma experiência angustiante para qualquer doente (SPA, 2018).
- O controlo da dor, o seu registo e monitorização constituem um desafio e preocupação para os profissionais de saúde.
- O registo informatizado é atualmente considerado um standard na qualidade de prestação de cuidados.
- O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (DCS, 2003)
- A Organização Mundial de Saúde, a Direção-Geral de Saúde e a Ordem dos Enfermeiros consideram o controlo da dor como sendo um **indicador de qualidade** nos cuidados de saúde (DGS, 2004; Ordem dos Enfermeiros, 2008).



O ENFERMEIRO TEM UM PAPEL
FUNDAMENTAL NA GESTÃO DA DOR!

APÊNDICE VII: TABELA EXTRAÇÃO DE DADOS”

Estudo 1		
Título	Perception of music and its cultural elements on acute post-mastectomy pain management among Nigerian women: an exploratory qualitative study	
Autor(es)	Yetunde Oluwafunmilayo Tola; Njokanma G. Iloba; Ka Ming Chow	
Ano	2022	
País	Nigéria	
Objetivos	Explorar os elementos culturais da música em relação ao controlo da dor entre mulheres submetidas a mastectomia.	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Qualitativo Exploratório
	População	20 participantes
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Musicoterapia	
Resultados	<p>A musicoterapia é uma terapia mente-corpo, utilizada para vários fins, incluindo no controlo da dor no pós-operatório. Esta terapia fornece distração mental que modifique o estímulo doloroso na medula espinhal, bem como compete com a transmissão da dor para o cérebro via medula espinhal. Benefícios de baixo custo e cuidado centrado no doente.</p> <p>Implicações para a prática / Enfermagem: Ajudará a entender como a musicoterapia pode ser clinicamente usada dotando os profissionais de saúde de conhecimento para a sua utilização em doentes submetidos a mastectomia.</p>	

Estudo 2		
Título	Nursing intervention using healing touch in total knee replacement: A randomized controlled study protocol	
Autor(es)	Pingfang Liu; Juan Yao; Chengfeng Qiu	
Ano	2021	
País	Baltimore, USA	
Objetivos	Avaliar se o toque de cura reduz a dor e promove a cicatrização de feridas em doentes submetidos a artroplastia total do joelho	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Randomizado Controlado
	População	60 participantes submetidos a artroplastia total do joelho
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Toque Terapêutico/Toque de Cura	
Resultados	O toque de cura parece reduzir a dor pós-operatória e melhorar a satisfação dos doentes após artroplastia total do joelho.	

Estudo 3		
Título	The Effects of Progressive Relaxation Exercises following Lumbar Surgery: A Randomized Controlled Trial	
Autor(es)	Aybike Bahçeli; Neziha Karabulut	
Ano	2021	
País	Turquia	
Objetivos	Perceber o efeito de exercícios de relaxamento progressivo na dor, ansiedade e qualidade do sono em doentes submetidos a cirurgia de hérnia lombar	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Randomizado Controlado
	População	97 participantes submetidos a microdiscectomia lombar
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Relaxamento progressivo	
Resultados	Os exercícios de relaxamento progressivo reduziram a dor e a ansiedade e aumentaram a qualidade do sono nestes doentes. Os exercícios de relaxamento progressivo podem ser usados como uma intervenção de enfermagem autónoma para diminuir os níveis de dor e ansiedade e melhorar a qualidade do sono em doentes no pós-cirurgia. Implicações para a prática / Enfermagem: Este estudo recomenda que os enfermeiros tenham conhecimento adequado para a realização destes exercícios de relaxamento progressivo e que possam ser incluídos como intervenção de enfermagem em todos os hospitais.	

Estudo 4		
Título	Utilization of non-pharmacological methods and the perceived barriers for adult postoperative pain management by the nurses at selected National Hospitals in Asmara, Eritrea	
Autor(es)	Betiel Yihdego Kidanemariam; Traudl Elsholz; Laban L. Simel; Eyasu H. Tesfamariam; Yonatan Mehari Andemeskel	
Ano	2020	
País	Asmara, Eritreia	
Objetivos	Avaliar a utilização de métodos não farmacológicos na dor pós-operatória e barreiras à sua implementação em hospitais nacionais por enfermeiros.	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Quantitativo Descritivo Transversal
	População	154 enfermeiros
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	<p>Métodos cognitivo-comportamentais: Reforço positivo, Técnica de Respiração, Relaxamento, Distração, Imagem Guiada;</p> <p>Métodos físicos: Regulação Térmica do Calor e frio, Massagem, Posicionamento;</p> <p>Suporte Emocional: Presença; Conforto e segurança, Toque terapêutico</p>	
Resultados	<p>As intervenções não farmacológicas são eficazes no controlo da dor pós-operatória, contudo variam muito devido ao conhecimento e experiência dos enfermeiros nestes hospitais.</p> <p>Implicações para a prática / Enfermagem: Este estudo recomenda que os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos sobre as intervenções não farmacológicas, e assim, avaliar os benefícios no controlo da dor pós-operatória</p>	

Estudo 5	
Título	Music as a Postoperative Pain Management Intervention
Autor(es)	Michael J. Poulsen; Jeffrey Coto; Maureen F. Cooney
Ano	2019
País	New York, USA
Objetivos	Verificar as evidências se o uso de música na prática de enfermagem perioperatória e seu efeito na dor pós-operatória
Metodologia	Tipo de estudo
	População
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Musicoterapia
Resultados	<p>A musicoterapia desempenha um papel decisivo e eficaz no contexto perioperatório. É eficaz na redução da dor e da ansiedade, levando a uma redução efetiva e significativa de opioides. Fornecendo aos enfermeiros as ferramentas adequadas, não só trata resultados positivos e melhorará a satisfação dos doentes no controlo da dor como reduz o uso de opioides no pós-operatório.</p> <p>Implicações para a prática / Enfermagem: Fornecendo terapias e ferramentas aos enfermeiros que são os profissionais na linha da frente que prestam cuidados 24 horas por dia, é importante para o alívio de sintomas. Música e terapias complementares ajudam a construir uma relação de maior proximidade entre enfermeiro e doente, pois as referências musicais tornam-se, por vezes, pontos em comum para os enfermeiros e doentes.</p>

Estudo 6		
Título	The Effect of Foot Massage on Postoperative Pain and Anxiety Levels in Laparoscopic Cholecystectomy Surgery: A Randomized Controlled Experimental Study	
Autor(es)	Kezban Koras; Neziha Karabulut	
Ano	2019	
País	Turquia	
Objetivos	Determinar o efeito da massagem nos pés na dor pós-operatória e os níveis de ansiedade em doentes submetidos a colecistectomia.	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Randomizado Controlado
	População	167 participantes submetidos a colecistectomia, via laparoscópica
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Massagem nos pés	
Resultados	A massagem nos pés diminuiu a dor pós-operatória e os níveis de ansiedade em doentes submetidos a colecistectomia, via laparoscópica.	

Estudo 7		
Título	The Effect of Listening to Music on Postoperative Pain in Adult Orthopedic Patients	
Autor(es)	Melissa A. Schneider	
Ano	2018	
País	York; USA	
Objetivos	Determinar se a música tem um efeito positivo na dor e satisfação pós-operatória em doentes submetidos a cirurgia ortopédica.	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Quantitativo Descritivo, Comparativo, Quase-experimental
	População	42 participantes em unidade hospitalar de trauma e ortopedia
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Musicoterapia	
Resultados	<p>A musicoterapia é benéfica como adjuvante de intervenção farmacológica no controlo da dor e contribui para aumentar a satisfação dos doentes. É uma terapia complementar viável no controlo da dor. Estes doentes encontraram benefícios nesta terapia.</p> <p>Implicações para a prática / Enfermagem: Com este estudo espera-se que haja um aprimoramento no padrão de cuidados aos doentes pós-operatórios. Os enfermeiros precisam continuar a serem sensibilizados sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor, uma vez que a gestão da dor necessita de uma abordagem holística e multifacetada.</p>	

Estudo 8		
Título	Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention	
Autor(es)	Anne Vaajoki; Anna-Maija Pietilä, Paivi Kankkunen, Katri Vehvilainen-Julkunen	
Ano	2012	
País	Finlândia	
Objetivos	Avaliar os efeitos da musicoterapia sobre a intensidade da dor e desconforto doloroso no primeiro e segundo dias de pós-operatório em doentes submetidos a cirurgia abdominal	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Clínico
	População	168 participantes submetidos a cirurgia abdominal
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Musicoterapia	
Resultados	Musicoterapia alivia a intensidade e o desconforto da dor no repouso no leito, durante a respiração e na mudança de decúbito. É segura, fácil e barata e promovem um ambiente de cura para doentes submetidos a cirurgia abdominal. Implicações para a prática / Enfermagem: A musicoterapia deve ser oferecida como alternativa adjunta ao alívio farmacológico da dor pós-operatória na prática de enfermagem. Os enfermeiros devem ser motivados para o uso de intervenções não farmacológicas na gestão da dor pós-operatória.	

Estudo 9		
Título	Supplementing Relaxation and Music for Pain After Surgery	
Autor(es)	Marion Good; Jeffrey M. Albert; Gene Cranston Anderson; Stephen Wotman; Xiaomei Cong; Deforia Lane; Sukhee Ahn	
Ano	2010	
País	Cleveland, USA	
Objetivos	Testar intervenções como relaxamento e musicoterapia para efeitos imediatos e gerais na dor pós-operatória	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Randomizado Controlado
	População	517 participantes submetidos a cirurgia abdominal major
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Relaxamento e Musicoterapia	
Resultados	Relaxamento e Musicoterapia são intervenções autónomas de enfermagem agradáveis, seguras e não-invasivas que proporcionam um alívio físico e emocional.	

Estudo 10		
Título	The Impact of Music on the PACU Patient's Perception of Discomfort	
Autor(es)	Betty Easter; Laura DeBoer; Gail Settlemyre; Carolyn Starnes; Vickie Marlowe; Rebecca Creech Tart	
Ano	2010	
País	Carolina do Norte, USA	
Objetivos	Avaliar os efeitos da música em doentes na UCPA	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Randomizado Controlado
	População	213 participantes
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Musicoterapia	
Resultados	<p>Musicoterapia é um meio viável, baixo custo e terapia alternativa para os enfermeiros da UCPA poderem utilizar nos doentes com dor pós-operatória. A sua aplicabilidade na prática de enfermagem nas UCPA deve receber consideração cuidadosa, uma vez que abordagens holísticas aos cuidados de saúde são desejáveis.</p> <p>Implicações para a prática / Enfermagem: Proporcionar aos enfermeiros uma oportunidade de crescimento profissional e impactar as suas práticas autonomamente.</p>	

Estudo 11		
Título	Therapeutic Touch, Quiet Time, and Dialogue: Perceptions of Women with Breast Cancer	
Autor(es)	Anne E. Kelly; Patricia Sullivan; Jacqueline Fawcett; Nelda Samarel	
Ano	2004	
País	Boston, USA	
Objetivos	Perceber as percepções de mulheres com carcinoma da mama a um toque terapêutico, efeitos do diálogo e o silêncio	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Experimental
	População	18 mulheres com carcinoma de mama em estadio inicial
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Toque terapêutico, diálogo e silêncio.	
Resultados	As mulheres consideraram qualquer destas intervenções de enfermagem uma experiência positiva. Referem sentimento de calma e relaxamento. Implicações para a prática / Enfermagem: Enfermeiros que não possuam conhecimento ou não treinados para a sua aplicabilidade do toque terapêutico podem usar o silêncio e o diálogo para aumentar os sentimentos de calma e relaxamento em doentes com carcinoma de mama.	

Estudo 12		
Título	Foot and Hand Massage as an Intervention for Postoperative Pain	
Autor(es)	Hsiao-Lan Wang; Juanita F. Keck	
Ano	2004	
País	Indiana, USA	
Objetivos	Verificar se a massagem nos pés e mãos reduzia a percepção da dor nos doentes no pós-operatório.	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Caso/Controlo
	População	18 participantes submetidos a cirurgia
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Massagem de mãos e pés	
Resultados	A massagem nos pés e mãos parece ser uma intervenção eficaz, barata, de baixo risco, flexível e fácil aplicabilidade no controlo da dor pós-operatória quando a dor não está adequadamente controlada por medidas farmacológicas. Implicações para a prática / Enfermagem: Este estudo refere que as habilidades da massagem introduzidas não requerem treinamento específico, podendo ser usada na prática de enfermagem.	

Estudo 13		
Título	The Use of Guided Imagery to Manage Pain in an Elderly Orthopaedic Population	
Autor(es)	Gloria F. Antall; Denise Kresevic	
Ano	2004	
País	Cleveland, USA	
Objetivos	Testar os efeitos da imaginação guiada em doentes idosos submetidos a cirurgia ortopédica	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Experimental
	População	13 participantes em dois grupos, um de controlo e outro experimental
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Imaginação guiada	
Resultados	<p>Esta terapia apresentou resultados positivos e eficácia no alívio da dor, na diminuição da ansiedade e redução do tempo de internamento.</p> <p>Implicações para a prática / Enfermagem: Este estudo realça a necessidade de incorporar o uso de imagens guiadas e outras intervenções não farmacológicas em cursos de enfermagem. Os enfermeiros devem desenvolver competências nesta área e serem capazes de atuar como educadores de doentes e defensores do uso destas intervenções.</p>	

Estudo 14		
Título	Massage as Adjuvant Therapy in the Management of Acute Postoperative Pain: A Preliminary Study in Men	
Autor(es)	Marcia M Piotrowski; Cynthia Paterson; Allison Mitchinson; Hyungjin Myra Kim; Marvin Kirsh; Daniel B Hinshaw	
Ano	2003	
País	Michigan, USA	
Objetivos	Comparar o alívio da dor pós-operatória em doentes submetidos a cirurgia major que receberam uma das três intervenções de enfermagem: massagem, atenção focada ou cuidados prestados	
Metodologia	Tipo de estudo	Estudo Clínico Randomizado
	População	202 participantes submetidos a cirurgia major
Intervenções não farmacológicas de Enfermagem na gestão da dor	Massagem; Atenção focada; Prestação de cuidados simples	
Resultados	<p>A massagem foi vista como um meio para diminuir o desconforto e a intensidade da dor pós-operatória. A atenção focada por si só não explica totalmente os efeitos observados como a massagem. Neste estudo, os doentes que receberam massagem referiram uma satisfação maior em comparação com aqueles que receberam a atenção focada no controlo da dor aguda no pós-operatório.</p> <p>Implicações para a prática / Enfermagem: A massagem pode ser uma ferramenta útil para os enfermeiros no alívio do sofrimento e da dor pós-operatória.</p>	